

UNIVERSIDAD  
DE MURCIA

Escuela  
de Doctorado

TESIS DOCTORAL

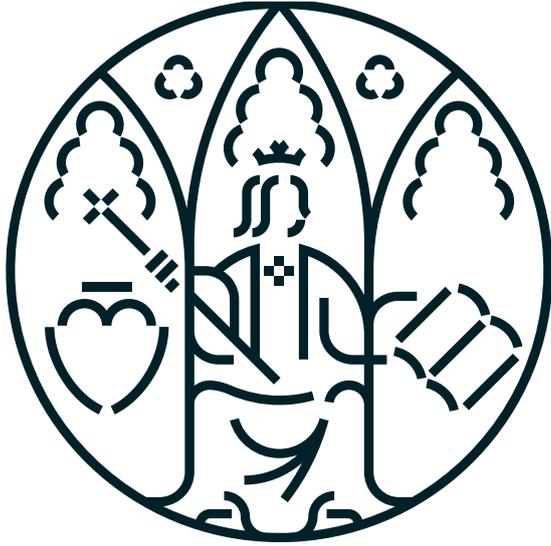
*Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario.  
Identificación, desarrollo y validación de  
Indicadores de Buenas Prácticas para la  
prestación de cuidados en las Unidades de  
Maternidad.*

AUTOR/A           María de los Ángeles Guillén Garrido

DIRECTOR/ES   Dra. Ana Myriam Seva Llor  
Dra. Carmen Ballesteros Meseguer  
Dr. Ismael Martínez Nicolás

2025





UNIVERSIDAD  
DE MURCIA

Escuela  
de Doctorado

TESIS DOCTORAL

*Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario.  
Identificación, desarrollo y validación de  
Indicadores de Buenas Prácticas para la  
prestación de cuidados en las Unidades de  
Maternidad.*

AUTOR/A           María de los Ángeles Guillén Garrido

DIRECTOR/ES   Dra. Ana Myriam Seva Llor  
Dra. Carmen Ballesteros Meseguer  
Dr. Ismael Martínez Nicolás

2025





**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR/A**

*Aprobado por la Comisión General de Doctorado el 19 de octubre de 2022.*

Yo, D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Ángeles Guillén Garrido, habiendo cursado el Programa de Doctorado Programa de Doctorado de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad de Murcia (EIDUM), como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor/a titulada:

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

y dirigida por:

D<sup>a</sup>.: Ana Myriam Seva Llor  
D<sup>a</sup>.: Carmen Ballesteros Meseguer  
D.: Ismael Martínez Nicolás

**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.

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.

Murcia, a 13 de marzo de 2025

*(firma)*

Firmado por GUILLEN  
GARRIDO MARIA ANGELES  
- \*\*\*2114\*\* el día  
13/03/2025 con un  
certificado emitido

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

*Esta DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD debe ser insertada en la primera página de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor/a.*





**AUTORIZACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN DE TESIS DOCTORAL**

D<sup>a</sup>. Ana Myriam Seva Llor, Doctora de Universidad del Área de Enfermería en el Departamento de Enfermería, **AUTORIZA:**

La presentación de la Tesis Doctoral titulada “CALIDAD ASISTENCIAL EN EL PUERPERIO HOSPITALARIO. IDENTIFICACIÓN, DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE INDICADORES DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA PRESTACIÓN DE CUIDADOS EN LAS UNIDADES DE MATERNIDAD. ”, realizada por D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Ángeles Guillén Garrido, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor/a por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 25 de febrero de 2025

*(firma)*

ANA MYRIAM|  
SEVA|LLOR

Firmado digitalmente por  
ANA MYRIAM|SEVA|LLOR  
Fecha: 2025.02.25 22:36:54  
+01'00'





UNIVERSIDAD  
DE MURCIA

## **AUTORIZACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN DE TESIS DOCTORAL**

D. Carmen Ballesteros Meseguer, Doctora de Universidad del Área de Ciencias de la Salud en el Departamento de Enfermería, **AUTORIZA:**

La presentación de la Tesis Doctoral titulada “Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad”, realizada por D. María de los Ángeles Guillén Garrido, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor/a por la Universidad de Murcia.

En Murcia, 06 de marzo de 2025.

*(firma)*





UNIVERSIDAD  
DE MURCIA

**AUTORIZACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN DE TESIS DOCTORAL**

D. Ismael Martínez Nicolás, Doctor de Universidad del Área de Gestión de la Calidad Asistencial en los Servicios de Salud en el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, **AUTORIZA:**

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "CALIDAD ASISTENCIAL EN EL PUERPERIO HOSPITALARIO. IDENTIFICACIÓN, DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE INDICADORES DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA PRESTACIÓN DE CUIDADOS EN LAS UNIDADES DE MATERNIDAD", realizada por D. M<sup>a</sup> ANGELES GUILLEN GARRIDO, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor/a por la Universidad de Murcia.

En Murcia, 13 de marzo de 2025

*(firma)*

MARTINEZ  
NICOLAS  
ISMAEL -  
48630950A

Firmado  
digitalmente por  
MARTINEZ  
NICOLAS ISMAEL -  
48630950A  
Fecha: 2025.03.13  
21:31:44 +01'00'

Mod. T2o



# AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mis tutores y directores de tesis, Dra. Ana Myriam Seva Llor, Dra. Carmen Ballesteros Meseguer y Dr. Ismael Martínez Nicolás por su orientación y supervisión, pero sobre todo por su gran competencia, su confianza y dedicación, especialmente en la recta final. Gracias por guiarme con paciencia y rigor académico.

Extiendo mi agradecimiento a los evaluadores externos de la tesis, cuyas aportaciones y observaciones han enriquecido este trabajo. Sus comentarios han sido de gran valor para mí.

Al Hospital Materno Infantil Virgen de la Arrixaca por hacer posible la elaboración de este estudio. A todos los profesionales y compañeros que han colaborado voluntariamente y han contribuido al desarrollo de la investigación, mi más sincero reconocimiento. Su compromiso y disposición han sido clave en este proceso.

A mis padres por enseñarme a afrontar los desafíos de la vida y no decaer en conseguir cuantas metas me proponga, a mi hermano por ofrecerme su mano siempre que la necesito y al resto de mi familia por su ánimo y apoyo constante.

A mi marido, mi mayor impulsor y compañero en este viaje, gracias por ser un ejemplo de constancia y esfuerzo, por alentarme en cada paso y compartir este reto conmigo. A mis hijos Ángela, Laura y Alejandro por convivir estos años con un proyecto profesional que os ha robado horas de dedicación, pero espero que os sirva como ejemplo de esfuerzo, perseverancia y superación.

A los amigos que me han acompañado a lo largo de este camino, en especial a M<sup>a</sup> Jesús, por tu ayuda incondicional, por recoger datos en tus días de descanso, por creer en mí y porque siempre podré contar contigo, te estoy profundamente agradecida.

A todos ellos y a los que no he nombrado, pero los tengo presentes, de una forma u otra han dejado su huella. Cada granito de arena ha contribuido a cimentar este proyecto y a hacerlo posible.

Gracias.



# Índice de contenido

<b>RESUMEN</b> .....	<b>1</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>2</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>5</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>8</b>
2.1. PUERPERIO. EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN LOS PROCESOS DEL PARTO Y POSPARTO. ....	8
2.2. CALIDAD ASISTENCIAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD .....	12
2.2.1. CONCEPTOS CLAVE EN CALIDAD ASISTENCIAL.....	15
2.2.1.1. Mejora Continua de la Calidad .....	17
2.2.1.2. Gestión de la Calidad.....	18
2.2.1.3. Monitorización de la Calidad Asistencial.....	20
2.2.2. CARACTERÍSTICAS Y DESARROLLO DE LOS INDICADORES DE CALIDAD. ....	21
2.2.2.1. Características de un buen indicador .....	22
2.2.2.2. Construcción y desarrollo de indicadores de calidad.....	24
2.3. EVALUACION DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD.....	28
2.3.1. PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA E INDICADORES DE BUENAS PRÁCTICAS EN LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD. ....	30
2.3.2. AVANCES Y DESAFÍOS EN LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD. ....	33
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>37</b>
<b>4. MATERIAL Y MÉTODO</b> .....	<b>41</b>
4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO .....	41
4.2. ÁMBITO DEL ESTUDIO. ....	41
4.3. METODOLOGÍA.....	43
4.3.1. PRIMERA FASE METODOLÓGICA. ANÁLISIS DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA. ....	45
4.3.1.1. Revisión sistemática de Guías de Práctica Clínica del puerperio .....	45
4.3.1.2. Fuentes de información.....	45
4.3.1.3. Estrategia de búsqueda. ....	45
4.3.1.4. Criterios de elegibilidad.....	45
4.3.1.5. Selección de las GPCs y extracción de datos. ....	46
4.3.1.6. Evaluación crítica de la evidencia.....	46
4.3.1.7. Síntesis de la evidencia y análisis del contenido. ....	47
4.3.2. SEGUNDA FASE METODOLÓGICA. ESTUDIO DELPHI. BÚSQUEDA Y DESARROLLO DE INDICADORES. ....	47

4.3.2.1. Estudio Delphi. Priorización de recomendaciones para el desarrollo de indicadores.	48
4.3.2.2. Identificación y revisión de indicadores.	51
4.3.2.3. Desarrollo de indicadores a partir de recomendaciones de guías de práctica clínica.	52
4.3.3. TERCERA FASE METODOLÓGICA - ESTUDIO PILOTO DE INDICADORES PARA MEDIR LA IMPLEMENTACION DE RECOMENDACIONES EN EL PUERPERIO HOSPITALARIO.	53
4.3.3.1. Desarrollo del instrumento de recolección de datos. Herramientas de medición y análisis de resultados.	53
4.3.3.2. Diseño del estudio piloto del set de indicadores propuesto.	54
4.4. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES.	57
<b>5. RESULTADOS</b>	<b>60</b>
5.1. PRIMERA FASE: ANÁLISIS DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.	60
5.1.1. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL PUERPERIO	60
5.1.2. EVALUACIÓN CRÍTICA DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	61
5.1.3. ANÁLISIS DEL CONTENIDO	62
5.1.4. SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA.	64
5.2. SEGUNDA FASE: ESTUDIO DELPHI. BÚSQUEDA Y DESARROLLO DE INDICADORES DE BUENAS PRÁCTICAS SOBRE EL MANEJO DEL PUERPERIO.	70
5.2.1. ESTUDIO DELPHI.	70
5.2.2. IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE INDICADORES.	76
5.2.3. DESARROLLO DE INDICADORES A PARTIR DE RECOMENDACIONES DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.	79
5.3. TERCERA FASE: ESTUDIO PILOTO DE INDICADORES PARA MEDIR LA IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES EN EL PUERPERIO HOSPITALARIO.	82
5.3.1. DESARROLLO DE FICHAS TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	82
5.3.2. PILOTAJE	83
5.3.2.1. Factibilidad de la medición de los indicadores propuestos.	83
5.3.2.2. Fiabilidad interobservador.	84
5.3.2.3. Capacidad de identificar problemas de calidad. Estimación del cumplimiento.	86
<b>6. DISCUSIÓN</b>	<b>92</b>
<b>7. CONCLUSIONES</b>	<b>106</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>111</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>13030</b>
ANEXO 1. Cronograma	13030
ANEXO 2. Estrategias de búsqueda	1311
ANEXO 3. Ficha técnica del indicador	1355
ANEXO 4. Autorizaciones.	1366

ANEXO 5. Cálculos de concordancias .....	1377
ANEXO 6. Recomendaciones originales. NE y FR .....	1466
ANEXO 7. Cuestionarios primera y segunda ronda Delphi.....	1533
ANEXO 8. Listado de recomendaciones por criterios establecidos.....	2188
ANEXO 9. Puntuaciones. Consenso en los criterios establecidos .....	2211
ANEXO 10. Fichas técnicas de los indicadores pilotados .....	2266
ANEXO 11. Cuestionario posthospitalización.....	2522



## Índice de tablas

Tabla 1: Estrategias, planes y programas de atención a la salud de la mujer en España .....	7
Tabla 2: Grupos de actividades de los programas de gestión de la calidad. Puntos de partida y objetivos inmediatos .....	20
Tabla 3: Características de un buen indicador .....	23
Tabla 4: Características deseables de los indicadores para el Informe Nacional sobre la Calidad de la Atención Sanitaria .....	24
Tabla 5: Desarrollo/Análisis de un indicador .....	25
Tabla 6: Proceso a seguir para la construcción de buenos indicadores .....	25
Tabla 7: Evolución de las tasas de natalidad .....	42
Tabla 8: Fases y etapas metodológicas .....	44
Tabla 9: Guías de Práctica Clínica. Características y alcance.....	61
Tabla 11: Número y porcentaje de recomendaciones por área y guía .....	63
Tabla 12: Síntesis de recomendaciones. Nivel de evidencia y fuerza de recomendación .....	65
Tabla 13: Distribución del panel de expertos.....	70
Tabla 14: Criterios de consenso .....	72
Tabla 15: Criterio Impacto en la salud binomio madre-hijo.....	73
Tabla 16: Recomendaciones seleccionadas .....	75
Tabla 17: Indicadores. Clasificación y referencias.....	77
Tabla 18: Conjunto de indicadores de buenas prácticas en el puerperio .....	80
Tabla 19: Concordancias e índice Kappa .....	84
Tabla 20: Cumplimientos del indicador y estimación de cumplimiento (nivel de significación 5% poder 90% LQAS 95/85).....	86

## Índice de figuras

Figura 1: Nacimientos en España año 2023 .....	11
Figura 2: Grupo de actividades de los programas de Gestión de la Calidad.....	19
Figura 3: Áreas de Salud, hospital de referencia y municipios vigente.....	42
Figura 4: Algoritmo para la asignación de nivel de evidencia y fuerza de recomendación .....	47
Figura 5: Ficha genérica para el desarrollo de indicadores .....	52
Figura 6: PRISMA 2020. Diagrama de flujo del proceso de selección de los estudios .....	60
Figura 7: Encuesta Delphi. Respuestas.....	71
Figura 8: Porcentaje de Recomendaciones por criterio consensuado.....	74
Figura 9: PRISMA 2020. Diagrama de flujo del proceso de selección de los estudios.....	76



# Abreviaturas

AGREE II: Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation II

AHRQ: Agency for Health Research and Quality

CNGOF: French College of Gynaecologists and Obstetricians

DPSSB: Dirección de Provisión de Servicios de Salud Bogotá

EIDUM: Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad de Murcia

FAME: Federación de Asociaciones de Matronas de España

FR: Fuerza de recomendación

GIN: Guidelines International Network

GPC/GPCs: Guía de práctica clínica/ Guías de práctica clínica

GTGPCAEP: Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio

GTGPCLM: Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna

HCUVA: Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia

IOM: Institute of Medicine

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization

LM: Lactancia materna

LQAS: Lot Quality Assurance Sampling

MCQ: Mejora Continua de la Calidad

MSPE: Ministerio de Salud Pública del Ecuador

NE: Nivel de evidencia

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

NZGG: New Zealand Guidelines Group

OMS: Organización Mundial de la Salud

PBE: Práctica Basada en la Evidencia

RNAO: Registered Nurses' Association of Ontario.

SING: Scottish Intercollegiate Guidelines Network

SMS: Servicio Murciano de Salud

UMH: Unidades de Maternidad Hospitalaria

WHO PC: World Health Organization Postnatal care



## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** El posparto es uno de los procesos de atención sanitaria clave en las unidades de maternidad. El puerperio se considera un periodo crítico para la salud materno-infantil y optimizar la atención sanitaria con la prestación de cuidados de calidad puede mejorar significativamente la experiencia de las mujeres y los resultados en términos de salud. La evaluación de la asistencia posparto mediante indicadores de buenas prácticas permite medir el grado de cumplimiento de las recomendaciones sanitarias sustentadas en la mejor evidencia disponible al igual que identifica oportunidades de mejora y promueve iniciativas que permiten provisionar una atención integral y de mayor calidad en esta etapa de la vida.

**OBJETIVO.** Desarrollar y validar un conjunto de indicadores de buenas prácticas basados en la evidencia para poder monitorizar e impulsar la mejora continua de la calidad de la atención en los servicios de maternidad. Para ello se pretende la elaboración de indicadores específicos, factibles, fiables, válidos y útiles a partir de las recomendaciones de Guías de Práctica Clínica. Estos indicadores permitirán identificar oportunidades de mejora en la atención del puerperio hospitalario.

**MATERIAL Y MÉTODO.** El diseño metodológico se estructuró en tres fases: 1) revisión sistemática de guías de práctica clínica para identificar recomendaciones sobre la atención en el puerperio hospitalario; 2) estudio Delphi para priorizar las recomendaciones según su relevancia, aplicabilidad, facilidad de medición e impacto en la salud en el binomio madre-hijo y 3) estudio piloto en el Hospital Materno-Infantil Virgen de la Arrixaca de los indicadores desarrollados a partir de las recomendaciones seleccionadas. Se determinó su factibilidad, fiabilidad y utilidad en la detección de problemas de calidad utilizando la metodología LQAS para estimar el nivel de cumplimiento de los indicadores.

**RESULTADOS.** Se analizaron 8 GPCs con la síntesis de 61 recomendaciones basadas en evidencia científica: 20 sobre lactancia materna, 18 sobre cuidados posparto, 13 sobre cuidados del recién nacido, 3 sobre prevención de hemorragia obstétrica, 3 sobre protección contra las infecciones y 4 recomendaciones de “no-hacer”.

Del estudio Delphi se priorizaron 39 recomendaciones que dieron lugar al desarrollo de 21 indicadores para realizar su pilotaje y 17 indicadores para medir mediante un cuestionario posthospitalización.

Del estudio piloto, 18 indicadores resultaron factibles y fiables. Se identificaron oportunidades de mejora relacionadas con los cuidados posparto, lactancia materna, formación del personal y mejora de los registros clínicos.

**CONCLUSIÓN.** El desarrollo de indicadores a partir de recomendaciones sustentadas en evidencia es un proceso viable que permite evaluar la calidad de la atención posparto e identificar oportunidades de mejora. La implantación de estos indicadores contribuye a una asistencia más eficiente y centrada en las necesidades materno-infantiles, promoviendo un modelo de atención basado en la seguridad, equidad y humanización de los cuidados.

**Palabras Claves:** Cuidados posparto; Indicadores de Calidad en la Atención de Salud; Guías de Práctica Clínica; Evaluación de la Calidad de la Atención de Salud; Revisión Sistemática; Técnica Delphi.

## ABSTRACT

### INTRODUCTION

Postpartum care is one of the key healthcare processes in Maternity Services. The puerperium is considered a critical period for maternal and infant health and optimizing healthcare through the provision of high-quality care can significantly enhance women's experiences and health outcomes. Evaluating postpartum care using best practice indicators allows for the measurement of adherence to evidence-based healthcare recommendations, while also identifying areas for improvement and promoting initiatives that support a more comprehensive and higher-quality approach during this stage of life.

### OBJETIVE

To develop and validate a set of evidence-based best practice indicators to monitor and drive continuous improvement in the quality of maternity care services. This involves designing specific, feasible, reliable, valid, and useful indicators derived from Clinical Practice Guidelines. These indicators will enable the identification of opportunities for improvement in postpartum hospital care.

### METHOD

The methodological design was structured into three phases: 1) systematic review of clinical practice guidelines to identify recommendations related to hospital-based postpartum care; 2) Delphi study to prioritize recommendations based on relevance, applicability, ease of measurement, and impact on maternal and neonatal health and 3) pilot study conducted at the Maternal and Child Hospital of Virgen de la Arrixaca to assess the feasibility, reliability, and usefulness of the developed indicators. The LQAS methodology was applied to estimate the level of compliance with the indicators.

### RESULTS

A total of eight CPGs were analyzed, yielding a synthesis of 61 evidence-based recommendations: 20 related to breastfeeding, 18 to postpartum care, 13 to neonatal care, 3 to postpartum hemorrhage prevention, 3 to infection prevention, and 4 categorized as "do-not-do" recommendations.

The Delphi study prioritized 39 recommendations, leading to the development of 21 indicators for piloting and 17 indicators for post-hospitalization assessment via questionnaire.

In the pilot study, 18 indicators were found to be feasible and reliable. Several areas for improvement were identified, particularly in postpartum care, breastfeeding support, staff training, and de optimization of clinical records.

### CONCLUSION

The development of quality indicators based on evidence-based recommendations is a viable process that enables the evaluation of postpartum care quality and the identification of improvement opportunities. The implementation of these indicators contributes to a more efficient and patient-centered approach, fostering a maternity care model grounded in safety, equity and humanization.

**Keywords:** Postnatal care; Quality Indicators, Health Care; Practice Guidelines; Quality of Health Care; Systematic Review; Delphi Technique.

# Capítulo 1: Introducción y Marco Teórico



Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

## 1. INTRODUCCIÓN

El embarazo, parto y puerperio son procesos fisiológicos, innatos y significativos en la vida de las mujeres. De estos procesos, el puerperio se caracteriza por ser una etapa de alta vulnerabilidad ante diversos factores de riesgo que pueden llegar a comprometer la salud y la vida de madre e hijo (1). Las prácticas sanitarias y la atención recibida en este periodo son cruciales, ya que ejercen una influencia significativa en la experiencia de la maternidad.

Los cuidados en el parto y posparto han cursado cambios importantes a lo largo de los años, modificando el enfoque de atención materno-infantil. Durante el siglo pasado, la atención al nacimiento se trasladó del ámbito doméstico al hospitalario, un proceso influenciado por los avances socio-sanitarios en los sistemas de salud. Sin embargo, en las últimas décadas, este cambio ha estado acompañado por un aumento de intervencionismo impulsado por el desarrollo de nuevas tecnologías y prácticas clínicas.

Si bien estos avances han contribuido a la reducción de complicaciones materno-neonatales, el exceso de intervencionismo también ha generado consecuencias negativas en la experiencia de la maternidad al descuidar, en muchos casos, la importancia de factores organizativos, el acceso y disponibilidad de los servicios, así como la humanización de la atención sanitaria al parto(2). Estos cambios pueden influir en el bienestar físico y emocional de la mujer, afectando su adaptación a la maternidad y al establecimiento del vínculo con su hijo/a. Así mismo, este enfoque tecnificado ha ido generando una falta de información sobre aspectos esenciales como el autocuidado y cuidado familiar durante el posparto, la lactancia materna y la planificación familiar (3). En este contexto, resulta fundamental equilibrar los avances clínicos con un modelo de atención que garantice un acompañamiento integral, respetuoso y centrado en las necesidades de la mujer y su recién nacido.

Al considerar el posparto como un proceso fundamental de la salud reproductiva y perinatal, los cuidados durante este periodo sirven para abordar los problemas de salud identificados en el embarazo y el parto, favoreciendo a la transición del nuevo rol. La importancia de esta etapa reside en la alta receptividad por parte de la mujer hacia la información que recibe, lo que supone una oportunidad para mejorar las condiciones de salud mediante la implementación de actividades efectivas (4).

En un país con un sistema de salud público, la implicación de las administraciones sanitarias es fundamental para el desarrollo de políticas que impulsen la calidad de los servicios asistenciales. La adecuada planificación y gestión de los recursos garantiza una atención eficiente y equitativa, permitiendo alcanzar los mejores estándares en la asistencia sanitaria (5).

En este sentido, algunos países como Reino Unido y Noruega han implementado modelos de gestión de cuidados centrados en la mujer, promoviendo políticas sanitarias que priorizan

aspectos clave del cuidado maternal con un impacto positivo en el bienestar de las madres y sus familias. Estos modelos han mostrado mayor satisfacción de los usuarios, reducción de costes económicos y mejores resultados en salud, además de contribuir a la disminución de desigualdades sanitarias. Entre los beneficios observados en el ámbito materno, destacan una mejor estimación de la morbilidad derivada del parto, un aumento en las tasas de lactancia materna y un incremento en los niveles de satisfacción de las usuarias (6).

A nivel nacional, las iniciativas orientadas a mejorar la calidad asistencial en las unidades de maternidad han derivado en actividades o prácticas centradas en la mujer y en el recién nacido, recogidas en una serie de protocolos, guías de asistencia y de práctica clínica. Estas estrategias han demostrado claros beneficios, no solo en términos económicos, sino también en la promoción y prevención de la salud materno-infantil. Sin embargo, muchas de estas medidas se han centrado principalmente en la lactancia materna, sin profundizar en otros aspectos fundamentales del cuidado y manejo del puerperio, lo que evidencia la necesidad de ampliar su alcance hacia una atención más integral.

En España, desde la publicación de la “Estrategia de Atención al Parto normal en el Sistema Nacional de Salud” en 2007, una mayoría de instituciones públicas han promovido un modelo de asistencia sanitaria orientado hacia la práctica clínica basada en evidencia científica. Este enfoque se centra en un modelo de atención personalizado, tomando como referencia modelos asistenciales que integran una mayor humanización en la atención al parto y posparto (7). Asimismo, varias Comunidades Autónomas han implantado planes y programas específicos para la mejora continua de los procesos asistenciales de embarazo, parto y puerperio, incorporando protocolos y directrices adaptados a sus contextos sanitarios, como en el caso de **Andalucía** con el “Plan Integral de Atención a la Mujer en Andalucía” que establece protocolos específicos en el seguimiento de la madre y el recién nacido (8); **Cataluña** con su “Programa de Salud Sexual y Reproductiva” ofreciendo una atención integral que abarca desde el embarazo hasta el posparto (9); **Madrid** con el “Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer” que incluye directrices específicas para el seguimiento en el puerperio (10); **Valencia** y su “Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva” con protocolos específicos para la atención de la madre y recién nacido (11); **País Vasco** mediante su “Plan de Salud Reproductiva” que incluye protocolos de cuidados en el puerperio (12); **Galicia** con el “Plan Galego de Atención Materno-Infantil” que establece procedimientos para el seguimiento en el posparto (13); **Extremadura** y su “Plan de Atención a la Salud de la Mujer en Extremadura” aborda el puerperio con protocolos detallados (14); **Navarra** con el “Programa de Salud Sexual y Reproductiva” que enfatiza el seguimiento en el posparto (15); **Islas Baleares** y el “Programa de Salud Sexual y Reproductiva” con directrices de seguimiento tras el parto (16); y el “Programa Integral de Atención a la Mujer” en la **Región de Murcia** que incorpora aspectos relacionados con el posparto y seguimiento del puerperio (17) (Tabla 1).

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

Tabla 1: Estrategias, planes y programas de atención a la salud de la mujer en España

Año	Organismo	Denominación
2005	Junta de Andalucía	Plan Integral de Atención a la Mujer en Andalucía
2012	Servicio Murciano de Salud; Consejería de Sanidad y Política Social	Programa Integral de Atención a la Mujer de la Región de Murcia
2017	Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana	Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la Comunidad Valenciana 2017-2021
2021	Generalitat de Catalunya	Atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR)
2021	Junta de Extremadura	Plan de Atención a la Salud de la Mujer en Extremadura
2023	Gobierno de Navarra	Programa de Salud Sexual y Reproductiva
2023	Conselleria de Sàlut de las Islas Baleares	Programa de Salud Sexual y Reproductiva
2024	Osakidetza-Servicio Vasco de Salud	Plan de Salud Reproductiva
Desc.	Comunidad de Madrid	Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer
Desc.	Servizo Galego de Saúde	Plan Galego de Atención Materno-Infantil

Fuente: elaboración propia

Estos programas reflejan un esfuerzo por homogeneizar y mejorar la atención materno-infantil en el ámbito autonómico, promoviendo un enfoque de atención integral y basada en la evidencia. Sin embargo, persisten desafíos en la implementación efectiva y equitativa de estos modelos, especialmente en lo que respecta a la ampliación más allá de la lactancia y a la optimización de la continuidad asistencial durante el puerperio.

Como iniciativa más reciente, destaca la publicación de la “Matroguía del Puerperio”, un documento elaborado por la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) (18). Esta guía ha sido diseñada para apoyar a las matronas en la atención durante el puerperio, proporcionando recomendaciones actualizadas basadas en la evidencia científica. Sus objetivos principales son garantizar unos cuidados de calidad, promover la equidad y seguridad en el proceso, y fomentar decisiones informadas y compartidas entre las mujeres, sus parejas y familias.

El análisis y evaluación de estas prácticas fundamentadas en la evidencia, así como la exploración de las experiencias y niveles de satisfacción de las mujeres con la atención recibida en las unidades de maternidad hospitalaria, resultan esenciales para el desarrollo de nuevas estrategias de cuidado que deben centrarse en la conservación y promoción de la salud física, psíquica y emocional de la mujer y del recién nacido. Además, la identificación de áreas de mejora constituye un pilar fundamental en el marco de la mejora continua de la calidad en los servicios de salud materno-infantil (19).

En este contexto, la justificación del trabajo se fundamenta en la necesidad de evaluar la situación actual de la asistencia posparto, asegurando que se cumplan correctamente las recomendaciones sanitarias sustentadas en la mejor evidencia disponible. Asimismo, la identificación de oportunidades de mejora que impulsen iniciativas que garanticen una atención integral y de mayor calidad en esta etapa crucial del proceso materno-neonatal.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. PUERPERIO. EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN LOS PROCESOS DEL PARTO Y POSPARTO.**

El puerperio, definido como el período que comienza inmediatamente después del parto y se extiende hasta la vuelta del cuerpo de la mujer a un estado similar al pregestacional y la aparición de la primera menstruación, aproximadamente con una duración aproximada de cuarenta días (seis semanas), dividida en tres fases: 1ª) puerperio inmediato, que comprende las primeras veinticuatro horas; 2ª) puerperio clínico, que es el periodo que va desde el final del puerperio inmediato hasta que la mujer es dada de alta del centro hospitalario (duración aproximada de dos a cuatro días) y 3ª) puerperio tardío, que aproximadamente coincide con la aparición de la primera menstruación (20). La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) lo matiza como el periodo que sigue al parto, durante el cual el cuerpo de la madre se recupera y se adapta a los cambios ocurridos durante el embarazo y el parto, tratándose de una etapa de numerosos cambios y que afecta a diversas esferas de la salud de la mujer, del recién nacido y su entorno. Siendo conscientes de que cada nueva familia precisa de un plan individualizado de atención integral que aborde las múltiples necesidades, dudas e inquietudes que surgen después del nacimiento (18).

Durante el posparto, la mujer experimenta una serie de cambios anatómicos, funcionales y emocionales significativos, marcando no solo el fin del embarazo, sino también el inicio de una nueva etapa de vida. Esta transición la sitúa en un estado de vulnerabilidad frente a factores de riesgo que podrían comprometer tanto su propia salud como la del recién nacido. La susceptibilidad a desarrollar complicaciones en este periodo constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial, especialmente cuando el embarazo ha sido de alto riesgo o el parto ha estado asociado con complicaciones obstétricas. En estos casos, la predisposición de la mujer y sus circunstancias personales pueden influir en la evolución de su recuperación y bienestar (21).

Los problemas de salud más frecuentes durante el primer mes postparto incluyen infecciones y problemas urinarios, dolor de espalda, cefaleas y alteraciones emocionales como la depresión y la ansiedad. Estas complicaciones han sido ampliamente documentadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (22). En España, los síntomas más prevalentes incluyen el dolor, la melancolía y trastornos emocionales, así como alteraciones en la eliminación de orina, incontinencia, infecciones y problemas tromboembólicos (23).

Los cambios físicos y emocionales del posparto pueden afectar a la salud materna. La exposición a ciertos factores de riesgo requiere de intervenciones específicas que faciliten la adaptación a esta nueva situación. En este contexto, los cuidados durante el posparto adquieren una gran relevancia, ya que es un periodo en el que la mujer necesita un acompañamiento adecuado que le permita adaptarse de manera progresiva y saludable. La

promoción de su bienestar no solo tiene implicaciones en su recuperación individual, sino también en la salud y estabilidad de su entorno familiar. Por ello, es fundamental implementar estrategias que favorezcan la prevención de complicaciones, el apoyo emocional y la promoción de la salud materno-infantil en este proceso de especial vulnerabilidad (24).

### **La Atención Sanitaria en el Puerperio.**

El parto y puerperio deben considerarse procesos fisiológicos con un alto contenido emocional, en los que se desarrolla el vínculo afectivo entre la madre y su hijo, así como en el núcleo familiar. Por ello, la atención en estos procesos debe centrarse en disminuir la ansiedad y aumentar la satisfacción materna, favoreciendo un entorno que mejore este vínculo, la estabilidad metabólica y hemodinámica de la madre, la lactancia materna y el desarrollo psicomotor y neurológico del recién nacido (25).

A lo largo de los años, la atención sanitaria en el posparto ha evolucionado significativamente, respaldada por la evidencia científica que orienta la aplicación o contraindicación de determinadas prácticas. Sin embargo, esta transformación no ha sido uniforme en todas las sociedades, ya que el concepto de maternidad ha estado históricamente influenciado por factores culturales y sociales, así como por la visión que cada sociedad ha construido en torno a la procreación y la crianza (26).

En épocas anteriores, los cuidados tras el parto eran asumidos por las propias mujeres de la familia y la comunidad. Los conocimientos y experiencias sobre embarazo, parto y posparto se transmitían de generación en generación, al igual que las necesidades emocionales, miedos e incertidumbres, se transmitían de madres a hijas dentro de la misma familia y entorno. Esta red de apoyo, que ofrecía tanto asistencia física como emocional ha ido desapareciendo por los cambios acontecidos en las estructuras familiares actuales. En la actualidad, la individualización de la sociedad y las demandas laborales condiciona que la mayoría de las mujeres se enfrenten a una maternidad sin referentes cercanos, en un contexto donde esta etapa de la vida no siempre recibe el reconocimiento y apoyo que merece.

A partir del siglo XIX, se promovió que las mujeres fueran atendidas por personal médico especializado y que dieran a luz en hospitales con el fin de disminuir la mortalidad materno-infantil. Fue entonces cuando la institucionalización del parto consolidó un sistema de atención que estableció las intervenciones para minimizar o controlar riesgos y mejorar la seguridad del proceso (27). Inicialmente, este modelo se centró en la asistencia al parto, pero fue ampliándose hasta abarcar el embarazo y el posparto, pasando de ser un proceso natural a un proceso médico.

Los cambios sociales y económicos, así como los avances científicos y tecnológicos del siglo XX favorecieron un modelo mecanicista en la atención sanitaria que promovió una creciente medicalización de la asistencia al nacimiento (28). La elevada tasa de mortalidad materna y

fetal de la primera mitad del siglo XX fue el inicio de la medicalización del proceso de parto, convirtiéndolo en un evento médico, en el que la tecnología, la instrumentalización y la intervención sanitaria adquirieron un papel predominante. Este enfoque terminó aislando a la mujer de su entorno familiar limitando su capacidad de decisión respecto a su propio proceso de parto (29).

A finales del siglo XX, la Organización Mundial de la Salud advirtió sobre la necesidad de revisar este modelo de atención, ya que no siempre garantizaba el derecho las mujeres a recibir una asistencia que tuviera en cuenta sus necesidades y expectativas. En respuesta, la OMS elaboró una guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto, estableciendo que la atención en el embarazo y parto normales debía ser integral y centrada en las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus hijos y familias y no sólo el cuidado biológico (30). A partir de estas recomendaciones se impulsó un cambio en la asistencia obstétrica, orientado a incorporar factores individuales, familiares, psicológicos, sociales, ecológicos y espirituales, valorando aspectos como el estado emocional, y el sentido de la dignidad y autonomía de la mujer (31).

En las últimas décadas, la asistencia la asistencia al parto y posparto ha experimentado una evolución significativa. Por un lado, la nueva tecnología sanitaria ha mejorado la seguridad en estos procesos y, por otro lado, las nuevas corrientes que cuestionan la excesiva tecnificación, promoviendo un modelo en el que la mujer tenga un papel más activo en la toma de decisiones y se fomente la humanización de la asistencia hospitalaria. Esta tendencia ha llevado a la elaboración de recomendaciones y guías basadas en la evidencia científica, publicadas por diversas sociedades y organizaciones científicas que buscan equilibrar el uso de tecnología con un enfoque más personalizado y respetuoso en la asistencia al nacimiento.

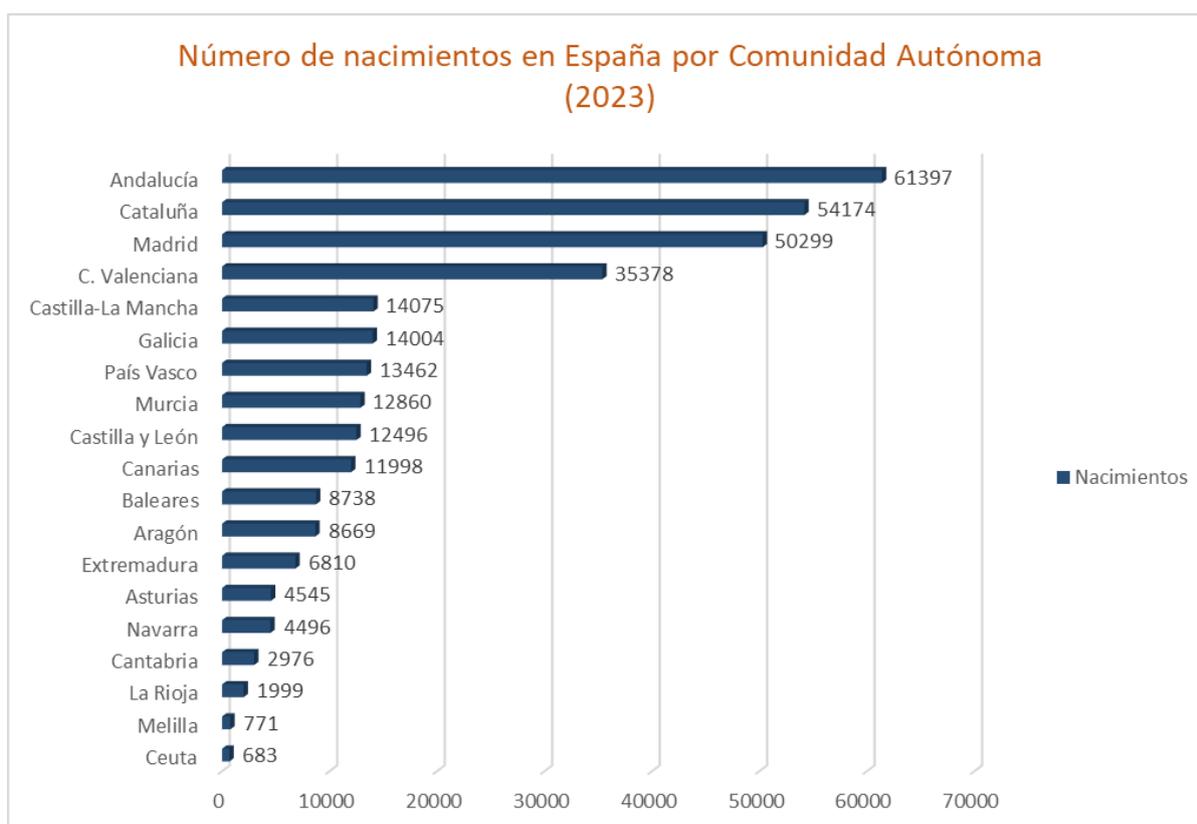
Actualmente en Europa coexisten distintos modelos de atención al nacimiento que reflejan diferencias en la institucionalización y personalización de la asistencia sanitaria. En España, Irlanda, Rusia, República Checa, Francia y Bélgica, predomina un modelo institucionalizado e intervencionista, donde los cuidados hospitalarios son proporcionados por profesionales médicos y de enfermería especializados. Este enfoque contrasta con el modelo no institucionalizado de Holanda y los países escandinavos, en el que un alto porcentaje de partos se atienden en el hogar asistidos por matronas cualificadas y autónomas. Un modelo intermedio se observa en el Reino Unido y Alemania, donde la asistencia durante el embarazo, parto y posparto se adapta a la elección de la mujer, aunque el 90% de los partos sigue realizándose en hospitales (7).

En España, la atención sociosanitaria dentro del área de la obstetricia es especialmente relevante por el número de población femenina en edad fértil como potenciales usuarios. El parto y posparto son la causa más frecuente de ingreso hospitalario en el país, con 321.025 nacimientos registrados en 2023, de los cuales el 70% tuvieron lugar en hospitales públicos.

La duración media de la estancia hospitalaria por parto en los hospitales del Sistema Nacional de Salud varía entre 2 y 3 días para partos vaginales y entre 4-5 días en cesáreas.

Los procedimientos obstétricos representan una quinta parte de la actividad especializada en España, reflejando un alto volumen asistencial. En 2023, la distribución de partos por comunidades autónomas mostró que Andalucía lideró con 61.748 partos, seguida de Cataluña (54.463 partos) y Madrid (52.319 partos), situando a la Región de Murcia (12.860 partos) en octavo lugar (figura 1).

Figura 1: Nacimientos en España año 2023



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Madrid

El modelo español de atención al parto se centra en un bloque obstétrico hospitalario, donde se prioriza la eficiencia y seguridad del proceso. En la mayoría de los hospitales, este bloque obstétrico se organiza en salas de dilatación, paritorios y habitaciones de hospitalización obstétrica (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009), configurando un entorno diseñado para ofrecer una atención integral a la madre y al recién nacido. Las Unidades de Maternidad Hospitalaria (UMH) responden a un concepto organizativo de unidad específica de profesionales que ofrecen asistencia multidisciplinar a la mujer, al recién nacido y a la familia en el nacimiento y que cumple con unos requerimientos funcionales, estructurales y

organizativos para garantizar unas condiciones de seguridad, calidad y eficiencia (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

En este contexto, las unidades de hospitalización obstétrica se centran en un enfoque asistencial basado en:

1. **Cuidados específicos** que incluyen la evaluación y el cuidado de la madre y el recién nacido, el asesoramiento y apoyo a la lactancia, y la supervisión de la recuperación posparto.
2. **Prácticas profesionales en basadas en la evidencia.** Las intervenciones en las plantas de maternidad están guiadas por guías de práctica clínica y protocolos, asegurando que la realización de procedimientos, la administración de medicación y la atención general se ajusten a la mejor evidencia científica disponible. Además, se promueve la capacitación y actualización continua de las profesiones en las últimas prácticas y tecnologías.
3. **Gestión y coordinación de la atención.** El manejo de los recursos y del personal en las plantas de maternidad es un componente esencial para garantizar una atención organizada, eficiente y adaptada a las necesidades de cada paciente.

Este enfoque ha permitido un gran avance en la humanización de la asistencia al nacimiento, con el abandono de la tecnificación excesiva y promoviendo la información y una mayor participación de la mujer en la toma de decisiones sobre su propio proceso. Este cambio ha sido impulsado por los esfuerzos de colectivos de embarazadas y sociedades científicas que han estimulado a los gestores sanitarios a adaptar sus políticas y estrategias de salud hacia una asistencia más respetuosa y centrada en la mujer, desarrollando incluso, marcos legales que respaldan estas medidas que buscan equilibrar la seguridad clínica con la autonomía y el bienestar materno (2).

## 2.2. CALIDAD ASISTENCIAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La calidad asistencial en el contexto de la salud hace referencia a la capacidad de los servicios sanitarios para mejorar los resultados en salud tanto a nivel individual como poblacional, de forma coherente con los avances y conocimientos profesionales actuales. La OMS define la calidad de la atención sanitaria como “la provisión de servicios de salud que son efectivos, seguros, centrados en las personas, oportunos, equitativos, integrados y eficientes, asegurando que los recursos disponibles se utilicen de manera óptima” (32). Esta definición incluye atributos clave como la efectividad, seguridad, equidad, oportunidad y eficiencia, todos ellos esenciales para garantizar que el sistema sanitario cumpla con su objetivo principal de mejorar la salud de las personas y las comunidades.

Una atención sanitaria de calidad no sólo contribuye a la mejora del estado de salud del paciente/cliente, sino que también contribuye positivamente en la efectividad del sistema, la satisfacción de proveedores y usuarios y la optimización de los recursos disponibles

situándonos en el camino hacia la excelencia. Para los gestores sanitarios, la calidad se convierte en una herramienta estratégica de gestión, mientras que, para los profesionales de la salud, supone una forma de reconocimiento y responsabilidad profesional. Por su parte, la población atendida se beneficia al recibir una atención segura, eficaz y centrada en sus necesidades, promoviendo una experiencia más satisfactoria (33,34).

La importancia de la calidad asistencial se extiende a varios niveles, desde la experiencia individual del paciente hasta los resultados en salud a nivel poblacional. Además, constituye un factor clave para el éxito de las políticas de salud pública y la sostenibilidad de los sistemas de salud.

El modelo teórico de la “calidad asistencial” se utiliza para planificar la mejora del funcionamiento de las instituciones sanitarias en los siguientes aspectos:

#### Impacto en la Salud de los Pacientes

El impacto directo de la calidad asistencial se refleja en los resultados clínicos de los pacientes. La evidencia muestra que una atención de alta calidad está asociada con mejores resultados en salud, tales como la reducción de la mortalidad y la morbilidad, la mejora de la calidad de vida y la satisfacción del paciente. Como ejemplo, la aplicación de intervenciones basadas en la evidencia y una atención bien coordinada pueden reducir significativamente las complicaciones postoperatorias, las infecciones nosocomiales, y los reingresos hospitalarios (35,36).

Asimismo, la calidad asistencial es un elemento clave en la seguridad del paciente. Según la OMS, los eventos adversos que ocurren en entornos hospitalarios derivados de una atención deficiente representan una de las principales causas de morbi-mortalidad evitable a nivel mundial (37), lo que destaca la necesidad de mejorar los estándares de seguridad como parte integral de la calidad asistencial (38). La implementación de prácticas seguras como las guías clínicas y los protocolos de seguridad, son estrategias cruciales para reducir estos riesgos y optimizar los resultados de los pacientes.

Por otro lado, la calidad en la asistencia sanitaria también se asocia a la reducción de la variabilidad en los procesos de diagnóstico, tratamiento y cuidados (39). Se ha observado que las diferencias en la forma de diagnosticar, tratar y cuidar a los pacientes pueden generar incertidumbre y afectar la efectividad de la atención. Para reducir esta variabilidad, es necesario fundamentar las decisiones en pruebas empíricas, asegurando que las técnicas terapéuticas aplicadas sean las más adecuadas según las características del paciente, el entorno y los recursos disponibles (40).

#### Eficiencia en el Uso de Recursos

Un sistema de salud que prioriza la calidad tiende a optimizar el uso de sus recursos, minimizando errores médicos, mejorando la coordinación de la atención y eliminando prácticas innecesarias. Este aspecto cobra especial relevancia en contextos de recursos

limitados, donde la eficiencia en la gestión sanitaria es clave para maximizar los beneficios de la atención prestada (41).

La implementación de prácticas de calidad asistencial se asocia con la reducción de costos a largo plazo. Prevenir errores y complicaciones mediante la mejora de los procesos de atención no solo mejora los resultados para los pacientes, sino que también reduce los costos derivados de la atención prolongada, los reingresos y las demandas legales (42). En este sentido, la calidad asistencial no solo beneficia a los pacientes, sino que también fortalece la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios.

### Satisfacción y Confianza de los Pacientes

La calidad de la atención influye directamente en la satisfacción del paciente y en su confianza con el sistema sanitario. Los pacientes que reciben una atención caracterizada por la efectividad clínica, la comunicación efectiva, y el respeto a sus necesidades y preferencias, tienden a mostrar niveles más altos de satisfacción y lealtad hacia los servicios de salud (43). Esto no solo es importante desde una perspectiva ética, sino que también tiene implicaciones prácticas, ya que la satisfacción del paciente está correlacionada con una mayor adherencia al tratamiento, mejores resultados de salud y una menor tendencia a buscar atención en otros proveedores o a litigar (44).

Asimismo, la confianza en el sistema de salud es un factor determinante en la equidad del acceso a los servicios sanitarios. Una percepción negativa puede llevar a la subutilización de servicios y, en consecuencia, aumentar las desigualdades en salud. Por el contrario, un sistema sanitario que inspire confianza fomenta un uso adecuado y oportuno de los servicios, promoviendo una atención más equitativa y accesible (45).

### Cumplimiento de los Objetivos de Salud Pública

La calidad asistencial es un elemento fundamental para alcanzar los objetivos de salud pública, incluida la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). La OMS enfatiza que la cobertura sanitaria universal no se puede lograr sin garantizar que los servicios de salud ofrecidos sean de alta calidad, accesibles, aceptables y adaptados a las necesidades de la población sin importar la condición socioeconómica (46).

La calidad de la atención también juega un papel crucial en la promoción de la equidad en salud, al garantizar que todos los individuos, independientemente de sus circunstancias, reciban atención adecuada y oportuna. Las intervenciones de salud pública que no consideran la calidad asistencial pueden no solo ser ineficaces, sino también perjudiciales, perpetuando o incluso exacerbando las desigualdades existentes (37).

### 2.2.1. CONCEPTOS CLAVE EN CALIDAD ASISTENCIAL.

Para contextualizar este trabajo es necesario precisar que la calidad asistencial no se adhiere a un modelo único, sino que abarca múltiples perspectivas, teorías y definiciones que intentan englobar numerosos aspectos de la calidad sobre el cuidado de la salud.

Avedis Donabedian (47) como pionero en el tema, definió la calidad asistencial como aquella que pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar considerando el equilibrio entre ganancias y pérdidas que pueden acompañar al proceso en todas sus etapas. Donabedian estableció tres tipos de calidades:

- **“Calidad absoluta:** se refiere al grado de consecución del objetivo teniendo en cuenta el componente científico técnico, lo referente a la calidad científica”.
- **“Calidad individualizada:** centrada en el bienestar y necesidades del paciente.”
- **“Calidad social:** relacionada con la eficiencia en el uso de los recursos, asegurando su distribución equitativa”.

Otros enfoques han complementado esta perspectiva encontramos Palmer y colaboradores definieron la calidad como “la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional excelente, optimizando recursos y logrando la adhesión y la satisfacción del usuario” (48). Por su parte, la OMS la describió como “aquella que conduce a que el paciente reciba un diagnóstico y servicio terapéutico que le lleve a un estado óptimo de salud, según los conocimientos de la ciencia médica y los factores biológicos del mismo, con el coste mínimo de recursos, con la menor exposición al riesgo y con el mayor beneficio y satisfacción” (32).

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) amplió aún más la definición, destacando que la calidad debe alinearse con las expectativas del paciente y centrarse en mejorar la salud de la población, no solo tratar enfermedades (49).

En la definición adoptada en el Programa Ibérico, calidad de la atención es “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario” (33).

A pesar de sus variaciones, todas estas definiciones coinciden en que la calidad asistencial y quien ofrece el servicio ha de tener en cuenta las necesidades y expectativas de a quién va dirigido y adaptarlo a éstas. Además, es un componente clave para alcanzar la cobertura sanitaria universal y de un objetivo principal de los sistemas de salud a nivel global.

El concepto de calidad asistencial se articula en dos niveles fundamentales:

#### 1. **“Componentes de la calidad asistencial**

- a. *Factor científico-técnico:* aplicación del mejor conocimiento disponible en la práctica clínica.
- b. *Factor percibido:* nivel de satisfacción del paciente con la atención recibida.
- c. *Factor institucional o corporativo:* imagen de un centro sanitario.”

## 2. Dimensiones de la calidad asistencial

Maxwell describió los atributos o dimensiones para medir si la calidad de los servicios está presente (50):

- *“Calidad científico-técnica:* competencia de los profesionales para utilizar de forma idónea los conocimientos y recursos a su alcance, contribuyendo a la mejora del estado de salud de la población y a la satisfacción de los usuarios. En esta dimensión se tiene en cuenta tanto la habilidad técnica como la relación interpersonal que se establece entre el profesional y el paciente.
- *Efectividad:* grado en que la atención sanitaria produce el beneficio que en teoría debería producir en la población, es decir, el que se obtiene tras una intervención en condiciones de aplicabilidad reales.
- *Eficiencia:* grado en que se consigue el nivel más alto de calidad con los recursos disponibles. Relaciona los resultados obtenidos (beneficios) y los costes que genera el servicio prestado. La evaluación económica de los servicios sanitarios ha experimentado un gran desarrollo y cada vez se tiene más en cuenta por los gestores de estos servicios.
- *Accesibilidad:* facilidad con la que la población puede recibir la atención que necesita. Esta dimensión contempla no sólo barreras de tipo estructural y económico, sino también barreras organizativas, sociales y culturales. Dentro de esta dimensión se puede incluir la equidad como distribución justa de los recursos sanitarios entre la población.
- *Satisfacción:* grado en que la atención prestada satisface las expectativas del usuario. La satisfacción es un resultado deseable del proceso asistencial y puede medirse mediante encuestas y análisis de sugerencias y reclamaciones presentadas. La satisfacción hace referencia a tres grandes aspectos: organizativos, estado de salud logrado y trato personal recibido por parte de los profesionales sanitarios. Este último aspecto es fundamental dado que puede darse insatisfacción del usuario con un alto nivel de calidad científica.
- *Adecuación:* medida en la cual el servicio se corresponde con las necesidades del paciente o de la población.”

Además, el Institute of Medicine (IOM), propuso en 2001 un esquema base para monitorizar la calidad de los sistemas de salud con seis dimensiones orientadas a la atención individual y no a las comunidades (51):

- *Seguridad:* ausencia de lesiones a causa de la atención sanitaria que se supone debe ser beneficiosa.
- *Efectividad:* provisión de servicios, basados en el conocimiento científico, a todos los que pueden beneficiarse de ellos y evitar proveer servicios a aquellos que probablemente no se beneficiarán de ellos.
- *Servicio centrado en el paciente:* provisión de atención sanitaria que es respetuosa con y que responde a las preferencias individuales, necesidades y valores del

paciente, asegurando que los valores del paciente guían todas las decisiones clínicas.

- *Oportunidad*: reduciendo las esperas y, a veces perjudiciales, retrasos tanto para los que reciben como para los que proveen la atención sanitaria.
- *Eficiencia*: evitando el desperdicio de equipamiento, insumos, ideas y energía.
- *Equidad*: provisión de servicios que no varían en calidad según características personales tales como género, etnia, localización geográfica y estatus socioeconómico.

Por otro lado, Pedro J. Saturno simplificó este esquema en tres dimensiones principales (52), fundamentando la “seguridad” como un aspecto transversal que podría justificar su consideración particular a efectos de medición y mejora:

- *“Calidad científico-técnica o competencia profesional.”*
- *“Atención centrada en el paciente”.*
- *“Accesibilidad”.*

En el contexto de los Servicios de Salud, la definición y medición de la calidad requiere un enfoque detallado y específico. Es necesario traducir estas definiciones generales en requisitos concretos que se adapten a cada servicio, tipo de paciente o problema de salud, ya que la relevancia de cada dimensión de calidad puede variar considerablemente según el contexto. Para cada servicio, es esencial identificar las características que aseguran un nivel óptimo de calidad, incluyendo aspectos como la accesibilidad, la calidad científico-técnica y la satisfacción del usuario. Este enfoque no solo permite medir la calidad de manera efectiva, sino también adaptarla y mejorarla de forma continua, asegurando que se satisfacen las necesidades y expectativas de los usuarios.

En definitiva, la calidad en los servicios de salud debe ser entendida como un concepto flexible y adaptable, que depende de la correcta definición y medición de las características específicas de cada servicio o producto. Esta visión permite a los profesionales, instituciones y sistemas de salud desempeñar sus funciones de manera más eficaz y orientada a la mejora continua (33).

#### 2.2.1.1. Mejora Continua de la Calidad

El concepto de mejora continua de la calidad (MCQ) se basa en la premisa de que toda organización debe estar constantemente buscando oportunidades para mejorar la calidad de sus productos o servicios. Este enfoque conlleva la implementación de actividades de mejora en el trabajo diario de todos los profesionales de manera sistemática y continuada, fomentando así la construcción de procesos de calidad sólidos y sostenibles. En el sector sanitario, la MCQ no solo busca corregir problemas existentes, sino también anticipar y prevenir futuros errores, promoviendo una cultura organizacional enfocada hacia la excelencia y el aprendizaje continuo. Esto implica a todos los niveles de la organización, desde

los profesionales de la salud hasta la alta dirección, en la identificación de áreas de mejora y en la implementación de soluciones efectivas (53).

La MCQ en la asistencia sanitaria sigue un proceso cíclico compuesto por la planificación, implementación, evaluación y ajuste de estrategias para mejorar los resultados de la atención. Este ciclo de mejora continua busca elevar de manera constante el nivel de calidad de los servicios de salud asegurando que los resultados se optimicen en función de los estándares establecidos.

Calidad asistencial y MCQ están intrínsecamente conectadas ya que la mejora continua se convierte en el medio para alcanzar y mantener altos niveles de calidad asistencial. La integración de este concepto es esencial para asegurar que la asistencia sanitaria se adapte y responda a las necesidades cambiantes de los pacientes y a los avances del conocimiento médico. En este sentido, la MCQ proporciona un marco para la innovación y el perfeccionamiento constante de los procesos asistenciales, contribuyendo a que la atención sea efectiva, segura y eficiente (54). Un elemento fundamental de este enfoque es el uso de indicadores de calidad, que permiten a las instituciones sanitarias medir el desempeño actual y comparar los resultados con estándares o benchmarks reconocidos. La evaluación regular de estos indicadores informa las iniciativas de mejora continua, permitiendo ajustes oportunos en los procesos asistenciales (49).

#### 2.2.1.2. Gestión de la Calidad

El concepto de calidad viene marcado por la progresiva implementación del llamado paradigma de la “*Gestión de la Calidad Total (TQM: Total Quality Management)*” que se sustenta en el desarrollo de sistemas de gestión que sobrepasan la tradicional consideración de calidad referida al producto o resultado. Desde este punto de vista, la calidad total es una filosofía, una cultura cuyo fin es alcanzar los máximos beneficios a través de la excelencia en la gestión, para lo que resulta esencial la creación de una verdadera cultura de calidad y el compromiso de todo el personal en la mejora continua de todos los procesos y áreas organizacionales” (2).

La gestión de la calidad en el ámbito sanitario proporciona un marco estructurado para la mejora continua de los servicios de salud. Su adopción supone una gran ventaja como método científico de mejora de la práctica clínica, reporta a quien adquiere el compromiso, un gran crecimiento profesional, personal y moral (55).

Los programas de gestión de la calidad demuestran mejoras significativas, cuantificadas y concretas en términos de efectividad, eficiencia y satisfacción de personal y usuarios. Estos programas son el camino hacia la excelencia de la calidad de la atención sanitaria (33). Según Saturno, un programa de gestión de la calidad incluye una filosofía o política explícita para mejorar la calidad, unos elementos estructurales y organizativos para llevarla a cabo y unas actividades para hacerla efectiva (33).

De la misma manera que ocurre con el concepto de calidad, no existe un único modelo de gestión de calidad ni un consenso sobre sus características, pero todos los programas de

gestión deben adaptarse a cada sistema de salud, nivel asistencial o centro, compartiendo el objetivo común de mejorar la calidad del servicio. Estos programas deben incluir tres elementos fundamentales (56):

- a. *Estructura identificable*: claramente definida dentro de la organización
- b. *Normas de funcionamiento*: establecidas para garantizar la coherencia y la calidad del servicio.
- c. *Actividades para mejorar la calidad*: incluyen ciclos de mejora de la calidad para identificar oportunidades de mejora; diseño de la calidad para desarrollar nuevos servicios o realizar cambios sustanciales; y monitorización de la calidad a través de la elaboración y seguimiento periódico de indicadores.

El presente trabajo se basa en el modelo de gestión de la calidad de los servicios sanitarios desarrollado por Pedro J. Saturno (57), donde se define un programa de gestión de la calidad como el “conjunto de elementos estructurales y de actividades que tienen como fin específico la mejora continua de la calidad”.

Este modelo destaca en las actividades de mejora continua que quedan organizadas en torno a tres áreas principales o puntos de partida:

- 1) “La identificación de oportunidades de mejora”.
- 2) “La elaboración de indicadores y su monitorización”.
- 3) “El diseño de nuevos servicios o cambios sustanciales en los existentes”.

Estos puntos de partida se corresponden con tres áreas de actividades: ciclos de mejora, monitorización y diseño de la calidad con sus respectivos objetivos inmediatos (figura 2) (tabla 2).

Figura 2: Grupo de actividades de los programas de Gestión de la Calidad



Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

Tabla 2: Grupos de actividades de los programas de gestión de la calidad. Puntos de partida y objetivos inmediatos (58)

GRUPO DE ACTIVIDADES	PUNTO DE PARTIDA	OBJETIVO INMEDIATO
Ciclos de mejora	-“Identificación de un problema de calidad u oportunidad de mejora en algún aspecto de los servicios que se ofrecen.”	-“Solucionar el problema” -“Aprovechar la oportunidad de mejora descubierta”
Monitorización	-“Identificación de aspectos relevantes de los servicios que se ofrecen y construcción de indicadores sobre su calidad”. -“Selección de indicadores sobre problemas que hemos sometido a ciclos de mejora”.	-“Identificación de problemas de calidad y oportunidades de mejora”.
Diseño	-“Programación de un nuevo servicio a ofrecer. -Identificación de necesidades y expectativas de los usuarios.” -“Identificación de parámetros y resultados a conseguir.”	-“Diseñar los procesos de atención para conseguir los resultados deseados predeterminados”.

### 2.2.1.3. Monitorización de la Calidad Asistencial

La monitorización de la calidad es un elemento clave en la gestión sanitaria actual. Joseph Juran (1999) estableció tres áreas de actividades esenciales en la Gestión de Calidad, conocidas como la “**Trilogía de Juran**”:

- Diseño de la calidad.
- Monitorización continua.
- Ciclos de Mejora.

Este autor definió este concepto como “un proceso de gestión universal para llevar operaciones de forma que se proporcione estabilidad, prevenir cambios adversos y mantener el *status quo*” (59), subrayando la importancia de mantener controles continuos que aseguren que las operaciones no sólo permanezcan estables, sino que también mejoren con el tiempo.

En el ámbito de la salud, la monitorización implica una medición periódica y planificada para garantizar que la calidad asistencial se mantiene en niveles aceptables fijados previamente. Se trata de una actividad de gestión que requiere de un punto de partida definido y debe continuar a lo largo del tiempo, o bien requerir intervenciones específicas para ser efectiva y útil (56).

La monitorización puede partir de tres situaciones diferentes (56):

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

- a) “Tras elaborar un listado de indicadores que representen los aspectos o servicios más importantes que ofrecemos”.
- b) “Tras completar un ciclo de mejora y seleccionar indicadores sobre el aspecto o servicio mejorado”.
- c) “Tras implantar un nuevo diseño de un servicio reformado o añadido a nuestra actividad”.

Esta estrategia permite identificar problemas y oportunidades de mejora, estableciendo planes de acción basados en datos objetivos. Su correcta implementación requiere de la selección o construcción de indicadores de calidad específicos, así como la descripción de un plan de monitorización que detalle la frecuencia de las mediciones y la metodología a utilizar (58).

Así pues, el uso de indicadores de calidad es fundamental para monitorizar, evaluar y mejorar la calidad de la atención, la organización y los servicios que influyen en los resultados del paciente (60). Estos indicadores pueden ser diseñados específicamente para monitorizar aspectos relevantes en los servicios asistenciales. Cuanto más amplio sea el listado de indicadores utilizados, mayor será también número de problemas de calidad identificados (61).

### 2.2.2. CARACTERÍSTICAS Y DESARROLLO DE LOS INDICADORES DE CALIDAD.

Los indicadores de calidad son herramientas de medición diseñadas para evaluar la existencia de un problema u oportunidad de mejora. Deben representar un aspecto relevante que resuma, en la medida de lo posible, la calidad de la actividad que se desea monitorizar (58). La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) los define como “medidas cuantitativas que pueden ser usadas para monitorizar y evaluar la calidad de actividades importantes relacionadas con el cuidado, manejo y servicios de soporte del paciente”. Se consideran herramientas de *screening*, ya que pueden usarse tanto para detectar problemas como para asegurar que nos mantenemos a unos niveles deseables de calidad (62).

Un concepto estrechamente relacionado con los indicadores es el **Criterio de calidad**, referido a un objetivo de calidad que queremos que se cumpla. Dentro de esta categorización, se definen los siguientes elementos (63):

- **“Estándar de calidad:** representa el nivel óptimo de cumplimiento de un criterio, expresado principalmente en forma de porcentaje. Supone un referente para alcanzar el grado de aceptabilidad de la calidad, siendo un límite que se establece como el nivel exigible de cumplimiento del criterio”.
- **“Umbral del indicador:** punto de referencia o nivel de cumplimiento del indicador que separa la existencia o no de un problema de calidad”.

## Tipos de indicadores

Los indicadores de calidad pueden clasificarse según diferentes criterios, incluyendo el tipo de datos utilizados, el proceso que evalúan y el método de medición. La clasificación propuesta por Donabedian (1997) es una de la más utilizadas:

- **“Indicadores de estructura”**: describen el tipo y la cantidad de recursos usados por un sistema de salud y organización para llevar a cabo programas y servicios, relacionándolos con la presencia de recursos materiales y humanos, pacientes, costes, camas, etc.
- **“Indicadores de proceso”**: se centran en las actividades que se realizan para proporcionar y recibir atención. Estos indicadores miden la extensión y la manera en que se llevan a cabo estas actividades, evaluando la conformidad con los estándares de práctica aceptados.
- **“Indicadores de resultado”**: miden los efectos de la atención proporcionada en el estado de salud del paciente o de la población que la recibe. Estos resultados incluyen los conocimientos, los cambios de comportamiento en relación con la salud y la satisfacción de dichos pacientes o población con respecto a los servicios percibidos.

Además, se pueden clasificar según el tipo de variable que miden (cualitativa o cuantitativa) y el parámetro estadístico que resume la medición (centinela, número absoluto, proporción y porcentaje, tasa, media, ratio o razón y compuesto o índice) (58).

### 2.2.2.1. Características de un buen indicador

Todo indicador de calidad debe tener una serie de atributos o características relevantes para considerarse una herramienta de evaluación y control de la calidad. Estos atributos han sido tradicionalmente la validez, fiabilidad, utilidad y factibilidad (63) (tabla 3):

- **“Validez**: en términos generales, asegura que la herramienta mida lo que queremos medir. Válido quiere decir que mide calidad y sirve para identificar situaciones en las que la calidad puede mejorarse, como instrumento de *screening* de los problemas de calidad, el concepto de validez de un indicador ha de incluir que sea sensible y específico. Sensible si identifica todos los casos en los que hay problema de calidad (verdaderos positivos) y específico si identifica como problemáticos sólo los casos en los que hay un problema de calidad”.
- Para la construcción y análisis de indicadores para monitorizar calidad es importante conocer y prestar atención a la validez facial, de contenido y de criterio.
- **“Fiabilidad**: se define como el grado de reproducibilidad de los resultados para los mismos casos y situaciones cuando el indicador es utilizado por observadores diferentes.”

La realización de un pilotaje antes de generar el uso del indicador se considera un paso imprescindible para asegurar su fiabilidad, este pilotaje permite identificar, discutir y corregir diferencias en la interpretación de los indicadores. El proceso de pilotaje debe repetirse tantas veces como sea necesario hasta alcanzar cotas de fiabilidad aceptables. Una vez asegurada la fiabilidad, puede valorarse la sensibilidad y especificidad del indicador.

- **“Utilidad:** un indicador, además de ser válido y fiable también tiene que ser útil para la gestión de la calidad en la institución o nivel dentro del sistema de salud en el que vaya a ser utilizado, es decir, tiene que ser apropiado para que de los resultados de la monitorización puedan derivarse, en su caso acciones de mejora.”
- **“Factibilidad de un indicador:** la facilidad con la que un indicador puede ser medido con exactitud con las fuentes de datos disponibles”.

Tabla 3: Características de un buen indicador

CARACTERÍSTICAS DE UN BUEN INDICADOR	
<b>VALIDEZ</b>	
Validez como indicador de calidad	“¿Mide calidad y sirve para monitorizar e identificar situaciones en las que la calidad asistencial puede mejorarse?”
Validez facial	“¿Se entiende su sentido e importancia sin muchas explicaciones?”
Sensibilidad	“¿Identifica todos los casos en los que hay problemas de calidad?”
Especificidad	“¿Identifica sólo los casos en los que hay un problema de calidad?”
<b>FIABILIDAD</b>	“¿Es interpretado siempre de la misma manera por todos los evaluadores?”
<b>UTILIDAD (PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD)</b>	“¿Es apropiado para el nivel de responsabilidad de quienes valoran sus resultados?”

Fuente: Adaptado de Saturno Hernández, PJ. Métodos y herramientas para la monitorización de la calidad en servicios de salud. 2015 (58)

El grupo de trabajo del Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM) publicó un informe destacando las características esenciales que deben poseer los indicadores para garantizar su relevancia y efectividad (tabla 4).

## Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

Tabla 4: Características deseables de los indicadores para el Informe Nacional sobre la Calidad de la Atención Sanitaria

Características deseables de los indicadores para el Informe Nacional sobre la Calidad de la Atención Sanitaria (67)
<b>IMPORTANCIA</b>
“Impacto en la salud. ¿Cuál es el impacto en la salud asociado al problema que se mide? Significado relevante. ¿Preocupa lo que se mide a los usuarios y al sistema de salud? Susceptibilidad de ser influido por el sistema de salud. ¿Puede el sistema de salud actuar de forma significativa sobre el problema que se mide?”
<b>SOLIDEZ CIENTÍFICA</b>
“Validez. ¿Mide el indicador realmente lo que se quiere medir? Fiabilidad. ¿Proporciona el indicador resultados estables en las diversas poblaciones y circunstancias? Grado de evidencia explícita. ¿Qué evidencia científica existe para respaldar el indicador?”
<b>FACTIBILIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN</b>
“Existencia de prototipos. ¿Se está utilizando en la actualidad? Existencia de los datos necesarios. ¿Puede recogerse la información que se necesita al nivel y en el marco temporal requeridos? Coste de la medición. ¿Cuánto costará recoger los datos necesarios para medir el indicador? Capacidad para realizar análisis comparativo de subgrupos. ¿Puede el indicador utilizarse para comparar diferentes grupos de población?”

Fuente: Adaptado de Saturno Hernández, PJ. Métodos y herramientas para la monitorización de la calidad en servicios de salud. 2015 (58)

### 2.2.2.2. Construcción y desarrollo de indicadores de calidad.

El desarrollo de indicadores es un proceso organizado y meticuloso para garantizar que los criterios evaluados reflejen con precisión el impacto de las acciones acometidas por las instituciones sanitarias. Para ello es fundamental verificar si los esfuerzos dedicados a mejorar la calidad están teniendo efectos cuantificables y determinar qué medidas de las adoptadas se muestran más efectivas.

Los indicadores seleccionados o contruidos deben cumplir con una serie de atributos como la validez, fiabilidad, utilidad y factibilidad (tabla 5), precisando para ello el uso de un marco conceptual estructurado, como el Health Outcome Logic Model del IOM (64). También se pueden emplear modelos específicos como el descrito por Saturno (63) que organiza la utilidad de los indicadores en función del nivel de asistencia, las características de los indicadores y sus responsabilidades. Este modelo basado en la **“Pirámide de control de Juran”**, integra los aspectos más comunes de otros marcos conceptuales contribuyendo a una nueva clasificación en función del nivel de asistencia (sistema, institución o centro asistencial y atención individual), con una aproximación a la utilidad de los indicadores para los niveles más cercanos al paciente y la identificación de una relación comunicativa entre cada nivel.

Como anteriormente se expuso, el desarrollo de indicadores de calidad debe ser un proceso meticuloso y ordenado para garantizar que tanto la construcción como la selección de indicadores cumplan con una serie de atributos específicos, siendo recomendable emplear un listado estructurado de aspectos a definir o verificar y definir claramente el marco conceptual

en el que se desarrollará la monitorización. La evidencia sugiere que cuando los indicadores se elaboran rigurosamente y se aplican de manera adecuada, pueden ser herramientas considerablemente útiles para guiar la mejora de la calidad (65).

### Metodologías para el Desarrollo de Indicadores

Actualmente existen varios métodos propuestos para el desarrollo de indicadores, pero no hay un consenso sobre el enfoque metodológico más efectivo (5). La Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO) propone un esquema resumible en siete puntos que deben considerarse cuidadosamente para la selección de buenos indicadores que se someterán adicionalmente a pruebas de fiabilidad (tabla 5).

Tabla 5: Desarrollo/Análisis de un indicador

Desarrollo/Análisis de un indicador (62)
<p><b>“LISTA DE COMPROBACIÓN</b></p> <p><b>DEFINICIÓN DE TÉRMINOS</b></p> <p><b>TIPO DE INDICADOR</b></p> <p><b>FUNDAMENTO (JUSTIFICACIÓN)</b></p> <p><b>POBLACIÓN A LA QUE SE APLICA</b></p> <p><b>FUENTES DE DATOS</b></p> <p><b>FACTORES SUBYACENTES</b></p> <p><b>RELACIONADOS CON EL PACIENTE/USUARIO</b></p> <p><b>b. AJENOS AL PACIENTE/USUARIO</b></p> <p><b>i. Actuación profesional</b></p> <p><b>ii. Organización</b></p> <p><b>VII. BASES DE DATOS (COMPROBAR VALIDEZ)”</b></p>

Fuente: Adaptado de Saturno Hernández, P.J. Métodos y herramientas para la monitorización de la calidad en servicios de salud. 2015 (58)

El Veterans Affairs Center for Practice Management and Outcomes Research desarrolló un proceso de validación en cuatro pasos que enfatiza la necesidad de realizar un pilotaje y verificar empíricamente diversos aspectos de validez y fiabilidad, además de asegurar que los indicadores sean útiles y apropiados (tabla 6).

Tabla 6: Proceso a seguir para la construcción de buenos indicadores

Proceso a seguir para la construcción de buenos indicadores (71)
<p><b>1. Selección de indicadores potenciales</b></p> <p>1.1. “Valorar la evidencia científica que justifica la importancia del indicador.”</p> <p>1.2. “Valorar la facilidad de medición y la frecuencia de casos problemáticos que identifica el indicador.”</p> <p>1.3. “Valorar y clasificar los factores modificables que se asocian con los casos problemáticos que identifica el indicador.”</p>
<p><b>2. Establecer estándares y diseñar herramientas de medición</b></p>
<p><b>3. Pilotaje</b></p> <p>. “Medición del indicador en grupos de casos y controles para valorar sensibilidad, especificidad y valor predictivo.”</p> <p>. “Valoración de la fiabilidad.”</p>
<p><b>4. Simulación de la aplicación del indicador en instituciones y niveles para los que se ha diseñado</b></p> <p>. “Valorar su aplicabilidad y utilidad real.”</p>

Fuente: Adaptado de Saturno Hernández, P.J. Métodos y herramientas para la monitorización de la calidad en servicios de salud. 2015 (58)

El desarrollo de indicadores a partir de Guías de Práctica Clínica (GPCs) resulta ser una metodología particularmente relevante para este trabajo. Como un primer paso para la implementación de recomendaciones de una Guía de Práctica Clínica (GPC) es desarrollar indicadores que puedan definirse como elementos medibles basados en evidencia (66). Estas herramientas permiten tener una visión clara de la práctica real y el manejo de un determinado proceso, dado que las buenas prácticas que se recomiendan y las malas prácticas a evitar según la evidencia, están descritas en las GPCs.

En 2012, Köter y colaboradores desarrollaron una metodología sistemática para el diseño y la implementación de indicadores de calidad basados en GPCs, con el objetivo de mejorar la evaluación y la adherencia a las mejores prácticas en la atención sanitaria. Esta metodología ofrece una visión general a través de una exhaustiva revisión bibliográfica basándose en seis etapas clave que permiten la traducción efectiva de recomendaciones clínicas en indicadores medibles y aplicables en la práctica diaria (67):

- 1. Selección del tema:** Identificar un área clínica específica o un problema de salud que tenga un impacto significativo en la calidad de la atención y los resultados en salud. La selección debe basarse en la relevancia clínica, la prevalencia del problema, y la posibilidad de mejorar los resultados a través de la implementación de prácticas basadas en evidencia. Es fundamental que el tema seleccionado esté alineado con las prioridades estratégicas de la institución o del sistema de salud.
- 2. Selección de la guía:** Esta guía debe ser la más reciente y relevante para el tema elegido, con recomendaciones basadas en una sólida evidencia científica. La selección de la guía implica revisar las diferentes GPC disponibles, evaluando su calidad metodológica y la aplicabilidad de sus recomendaciones al contexto específico en el que se implementarán los indicadores. Es esencial que la guía seleccionada sea reconocida y aceptada por la comunidad científica y profesional.
- 3. Extracción de las recomendaciones:** Identificar aquellas recomendaciones clave para la mejora de la calidad en el área clínica seleccionada. Estas recomendaciones deben ser claras, específicas, y directamente aplicables en la práctica clínica. La extracción cuidadosa de estas recomendaciones es crucial, ya que serán la base para el desarrollo de los indicadores.
- 4. Selección de indicadores:** A partir de las recomendaciones extraídas, se procede a la selección de indicadores que permitirán medir la adherencia a las prácticas recomendadas. Los indicadores deben ser específicos, medibles, alcanzables, relevantes y basados en el tiempo. Es importante que estos indicadores capturen tanto los procesos como los resultados de la atención clínica. La selección de indicadores implica un proceso de consenso entre expertos, asegurando que sean prácticos y proporcionen información valiosa para la mejora de la calidad.
- 5. Testeo práctico:** Antes de la implementación generalizada, los indicadores seleccionados deben someterse a un testeo práctico. Este paso incluye la aplicación de los indicadores en un entorno controlado o en un grupo piloto, para evaluar su

viabilidad, fiabilidad y validez. El testeo permite identificar posibles desafíos en la recolección de datos, la interpretación de los resultados y la integración de los indicadores en la rutina clínica. Con base en los resultados del testeo, se pueden realizar ajustes para optimizar la aplicabilidad de los indicadores.

- 6. Implementación:** El paso final en la metodología de Köter es la implementación de los indicadores en la práctica clínica diaria. Esta etapa implica la integración de los indicadores en los sistemas de gestión de calidad del hospital o la institución de salud, acompañada de la formación y sensibilización del personal involucrado. La implementación debe estar respaldada por un sistema de monitoreo continuo que permita evaluar el desempeño de los indicadores y realizar mejoras según sea necesario. La retroalimentación constante es esencial para asegurar que los indicadores contribuyan efectivamente a la mejora de la calidad de la atención.

Esta metodología asegura que los indicadores de calidad no sólo sean eficaces, sino que también funcionen en la práctica, facilitando una mejora tangible en la atención sanitaria.

La Agency for Health Research and Quality (AHRQ) desarrolló un esquema similar al enfoque de Köter. La última actualización de esta metodología (2016), aporta mejoras basadas en la evolución de la evidencia científica, detallando los procedimientos y criterios más actuales para el desarrollo y mantenimiento de los AHRQ Quality Indicators, que incluyen procesos para la selección de temas, desarrollo de indicadores, prueba y validación de estos, y criterios para su retiro cuando ya no son relevantes o útiles (68):

- 1. Identificación del tema y revisión de la literatura:** similar a la selección del tema de Köter, pero con un fuerte enfoque en la revisión exhaustiva de la literatura científica.
- 2. Desarrollo de medidas preliminares:** se diseñan medidas preliminares a partir de las recomendaciones clínicas, considerando la relevancia y la evidencia científica.
- 3. Evaluación y refinamiento:** se evalúan las medidas preliminares en términos de validez, fiabilidad, y aplicabilidad, y se refinan con retroalimentación de expertos.
- 4. Piloto y validación:** se realiza un piloto en el campo para evaluar la factibilidad y se validan las medidas a través de pruebas estadísticas y análisis de datos reales.
- 5. Diseminación e implementación:** una vez validados, los indicadores se diseminan ampliamente para su adopción en la práctica clínica.

Ambas metodologías complementarias ofrecen marcos detallados y prácticos para el desarrollo y manejo de indicadores de calidad, aunque puedan diferir en su enfoque específico y el nivel de detalle en ciertos pasos. La elección de una metodología sobre otra puede depender de los recursos disponibles, la necesidad de validación estadística, y el contexto en el que se implementarán los indicadores.

### **2.3. EVALUACION DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD.**

Como anteriormente se señaló, el postparto es un periodo crítico para la salud de la mujer, en el que el contacto con el sistema sanitario actúa como un soporte fundamental. Durante esta etapa, el entorno hospitalario y las prácticas asistenciales influyen significativamente en la experiencia de la maternidad (69). La capacidad de adaptación y afrontamiento de la madre y su familia depende en gran medida de la calidad de la atención recibida, así como de los conocimientos adquiridos sobre el autocuidado y cuidado de su recién nacido.

La asistencia hospitalaria desempeña un papel determinante en la percepción de la calidad de los cuidados. El modelo de atención adoptado no sólo influye en la salud materna y del recién nacido, sino también en los resultados a corto y largo plazo. Por ello, es fundamental que la atención durante el posparto garantice una evolución adecuada, detecte y trate precozmente factores de riesgo y complicaciones (70), fomente la lactancia materna, promueva el autocuidado de la madre y proporcione a las familias una transición saludable a esta nueva etapa de la vida.

#### **Importancia de la evaluación de la calidad asistencial en Unidades de Maternidad**

Las unidades de maternidad requieren un enfoque integral para evaluar la actividad asistencial, basado en políticas sanitarias que prioricen la seguridad, la equidad y la satisfacción de las mujeres y sus familias. La mejora de la calidad asistencial debe centrarse en garantizar resultados óptimos en salud y en minimizar las desigualdades (69,71).

Estas unidades son espacios clave donde se ofrecen cuidados esenciales a las mujeres durante el posparto. La calidad de la atención en estos entornos depende de la implementación efectiva de cuidados específicos, prácticas profesionales rigurosas, y un manejo adecuado de los recursos y procesos.

La calidad de la atención en los servicios de maternidad depende de la implementación efectiva de cuidados específicos, prácticas profesionales rigurosas y un manejo eficiente de los recursos. Toda la estructura material y humana y el gran volumen de asistencia que prestan estas unidades hace necesario un análisis profundo en busca de oportunidades de mejora, explorando tanto la calidad percibida por las usuarias como su satisfacción con la atención recibida. En este contexto, la gestión de la calidad ofrece herramientas que permiten identificar esas oportunidades de mejora, medir y monitorizar problemas asistenciales, y diseñar estrategias basadas en la mejor evidencia disponible (55).

Sin embargo, la medición de la calidad en la asistencia al parto y posparto es un proceso complejo (72). Mientras que algunos componentes de la calidad son cuantificables y mensurables, otros dependen de vivencias subjetivas y expectativas de las usuarias, incluyendo aspectos psicológicos y fisiológicos influenciados por factores socioculturales (73). Ambos enfoques son importantes a la hora de detectar oportunidades de mejora y de definir un concepto integral de calidad.

### **Indicadores para la Evaluación de la Calidad en el Posparto.**

Durante el último siglo, la principal preocupación en la atención materna ha sido la disminución de la mortalidad materna y perinatal. Para alcanzar este objetivo se enfatizaron intervenciones e innovaciones médicas hasta nuestros días. Actualmente dado que en muchos países los índices de mortalidad no se pueden optimizar más (2), el objetivo actual es mejorar la calidad técnica y funcional de la atención, promoviendo un enfoque holístico que aborde no sólo los aspectos médicos, sino también los psicológicos, sociales y culturales del posparto.

El periodo posnatal ha sido objeto de estudio favoreciendo la discusión sobre temas como la duración de la estancia hospitalaria, continuidad de la atención y lactancia materna. Se han desarrollado trabajos sobre calidad en el posparto que hacen referencia al grado de satisfacción o calidad percibida por las usuarias (2,71,74–77). Este interés sobre lo que constituye la calidad de los servicios de maternidad ha llevado a valorar aspectos específicos del modelo organizacional actual, mediante una serie de indicadores que permiten mejorar continuamente la atención brindada a las madres y recién nacidos y garanticen unos resultados óptimos en cada etapa del proceso:

- **Los cuidados posparto** se miden a través de indicadores como la *tasa de lactancia materna exclusiva al alta*, la *incidencia de complicaciones posparto* como infecciones o hemorragias, la *tasa de reingreso hospitalario* de la madre o el recién nacido, y la *satisfacción* de las madres con la atención recibida durante el posparto.
- **La adherencia a las prácticas basadas en la evidencia** se mide mediante la *evaluación de la conformidad con las guías clínicas*, la *tasa de utilización de intervenciones recomendadas*, y la *revisión de casos en los que se desviaron de las recomendaciones estándar*.
- **La eficacia de la capacitación del profesional** se mide a través de indicadores como la frecuencia y el porcentaje de personal que completa la *formación continua*, la *evaluación del desempeño clínico* antes y después de la capacitación, y la *reducción en la tasa de errores clínicos*.
- **La gestión de recursos asistenciales** se mide mediante indicadores como la *relación personal-paciente*, la disponibilidad de *equipos críticos*, la *tasa de utilización de camas*, y la *satisfacción del personal con las condiciones laborales*.
- **La eficacia de la coordinación y continuidad de la atención** se mide mediante indicadores como la *frecuencia de incidentes* relacionados con la comunicación, la *consistencia en la documentación clínica*, y la *evaluación de la continuidad del cuidado*.

A nivel internacional, organizaciones como la OMS y el IOM han promovido iniciativas para evaluar la calidad en los servicios de maternidad, centrándose en resultados clínicos como mortalidad, morbilidad, duración de la estancia hospitalaria y tasas de reingresos (78–80). Sin embargo, estas iniciativas a menudo se limitan a valorar un solo aspecto de la atención (81,82) sin integrar plenamente los criterios basados en la evidencia más actualizada sobre la atención de la salud materna.

Con todo ello, podríamos decir que los distintos sistemas de evaluación resultan, en ocasiones, poco discriminativos a la hora de priorizar las necesidades a mejorar por no quedar clara la relación entre lo que se mide y el concepto de calidad. Por otro lado, la medición de los resultados en salud se utiliza como un indicador importante de la calidad de la atención sanitaria, sin embargo, para determinar cómo se contribuye a la seguridad de las mujeres y sus bebés se requiere medir lo que hacen los profesionales sanitarios, es decir, medir los procesos y prácticas de cuidados en el posparto en base a unos estándares establecidos según la evidencia actual. La evaluación de los procesos asistenciales permite a los proveedores de cuidados tener una idea de la calidad de la atención y establecer planes de acción de mejora que alcancen mejores resultados para los usuarios de los servicios de maternidad (83). Para llevar a cabo esta evaluación y mejorar continuamente en la atención prestada, es esencial desarrollar e implementar criterios o indicadores de buenas prácticas, basados en la mejor evidencia disponible, que actúen como herramientas clave para medir la implementación y adherencia a las recomendaciones de las GPCs, identificar áreas de mejora en los servicios de maternidad y evaluar el impacto de las intervenciones en términos de salud materno-infantil.

### 2.3.1. PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA E INDICADORES DE BUENAS PRÁCTICAS EN LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD.

La Práctica Basada en la Evidencia (PBE) se podría definir como el uso consciente, explícito y juicioso de la evidencia actual para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes (84). Esto implica que el profesional combine su experiencia clínica con la aplicación de la evidencia disponible en el contexto específico del paciente, teniendo en cuenta sus valores y preferencias. Para ello, es fundamental que los profesionales sanitarios sean capaces de identificar y evaluar la calidad de la evidencia disponible para garantizar su aplicación al entorno clínico real. Fomentar la PBE es fundamental planificar estrategias que mejoren el nivel competencial de los profesionales sanitarios, es decir, que sean capaces de identificar y reconocer la calidad de la evidencia que se está consultando, para una aplicación de los resultados al entorno clínico real (85).

La integración de la PBE en los servicios de salud ha demostrado mejorar la calidad de la atención sanitaria, aumentar la seguridad del paciente, reducir costes, mejorar los resultados en salud y elevar la satisfacción laboral del profesional de enfermería (86). No obstante, la implementación efectiva de la PBE enfrenta diversas barreras relacionadas con el contexto organizacional (falta de incentivos, restricciones administrativas, etc.), el contexto social (prácticas habituales, opiniones contrarias al cambio, conocimientos obsoletos, etc.) y el contexto profesional (conocimiento, actitudes, compulsión a actuar, sobrecarga de información, etc.) (87).

Para superar estos obstáculos, es necesario diseñar estrategias que fomenten el desarrollo de competencias en PBE, promoviendo su aplicación efectiva en la práctica clínica diaria. La capacitación continua de los profesionales sanitarios, en este caso de enfermería, es clave

para garantizar la incorporación de la mejor evidencia disponible en la toma de decisiones asistenciales (88)

Una herramienta fundamental para la aplicación de la PBE y trasladar a la práctica clínica diaria aquellas recomendaciones que han demostrado ser efectivas, son las GPCs, que representan una estandarización de procesos y procedimientos basados en la síntesis de la mejor evidencia disponible. Estas guías contribuyen a reducir la variabilidad en la atención sanitaria y favorecen la toma de decisiones fundamentadas (89–91).

Una GPC se define como “un instrumento de diseño de la calidad que explicita las normas de actuación que ayudan a profesionales y usuarios a decidir de la forma más efectiva, eficiente y satisfactoria posible, frente a problemas específicos de promoción, prevención y restauración de la salud, sirviendo además como guía para la evaluación de la calidad en los casos en los que el protocolo sea aplicable” (57). Las GPCs son un instrumento de diseño de la calidad con la expresión más alta de síntesis de evidencia, su aplicación facilita la toma de decisiones ante problemas específicos a profesionales y usuarios, disminuye la variabilidad de la práctica clínica y sirve como guía para evaluar la calidad (92).

La atención al parto, puerperio y lactancia constituye una de las áreas más relevantes dentro de cualquier sistema sanitario, no sólo por la carga asistencial y los recursos requeridos, sino también por su impacto en la salud materno-infantil. En este contexto, la aplicación de la PBE ha transformado la asistencia hospitalaria, progresando desde un modelo altamente tecnificado hacia una atención más humanizada, en la que la mujer es protagonista del proceso y cuenta con información suficiente para participar activamente en la toma conjunta de decisiones. Los servicios sanitarios han avanzado en la incorporación de esta evidencia tanto en su estructura organizativa como en su conjunto humano y material, optimizando así los circuitos de atención a la mujer.

El parto normal y el puerperio se deben considerar procesos fisiológicos complejos (93). En este sentido, los profesionales encargados del cuidado tienen la responsabilidad de identificar y aplicar buenas prácticas basadas en esa evidencia, evaluando su contenido, alcance y calidad, y promoviendo su implementación a través de documentos respaldados por la investigación científica. Si la asistencia al nacimiento no se dirigiese desde un enfoque de calidad, basado en la mejor evidencia actual, con el fin de eliminar intervenciones que no han demostrado eficacia, serían inevitables un sinnúmero de situaciones y aspectos negativos para la madre y el recién nacido, o para sus expectativas por la facilidad de producir iatrogenia.

La promoción en utilizar estas prácticas a través de documentos que reflejan una evidencia científica ha permitido que la asistencia hospitalaria al nacimiento evolucione hacia una mayor humanización y protagonismo de la mujer, destacando la participación activa de la ésta en la toma de decisiones, basada en una información completa y personalizada aportada por profesionales, considerando las razones, los beneficios, los riesgos y los resultados acerca de las mejores prácticas existentes para lograr los mejores resultados.

En la actualidad coexisten diversas iniciativas políticas y estrategias sanitarias que buscan optimizar la atención materna, ofreciendo un respaldo de evidencia sólida. La OMS en 2015 reeditó una guía con recomendaciones basadas en la evidencia para orientar a los profesionales sanitarios en el manejo del embarazo, parto, puerperio y post aborto, así como para el cuidado del recién nacido en sus primeras semanas de vida (94). Estas directrices tienen como objetivo mejorar la toma de decisiones clínicas y garantizar el acceso a cuidados de calidad.

En el ámbito nacional, el *Plan Estratégico para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres (2022-2025)* destaca por su esfuerzo de garantizar una atención sanitaria integral y de calidad durante el embarazo, parto y puerperio (95).

El trabajo conjunto entre el Observatorio de Salud de la Mujer y las Comunidades Autónomas ha culminado en la elaboración de la *Estrategia de Atención al Parto Normal (7)* promoviendo prácticas en los siguientes escenarios:

- Atención al Parto Normal: promoción de prácticas basadas en la evidencia para reducir la medicalización innecesaria y mejorar la experiencia del parto. Implementación de iniciativas de atención humanizada al parto normal en los que se consideren las recomendaciones de la OMS, la participación de las mujeres en la toma de decisiones sobre su atención sanitaria y la adecuación del entorno físico para su comodidad y seguridad.
- Formación de Profesionales: fomento de la formación continua de los profesionales de la salud en temas relacionados con el embarazo, parto y puerperio.
- Investigación e Innovación: apoyo a la investigación y la difusión de buenas prácticas en la atención. Implementación de protocolos basados en la evidencia científica en la atención al embarazo, parto y puerperio, para disminuir las intervenciones innecesarias y la variabilidad en la práctica clínica
- Implementación de iniciativas para promocionar la lactancia materna desde el respeto a las decisiones informadas de las mujeres y a la solidaridad mediante la donación segura de leche materna.
- Implementación de iniciativas de atención multicultural al embarazo, parto y puerperio.

En este contexto se han elaborado documentos clave como la guía “Maternidad Hospitalaria, estándares y recomendaciones en el 2007” (96), la “Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal en el 2010” (93), la “Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio de 2014” (97) y la “Guía de Práctica clínica sobre lactancia materna de 2017” (98). Más recientemente, el Ministerio de Sanidad presentó en 2024 la “Matroguía del Puerperio”, una guía con información fiable, completa y actualizada que permite prestar cuidados de calidad a las matronas y profesionales de enfermería, enfatizando la participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones y el abordaje de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible (18).

A pesar de las principales fuentes de información y conocimiento obstétrico que han contribuido al desarrollo de estas guías y protocolos de asistencia en las distintas fases del embarazo, parto y puerperio, su implementación como instrumentos necesarios en la era de los cuidados basados en la evidencia no está garantizada al 100% (2,99). Por ello, es fundamental el desarrollo y aplicación de indicadores de calidad que permitan medir la adherencia a estas recomendaciones y mejorar la atención materna e infantil de manera continua.

### 2.3.2. AVANCES Y DESAFÍOS EN LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD.

El avance hacia una atención basada en la evidencia ha permitido el desarrollo de herramientas y estrategias que promueven una mayor humanización y participación activa de las mujeres en la toma de decisiones (Ministerio de Igualdad, 2022). Documentos clave, como la *Estrategia de Atención al Parto Normal* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2012) y las GPC, han contribuido significativamente a la mejora de la calidad asistencial en los servicios de maternidad.

La implementación de buenas prácticas por parte de los profesionales que prestan sus cuidados asegura la equidad y protección de las mujeres y sus familias, especialmente las más vulnerables (100). Esto implica que las recomendaciones contenidas en estas guías deben integrarse plenamente en la actividad obstétrica de los servicios de salud para minimizar la variabilidad de la práctica asistencial. Como primer paso para la implementación efectiva de estas recomendaciones es desarrollar una visión clara de la práctica real, con el uso de indicadores que permitan medir la adherencia y aplicación de la evidencia en la atención materno-infantil (66).

Establecer indicadores de calidad en los cuidados maternos es clave para evaluar el impacto de las intervenciones implementadas. Estos indicadores deben identificar prácticas asistenciales con potencial de mejora y servir como herramientas eficientes a la hora de evaluar el grado en que se aplica la evidencia científica en la práctica clínica (101,102).

No obstante, la evolución de los sistemas de medición de resultados y la definición de indicadores en este ámbito, han sido lentas y parciales, lo que ha dificultado la evaluación efectiva de la calidad asistencial y de los factores que influyen en ella (34). En este sentido, el posparto se presenta como periodo ideal para evaluar la atención hospitalaria mediante el uso de indicadores basados en la evidencia, ya que permite identificar deficiencias y oportunidades de mejora.

Para evaluar la calidad de los procesos y los resultados obtenidos en la atención materno-infantil, es crucial disponer de un conjunto de indicadores específicos que permitan medir la implementación de las recomendaciones establecidas en la *Estrategia de Atención al Parto Normal* (7) y GPCs de puerperio y lactancia materna. Sin embargo, los indicadores referentes

al posparto son escasos, lo que limita la posibilidad de realizar una evaluación integral de esta fase del proceso y la mejora continua de la calidad en los servicios de Maternidad.

Organismos internacionales como la OMS y el IOM lanzaron iniciativas dirigidas a la construcción y medición de indicadores en los servicios de salud materna (78,79). A pesar de estos esfuerzos, muchas de las propuestas existentes valoran únicamente un aspecto específico de la atención materna (81), lo que lleva a cuestionar si los indicadores actuales reflejan adecuadamente la calidad del servicio desde la perspectiva de los cuidados basados en la evidencia y las necesidades de las mujeres durante el proceso de su maternidad. Diversos estudios han analizado los principales indicadores disponibles, concluyendo que la mayoría de ellos no cumplen con los criterios necesarios para medir de manera eficaz la calidad asistencial (103). Entre los principales problemas identificados se encuentran la falta de consenso sobre indicadores en obstetricia, definiciones heterogéneas que pueden dar lugar a diversas interpretaciones, indicadores no asociados directamente con el proceso y la falta de evaluación en subgrupos específicos (104–106). Por ello, aunque se han realizado avances importantes en la mejora de la calidad asistencial en los servicios de maternidad, persisten desafíos en la medición y evaluación de esta calidad. Es necesario disponer de un conjunto equilibrado de indicadores de buenas prácticas válidos y fiables, que permitan no sólo comparar la calidad de la atención entre distintos centros asistenciales, sino también identificar áreas de mejora y garantizar que la atención materna esté basada en la mejor evidencia científica disponible.

## Capítulo 2: Objetivos

---



### 3. OBJETIVOS

El objetivo general de este proyecto es desarrollar y validar un conjunto de indicadores de buenas prácticas basados en la evidencia para poder monitorizar y promocionar la mejora continua de la calidad de la atención en los servicios de maternidad. Para ello se pretende la elaboración de indicadores específicos, factibles, fiables, válidos y útiles a partir de las recomendaciones de Guías de Práctica Clínica. Estos indicadores permitirán identificar oportunidades de mejora en la atención del puerperio hospitalario.

#### Objetivos específicos

- 1) Identificar y definir las buenas prácticas en la atención posparto en los servicios de maternidad, asegurando que estén alineadas con la mejor evidencia científica disponible.
- 2) Seleccionar y priorizar recomendaciones aplicables a partir de las GPCs existentes utilizando técnicas de consenso que garanticen su relevancia y aplicabilidad.
- 3) Adaptar indicadores específicos previamente propuestos en la literatura para monitorizar la calidad de la atención materna durante el puerperio clínico, asegurando su adecuación al contexto asistencial.
- 4) Desarrollar nuevos indicadores basados en la evidencia científica actual que aborden áreas o dimensiones de calidad no cubiertas por los indicadores existentes.
- 5) Establecer especificaciones técnicas claras para cada indicador, facilitando su aplicación homogénea y efectiva a la hora de llevar a cabo su pilotaje.
- 6) Pilotar el set de indicadores desarrollados para establecer su fiabilidad, factibilidad y capacidad de identificación de problemas en la calidad de los cuidados prestados.
- 7) Identificar nuevas oportunidades de mejora en la atención materna para optimizar la calidad de los cuidados durante el puerperio hospitalario.

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

# Capítulo 3: Material y Método

---

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

## 4. MATERIAL Y MÉTODO

### 4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.

Este proyecto enfocado en la creación de un conjunto de indicadores de buenas prácticas en el puerperio hospitalario se desarrolla en tres grandes bloques metodológicos combinando tres diseños distintos para la consecución de los objetivos propuestos: un diseño conceptual para dar respuesta al objetivo 1, seguido de un diseño de construcción para dar respuesta a los objetivos 2, 3 y 4 y finalmente un diseño experimental para los objetivos 5, 6 y 7.

### 4.2. ÁMBITO DEL ESTUDIO.

La definición de buenas prácticas en la atención hospitalaria en el puerperio y el desarrollo de indicadores que evalúen la adherencia a dichas prácticas comprende una revisión de todo el contexto científico y evidencia relacionada con el tema en bases de datos nacionales e internacionales.

Este estudio se realizó en el contexto del Servicio Murciano de Salud (SMS). La Región de Murcia cuenta con un total de 27 hospitales en el año 2024, de los cuales 10 son públicos y 17 privados-concertados. El SMS dispone de 9 Áreas de Salud con su hospital de referencia (figura 3):

- **Área I (Murcia/Oeste)** – Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
- **Área II (Cartagena)** – Hospital General Universitario Santa Lucía
- **Área III (Lorca)** – Hospital General Universitario Rafael Méndez
- **Área IV (Noroeste)** – Hospital Comarcal del Noroeste
- **Área V (Altiplano)** – Hospital Virgen del Castillo
- **Área VI (Vega Media del Segura)** – Hospital General Universitario Morales Meseguer
- **Área VII (Murcia/Este)** – Hospital General Universitario Reina Sofía
- **Área VIII (Mar Menor)** – Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor
- **Área IX (Vega Alta del Segura)** – Hospital de la Vega Lorenzo Guirao

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

Figura 3: Áreas de Salud, hospital de referencia y municipios vigente



Fuente: MurciaSalud.

Según los datos más recientes, en 2024 la Región de Murcia registró 12.708 nacimientos con una disminución del 1.2% respecto al año anterior. Con una población estimada de 1.570.190 habitantes en 2023, la tasa bruta de natalidad se sitúa aproximadamente en 8.2 nacimientos por cada 1.000 habitantes (tabla 7). A pesar de la tendencia decreciente observada en la última década, la Región de Murcia continúa siendo una de las comunidades con las tasas más altas del país, registrando un saldo vegetativo positivo de 852 nacimientos en 2023.

Tabla 7: Evolución de las tasas de natalidad

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>MURCIA</b>										
Tasa bruta de natalidad (por 1.000 habitantes)	11.14	10.90	10.56	10.22	9.90	9.52	9.05	9.07	8.69	8.24
<b>ESPAÑA</b>										
Tasa bruta de natalidad (por 1.000 habitantes)	9.18	9.02	8.80	8.41	7.94	7.62	7.19	7.10	6.88	6.61

Fuente: Portal estadístico de la Región de Murcia. Fecha de actualización: 20/11/2024

El trabajo de campo se desarrolló en el Hospital Materno-Infantil del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca ubicado en la pedanía de El Palmar, Murcia. Este hospital es un centro de referencia en atención gineco-obstétrica y pediátrica en la Región de Murcia. El Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) tiene adscrita el área de salud I (Murcia-Oeste). Se define como un hospital universitario, docente e investigador ofreciendo cobertura de asistencia especializada a aproximadamente 240.000 habitantes. Es el único hospital público de la ciudad que cuenta con una unidad especializada en asistencia al parto y posparto, atendiendo también embarazos y partos de otras áreas que no cuentan con unidad obstétrica como las áreas VI y VII. Reconocido como uno de los centros con más partos en España, con un registro récord de 35 nacimientos en un solo día, en 2024 tuvieron lugar 6.089 partos, con un porcentaje de cesáreas del 24%.

El complejo hospitalario Virgen de la Arrixaca fue inaugurado en 1975 incluyendo desde sus inicios el área Materno-Infantil. En enero de 2018 se inauguraron las nuevas instalaciones del Hospital Materno-Infantil con el fin de ampliar y modernizar el centro para adaptarse al crecimiento demográfico y a las necesidades actuales de la población. El nuevo bloque cuenta con cuatro plantas de hospitalización. En los niveles 3 y cuatro del edificio se ubican las *Unidades de Hospitalización de Maternidad*. Estas áreas se diseñaron en un principio para ofrecer habitaciones individuales, pero actualmente son compartidas contando con un total de 96 camas de puérperas. En plantilla, estas unidades de hospitalización disponen de 17 enfermeras/os, 18 técnicos de cuidados auxiliares de enfermería y 1 supervisor.<sup>1</sup>

#### 4.3. METODOLOGÍA

El proceso metodológico incorpora la estrategia propuesta por la AHRQ (68) y el esquema desarrollado por Köter (67) para la creación de indicadores a partir de las recomendaciones de GPCs. se implementan una serie de pasos estructurados para asegurar la adecuación y relevancia de los indicadores:

- I. **Definición de buenas prácticas:** establecimiento de prácticas óptimas basadas en la evidencia para el cuidado en el puerperio hospitalario.
- II. **Revisión de indicadores existentes en el tema de estudio:** evaluación crítica de los indicadores disponibles para determinar su aplicabilidad y necesidad de mejora.
- III. **Construcción de nuevos indicadores:** desarrollo de indicadores que aborden las prácticas identificadas durante la revisión.
- IV. **Diseño de la herramienta de medición y pilotaje de los indicadores:** creación y prueba preliminar de las herramientas necesarias para medir los nuevos indicadores
- V. **Diseño del formato de recogida y almacenamiento de datos.**
- VI. **Valoración de los indicadores en base a la opinión de expertos externos.**

---

<sup>1</sup> Datos facilitados por la Dirección Gerencia del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Marzo 2025

En base a este modelo de Köter, el proyecto se desarrolla en tres fases sucesivas:

- 1) **Revisión sistemática de Guías de Práctica Clínica.**
  - Revisión y análisis de la evidencia disponible.
  - Identificación y sistematización de recomendaciones clave en la atención hospitalaria en el puerperio.
- 2) **Priorización y selección de recomendaciones. Búsqueda de indicadores.**
  - Aplicación de métodos de consenso con expertos para seleccionar las recomendaciones más críticas y aplicables.
  - Revisión de indicadores existentes en la literatura que traduzcan las recomendaciones priorizadas para determinar su adaptación y validación.
  - Desarrollo de una propuesta inicial de indicadores de calidad asistencial.
- 3) **Diseño de la herramienta de medición y estudio piloto.**
  - Elaboración de la herramienta de medición para pilotar los indicadores propuestos.
  - Pilotaje de los indicadores en el entorno hospitalario real, con la finalidad de evaluar su factibilidad, validez, fiabilidad y potencial para identificar oportunidades de mejora.
  - Refinamiento final de los indicadores en base a los resultados del estudio piloto.

La tabla 8 describe cada una de las etapas y su relación con las distintas fases y objetivos propuestos, asegurando que los indicadores desarrollados sean teóricamente sólidos y prácticamente válidos y aplicables.

Tabla 8: Fases y etapas metodológicas

FASES Y ETAPAS METODOLÓGICAS	
Fase 1. Conceptual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño de la investigación</li> <li>• Búsqueda y revisión de la literatura e identificación de recomendaciones</li> <li>• Revisión y sistematización de la evidencia</li> </ul>
Fase 2. Construcción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realización de estudio Delphi para priorización de recomendaciones</li> <li>• Análisis de los datos</li> <li>• Búsqueda de indicadores existentes</li> <li>• Construcción de indicadores</li> </ul>
Fase 3. Trabajo de campo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño herramienta de medición</li> <li>• Estudio piloto para comprobar su factibilidad, fiabilidad y su utilidad en la detección de problemas de calidad que puedan ser objeto de iniciativas de mejora en el entorno de aplicación</li> <li>• Proponer metodología de implementación del set de indicadores.</li> </ul>

En cuanto a la temporalidad, el estudio ha seguido la secuencia de cada etapa mostrada en el Diagrama de Gantt (Anexo 1).

#### 4.3.1. PRIMERA FASE METODOLÓGICA. ANÁLISIS DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.

Esta etapa se centró en realizar una revisión sistemática de las GPCs aplicables al contexto del Sistema Nacional de Salud, específicamente relacionadas con la prestación de cuidados en el puerperio hospitalario. Además, se analizó la calidad metodológica y las recomendaciones basadas en evidencia contenidas en las guías actuales que son susceptibles de ser transformadas en indicadores.

##### 4.3.1.1. Revisión sistemática de Guías de Práctica Clínica del puerperio

Se llevó a cabo una revisión sistemática de GPCs registrada en PROSPERO (Nº de registro: CRD42021223152) siguiendo las directrices PRISMA (107).

En este trabajo se define una GPC como: “conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes” (108).

##### 4.3.1.2. Fuentes de información.

Se realizó una búsqueda bibliográfica de Guías de Práctica Clínica en bases de datos Pubmed/Medline, CUIDENplus, CINAHL y Dialnet; Revisiones Sistemáticas en Pubmed, Cochrane Library Plus y Biblioteca Virtual en Salud. Además, se llevó a cabo una búsqueda de publicaciones en organismos compiladores de GPCs: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); New Zealand Guidelines Group (NZGG); National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); BMJ Evidence, GuiaSalud y Guidelines International Network (GIN).

##### 4.3.1.3. Estrategia de búsqueda.

La estrategia de búsqueda incluyó terminología específica para cada base de datos utilizando los términos de puerperio, posparto, postpartum y postnatal. La última búsqueda se realizó en abril del 2021 y se limitó a título y abstract, publicado en los últimos 10 años en inglés o español como idioma. La estrategia de búsqueda queda recogida en el anexo 2.

##### 4.3.1.4. Criterios de elegibilidad.

Se incluyeron GPCs y revisiones sistemáticas de GPCs: a) cuyo contenido fuese la asistencia en el posparto de rutina y complicaciones que puedan surgir durante el puerperio y atención del recién nacido en el entorno hospitalario; b) publicadas en español y/o inglés y c) publicadas en los últimos diez años para garantizar la vigencia de las recomendaciones basadas en evidencia.

Fueron excluidos aquellos documentos que no estaban basados en la revisión de evidencia científica o sin recomendaciones explícitas.

#### 4.3.1.5. Selección de las GPCs y extracción de datos.

La selección de las guías se realizó en primer lugar mediante cribado de título y resumen y posteriormente mediante la lectura a texto completo de los documentos elegibles obtenidos en la búsqueda. La selección se realizó de forma individual.

Una vez identificadas las guías, se extrajeron las recomendaciones y el nivel de evidencia de las mismas. Para ello, se seleccionaron todas las recomendaciones sobre la práctica clínica en la atención de la mujer y recién nacido en el puerperio hospitalario, que tuvieran debidamente referenciado el nivel de evidencia (NE) y fuerza de recomendación (FR), excluyendo aquellas que estaban basadas en la experiencia clínica y en el consenso de expertos.

#### 4.3.1.6. Evaluación crítica de la evidencia

Para valorar la calidad metodológica de las GPCs seleccionadas se utilizó la herramienta Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation II (AGREE II) en su versión española (109). AGREE II es un instrumento internacional, rigurosamente desarrollado y validado que se utiliza ampliamente para evaluar las GPC. Consta de 23 ítems organizados en seis dominios: "alcance y objetivo" (ítems 1 a 3), "participación de los implicados" (ítems 4 a 7), "rigor en la elaboración" (ítems 8 a 14), "claridad de la presentación" (ítems 15 a 18), "aplicabilidad" (ítems 19 a 21) e "independencia editorial" (ítems 22 a 23). Cada ítem de un dominio se puntúa de 1 (muy en desacuerdo) a 7 (muy de acuerdo). Se debe dar una puntuación de 1 (muy en desacuerdo) si no hay información relevante sobre el ítem evaluado o si esta información está muy mal informada. Se debe asignar una puntuación de 7 (muy de acuerdo) cuando se cumplen todos los criterios y consideraciones para el ítem evaluado, definidos en el Manual del usuario(110).

Cada guía fue revisada de forma individual e independiente por tres evaluadores (MG, GP y AM) y la puntuación para cada dominio se calculó de la siguiente manera: (puntuación obtenida-puntuación mínima posible) / (puntuación máxima posible-puntuación mínima posible). Se estableció que una diferencia de puntuación igual o mayor a 3 puntos entre cada evaluador para un mismo ítem sería discutida con el fin de llegar a un consenso.

Para considerar que una GPC tenía una adecuada calidad metodológica se concretó que la puntuación obtenida debía de ser al menos del 50% en cada uno de los seis dominios.

Se realizó un cálculo de la concordancia entre los evaluadores mediante el coeficiente de concordancia AC de Gwet con pesos ordinales(111), utilizando para su interpretación los criterios de Landis y Koch(112) en donde valores de concordancia superiores a 0,61 corresponden a una concordancia sustancial y valores mayores a 0,81 refieren una concordancia casi perfecta

#### 4.3.1.7. Síntesis de la evidencia y análisis del contenido.

Se realizó una síntesis cualitativa con el objetivo de analizar el alcance, contenido y consistencia de las recomendaciones. Cada recomendación fue comparada con aquellas en las que se compartían las medidas de tratamiento o actuación en el puerperio hospitalario. Para ello, estas recomendaciones se agruparon en base a la clasificación de intervenciones de la taxonomía NIC (113) derivada de la aplicación del proceso de atención de enfermería en situaciones clínicas más frecuentes dentro del puerperio hospitalario: a) cuidados posparto; b) prevención hemorragia obstétrica; c) protección contra las infecciones; d) cuidados del recién nacido, e) asesoramiento en la lactancia y f) prácticas de “no-hacer”. El análisis de la evidencia se realizó traduciendo el NE y FR mostrados en cada guía en base a la propuesta del sistema de gradación SIGN(114).

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las características y número de recomendaciones de cada una de las guías analizadas según las categorías anteriores. Como parte del análisis, se comparó el contenido entre GPC a fin de identificar las diferencias en cuanto a buenas prácticas recomendadas y su nivel de evidencia.

Por último, a partir del contraste de la información de las distintas guías, se procedió a una síntesis de ésta, enunciando recomendaciones únicas para las intervenciones y cuidados durante el puerperio hospitalario y estableciendo su NE y FR según el algoritmo de la figura 4.

Figura 4: Algoritmo para la asignación de nivel de evidencia y fuerza de recomendación (115)



#### 4.3.2. SEGUNDA FASE METODOLÓGICA. ESTUDIO DELPHI. BÚSQUEDA Y DESARROLLO DE INDICADORES.

Una vez concluida la fase conceptual, se procedió a utilizar técnicas de investigación cualitativa para la priorización y selección de recomendaciones que sirvieran de base para el desarrollo de un conjunto de los indicadores. Para ello se siguió el siguiente proceso:

- A. Método Delphi modificado de dos rondas a un panel de expertos con experiencia en el ámbito de la atención postparto para priorizar y seleccionar las recomendaciones para el cuidado materno y neonatal en el puerperio.

- B. Revisión de la literatura para identificar indicadores existentes relacionados con las recomendaciones seleccionadas y adaptarlos al formato establecido.
- C. Desarrollo de un conjunto de indicadores para monitorizar y medir el grado de implementación de las recomendaciones en los cuidados del posparto clínico, incluyendo la construcción de nuevos indicadores para aquellas prácticas que no estuvieran contempladas en los identificados en la literatura.

#### 4.3.2.1. Estudio Delphi. Priorización de recomendaciones para el desarrollo de indicadores.

Un estudio Delphi es un método de investigación que consiste en la administración sucesiva de una serie de cuestionarios a un panel de expertos sobre un tema bajo investigación para recabar sus opiniones. Los resultados de cada ronda se presentan a los participantes en rondas posteriores y se les pide nuevamente su opinión en función del conocimiento de los resultados del grupo (116). Las características definitorias de esta técnica son: anonimato (los participantes no interactúan y se desconocen entre ellos), interacción y retroalimentación (envíos sucesivos de cuestionarios que incluyen resultados previos (mínimo dos vueltas) y análisis estadístico de las respuestas (puntuación de los ítems y grado de acuerdo obtenido) (117).

Se llevó a cabo un estudio Delphi de dos rondas mediante la participación de diferentes profesionales buscando consenso para la priorización de las recomendaciones definidas siguiendo las siguientes etapas: selección de recomendaciones, selección del panel de expertos, elaboración del cuestionario y evaluación de los cuestionarios sucesivos.

##### **Selección de recomendaciones**

Se elaboró un listado de recomendaciones sustentadas en evidencia científica extraídas de la revisión sistemática de GPCs sobre el manejo del puerperio, realizada en la fase previa. Estas recomendaciones se categorizaron en seis bloques temáticos: posparto, prevención hemorragia obstétrica, protección contra las infecciones, cuidados del recién nacido, asesoramiento en la lactancia y recomendaciones de “no hacer”.

##### **Elección del panel de expertos**

La población objeto del estudio Delphi fue un grupo de profesionales de salud con experiencia en la asistencia y gestión de cuidados materno-infantiles. La captación de los participantes se llevó a cabo mediante el envío de información sobre el objetivo del trabajo a través de la Asociación de Matronas de Murcia y supervisores de servicios materno-infantiles de los distintos hospitales de la Región de Murcia y Alicante, donde se les invitaba a participar cumplimentando un formulario en línea. También se utilizó el muestreo de bola de nieve a partir de informantes clave, reenviando la invitación a otros a quienes consideraban que

cumplían los criterios de muestreo. El panel estuvo compuesto por personal de enfermería con experiencia en cuidados posparto, enfermería especialista obstétrico-ginecológica (matrona) y supervisores de servicios de atención a gestantes y puérperas para asegurar la perspectiva desde el ámbito de la gestión.

### **Elaboración y envío de cuestionarios**

El listado de recomendaciones sintetizadas compuso el cuestionario que evaluó el panel de expertos en la primera y segunda ronda del método. Se confeccionó un formulario electrónico mediante un software para la elaboración de encuestas que permitía organizar posteriormente una base de datos facilitando de este modo los análisis posteriores. Este formulario estaba compuesto por el listado de recomendaciones categorizadas por área para que fueran evaluadas por el panel de expertos.

Se decidió utilizar el correo electrónico como medio de distribución con el fin de cumplir con los plazos establecidos sin comprometer la calidad de la información recogida.

El desarrollo del método de trabajo se llevó a cabo en dos rondas. El primer cuestionario fue enviado en junio de 2022 acompañado de una carta de presentación con las cuestiones prácticas para la respuesta al mismo, entre las cuales se encontraban la descripción del estudio y las instrucciones para su cumplimentación. El segundo cuestionario fue enviado en abril del 2023 acompañado de una presentación de los resultados de la ronda primera y las instrucciones para su cumplimentación.

#### Primera ronda. Evaluación de recomendaciones.

En esta primera ronda, los expertos que accedieron a participar en el estudio calificaron individualmente cada recomendación sobre su capacidad para medir la calidad de la atención utilizando tres criterios:

- Relevancia o importancia de la recomendación en el marco de los cuidados. Impacto potencial en los resultados en salud relacionado con el aspecto evaluado.
- Utilidad en la práctica clínica en términos de pertinencia y capacidad para medir la calidad de la atención posparto.
- Factibilidad o facilidad para llevar a cabo su medición tras convertirse en un indicador.

Se proponía a los participantes que valoraran cada recomendación utilizando una escala Likert de 5 puntos para cada criterio establecido. Esta escala va desde “importancia nula” hasta “importancia prioritaria” para el criterio de “relevancia”; “totalmente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo” en el criterio “utilidad en la práctica clínica” y “muy difícil” hasta “muy fácil” en cuanto a la facilidad para su medición.

Los resultados se analizaron estadísticamente, calculando las puntuaciones medianas y el nivel de consenso entre los expertos. Este consenso se estableció como “acuerdo” y como “no

acuerdo”. El valor “acuerdo” incluye las respuestas 4 y 5 mientras que el “no acuerdo” incluye respuestas del 1 al 3. Se definió como acuerdo “más del 75% de las puntuaciones están en el tercer o primer tercil” utilizando la definición de consenso propuesta por Campbell y colaboradores (118,119).

El formulario incluía además de las recomendaciones, preguntas para datos demográficos y características de los expertos con apartados para aportar comentarios y datos de interés.

#### Segunda ronda. Reevaluación de recomendaciones.

Los participantes de la primera ronda fueron invitados a participar en un segundo cuestionario donde cada miembro del panel recibió un informe de retroalimentación con los resultados grupales de la ronda anterior. En este formulario, las recomendaciones se ordenaron en grupos de potencial alto para medir la calidad en función de la mediana y puntuaciones promedio. Se detallaron aquellas en las que no existió acuerdo sobre su idoneidad o desacuerdo. En esta segunda ronda se solicitó una reevaluación de cada recomendación conforme a un nuevo criterio establecido sobre el “impacto en la salud” haciendo referencia a la importancia de cada práctica, considerando el beneficio que tendría sobre la salud del binomio madre-recién nacido si la recomendación se llevara a cabo o no.

En la valoración se utilizó la escala Likert de 5 puntos que van desde “nula repercusión” hasta “repercusión muy importante”. El consenso se estableció al igual que la primera ronda como “acuerdo” y como “no acuerdo”. El valor “acuerdo” incluye las respuestas 4 y 5 mientras que el “no acuerdo” incluye respuestas del 1 al 3.

#### **Evaluación crítica y selección final de recomendaciones**

Tras finalizar la segunda ronda del estudio Delphi, se llevó a cabo una evaluación con el análisis de los resultados obtenidos en ambas rondas a fin de consensuar el listado final de recomendaciones, que posteriormente se traducirían en indicadores de buenas prácticas para su incorporación a los procesos de evaluación y mejora de la calidad asistencial.

El conjunto final de recomendaciones se configuró respecto a la “relevancia”, “aplicabilidad y “mensurabilidad” a partir de los promedios de puntuación, utilizando como estadísticos de centralización el valor de la mediana y la cantidad de dispersión de calificaciones entre los miembros del panel, lo que dio como resultado un conjunto de recomendaciones clave basadas en el consenso del grupo.

#### **Consideraciones éticas**

La participación en esta fase del estudio fue voluntaria y los expertos debían indicar su consentimiento explícito para participar “aceptando” antes de continuar con el formulario. Todos los interesados en participar recibieron información sobre el propósito del estudio dando la oportunidad de hacer cualquier pregunta o sugerencia. El anonimato, así como el tratamiento de datos de los participantes se limitó al grupo de trabajo.

#### 4.3.2.2. Identificación y revisión de indicadores.

Se realizó una búsqueda para localizar indicadores de calidad de la atención hospitalaria en el posparto que correspondieran a las recomendaciones consensuadas. La búsqueda se llevó a cabo a través de organismos y repositorios de indicadores a nivel internacional y nacional:

- Indicadores de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ Quality Indicators).
- Indicadores de la OCDE.
- Proyecto Performance Assessment Framework for Hospitals (PATH de la OMS).
- Medidas de Calidad para Pacientes Hospitalizados de la Joint Comisión - Indicadores sobre Estándares de Cuidados de Salud del Consejo Australiano (ACHS).
- Base de datos de indicadores de CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services).
- Indicadores de Salud de la Comisión Europea ECHI-2.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE).
- MEASURE Evaluation.
- Indicadores clave del Ministerio de Sanidad y Observatorios.
- Planes de Salud y Contratos de Gestión de distintas Comunidades Autónomas.
- Sociedades Científicas: SEMFYC, AEC, SEUP, SEMICYUC, SECA.

Adicionalmente se realizó una búsqueda de artículos en los siguientes recursos: Pubmed, Biblioteca Virtual en Salud, Cinahl, CuidenPlus, Cochrane, Tripdatabase, Epistemonikos, UpToDate. La estrategia de búsqueda utilizada incluye terminología específica para cada base de datos utilizando los términos de “indicadores de calidad”, “puerperio” “postparto” y “postnatal” con sus términos homólogos en inglés. La última búsqueda se realizó en abril del 2022 y se limitó a título y abstract, publicado en los últimos 10 años en inglés o español como idioma. La estrategia de búsqueda queda recogida en el anexo 2.

#### **Selección de indicadores**

Para llevar a cabo la selección de documentos, se revisaron inicialmente los títulos y resúmenes de las publicaciones obtenidas en la búsqueda, incluyendo aquellos artículos que contenían indicadores relacionados con la práctica asistencial en el posparto clínico y atención al recién nacido. Fueron excluidos aquellos documentos relacionados con procesos clínicos distintos al puerperio.

Tras la revisión de la literatura, se llevó a cabo una lectura de los documentos para identificar indicadores utilizados como medidas de calidad en la atención hospitalaria del puerperio y del recién nacido que trasladasen las recomendaciones seleccionadas. Los indicadores encontrados fueron clasificados según el modelo de Donabedian (47)(estructura, proceso y resultado) y sistematizados según la categorización de las recomendaciones. Se descartaron aquellos que no podían ser utilizados para medir una práctica basada en la evidencia o no estuviesen relacionados con las que ya se habían priorizado.

#### 4.3.2.3. Desarrollo de indicadores a partir de recomendaciones de guías de práctica clínica.

Para medir el grado de implementación de prácticas clínicas sustentadas en la evidencia, se desarrolló un conjunto de indicadores basados en las recomendaciones consensuadas. En este proceso, se crearon nuevos indicadores para aquellas recomendaciones no cubiertas por los indicadores existentes siguiendo una adaptación del esquema propuesto por Köter y la metodología de la AHRQ para construcción de criterios o indicadores que midan la calidad a partir de recomendaciones de GPCs (67,68). Los indicadores localizados en la literatura se adaptaron a un formato de ficha estandarizado para garantizar su aplicabilidad y validez.

Un investigador elaboró un borrador de ficha técnica de un primer listado de indicadores potenciales para la obtención homogénea de información. Este formato incluía la descripción detallada para cada indicador con los siguientes datos: : bloque y área de la recomendación; nombre del indicador; descripción general; recomendación a medir, nivel de evidencia y fuerza de recomendación; fuente de datos y criterios de medición (historia clínica, inspección, encuesta); criterios de inclusión y exclusión, así como numerador y denominador; origen del indicador (adaptado o de nueva construcción); referencias de la evidencia que lo sustenta y observaciones, notas y especificaciones para garantizar la fiabilidad de las mediciones (figura 5).

Figura 5: Ficha genérica para el desarrollo de indicadores

<b>BLOQUE</b>	(Cuidados posparto; prevención hemorragia obstétrica; protección contra las infecciones; cuidados del recién nacido; lactancia materna; “no hacer”)
<b>AREA</b>	(Valoración-vigilancia-cuidados; medidas terapéuticas; educación y promoción de la salud-vínculo materno/paterno filial-lactancia)
<b>RECOMENDACIÓN. Nivel de Evidencia/Fuerza de recomendación</b>	
<b>NOMBRE INDICADOR</b>	
<b>DESCRIPCIÓN</b>	
<b>FORMA DE MEDICIÓN FUENTE DE DATOS</b>	
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>NUMERADOR</b>
	<b>DENOMINADOR</b>
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	
<b>FUENTES DE DATOS</b>	
<b>OBSERVACIONES ACLARACIONES</b>	
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	(Estructura, proceso, resultado) (Adaptado, nueva construcción)
<b>REF. BIBLIOGRÁFICAS</b>	

A continuación, tres investigadores expertos en calidad revisaron de forma iterativa todas las fichas para depurar términos y especificaciones técnicas hasta obtener un listado definitivo de fichas de indicador para llevar a cabo su validación en el estudio piloto (anexo 3). Para los indicadores de proporción cuya fuente de información provenía de historias clínicas, se especificaron detalles como identificador y nombre del indicador, población evaluada descrita en base al denominador, aspectos a evaluar y casillas para anotaciones, observaciones e incidencias en la recolección de datos.

#### 4.3.3. TERCERA FASE METODOLÓGICA - ESTUDIO PILOTO DE INDICADORES PARA MEDIR LA IMPLEMENTACION DE RECOMENDACIONES EN EL PUERPERIO HOSPITALARIO.

La realización de un estudio piloto previo a la generalización del uso de un indicador se considera un paso necesario para asegurar la fiabilidad, factibilidad y utilidad para identificar oportunidades de mejora a partir de la estimación de cumplimiento de dicho indicador.

Sobre la base de los indicadores definidos, la metodología utilizada para su pilotaje se desarrolló en dos procesos:

- I. Desarrollo del instrumento de recolección de datos, herramientas de medición y análisis de resultados.
- II. Estudio piloto para comprobar la factibilidad de los indicadores, garantizar su fiabilidad e investigar la utilidad para detectar problemas de calidad susceptibles a iniciativas de mejora en el entorno de aplicación de los indicadores.

##### 4.3.3.1. Desarrollo del instrumento de recolección de datos. Herramientas de medición y análisis de resultados.

Se elaboró un instrumento para la recolección de datos en base a las fichas técnicas desarrolladas previamente. Las fuentes de información utilizadas para desarrollar la base de datos fueron los formularios y registros de actividades de enfermería y datos obtenidos mediante auditoría. La información recogida se analizó en una hoja de cálculo Excel diseñada ad hoc para realizar el análisis estadístico mediante el cálculo de las frecuencias y/o porcentajes de los datos, el cálculo automatizado de los índices de kappa, índice de concordancia simple, cumplimiento de estándares mediante la metodología Lot Quality Assurance Sampling (LQAS) y cálculo de probabilidades de la distribución binomial.

Para aquellas recomendaciones cuya información no podía recabarse con los registros disponibles, relacionadas con la percepción del usuario sobre la atención recibida durante su estancia hospitalaria, aspectos psicosociales y sobre la continuidad de su atención tras el alta se elaboró un cuestionario-encuesta tipo informe. Una encuesta tipo informe es una

herramienta con formato estructurado utilizada para recopilar información de los pacientes sobre su experiencia y percepción relacionada con su estancia hospitalaria, permitiendo identificar áreas de mejora y medir la satisfacción de la paciente relacionada con aspectos específicos de la atención recibida. Estas encuestas buscan obtener datos específicos y objetivos sobre la atención recibida ayudando a medir aspectos concretos del servicio prestado (56). El cuestionario puede aplicarse de manera presencial en el momento del alta hospitalaria, enviarse por correo postal o electrónico, o incluso se puede gestionar a través de plataformas digitales que faciliten la participación del paciente.

#### 4.3.3.2. Diseño del estudio piloto del set de indicadores propuesto.

##### **Selección del centro.**

El Hospital Materno-Infantil Virgen de la Arrixaca se seleccionó por conveniencia como centro para el pilotaje de los indicadores. Este hospital es considerado como el centro público más importante de la Región de Murcia en términos de volumen de nacimientos, con un total de 6089 partos en el año 2023 de los cuales, 1490 fueron partos por cesárea, representando el 24.4% del total. La elección de este centro se basó en su capacidad operativa, no se buscó obtener una estimación estadísticamente representativa del nivel de cumplimiento de los indicadores, sino obtener datos sobre la factibilidad, fiabilidad y utilizad a la hora de detectar problemas de calidad del conjunto de indicadores desarrollados.

La recolección de datos tuvo lugar entre los meses de junio a septiembre de 2024. Dos evaluadores diplomados en Enfermería, con el fin de asegurar una correcta comprensión y aplicación de los conceptos de los indicadores y las instrucciones de medición, fueron los responsables de obtener la información.

El estudio fue autorizado previamente por la Comisión para la evaluación de trabajos de investigación del Área I de Salud (anexo 4). Dado que la recolección de los datos se realizó sin referenciar información personal de las historias clínicas, no fue necesario obtener el consentimiento explícito de las unidades de estudio. Por su parte, los dos observadores encargados de recoger la información lo hicieron bajo compromiso de confidencialidad, garantizando así la protección y privacidad de los datos.

##### **Identificación y método de muestreo de las unidades de estudio.**

Las unidades de estudio se identificaron utilizando el registro de partos vaginales y cesáreas disponible en el servicio de paritorio, donde aparecía el número de historia clínica, hora y tipo de parto, ordenados por fecha de parto. Esta información permitió acceder a los datos necesarios contenidos en los registros electrónicos. Se seleccionaron como población de estudio, las historias clínicas de mujeres que dieron a luz durante el primer semestre de 2024, según constaba en el registro de partos.

Una vez delimitado el marco muestral y en función del tipo de indicador, se estableció la necesidad de realizar un muestreo de las unidades de estudio. En el caso de indicadores de ratio o porcentaje (proceso) basados en historias clínicas, se realizó un muestreo aleatorio sistemático contemplando la posibilidad de sobremuestrear sistemáticamente en casos de partos por cesárea para obtener estimaciones más precisas dado que podría ser un grupo subrepresentado. En total, se seleccionaron aleatoriamente 67 casos para cada indicador, de los cuales 16 fueron partos por cesárea.

Adicionalmente, se realizó un muestreo intencional para dos indicadores que requerían unidades de estudio con características muy específicas.

Para aquellos indicadores obtenidos mediante auditoría o inspección (estructura), así como aquellos medidos mediante encuesta no se requirió muestreo, dado que estos métodos no dependen de la selección aleatoria de casos sino de una evaluación estructural o la recolección de respuestas directas de los pacientes.

#### **Factibilidad de medición y de uso.**

La factibilidad de un indicador se define como la facilidad con la que el indicador es medido, es decir, la disponibilidad de acceder y recoger los datos necesarios para su evaluación (120,121).

La factibilidad de medición de los indicadores se evaluó inicialmente mediante debate dentro del grupo de trabajo encargado de su desarrollo. Este análisis preliminar permitió identificar y resolver posibles desafíos que podrían afectar la recolección y abstracción de datos.

Durante la fase de recolección de datos, se revisaron los registros e información disponible en el servicio para determinar si los indicadores podrían ser medidos eficazmente sin la necesidad de recurrir a bases de datos externas. Se consideró factible todo indicador que pudo ser evaluado con la información disponible en los registros e historias clínicas del hospital, alcanzando el tamaño muestral establecido. Adicionalmente se llevó a cabo un análisis cualitativo para profundizar en la comprensión de la factibilidad de cada indicador. Este análisis incluyó la valoración de las dificultades reportadas por los evaluadores durante la medición de los indicadores, lo que ayudó a identificar áreas de mejora y ajustes necesarios para optimizar el proceso de evaluación.

#### **Fiabilidad interobservador.**

Para comprobar la fiabilidad de los indicadores de proporción cuya medición fue factible se siguieron los siguientes pasos:

a) Cálculo del índice de Concordancia General (Po). Este índice representa el porcentaje de casos en los que ambos evaluadores proporcionaron la misma respuesta. Se estableció un umbral mayor o igual al 95% para considerar un indicador como fiable.

b) Interpretación de la fiabilidad mediante el índice kappa (k). utilizando los datos obtenidos independientemente por los dos evaluadores de la muestra seleccionada, se calculó este índice (122). Los resultados se interpretaron según los criterios de Landis y Koch, donde un kappa mayor de 0.4 indica fiabilidad moderada, mayor de 0.6 sustancial y mayor de 0.8 fiabilidad casi perfecta (112). Se consideraron como aceptables valores de kappa superiores a 0.6.

c) Evaluación de la prevalencia extrema. Se examinó si la prevalencia de la característica evaluada era extrema (cumplimiento o incumplimiento menor o igual 15%, mayor o igual 85%) como posible origen de desviación de k hacia 0, afectando la interpretación de la fiabilidad (123).

En aquellos casos en los que la índice kappa era imposible de calcular, como en indicadores cuya fuente de datos derivaba de inspección o auditoría o aquellos con muestras pequeñas, la alternativa fue el cálculo de un índice de concordancia simple interobservador (124).

Con los resultados del piloto realizó un análisis cualitativo para profundizar en el entendimiento de los datos. Esto incluyó la identificación de problemas de fiabilidad, discusión y corrección de diferencias en la interpretación de los indicadores, y la realización de mejoras en la herramienta de recogida de datos y fichas técnicas de los indicadores que demostraron ser no fiables.

### **Capacidad para identificar problemas y utilidad aplicada a la mejora de la calidad.**

La utilidad de los indicadores se centra en su capacidad para identificar problemas de calidad y variabilidad en las comparaciones entre centros y mediciones (125). Para valorar la utilidad a la hora de identificar problemas de calidad, principalmente en indicadores de proporción que miden el porcentaje de cumplimiento de un proceso o práctica asistencial, se empleó la metodología de muestreo de lotes conocida como Lot Quality Assurance Sampling (LQAS). Esta técnica, utilizada para la monitorización y control de la calidad mediante indicadores de carácter binomial y promovida por la OMS para evaluaciones rápidas, ha sido adaptada como una herramienta de identificación de problemas que permite determinar si el servicio cumple con las prácticas recomendadas al establecer un estándar de cumplimiento del criterio y considerar que existen problemas de calidad cuando no es alcanzado (126).

Para aceptar como “buena calidad” el cumplimiento de los indicadores, se estableció un estándar de cumplimiento del 95% (umbral de 85%), con un error  $\alpha \leq 0.05$  y un error  $\beta \leq 0.10$ .

Bajo estas condiciones, la metodología de LQAS requería una muestra aleatoria de 67 historias clínicas para cada indicador (tamaño de muestra a extraer del marco muestral), entre las que debía de constar un mínimo de 60 casos de cumplimiento para el umbral de 85% (número decisonal para aceptar que se cumple el estándar). Por debajo de este número de casos, se consideraría que hay un problema de calidad para el estándar y umbral considerados.

No obstante, se anticipó que algunos de los indicadores podrían presentar dificultades para encontrar el número suficiente de casos que permitieran una evaluación conforme a los criterios de LQAS, en consecuencia se optó por estimar los niveles de cumplimiento basándose en la muestra obtenida y el respectivo cálculo de probabilidades de la distribución binomial para mediciones esporádicas de los intervalos de confianza del 95%, para aceptar o no que ese estándar se cumple en la población de la que hemos extraído la muestra, identificando la situación como problemática o no problemática en relación con nuestro estándar.

La ausencia de registro en la historia clínica de una práctica asistencial recomendada fue considerada como incumplimiento del indicador del caso evaluado. Adicionalmente, se documentaron los principales problemas relacionados con la medición de cada indicador para facilitar futuras mejoras en la herramienta de recolección de datos y fichas técnicas.

#### **4.4. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES**

El presente trabajo se ha regido por el “Código de buenas Prácticas de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad de Murcia”, aprobado por el Comité de Dirección de la EIDUM el 22 de diciembre de 2014.

El protocolo de investigación fue revisado por la Comisión para la evaluación de trabajos de investigación del Área I, contando con la autorización de dicha comisión, del Jefe del Servicio y Supervisor de Área-Unidad.

Así mismo, se ha cumplido rigurosamente con el compromiso de las normas éticas de investigación y de los requerimientos legales para realizar este estudio. El tratamiento de datos ha sido de carácter confidencial, manteniendo el 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 2016/679, de 27 de abril.

## Capítulo 4: Resultados

---



## 5. RESULTADOS

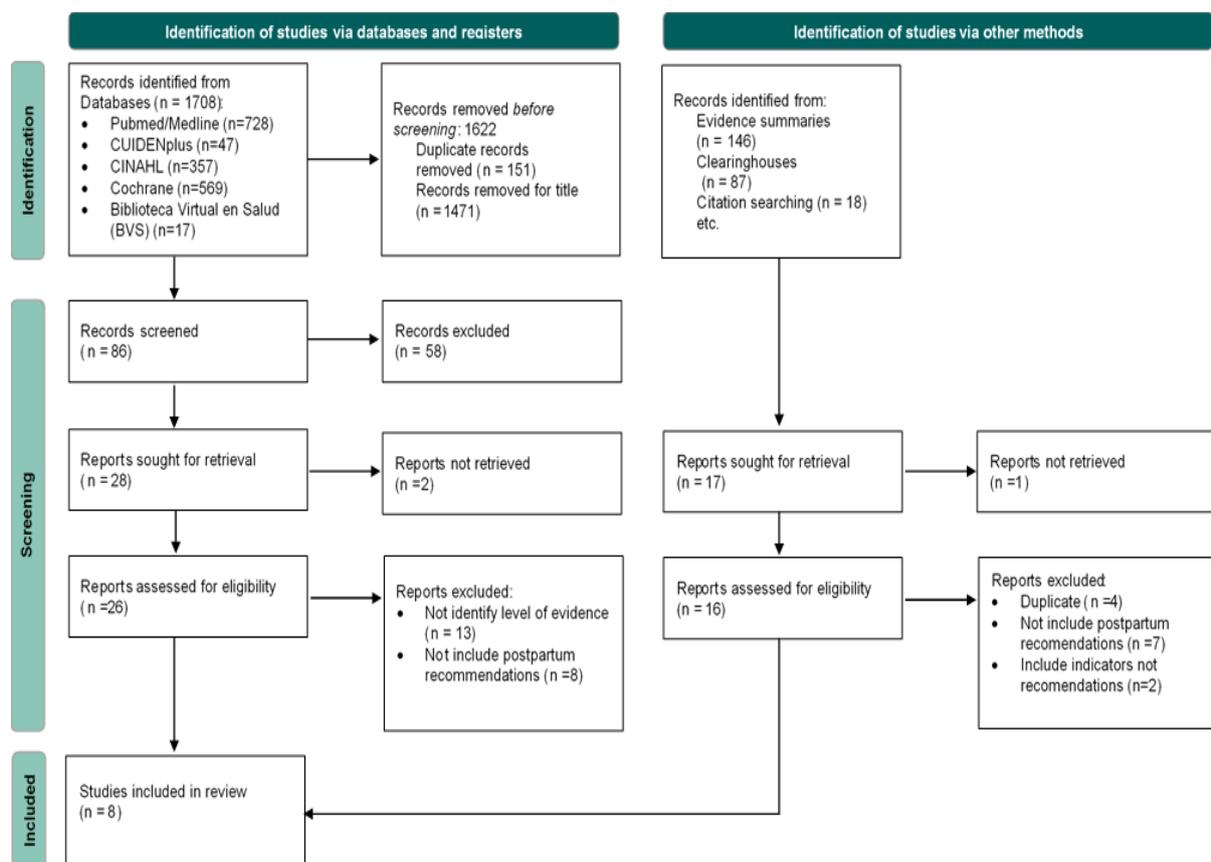
### 5.1. PRIMERA FASE: ANÁLISIS DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.

#### 5.1.1. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL PUERPERIO

Se identificaron un total de 1959 referencias provenientes de diversas fuentes, incluyendo bases de datos genéricas, metabuscadores, organismos compiladores y fuentes de datos no indexadas. Tras la revisión se incluyeron finalmente 5 artículos basados en revisiones sistemáticas o guías de práctica clínica que contenían recomendaciones para la atención del posparto. Estos documentos se seleccionaron por su posibilidad de identificar el nivel de evidencia y fuerza de recomendación a través de la literatura referenciada o de las bases de datos científicas. Además se incorporaron 3 guías adicionales recopiladas de organismos compiladores, lo que resultó en un total Un total de 8 GPCs incluidas en el análisis(22,97,98,127–132) (Fig. 6).

Figura 6: PRISMA 2020. Diagrama de flujo del proceso de selección de los estudios

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases, registers and other sources.



From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372: n71. doi: 10.1136/bmj.n71. For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

La tabla 9 detalla las características y el alcance de las guías seleccionadas, las cuales fueron publicadas entre los años 2013 y 2018, siendo la más reciente la elaborada por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (131) y la actualización en 2021 de la guía NICE (132)

Al analizar las áreas abordadas por las GPC, se observó que todas incluían recomendaciones para el puerperio, lactancia materna y cuidados del recién nacido, con la excepción de la guía de RNAO (131) que se centra exclusivamente en la lactancia materna. Las guías de GTGPCAEP (97) y NICE (132) contienen además recomendaciones y cuidados en el área del embarazo, mientras que la guía del MSPE (127) cubre también aspectos relacionados con el parto.

Tabla 9: Guías de Práctica Clínica. Características y alcance

Institución (Año)	País de origen	Periodos de atención					Número de recomendaciones de la GPC	Número de recomendaciones con NE y FR	Sistema de gradación de la evidencia
		Embarazo	Parto	Posparto	Lactancia materna	Recién nacido			
WHO PC <sup>22</sup> (2013)	Suiza			✓	✓	✓	12	8	GRADE
MSPE <sup>127</sup> (2014)	Ecuador		✓	✓		✓	95	70	Escala modifica Shekelle
GTGPCAEP <sup>97</sup> (2014)	España	✓		✓	✓		201	119	GRADE
NICE <sup>132</sup> (2021)	Reino Unido	✓		✓	✓	✓	174	51	SIGN
DPSSB <sup>129</sup> (2015)	Colombia			✓	✓	✓	30	30	Propio
CNGOF <sup>130</sup> (2016)	Francia			✓	✓		151	38	HAS
GTGPCLM <sup>98</sup> (2017)	España			✓	✓	✓	76	27	GRADE
RNAO <sup>131</sup> (2018)	Canadá				✓		16	16	SIGN

WHO PC, World Health Organization Postnatal care; MSPE, Ministerio de Salud Pública del Ecuador; GTGPCAEP, Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio; NICE, National Institute for Health and Care Excellence; DPSSB, Dirección de Provisión de Servicios de Salud Bogotá; CNGOF, French College of Gynaecologists and Obstetricians; GTGPCLM, Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna; RNAO, Registered Nurses' Association of Ontario.

### 5.1.2. EVALUACIÓN CRÍTICA DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

El cálculo de la concordancia intra-observador para la valoración de cada guía, obteniéndose valores superiores a 0.7 (IC 95% 0.61-0.97), a excepción de las guías NICE (128) y DPSSB (129), cuyo valor fue de 0.69 (IC 95% 0.52-0.87) y 0.69 (IC 95% 0.57-0.81) respectivamente. La concordancia global fue casi perfecta de 0.86 (IC 95% 0.83-0.89). Los cálculos detallados de la concordancia entre evaluadores se presentan en el anexo 5.

La calidad metodológica de las GPCs fue evaluada mediante la herramienta AGREE-II, y se encontró que, en general, su desarrollo fue de calidad buena, aunque con diferencias en cuanto a las puntuaciones entre dominios (tabla 10).

Tabla 10: Calidad Metodológica de las GPCs. Evaluación AGREE II. Puntuaciones de los dominios en porcentajes

	DOMINIOS AGREE II						Evaluación Global
	Alcance y objetivo	Participación de los implicados	Rigor en la elaboración	Claridad de la presentación	Aplicabilidad	Independencia editorial	
WHO PC <sup>22</sup> (2013)	94%	64%	81%	98%	65%	94%	5.6
MSPE <sup>127</sup> (2014)	94%	59%	58%	92%	25%	80%	4.6
GTGPCAEP <sup>97</sup> (2014)	98%	87%	88%	94%	70%	88%	6.3
NICE <sup>128</sup> (2015)	98%	90%	90%	92%	91%	94%	6.6
DPSSB <sup>129</sup> (2015)	85%	81%	33%	88%	27%	91%	4.6
CNGOF <sup>129</sup> (2016)	87%	51%	54%	81%	6%	58%	4
GTGPCLM <sup>98</sup> (2017)	98%	96%	92%	92%	63%	86%	6.6
RNAO <sup>131</sup> (2017)	96%	92%	94%	92%	88%	94%	6.3
Puntuación media por dominio	94	77.5	74	91	54	85.5	

WHO PC, World Health Organization Postnatal care; MSPE, Ministerio de Salud Pública del Ecuador; GTGPCAEP, Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio; NICE, National Institute for Health and Care Excellence; DPSSB, Dirección de Provisión de Servicios de Salud Bogotá; CNGOF, French College of Gynaecologists and Obstetricians; GTGPCLM, Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna; RNAO, Registered Nurses' Association of Ontario.

Al comparar las medias obtenidas para cada uno de los seis dominios AGREE II se observó que los apartados “Alcance y objetivo” y “Claridad en la presentación” obtuvieron las valoraciones más altas, mientras que el dominio de “Aplicabilidad” fue el de menor puntuación.

La guía NICE (128) destacó por obtener una puntuación por encima del 90% en todos los dominios, con una valoración global media de 6.6. Las guías RNAO (131), GTGPCLM (98) y GTGPCAEP (97) también presentaron buenos resultados. En contraste, las guías CNGOF (137), DPSSB (129) y MSPE (127) obtuvieron puntuaciones inferiores al 50% en la mayoría de los dominios evaluados, adquiriendo una valoración global más baja.

### 5.1.3. ANÁLISIS DEL CONTENIDO.

Se extrajeron un total de 107 recomendaciones basadas en evidencia, cada una con su correspondiente nivel de evidencia debidamente referenciado (anexo 6). El análisis de las guías reveló una considerable variabilidad tanto en el tipo de recomendación como en su contenido. Cada GPC contenía un número diferente de intervenciones por área. Las guías NICE

(128) y GTGPCAEP (97) incluyeron el mayor número de intervenciones para el puerperio hospitalario (tabla 11).

Tabla 11: Número y porcentaje de recomendaciones por área y guía

	WHO PC <sup>22</sup> (2013)	MSPE <sup>127</sup> (2014)	GTGPCAEP <sup>97</sup> (2014)	NICE <sup>128</sup> (2015)	DPSSB <sup>129</sup> (2015)	CNGOF <sup>130</sup> (2016)	GTGPCLM <sup>98</sup> (2017)	RNAO <sup>131</sup> (2018)
Cuidados posparto, n (%)	3 (25%)	0	7 (3.5%)	9 (5%)	4 (13.3%)	4 (2.6%)	1 (1.3%)	-
Prevencción hemorragia obstétrica, n (%)	-	-	-	1 (0.6%)	2 (6.7%)	-	-	-
Protección contra las infecciones, n (%)	-	-	-	1 (0.6%)	1 (3.3%)	-	1 (1.3%)	-
Cuidados del recién nacido, n (%)	2 (16.7%)	2 (2%)	6 (3%)	6 (3.4%)	5 (16.7%)	1 (0.7%)	6 (7.8%)	-
Asesoramiento en la lactancia, n (%)	1 (8.3%)	-	7 (3.5%)	7 (4%)	4 (13%)	3 (2%)	7 (9.2%)	16 (100%)
<b>Total n (%)</b>	<b>6 (50%)</b>	<b>2 (2%)</b>	<b>20 (10%)</b>	<b>24 (14%)</b>	<b>16 (53%)</b>	<b>8 (5%)</b>	<b>15 (20%)</b>	<b>16 (100%)</b>

Por otro lado, se comprobó la unanimidad respecto al NE en todas las recomendaciones, sólo se encontró cierta variabilidad en las intervenciones referentes al colecho en la maternidad hospitalaria y actividades de promoción de la lactancia materna.

Seis de las ocho GPCs incluían intervenciones para *cuidados posparto*, mostrando una gran variabilidad en cuanto a contenido. Las recomendaciones sobre asesoramiento anticonceptivo posparto y el apoyo psicosocial para la prevención de depresión posparto en mujeres de alto riesgo son las que aparecieron en un mayor número de guías, aunque con un nivel de evidencia bajo. También se observó variabilidad en los niveles de evidencia para una misma recomendación incluida en diferentes guías. Cabe destacar que no se encontró ninguna recomendación que estuviera incluida en todas las guías analizadas.

Las guías GTGPCAEP (97) y NICE (128) proporcionaron las prácticas más detalladas, organizadas bajo subtítulos de cuidados de rutina y problemas específicos. Sin embargo, la mayoría de las recomendaciones clave eran puntos de buenas prácticas basadas en la opinión de expertos.

En el apartado prevención de la hemorragia obstétrica, se encontró una sección específica en dos de las guías (DPSSB<sup>129</sup> y NICE<sup>128</sup>), sin embargo, ninguna de las tres recomendaciones proporcionaba detalles sobre las intervenciones recomendadas para este supuesto.

Referente al ámbito de protección contra las infecciones, sólo tres de las GPCs ofrecieron recomendaciones. El manejo de la sepsis puerperal quedaba recogido en la guía DPSSB (129) mientras que el tema de mastitis aparecía sólo en las guías GTGPCLM (98) y NICE (128).

Cinco guías incluyeron recomendaciones sobre cuidados del recién nacido. Las principales prácticas en esta área fueron la administración de vitamina K y los cuidados del cordón umbilical. La guía NICE (128) destacó por proporcionar un mayor número de recomendaciones y una información más detallada en el tema. La guía MSPE (127) sólo contenía recomendaciones con nivel de evidencia para cuidados del recién nacido, sin incluir ninguna otra intervención en el resto de los apartados.

En el área de la *lactancia materna*, las recomendaciones clave fueron el “Asesoramiento y apoyo para la instauración y mantenimiento de la lactancia materna” y “Apoyo a la lactancia materna exclusiva prolongada”. Estas recomendaciones tenían un alto nivel de evidencia y estaban incluidas en la mayoría de las guías.

Las guías GTGPCLM (98) y RNAO (131), enfocadas específicamente en lactancia, ofrecieron un mayor nivel de detalle, incluyendo recomendaciones más específicas para la extracción de leche materna y fomento de un buen agarre al pecho.

#### 5.1.4. SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA.

Del análisis se obtuvo un listado final de 61 recomendaciones sintetizadas a partir de todas las GPCs, distribuidas en las siguientes áreas: 20 recomendaciones incluidas en el tema de lactancia materna, seguido de 18 para los cuidados posparto, 13 para los cuidados del recién nacido, 3 en prevención de la hemorragia obstétrica, 3 para protección contra las infecciones y 4 recomendaciones de “no-hacer”. Para identificar similitudes y diferencias, la tabla 12 presenta un resumen del nivel de evidencia y fuerza de recomendación de las intervenciones agrupadas. Cabe destacar que la guía RNAO (131) no proporciona fuerza de recomendación para ninguna de sus recomendaciones. En esta tabla se reflejan las áreas abordadas por el mayor número de guías, estas áreas corresponden a las de “Asesoramiento en lactancia materna”, seguida de “Cuidados posparto” y “Cuidados del recién nacido”. Los temas menos abordados y contenidos en el menor número de guías pertenecen a “Prevención de hemorragia obstétrica” y “Protección contra las infecciones”.

## Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

Tabla 12: Síntesis de recomendaciones. Nivel de evidencia y fuerza de recomendación

		WHO PC <sup>22</sup> (2013)		MSPE <sup>127</sup> (2014)		GTGPAEP <sup>97</sup> (2014)		NICE <sup>128</sup> (2015)		DPSSB <sup>129</sup> (2015)		CNGOF <sup>130</sup> (2016)		GTGPCLM <sup>98</sup> (2017)		RNAO <sup>131</sup> (2018)		
AREA	BLOQUE	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE		
Valoración/Vigilancia	<b>I. CUIDADOS POSPARTO</b>									1+	A	2+	C					
	Seguimiento de los signos maternos: TA, FC, sangrado, involución uterina, dolor pélvico, micción, T <sup>3</sup> , función intestinal y flebitis.																	
	Cuidados prestados matrona a madres y RN*					1+	A											
	Registrar cuidados posparto.							2+	C									
	Notificar cefalea intensa anestesia epidural o espinal.							2+	C									
	Micción espontánea antes de 6 h posparto.							2+	C			2+	C					
	Continuidad de cuidados tras alta hospitalaria.					2++	B											
	Criterios alta de la madre y RN.									2++	B							
	Alta hospitalaria <48h en nacimientos sin complicaciones.						3	D										
	Atención sanitaria posparto 24 horas.	2+	C															
Medidas terapéuticas	Paracetamol, diclofenaco y frío local para dolor perineal.					2+	C	1+	A									
	Combinar analgésicos (1er escalón) tras cesárea.											2++	B					
	Ibuprofeno/paracetamol en ingurgitación mamaria.							1+	A					1+	A			
	Dieta y laxantes en estreñimiento crónico.					2++	B	1+	A									
Educación Promoción de la salud	Asesoramiento anticonceptivo posparto					2+	C			2++	B	2+	C					
	Apoyo psicosocial y prevención de depresión posparto en mujeres de alto riesgo.	3	D			2+	C			2++	B							
	Información de la recuperación y/o complicaciones.							2+	C									
	Oportunidad de hablar sobre experiencia del parto durante estancia hospitalaria.	3	D															
	Usar RRSS promoción vínculo madre-bebe							2++	B									

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

		WHO PC <sup>22</sup> (2013)		MSPE <sup>127</sup> (2014)		GTGCAEP <sup>97</sup> (2014)		NICE <sup>128</sup> (2015)		DPSSB <sup>129</sup> (2015)		CNGOF <sup>130</sup> (2016)		GTGPCLM <sup>98</sup> (2017)		RNO <sup>131</sup> (2018)
AREA	BLOQUE	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE
	<b>II. PREVENCIÓN HEMORRAGIA OBSTÉTRICA</b>	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE
	Entrenamiento del código rojo en una hemorragia posparto.									1++	A					
	Uso taxonomías NNN ante hemorragia posparto									1+	A					
	No hacer palpación abdominal del útero en ausencia de pérdida sanguínea vaginal anormal.							2++	B							
	<b>III. PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES</b>	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE
	Higiene de manos para disminuir la infección puerperal.									2++	B					
	Registrar signos y síntoma de mastitis.							2+	C							
	Lactancia materna y vaciado del pecho como tratamiento inicial mastitis agudas.													3	D	

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

		WHO PC <sup>22</sup> (2013)	MSPE <sup>127</sup> (2014)	GTGPCAEP <sup>97</sup> (2014)	NICE <sup>128</sup> (2015)	DPSSB <sup>129</sup> (2015)	CNGOF <sup>130</sup> (2016)	GTGPCLM <sup>98</sup> (2017)	RNAO <sup>131</sup> (2018)							
AREA	BLOQUE	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE
Valoración/Cuidados	IV. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO															
	Programa “Madre Canguro” en RN prematuros y/o de bajo peso al nacer.					2++	B									
	Administrar vitamina K IM 1mg tras nacimiento			1+	A	1+	A	1+	A							
	Cuidado del cordón cura limpia y seca con agua y jabón.	2++	B			1+	A	1+	A							
	Administrar antibiótico tópico para prevención conjuntivitis neonatal.			1+	A	1+	A									
	Exploración física RN < 24h para identificar complicaciones.					1+	A									
	Evaluación en cada contacto de signos: alimentación, frecuencia y movimientos respiratorios, Tª, ictericia.	2+	C													
	En caso de usar suplemento: emplear leche materna extraída.							2++	B				2++	B		
Promoción vínculo materno/paterno-filial	Exámenes de detección de sordera neonatal de forma rutinaria antes del alta.							2+	C							
	Colecho seguro en servicio de maternidad: cuna adosada (tipo sidecar)					2+	C							3	D	
	Informar sobre colecho seguro y riesgos del SMSL							2++	B					2++	B	
	Capacitación en el cuidado del RN para responder a la demanda de apoyo materna.									2++	B					1+
	Participación de padres/familia en actividades educativas sobre aspectos de salud, desarrollo y relación con sus recién nacidos.					2+	C			2++	B					1+
	Favorecer la participación de los padres en el cuidado de RN con malformaciones									2+	C					

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

		WHO PC <sup>22</sup> (2013)	MSPE <sup>127</sup> (2014)	GTGCAEP <sup>97</sup> (2014)	NICE <sup>128</sup> (2015)	DPSB <sup>129</sup> (2015)	CNGOF <sup>130</sup> (2016)	GTGPCLM <sup>98</sup> (2017)	RNAO <sup>131</sup> (2018)							
AREA	BLOQUE	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE
Valoración/ Medidas terapéuticas	V. ASESORAMIENTO EN LA LACTANCIA															
	Apoyar LM exclusiva prolongada siguiendo los 10 pasos de la iniciativa IHAN					1+	A	1+	A	1+	A			1+	A	1+
	Fomentar inicio de la LM precoz para prevenir complicaciones.					2+	C									1+
	Valorar LM en la estancia hospitalaria							2+	C	2+	C					
	Amamantamiento frecuente, masajes, calor y estimulación para extracción manual que facilite agarre al pecho en ingurgitación mamaria					2+	C	1+	A					2+	c	
	Masajes en la extracción, técnicas de relajación y calor para aumentar volumen de leche.													3	D	
	Tener y emplear materiales y actividades educativas en pro de la LM					3	D			1+	A					
	Extraer calostro para producción y toma eficaz									2++	B			2++	B	
	Extracción manual del calostro o extractor de leche.													3	D	
	Extraer el pezón invertido mediante el uso de jeringa.													3	D	
	Compresas de agua fría tras amamantamiento con dolor o lesiones en los pezones.					2+	C									
	No contraindicación de LM en hepatitis B tras inmunoprofilaxis y serovacunación del RN													2+	C	
	No contraindicación de LM en hepatitis C si carga viral baja o indetectable.													2+	C	
	Enseñar antes del alta la técnica de extracción manual de la leche y su conservación.										1+	A				1+
	Asesoramiento	Asesoramiento y apoyo para instaurar y mantener la LM**	1+	A			1+	A	1+	A			1+	A		
Fomentar frecuencia y duración de la LM sin restricciones.								1+	A							1+
Formación sobre postura del amamantamiento, signos de agarre adecuado y de transferencia eficaz de leche.						3	D							3	D	1+
Fomentar frecuencia y duración de la LM sin restricciones.								1+	A							1+
Evitar uso del chupete durante el primer mes.														3	D	1+
Las mujeres deben recibir información sobre grupos								2+	C							

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

locales de apoyo a la lactancia.					
Tener y emplear materiales y actividades educativas en pro de la LM	3	D		1+	A
Formación continuada sobre lactancia materna (teoría y práctica) al equipo interprofesional.					1+
Integrar asesores de lactancia en la asistencia					1+

AREA	BLOQUE	WHO PC <sup>22</sup> (2013)		MSPE <sup>127</sup> (2014)		GTGCAEP <sup>97</sup> (2014)		NICE <sup>128</sup> (2015)		DPSSB <sup>129</sup> (2015)		CNGOF <sup>130</sup> (2016)		GTGPCLM <sup>98</sup> (2017)		RNAO <sup>131</sup> (2018)
		NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE	FR	NE
	RECOMENDACIONES DE NO-HACER															
	No usar rutinario signo de Homan para evaluar tromboembolismo.							2+	C							
	No administrar rutinario de suplementos al RN							2++	B					2++	B	
	Ante pezones invertidos: no ejercicios de Hoffman ni uso de escudos de pezón prenatales para favorecer la LM														1+	A
	No usar sólo materiales escritos sobre LM								1+	A						

## 5.2. SEGUNDA FASE: ESTUDIO DELPHI. BÚSQUEDA Y DESARROLLO DE INDICADORES DE BUENAS PRÁCTICAS SOBRE EL MANEJO DEL PUERPERIO.

### 5.2.1. ESTUDIO DELPHI.

#### Recomendaciones para valorar en el estudio Delphi

Del análisis de las guías de práctica clínica se obtuvieron 61 recomendaciones sustentadas en evidencia científica distribuidas en los siguientes bloques temáticos:

- Bloque I Cuidados posparto: 18 recomendaciones.
- Bloque II Prevención de hemorragia obstétrica: 3 recomendaciones.
- Bloque III Protección contra infecciones: 3 recomendaciones.
- Bloque IV: Cuidados del recién nacido: 13 recomendaciones.
- Bloque V Asesoramiento en lactancia: 20 recomendaciones.
- Bloque Prácticas de “no hacer”: 4 recomendaciones.

#### Panel de expertos

Un total de 40 expertos aceptaron participar en la primera ronda del estudio. La configuración del panel se distribuyó según se observa en la tabla 13. El 80% de los participantes trabaja en el ámbito asistencial y el perfil profesional mayoritario se distribuye entre enfermeras y enfermeras especialistas obstétrico-ginecológicas.

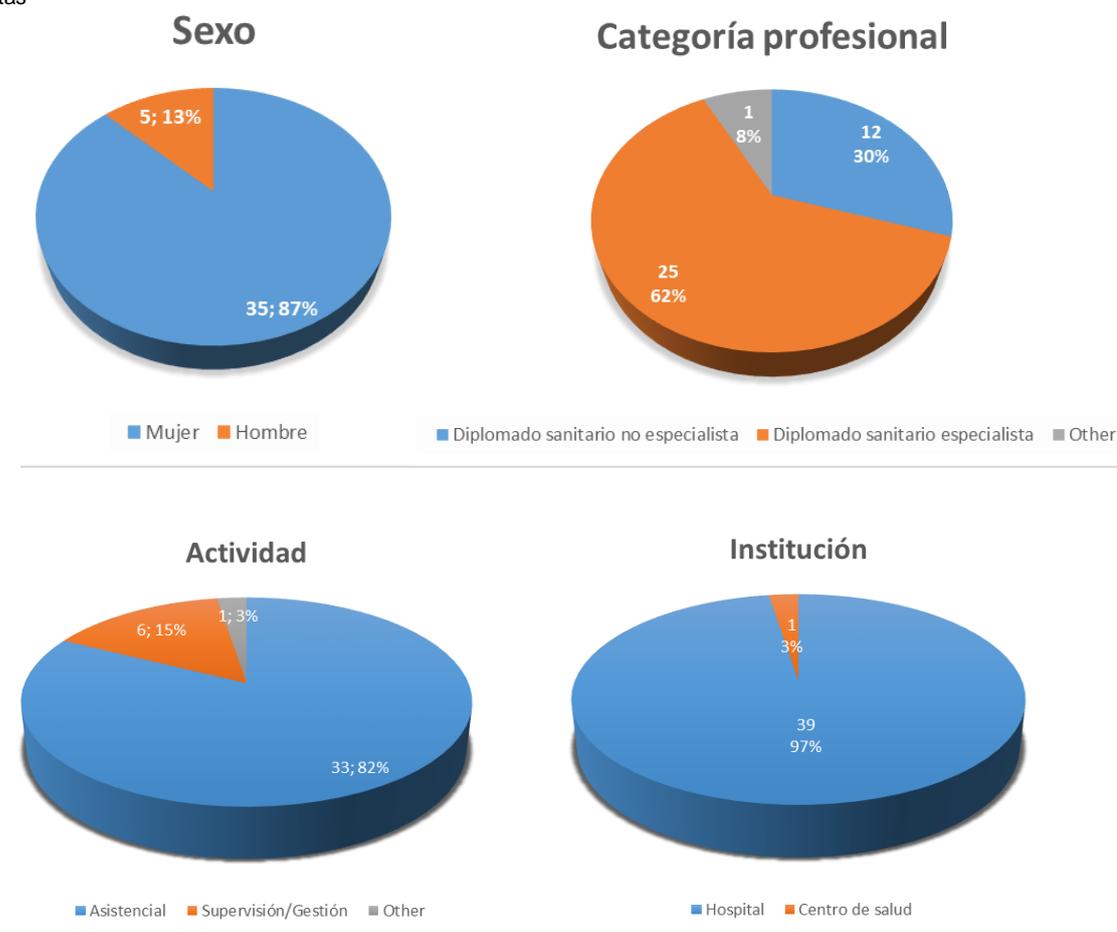
Tabla 13: Distribución del panel de expertos

Categoría profesional	N (%)
Diplomado sanitario no especialista-enfermería	12 (29%)
Diplomado sanitario especialista-matrona	25 (63%)
Otros	3 (8%)
Área de actividad profesional	N (%)
Asistencial	33 (80%)
Supervisión/gestión	6 (17%)
Otros	1 (2%)
Tipo de Institución	N (%)
Centro de salud	1 (2%)
Hospital	39 (98%)

## Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

Figura 7: Cuestionario Delphi. Respuestas

Encuesta Delphi 1: Identificación de recomendaciones para la construcción de indicadores.  
Respuestas



### Elaboración de los cuestionarios

Los cuestionarios de la primera y segunda ronda se confeccionaron mediante un software para la elaboración de encuestas que permitía organizar la información en una base de datos, facilitando de este modo los análisis posteriores (anexo 7). Estos cuestionarios se diseñaron utilizando una escala de Likert de cinco puntos y se analizaron según los criterios predefinidos para identificar las recomendaciones más viables.

### Resultados de la primera ronda

La primera ronda se desarrolló entre los meses de abril a octubre de 2022, contando con la participación de 40 expertos provenientes de diversas áreas relacionadas con la atención al puerperio. Los participantes puntuaron las 61 recomendaciones con cada uno de los criterios establecidos utilizando una escala Likert de 5 puntos. (tabla 14).

Tabla 14: Criterios de consenso

Criterio de consenso aplicado	Nº de recomendaciones	Listado de recomendaciones
≥70% utilidad en la práctica clínica	57	Anexo 8
Mediana puntuación 4-5 para utilidad práctica clínica	52	
Mediana puntuación <4 para utilidad práctica clínica	5	
<70% utilidad práctica clínica	4	
≥70% relevancia	56	Anexo 8
Mediana puntuación 4-5 para relevancia	50	
Mediana puntuación < 4 para relevancia	6	
<70% relevancia	5	
≥70% facilidad en la medición	34	Anexo 8
Mediana puntuación 4-5 para facilidad medición	28	
Mediana puntuación < 4 para facilidad medición	6	
<70% facilidad en la medición	27	

Los resultados se analizaron para cada uno de los tres criterios (utilidad, relevancia y facilidad en la medición) en función de donde se había situado la mediana de las puntuaciones y el consenso establecido de la menos el 70% o más de los participantes en valorar cada recomendación con puntuaciones de 4 o 5 en la escala.

Resultados destacados con respecto al porcentaje de calificaciones importante/muy importante para cada recomendación en cada criterio establecido:

- Recomendaciones con elevada utilidad en la práctica clínica (mediana entre 4-5) y grado de consenso alcanzado (≥70%): 85,2% (52/61)
- Recomendaciones con relevancia elevada (mediana entre 4-5) y grado de consenso alcanzado (≥70%): 81.9% (50/61)
- Recomendaciones con facilidad elevada (mediana entre 4-5) y grado de consenso alcanzado (≥70%): 45.9% (28/61)

Utilidad en la práctica clínica: 57 recomendaciones (93.4%) alcanzaron un consenso igual o mayor al 70%, 52 de ellas obtuvieron puntuaciones de 4-5. Además, 33 recomendaciones (63.5%) lograron una mediana de 5, destacando como las más útiles según el panel de expertos. Las 4 recomendaciones que no alcanzaron el nivel de consenso requerido obtuvieron puntuaciones por debajo de 4, y tres de ellas correspondían al bloque de “prácticas de no hacer”.

Relevancia: 56 recomendaciones (91.8%) alcanzaron el consenso establecido. De estas, 50 prácticas (81.9%) obtuvieron una mediana de 4-5, siendo 25 (44.6%) las que puntuaron con una mediana de 5. Por otro lado, 6 recomendaciones presentaron puntuaciones por debajo de 4 y, por tanto, no alcanzaron el consenso requerido para ser consideradas relevantes.

**Facilidad de medición:** este criterio presentó mayores desafíos en comparación con los otros dos. Sólo 34 recomendaciones (55.7%) lograron el consenso necesario, de las cuales 28 prácticas (45.9%) obtuvieron puntuaciones entre 4 y 5, alcanzando una mediana de 5 en 7 recomendaciones. Este resultado resalta que la aplicabilidad en términos de medición de la mayoría de las prácticas puede ser limitada.

En función de la definición de desacuerdo, dados los resultados obtenidos, 9 recomendaciones (14.7%) no alcanzaron consenso en el criterio de utilidad, 2 recomendaciones (3.2%) en el de relevancia y 27 recomendaciones (44%) en el de facilidad de medición no se alcanzó consenso entre los expertos, evidenciando que la facilidad para medir las recomendaciones sigue siendo el mayor obstáculo para su implementación como indicadores.

### Resultados de la segunda ronda

La segunda vuelta del estudio Delphi, realizada entre marzo y junio de 2023, contó con la participación de 26 expertos (65% de los que participaron en la primera ronda). En esta ronda se puntuó cada recomendación en base a un nuevo criterio introducido. En el cuestionario facilitado se puntuaba cada una de las 61 recomendaciones mediante la escala Likert de 5 puntos en función del impacto en la salud que tendría esa recomendación en la práctica asistencial considerando el beneficio sobre la salud del binomio madre-hijo que tendría si dicha práctica se llevara a cabo o no en el servicio de maternidad.

Las recomendaciones se clasificaron en función de la puntuación del criterio “impacto en la salud del binomio madre-hijo” y el grado de consenso alcanzado por los participantes en valorar con una puntuación de 4-5 (tabla 15).

Tabla 15: Criterio Impacto en la salud binomio madre-hijo

Criterio de consenso aplicado	Nº de recomendaciones	Listado de recomendaciones
≥70% impacto en la salud binomio	53	Anexo 8
Mediana puntuación 4-5 impacto en la salud	53	
Mediana puntuación < 4 impacto en la salud	0	
<70% impacto en la salud binomio	8	

- Recomendaciones con elevado impacto en la salud (mediana entre 4-5) y grado de consenso alcanzado (≥70%): 86,8% (53/61).

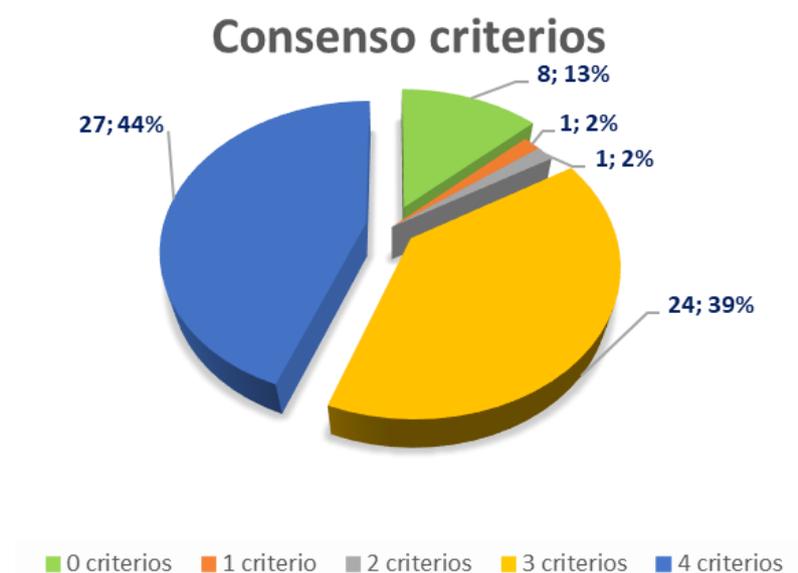
De las 61 recomendaciones evaluadas, 53 (93.4%) lograron un consenso del 70% o superior, todas ellas con puntuaciones entre 4 y 5. De éstas, 49 recomendaciones (80.3%) lograron una mediana de 5, con 14 prácticas que alcanzaron un consenso del 100% en las puntuaciones de los expertos.

Por otro lado, 8 recomendaciones con menor puntuación coincidían en no lograr el grado de consenso establecido.

### Evaluación crítica y selección de recomendaciones.

A partir de los resultados obtenidos en ambas rondas, se realizó un análisis crítico para identificar las recomendaciones más viables a la hora de trasladarlas a indicadores de calidad. La distribución de los indicadores en función del número de criterios conseguidos se muestra en la figura 7. El resto de los datos se muestran en el anexo 9.

Figura 8: Porcentaje de Recomendaciones por criterio consensuado



Se procedió a jerarquizar las recomendaciones según el grado de consenso alcanzado, valor de la mediana y los promedios de las puntuaciones en cada uno de los criterios establecidos. Estos resultados mostraron que 27 recomendaciones obtuvieron el consenso establecido en los cuatro criterios. Por otro lado, la facilidad de medir la práctica fue el criterio con mayor número de recomendaciones (33) en donde no se alcanzó el grado de consenso.

Se estableció un conjunto final de recomendaciones mediante la selección de aquellas prácticas mejor valoradas en cada una de las áreas de atención siguiendo los criterios de selección definidos. En total, se seleccionaron 39 recomendaciones cumpliendo los criterios de consenso establecidos y priorizando aquellas con mayor impacto clínico (tabla 16). Se descartaron 22 recomendaciones que, aunque relevantes, presentaron limitaciones significativas en su factibilidad de medición o no alcanzaron el consenso necesario.

## Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

Tabla 16: Recomendaciones seleccionadas

BLOQUE	RECOMENDACIÓN
I	Después de un parto vaginal, seguimiento de los siguientes signos e indicadores maternos: presión arterial, frecuencia cardíaca, sangrado, involución uterina, dolor pélvico, micción espontánea, temperatura, función intestinal normal, y ausencia de signos de flebitis.
I	Reanudación de la micción espontánea antes de 6 h posparto.
I	Garantizar la continuidad de cuidados tras alta hospitalaria.
I	Tratamiento dolor perineal con paracetamol, diclofenaco y frío local en segunda línea.
I	Uso combinado de varios analgésicos de nivel 1 como base terapéutica eficaz tras cesárea.
I	Ibuprofeno para mitigar la inflamación y el dolor producido por la ingurgitación mamaria, o en su defecto paracetamol.
I	Consejo dietético para el estreñimiento y administración de laxantes osmóticos o estimulantes de la motilidad donde persista tras medidas dietéticas.
I	Apoyo psicosocial y prevención de depresión posparto en mujeres de alto riesgo.
I	Aconsejar a mujeres que han recibido anestesia epidural o espinal que informen de cefalea intensa.
I	Ofrecer información a las mujeres sobre el proceso fisiológico de recuperación posparto y problemas comunes.
II	Profesional de enfermería formado y entrenado en activación y manejo del código rojo en una hemorragia posparto.
III	Promoción del lavado de manos como estrategia para la disminución de la infección puerperal.
IV	Madres de recién nacidos prematuros y/o bajo peso se remiten al programa "Madre Canguro".
IV	Administración IM de vitamina K 1mg tras nacimiento.
IV	Cuidado del cordón cura limpia y seca con agua y jabón.
IV	Administración de antibiótico tópico para prevención conjuntivitis neonatal.
IV	Exploración física del recién nacido en las primeras 24 horas para identificar complicaciones.
IV	Evaluación en cada contacto atención posnatal de signos: alimentación, frecuencia y movimientos respiratorios, temperatura, ictericia.
IV	En caso de usar suplemento: emplear leche materna extraída como primera opción.
IV	Exámenes de detección de sordera neonatal de forma rutinaria antes del alta.
IV	Capacitación del personal de enfermería en el cuidado del RN para responder a la demanda de apoyo materna.
IV	Informar a madres y familias sobre colecho seguro y riesgos del síndrome de muerte súbita del lactante.
V	Apoyar LM exclusiva prolongada con un programa estructurado siguiendo los 10 pasos de la iniciativa IHAN.
V	Fomento del inicio de la lactancia materna precoz para prevenir complicaciones como ingurgitación, dolor y lesiones mamarias.
V	Valorar LM en la estancia hospitalaria.
V	En ingurgitación mamaria, amamantamiento frecuente y continuo con realización de masajes en el pecho, aplicación de calor y estimulación para una extracción manual que facilite la salida de la leche y el agarre del niño al pecho.
V	Extracción manual del calostro o extractor de leche.
V	No contraindicación de LM en hepatitis B tras inmunoprofilaxis y serovacunación del recién nacido.
V	Las mujeres deben recibir información sobre grupos locales de apoyo a la lactancia.
V	Información a las madres de disponibilidad de materiales y actividades educativas de promoción de la lactancia materna.

## Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

V	Formación continuada sobre lactancia materna (teoría y práctica) al equipo interprofesional.
V	Integrar asesores de lactancia en la asistencia hospitalaria.
V	Masajes en el pecho antes o durante la extracción, utilización de técnicas de relajación, aplicación de calor en el pecho, para aumentar el volumen de leche extraída.
V	Enseñar antes del alta hospitalaria la técnica de extracción manual de leche y su conservación.
V	Asesoramiento y apoyo para instaurar y mantener la lactancia materna.
V	Formación sobre postura del amamantamiento, signos de agarre adecuado y de transferencia eficaz de leche.
V	Fomentar la frecuencia y duración de la lactancia materna sin restricciones.
V	Evitar uso del chupete durante el primer mes.
NO-HACER	No se recomienda la administración rutinaria de suplementos al recién nacido.

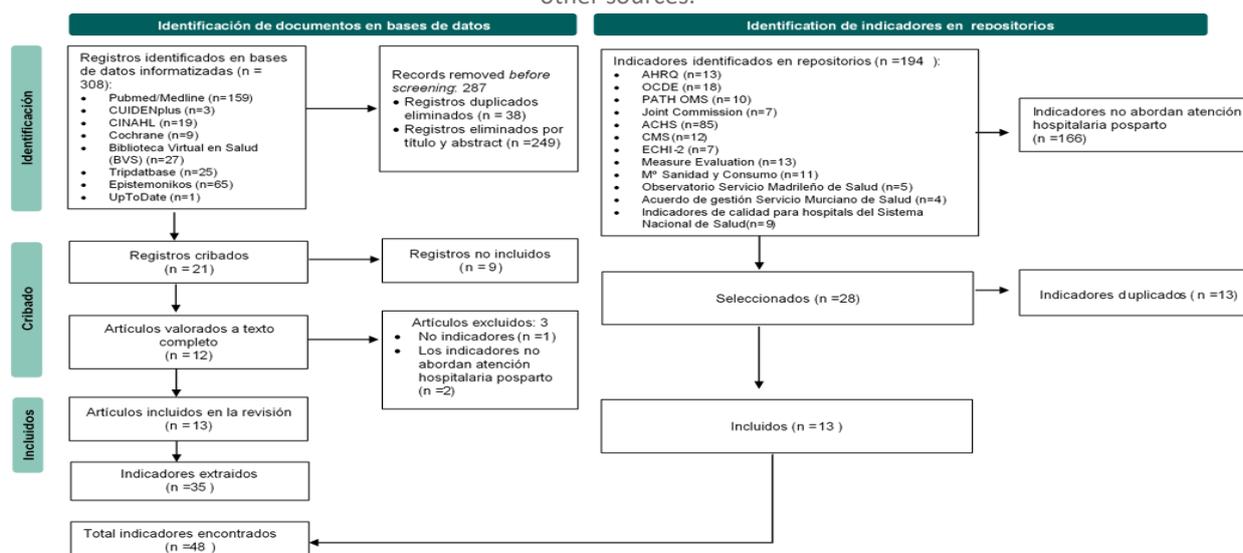
### 5.2.2. IDENTIFICACIÓN Y REVISIÓN DE INDICADORES

#### Búsqueda de indicadores.

Se realizó una búsqueda exhaustiva de indicadores de calidad relacionados con la atención hospitalaria en el puerperio utilizando bases de datos y metabuscadores especializados. En el proceso inicial se localizaron un total de 308 referencias que fueron revisadas para seleccionar aquellas pertinentes al tema de estudio. Tras un análisis detallado, se procedió a la lectura completa de 13 documentos seleccionados por contener indicadores específicos del posparto y la atención al recién nacido. El procedimiento seguido para la selección de los documentos se detalla en el diagrama de flujo basado en la Declaración PRISMA (107) (Fig. 8).

Figura 9: PRISMA 2020. Diagrama de flujo del proceso de selección de los estudios

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases, registers and other sources.



From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372: n71. doi: 10.1136/bmj. n71. For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

### Identificación de indicadores relevantes.

De las referencias revisadas, se identificaron 194 indicadores provenientes de repositorios y organismos compiladores. Tras descartar aquellos duplicados o los que no estaban directamente relacionados con la atención posparto, se confeccionó un listado definitivo de 48 indicadores que reflejaban medidas de calidad en la atención hospitalaria en el puerperio. Éstos se clasificaron según el modelo de Donabedian (47) en tres categorías: estructura, proceso y resultado. (Tabla 17)

Tabla 17: Indicadores. Clasificación y referencias

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE	REFERENCIA
Proceso	Porcentaje de mujeres con resultado de Rh-negativo que recibieron Anti-D dentro de las 72 horas tras el parto de un bebé con Rh-positivo o Rh-indeterminado	(133,134)
Resultado	Proporción de mujeres con infección sistémica grave o sepsis en el período postnatal, incluyendo reingresos	(135)
Proceso	Porcentaje de nacidos vivos en los que se realizó examen auditivo antes del alta hospitalaria	(136)
Proceso	Cobertura intrahospitalaria de vacuna contra hepatitis B en recién nacidos vivos antes de ser dados de alta del establecimiento de salud	(137)
Proceso	Tasa de bebés nacidos a término a los que se les dio fórmula suplementada y cuya madre tenía la intención de amamantar	(138)
Resultado	Tasa de suplementación: proporción de niños a término amamantados que reciben en una o más ocasiones lactancia materna junto con fórmula, agua, zumos (no incluye vitaminas ni medicinas)	(139)
Resultado	Índice de mortalidad intra-hospitalaria	(140)
Resultado	Tasa de lactancia materna al alta	(98,146)
Resultado	Prevalencia del inicio precoz de la lactancia materna	(98)
Resultado	Porcentaje de reingresos	(98,149,150)
Resultado	Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos	(98,149,151,152)
Resultado	Tasa de infección hospitalaria	(98,149,152)
Resultado	Infección sanguínea neonatal	(146)
Resultado	Hemorragia o hematoma perioperatorio	(146)
Resultado	Embolismo pulmonar o trombosis venosa profunda perioperatoria	(146)
Resultado	Sepsis postoperatoria	(146)
Resultado	Dehiscencia de herida postquirúrgica	(146)
Resultado	Infecciones de herida quirúrgica	(146)
Resultado	Complicaciones inesperadas en recién nacidos a término	(147)
Proceso	Profilaxis tromboembolismo venoso	(83,144,147,148)
Resultado	Hemorragia posparto en partos vaginales o cesáreas	(143,144)
Resultado	Satisfacción atención recibida	(143,149)

## Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

Proceso	Acogida al ingreso	(149)
Resultado	Flebitis cateter venoso periférico	(149)
Proceso	Informe de continuidad de cuidados al alta	(150)
Proceso	Tratamiento de pacientes con dolor	(151)
Proceso	Trazabilidad de la evaluación del dolor	(151)
Proceso	Porcentaje de recién nacidos con primer baño retrasado al menos seis horas después del nacimiento	(152)
Proceso	Porcentaje de recién nacidos con cura seca en cordón	(152)
Proceso	Tratamiento sepsis neonatal	(153)
Proceso	Atención posparto a la madre	(142)
Proceso	Atención posparto al recién nacido	(142)
Proceso	Planificación familiar y asesoramiento anticonceptivo	(154)
Proceso	Tratamiento de anemia materna	(154)
Proceso	Detección y manejo de sepsis posparto	(153,160)
Proceso	Inicio de TAR en recién nacidos con madres VIH positivas	(154)
Proceso	Terapia antibiótica en recién nacidos con riesgo de infección bacteriana	(154)
Proceso	Verificar síntomas de infección	(155)
Proceso	Higiene de manos antes de contacto directo con el paciente	(155)
Resultado	Porcentaje de madres que indicaron que se respetó su privacidad	(134)
Resultado	Porcentaje de madres que reciben información oral y escrita de sus cuidadores	(134)
Resultado	Proporción de recién nacidos que recibieron un examen pediátrico	(134)
Resultado	Proporción de neonatos con pérdida de peso mayor o igual al 10% en el día 3 y día 5	(134)
Resultado	Proporción de recién nacidos que reciben cribaje metabólico	(134)
Resultado	Proporción de recién nacidos que recibieron cribaje de hipoacusia	(134)
Resultado	Proporción de recién nacidos que reciben profilaxis con vitamina K	(134)
Resultado	Proporción de recién nacidos con una madre HBV positiva que recibe profilaxis anti- HBV	(134)
Proceso	Profilaxis ocular del recién nacido	(156)

### Selección de indicadores

Los 48 indicadores se analizaron para determinar cuáles podrían integrar las recomendaciones priorizadas en el estudio Delphi. Este proceso incluyó:

- Evaluación de la viabilidad y claridad de los indicadores para medir prácticas basadas en evidencia.
- Eliminación de indicadores ambiguos, descartando aquellos que presentaban dificultades en su interpretación, no podían ser utilizados para la medición de una recomendación o no estaban directamente relacionados con las recomendaciones.

Tras el análisis, se adaptaron 17 indicadores que contemplaban algunas de las prácticas seleccionadas, el resto se descartaron debido a su falta de aplicabilidad, claridad o no eran específicos para ninguna recomendación.

Entre los indicadores seleccionados se encuentran:

- Atención posparto a la madre (142).
- Informe de continuidad de cuidados al alta (150).
- Tratamiento de pacientes con dolor (157).
- Trazabilidad de la evaluación del dolor (157).
- Higiene de manos antes del contacto directo con el paciente (155).
- Proporción de recién nacidos que reciben profilaxis con vitamina K (18,134)
- Porcentaje de recién nacidos con cura seca en cordón (18,152).
- Atención posparto al recién nacido (142).
- Proporción de recién nacidos que recibieron un examen pediátrico (134).
- Porcentaje de nacidos vivos en los que se realizó examen auditivo antes del alta hospitalaria. (136) (158).
- Proporción de Rn que recibieron cribaje de hipoacusia (134).
- Profilaxis ocular del recién nacido (156).
- Tasa de lactancia materna al alta (98,147,149,152,153,158).
- Prevalencia del inicio precoz de la lactancia materna (141).
- Porcentaje de madres que reciben información oral y escrita de sus cuidadores (134).
- Tasa de bebés nacidos a término a los que se les dio fórmula suplementada y cuya madre tenía intención de amamantar (138).
- Tasa de suplementación: proporción de niños a término amamantados que reciben en una o más ocasiones lactancia materna junto con fórmula, agua, zumos (no incluye vitaminas ni medicinas) (139).

### 5.2.3. DESARROLLO DE INDICADORES A PARTIR DE RECOMENDACIONES DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.

El proceso de priorizar y seleccionar recomendaciones dio lugar a un conjunto final de 39 indicadores basados en evidencia. De éstos, 12 indicadores fueron adaptados a partir de las referencias identificadas en la revisión de documentos y repositorios internacionales, mientras que 16 indicadores se formularon específicamente para formar parte de un cuestionario posthospitalización enfocado en la experiencia del paciente. Este cuestionario de elaboración propia se propuso como un sistema de monitorización directa y específica sobre la calidad percibida por el usuario.

#### **Clasificación de indicadores**

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

Los indicadores desarrollados a partir de las recomendaciones priorizadas fueron agrupados en bloques temáticos según su relación con los aspectos clave del cuidado en el puerperio y lactancia:

- Bloque I Cuidados posparto: 10 indicadores.
- Bloque II Prevención de la hemorragia obstétrica: 1 indicador.
- Bloque III Protección contra infecciones: 1 indicador
- Bloque IV Cuidados del recién nacido: 10 indicadores.
- Bloque V Lactancia materna: 16 indicadores.
- Bloque Recomendaciones de “no hacer”: 1 indicador.

La tabla 18 resume el conjunto final indicadores desarrollados y adaptados, detallando la recomendación original, el indicador asociado y la fuente de información propuesta.

Tabla 38: Conjunto de indicadores de buenas prácticas en el puerperio

BLOQUE	RECOMENDACIÓN	INDICADOR	DESARROLLO	FUENTE DE INFORMACIÓN
I	Después de un parto vaginal, seguimiento de los siguientes signos e indicadores maternos: presión arterial, frecuencia cardíaca, sangrado, involución uterina, dolor pélvico, micción espontánea, temperatura, función intestinal normal, y ausencia de signos de flebitis.	Valoración del posparto clínico	Adaptado	Historias clínicas/ Registros electrónicos
I	Reanudación de la micción espontánea antes de 6 h posparto.	Reanudación de la micción materna espontánea	Nueva creación	Historias clínicas/Registros electrónicos
I	Garantizar la continuidad de cuidados tras alta hospitalaria.	Continuidad de cuidados tras alta hospitalaria	Adaptado	Encuesta
I	Tratamiento dolor perineal con paracetamol, diclofenaco y frío local en segunda línea.	Tratamiento del dolor del trauma perineal	Adaptado	Historias clínicas/Registros electrónicos
I	Uso combinado de varios analgésicos de nivel 1 como base terapéutica eficaz tras cesárea.	Tratamiento del dolor tras cesárea	Nueva creación	Historias clínicas/Registros electrónicos
I	Ibuprofeno para mitigar la inflamación y el dolor producido por la ingurgitación mamaria, o en su defecto paracetamol.	Tratamiento del dolor por ingurgitación mamaria	Adaptado	Historias clínicas/Registros electrónicos
I	Consejo dietético para el estreñimiento y administración de laxantes osmóticos o estimulantes de la motilidad donde persista tras medidas dietéticas.	Tratamiento para el estreñimiento	Nueva creación	Encuesta
I	Apoyo psicosocial y prevención de depresión posparto en mujeres de alto riesgo.	Prevención de la depresión posparto	Nueva creación	Encuesta
I	Aconsejar a mujeres que han recibido anestesia epidural o espinal que informen de cefalea intensa.	Problemas anestesia epidural	Nueva creación	Encuesta
I	Ofrecer información a las mujeres sobre el proceso fisiológico de recuperación posparto y problemas comunes.	Información sobre el posparto	Adaptado	Encuesta

## Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

II	Profesional de enfermería formado y entrenado en activación y manejo del código rojo en una hemorragia posparto.	Formación en hemorragia posparto	Nueva creación	Auditoría
III	Promoción del lavado de manos como estrategia para la disminución de la infección puerperal.	Lavado de manos antes del contacto con el paciente	Adaptado	Observación
IV	Madres de recién nacidos prematuros y/o bajo peso se remiten al programa "Madre Canguro".	Programa "Madre Canguro"	Nueva creación	Encuesta
IV	Administración IM de vitamina K 1mg tras nacimiento.	Profilaxis vitamina K al recién nacido	Adaptado	Historias clínicas/Registros electrónicos
IV	Cuidado del cordón cura limpia y seca con agua y jabón.	Cura seca del cordón umbilical	Adaptado	Historias clínicas/Registros electrónicos
IV	Administración de antibiótico tópico para prevención conjuntivitis neonatal.	Profilaxis de la oftalmia neonatal	Adaptado	Historias clínicas/Registros electrónicos
IV	Exploración física del recién nacido en las primeras 24 horas para identificar complicaciones.	Exploración pediátrica del recién nacido	Adaptado	Historias clínicas/Registros electrónicos
IV	Evaluación en cada contacto atención posnatal de signos: alimentación, frecuencia y movimientos respiratorios, temperatura, ictericia.	Valoración del recién nacido	Nueva creación	Historias clínicas/Registros electrónicos
IV	En caso de usar suplemento: emplear leche materna extraída como primera opción.	Suplementación del recién nacido con leche materna	Nueva creación	Historias clínicas/Registros electrónicos
IV	Exámenes de detección de sordera neonatal de forma rutinaria antes del alta.	Cribado de hipoacusia neonatal	Adaptado	Historias clínicas/Registros electrónicos
IV	Capacitación del personal de enfermería en el cuidado del RN para responder a la demanda de apoyo materna.	Formación en cuidados del recién nacido	Nueva creación	Auditoría
IV	Informar a madres y familias sobre colecho seguro y riesgos del síndrome de muerte súbita del lactante.	Información en colecho y MSDL	Nueva creación	Encuesta
V	Apoyar LM exclusiva prolongada con un programa estructurado siguiendo los 10 pasos de la iniciativa IHAN.	Apoyo de la lactancia materna exclusiva	Adaptado	Auditoría
V	Fomento del inicio de la lactancia materna precoz para prevenir complicaciones como ingurgitación, dolor y lesiones mamarias.	Inicio precoz de la lactancia materna	Adaptado	Historias clínicas/Registros electrónicos
V	Valorar LM en la estancia hospitalaria.	Valoración de la lactancia materna hospitalaria	Nueva creación	Historias clínicas/Registros electrónicos
V	En ingurgitación mamaria, amamantamiento frecuente y continuo con realización de masajes en el pecho, aplicación de calor y estimulación para una extracción manual que facilite la salida de la leche y el agarre del niño al pecho.	Tratamiento de la ingurgitación mamaria	Nueva creación	Encuesta

## Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

V	Extracción manual del calostro o extractor de leche.	Información extracción de calostro	Nueva creación	Encuesta
V	No contraindicación de LM en hepatitis B tras inmunoprofilaxis y serovacunación del recién nacido.	Lactancia materna en madres hepatitis B positivo	Nueva creación	Historias clínicas/Registros electrónicos
V	Las mujeres deben recibir información sobre grupos locales de apoyo a la lactancia.	Información sobre grupos de apoyo a la lactancia	Nueva creación	Encuesta
V	Información a las madres de disponibilidad de materiales y actividades educativas de promoción de la lactancia materna.	Recursos para promoción de la lactancia materna	Nueva creación	Encuesta
V	Formación continuada sobre lactancia materna (teoría y práctica) al equipo interprofesional.	Formación continuada en lactancia materna	Nueva creación	Auditoría
V	Integrar asesores de lactancia en la asistencia hospitalaria.	Asesores de lactancia hospitalaria	Nueva creación	Auditoría
V	Masajes en el pecho antes o durante la extracción, utilización de técnicas de relajación, aplicación de calor en el pecho, para aumentar el volumen de leche extraída.	Información sobre técnicas de extracción de leche materna	Nueva creación	Encuesta
V	Enseñar antes del alta hospitalaria la técnica de extracción manual de leche y su conservación.	Información sobre técnicas de extracción de leche materna	Nueva creación	Encuesta
V	Asesoramiento y apoyo para instaurar y mantener la lactancia materna.	Asesoramiento sobre lactancia materna	Nueva creación	Encuesta
V	Formación sobre postura del amamantamiento, signos de agarre adecuado y de transferencia eficaz de leche.	Asesoramiento sobre lactancia materna	Nueva creación	Encuesta
V	Fomentar la frecuencia y duración de la lactancia materna sin restricciones.	Asesoramiento sobre lactancia materna	Nueva creación	Encuesta
V	Evitar uso del chupete durante el primer mes.	Asesoramiento sobre lactancia materna	Nueva creación	Encuesta
NO-HACER	No se recomienda la administración rutinaria de suplementos al recién nacido.	Tasa de suplementación con leche de fórmula	Adaptado	Historias clínicas/Registros electrónicos

### 5.3. TERCERA FASE: ESTUDIO PILOTO DE INDICADORES PARA MEDIR LA IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES EN EL PUERPERIO HOSPITALARIO.

#### 5.3.1. DESARROLLO DE FICHAS TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

De los 39 indicadores desarrollados a partir de las recomendaciones clave, se elaboraron 21 fichas técnicas y una base de datos específica para la recopilación de los datos. De los indicadores medidos a partir de historias clínicas y mediante auditoría, 11 fueron modificados y adaptados, mientras que 10 fueron de nueva creación. Las fichas técnicas se elaboraron con todas las especificaciones técnicas necesarias junto con la bibliografía y la recomendación de origen (anexo 10).

El pilotaje no incluyó el único indicador que requería ser medido mediante observación directa “Lavado de manos antes del contacto con el paciente”, dado que su fiabilidad y utilidad ya habían sido comprobadas empíricamente en trabajos previos (129,155). Así mismo, los 17

indicadores que formaban parte del cuestionario posthospitalización tampoco se incluyeron en esta fase del estudio (anexo 11).

Un total de 16 indicadores fueron evaluados a partir de datos registrados en historias clínicas. Los indicadores de “Formación en hemorragia posparto”, “Formación en cuidados del recién nacido” y “Formación continua en lactancia materna” se verificaron mediante hojas de registro de asistencia a dichas formaciones en el año 2023. El indicador “Apoyo de la lactancia materna exclusiva” se comprobó mediante la existencia en la unidad, de una política escrita, protocolo o documento sobre la alimentación del lactante que abordara la aplicación de las ocho prácticas clínicas de la iniciativa IHAN. Para el indicador “Integrar asesores de lactancia en la asistencia hospitalaria”, se revisó el número de asesores disponibles en la plantilla del servicio.

### 5.3.2. PILOTAJE

El pilotaje para comprobar la factibilidad, fiabilidad y utilidad de 21 indicadores se llevó a cabo en el Hospital Materno infantil Virgen de la Arrixaca, seleccionado por su representatividad y capacidad de proporcionar datos fiables en un entorno clínico complejo. La evaluación se realizó de forma retrospectiva por dos evaluadores, utilizando como fuentes de información los formularios electrónicos y registros de actividades de enfermería disponibles en el programa informático Selene©.

Para proceder con el muestreo de los casos, se seleccionaron los ingresos de parto del primer semestre del año 2024. En el caso del indicador “Lactancia materna en madres hepatitis B positivo” la población de estudio se amplió hasta el año 2023 debido a la baja prevalencia de casos.

Tras la recopilación de los datos, los evaluadores elaboraron un informe sobre las incidencias y problemas encontrados durante la medición de los indicadores, proporcionando sugerencias para mejorar la calidad de los registros y facilitar futuras mediciones.

#### 5.3.2.1. Factibilidad de la medición de los indicadores propuestos.

En el análisis cualitativo, se consideraron factibles todos los indicadores que pudieron ser evaluados con la información disponible en los registros electrónicos, alcanzando el tamaño de muestra establecido. Se revisaron un total de 67 expedientes por indicador, excepto para “Tratamiento del dolor tras cesárea” y “Lactancia materna en madres hepatitis B positivo”, para los cuales se revisaron 22 y 16 casos respectivamente.

Si bien la información estaba disponible para la mayoría de los indicadores, algunos registros requerían una explotación más rigurosa para determinar con precisión el cumplimiento del indicador.

De los 21 indicadores propuestos inicialmente, sólo tres resultaron no factibles. Los factores que impidieron su medición estaban relacionados con la dificultad de encontrar información,

la dispersión de datos clave entre múltiples registros (como historia clínica de la madre o del recién nacido, notas de enfermería), la ausencia de formularios específicos sobre las prácticas realizadas y un alto porcentaje de exclusiones:

- El indicador “Tratamiento del dolor tras cesárea”, se consideró no factible debido a que todos los tratamientos registrados correspondían a analgésicos de segundo nivel, generando numerosas exclusiones. Este indicador fue reformulado para garantizar su evaluación en futuras mediciones.
- El indicador “Reanudación de la micción espontánea” presentó dificultades significativas debido a la ausencia de un registro específico. Esto obligó a revisar múltiples formularios donde tampoco se encontró registrada la información necesaria para determinar su cumplimiento.
- El indicador “Cura seca de cordón” no pudo evaluarse por falta de registro de una indicación específica referida al tipo de cura realizada.

Referente a los indicadores “Suplementación del recién nacido con leche materna” y “Lactancia materna en madres hepatitis B positivo”, la baja prevalencia y las dificultades para identificar los casos a los que se aplica el indicador, entrañaron una mayor dificultad en la medición.

En general, los principales problemas identificados en el pilotaje de indicadores mediante revisión de historias clínicas estuvieron relacionados con la dispersión de datos clave entre diferentes registros y formularios.

#### 5.3.2.2. Fiabilidad interobservador.

La fiabilidad interobservador de aquellos indicadores medidos por revisión de historias clínicas y cuya medición fue factible, se evaluó utilizando el índice de concordancia observada (Po) y el índice Kappa (k) interpretados según los criterios de Landis y Koch (122). Para los indicadores medidos por auditoría, se evaluó la concordancia general entre observadores. Los resultados se presentan en la tabla 19.

Tabla 19: Concordancias e índice Kappa

INDICADOR	Método de medición	Po	K (IC 95%)
1.11. Valoración de enfermería posparto/Valoración posparto	Historias clínicas	97%	0,85
1.20. Tratamiento del dolor posparto (trauma perineal)	Historias clínicas	97%	0,65
1.22 Tratamiento del dolor (ingurgitación mamaria)	Historias clínicas	95%	0,90

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

4.36 Profilaxis vitamina K al recién nacido	Historias clínicas	100%	1
4.38 Profilaxis oftalmia recién nacido	Historias clínicas	100%	1
4.39. Exploración pediátrica del recién nacido	Historias clínicas	86%	0,62
4.40. Valoración del recién nacido	Historias clínicas	80%	0,41
4.42. Cribado hipoacusia neonatal	Historias clínicas	98%	0,93
5.49. Inicio precoz de la lactancia materna	Historias clínicas	94%	0,79
5.50. Valoración de la lactancia materna hospitalaria	Historias clínicas	94%	0.87
0.69. Tasa de suplementación con leche de fórmula.	Historias clínicas	88%	0,71
4.41. Suplementación del recién nacido con leche materna	Historias clínicas	98%	0.65
5.57. Lactancia materna en madres hepatitis B positivo.	Historias clínicas	98%	0.74
2.29 Formación en hemorragia posparto	Auditoría	100%	
4.45 Formación en cuidados del recién nacido	Auditoría	100%	
5.48 Apoyo de la lactancia materna exclusiva	Auditoría	100%	
5.66 Formación continuada en lactancia materna	Auditoría	100%	
5.67 Integrar asesores de lactancia en la asistencia hospitalaria	Auditoría	100%	
1.15. Reanudación de la micción espontánea	Medición no factible		
1.21 Tratamiento del dolor tras cesárea	Medición no factible		
4.37. Cura cordón umbilical recién nacido	Medición no factible		

Doce indicadores mostraron una fiabilidad buena o excelente, con valores de Kappa superiores a 0.6. De éstos, seis obtuvieron valores mayores a 0,8, lo que indica una fiabilidad

casi perfecta. Los indicadores con fiabilidad excelente destacaron por tener criterios claros y registros más estructurados.

El indicador “Valoración del recién nacido” obtuvo un índice kappa inferior a 0.6 debido a discrepancias en la interpretación de los criterios y a la información mal estructurada en los registros informáticos. Para resolver estas limitaciones, se mejoró la redacción del indicador y el diseño de la hoja de recolección de datos.

En los indicadores evaluados por auditoría, el índice de concordancia general fue del 100% en todos los casos.

### 5.3.2.3. Capacidad de identificar problemas de calidad. Estimación del cumplimiento.

Para evaluar si el servicio alcanzó los estándares de cumplimiento propuestos, se aplicó la metodología LQAS con un estándar de 95% y umbral de 85% (5%/15%) para la práctica de “no hacer”). En el caso del indicador “Lactancia materna en madres hepatitis B positivo” se utilizó el cálculo de probabilidades de la distribución binomial debido al tamaño reducido de la muestra, estimando los niveles de cumplimiento con su respectivo cálculo de los intervalos de confianza. La tabla 20 muestra los cumplimientos del indicador y la estimación de cumplimiento con los respectivos intervalos de confianza.

Tabla 40: . Cumplimientos del indicador y estimación de cumplimiento (nivel de significación 5% poder 90% LQAS 95/85)

INDICADOR	Tamaño muestra/nº decisional	Cumplimiento	Proporción de cumplimiento	Cumplimiento estimado (para un grado de confianza del 95%)
1.11. Valoración de enfermería posparto/Valoración posparto	67/60	18	26%	26% ( $\pm 10.5$ ) (15.5-36.5)
1.20. Tratamiento del dolor posparto (trauma perineal)	67/60	63	94%	94% ( $\pm 5.5$ ) (88.5-99.5)
1.22 Tratamiento del dolor (ingurgitación mamaria)	67/60	42	62%	62% ( $\pm 11.5$ ) (50.5-73.5)
4.36 Profilaxis vitamina K al recién nacido	67/60	66	98%	98% ( $\pm 2.7$ ) (95.3-100)
4.38 Profilaxis oftalmia recién nacido	67/60	66	98%	98% ( $\pm 2.7$ ) (95.3-100)
4.39. Exploración pediátrica del recién nacido	67/60	50	74%	74% ( $\pm 10.5$ ) (63.5-84.5)
4.40. Valoración del recién nacido	67/60	63	94%	94% ( $\pm 5.5$ )(88.5-99.5)

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

4.42. Cribado hipoacusia neonatal	67/60	57	85%	85% ( $\pm 8.5$ ) (76.5-93.5)
5.49. Inicio precoz de la lactancia materna	67/60	55	82%	82% ( $\pm 9.1$ ) (72.9-91.1)
5.50. Valoración de la lactancia materna hospitalaria	67/60	42	62%	26% ( $\pm 11.5$ ) (14.5-37.5)
0.69. Tasa de suplementación con leche de fórmula.	67/60	21	31%	31% ( $\pm 10.9$ ) (20.1-41.9)
4.41. Suplementación del recién nacido con leche materna	67/60	16	23%	23% ( $\pm 9.9$ ) (13.1-32.9)
5.57. Lactancia materna en madres hepatitis B positivo.	22/18	16 P=0.0454 *	72%	26% ( $\pm 5.5$ ) (20.5-31.5)
Indicador 2.29 Formación en hemorragia posparto	0			
Indicador 4.45 Formación en cuidados del recién nacido	0			
Indicador 5.48 Apoyo de la lactancia materna exclusiva	Proceso de acreditación IHAN			
Indicador 5.66 Formación continuada en lactancia materna	75%			
Indicador 5.67 Integrar asesores de lactancia en la asistencia hospitalaria	3			
1.15. Reanudación de la micción espontánea	Medición no factible			
1.21 Tratamiento del dolor tras cesárea	Medición no factible			
4.37. Cura cordón umbilical recién nacido	Medición no factible			

\*Probabilidad 4.54% ( $\leq 5\%$  situación problemática)

Los indicadores “Tratamiento del dolor posparto”, “Profilaxis vitamina K al recién nacido”, “Profilaxis oftalmia recién nacido” y “Valoración del recién nacido” alcanzaron los niveles de cumplimiento establecido. Los mayores índices de cumplimiento se observaron en los indicadores relacionados con los cuidados del recién nacido.

Seis indicadores obtuvieron una estimación de cumplimiento superior al 80%, destacando por su mayor adherencia a los estándares establecidos: “Tratamiento del dolor posparto”, “Profilaxis vitamina K al recién nacido”, “Profilaxis oftalmia recién nacido”, “Valoración del recién nacido”, “Cribado hipoacusia neonatal” e “Inicio precoz de la lactancia materna”.

Las bajas cifras de cumplimiento de los indicadores “Tratamiento del dolor (ingurgitación mamaria)” y “Valoración de la lactancia materna hospitalaria” se atribuyeron a la ausencia de registro de datos en las historias clínicas. En el indicador “Valoración posparto clínico” sólo se encontraron datos registrados de 4 criterios de los 9 que componían el indicador. Un caso particular fue el indicador “Tasa de suplementación con leche de fórmula”, que mide una práctica de “no hacer”. Este indicador mostró bajos niveles de cumplimiento por un registro incorrecto de la práctica, lo que sugiere que el registro adecuado podría reflejar mayores niveles de cumplimiento que llevarían a identificar una oportunidad de mejora.

En relación con los indicadores evaluados por auditoría, se verificó la existencia de un protocolo que contemplaba las prácticas clínicas de la iniciativa IHAN. No obstante, la mera existencia del protocolo no garantiza la calidad del proceso, como se evidenció en las bajas cifras de cumplimiento de los indicadores relacionados con la lactancia materna. Por otro lado, se verificó la disponibilidad de asesores de lactancia y la formación del personal en esta área. Sin embargo, no se cumplieron los indicadores relacionados con la formación en hemorragia posparto y cuidados del recién nacido.

Los resultados obtenidos muestran la utilidad de estos indicadores para identificar oportunidades de mejora y proponer iniciativas dirigidas a optimizar áreas de calidad deficiente, como las prácticas relacionadas con los cuidados posparto, así como la mejora en los registros clínicos.

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

## Capítulo 5: Discusión

---

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

## 6. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio responden a la necesidad de contar con indicadores específicos que permitan evaluar de manera sistemática la implementación de buenas prácticas en la asistencia posparto, contribuyendo a la mejora de la calidad de la atención en el puerperio hospitalario. Sin embargo, se ha identificado una carencia de indicadores específicos para evaluar otros aspectos críticos del puerperio, evidenciando la necesidad de continuar con el desarrollo de herramientas que permitan una medición más integral de la calidad asistencial.

Las GPCs presentan una gran variedad en sus recomendaciones y muchas de ellas carecen de respaldo científico sólido, lo que dificulta la implementación uniforme de prácticas clínicas respaldadas por la evidencia. A través del método Delphi se han priorizado 39 recomendaciones fundamentadas, que han sido traducidas a un conjunto de 38 indicadores de buenas prácticas de atención al posparto. Estos indicadores permiten medir la implementación de dichas recomendaciones en la práctica clínica diaria, facilitando la identificación de áreas de mejora y promoviendo un modelo de atención más eficiente, centrado en las necesidades de las mujeres y sus recién nacidos.

### **ANÁLISIS DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL PUERPERIO.**

En esta fase del estudio, se ha llevado a cabo la revisión de ocho GPC que cumplen con los criterios de selección referentes a la atención materno-infantil hospitalaria. Un número considerable de recomendaciones identificadas en estas guías se aplican en áreas distintas de atención a mujeres y recién nacidos en el posparto hospitalario, quedando fuera del alcance de este trabajo. La existencia de recomendaciones no sustentadas en evidencia científica sino basadas en la experiencia clínica y opinión de expertos y grupos de consenso han sido descartadas para el análisis descriptivo, proporcionando en esta revisión, un resumen de prácticas e intervenciones para la atención y el manejo del puerperio clínico contenidas en las guías y una síntesis final de 61 recomendaciones para llevar a cabo su análisis cualitativo.

La evaluación de la calidad metodológica con el instrumento AGREE II, muestra que las GPCs analizadas son herramientas válidas y fiables para hacer uso de las recomendaciones que contienen. Las guías desarrolladas por NICE Clinical Guidelines (128,132) y Grupo de trabajo de GPC del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (97,98) presentan una puntuación significativamente mayor respecto a las demás, esto se puede atribuir al hecho de que estas GPC basan sus recomendaciones en la mejor evidencia disponible, con evaluaciones integrales de los posibles beneficios y daños, así como la efectividad clínica y económica (159,160). Referente a los dominios, señalamos la menor puntuación obtenida en el apartado "Aplicabilidad", que viene siendo una parte fundamental de las GPC ya que hace referencia a las posibles barreras y factores facilitadores para su implantación, cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica y los criterios para su monitorización (161).

En el análisis de las recomendaciones observamos que éstas no han sufrido cambios significativos a lo largo de los últimos años. Dos de las guías (WHO PC<sup>22</sup> y NICE<sup>128</sup>) son las únicas

que presentan una actualización de sus versiones anteriores. Estos resultados apuntan a un déficit existente en cuanto a la profundización de las revisiones llevadas a cabo para localizar la evidencia, dado que la mayoría de las prácticas no se encuentran respaldadas por altos niveles de evidencia, sino que están basadas en modelos históricos de cuidados y en el consenso del grupo (162).

El desarrollo de recomendaciones de alta calidad requiere tiempo y recursos, lo que supone una de las razones de la escasez de guías bien elaboradas y actualizadas. Un pequeño número de recomendaciones avaladas por evidencia y la falta de respaldo de estudios de calidad sobre una atención más eficaz en el posparto que garanticen qué prácticas hay que hacer y cuáles no, especialmente cuando el nivel de evidencia que aparece en las guías se detalla como “puntos de buenas prácticas”(162) se traduce a una inadecuada sustentación científica, que a su vez conlleva a una escasa aplicabilidad clínica de la mayoría de las guías estudiadas, aunque consideramos que las guías NICE (128) y GTGPCAEP (97) adquieren una mayor aplicabilidad para el posparto debido al elevado número y nivel de evidencia de sus prácticas respecto a las demás GPCs.

Observamos una importante variabilidad referente al contenido de las guías analizadas, puesto que en ninguna de ellas se contempla específicamente el tema del puerperio clínico, sino que se abarcan otros procesos asistenciales como el embarazo y el parto. Otro hecho importante que remarca esta variabilidad de contenido es que no encontramos ninguna recomendación contenida en todas las guías y que el tipo y número de recomendaciones para cada apartado es distinto según la guía que se consulte. La variabilidad tanto en el alcance como en el contenido dentro del desarrollo de GPC no es infrecuente y cabe suponer que podría deberse a razones específicas del contexto de aplicación de cada una de ellas, una evidencia insuficiente, una diferente interpretación de la evidencia por parte de los autores, métodos de desarrollo de guías no sistemáticos, la influencia de la experiencia clínica de los profesionales, preferencias de los pacientes, factores culturales y socioeconómicos o características de la asistencia sanitaria del país de origen de la guía (163). La diversidad en lo referente a las prácticas asistenciales remarca la importancia de proporcionar información clara y no contradictoria, teniendo en cuenta que los países de origen de las GPCs tienen diferentes sistemas de atención a la maternidad y factores como el conocimiento, formación y motivación de los profesionales limitan la implementación de la evidencia en la atención al posparto (164).

Tras la síntesis de las recomendaciones, dentro del marco de atención a la maternidad, las recomendaciones que aparecen en el mayor número de guías son las referentes a la lactancia materna, donde existe un mayor número y mayor nivel de evidencia respecto al resto de áreas. Dos guías exclusivas sobre este tema (GTGPCLM<sup>98</sup> y RNAO<sup>131</sup>) destaca el interés creciente de la lactancia materna promovido durante los últimos años. El desarrollo de estrategias dirigidas a la promoción, protección y apoyo, con la finalidad de aumentar las tasas de lactancia es considerado por las organizaciones y autoridades sanitarias de todo el mundo un área de acción y atención prioritaria, cosa que no ocurre en otras esferas relativas del

posparto haciéndose patente con la escasez de recomendaciones que abordan de una manera integral todos los aspectos inherentes a este proceso de la vida de muchas mujeres (165).

Este auge sobre la lactancia materna resta interés para llevar a cabo estudios sobre otros ámbitos del puerperio que proporcionen prácticas dirigidas hacia un modelo de atención a la maternidad de manera integral, teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres y que brinden continuidad de los cuidados (166,167), contemplando a la madre y recién nacido como una unidad, una significativa interacción entre la salud de ambos, sin obviar el estrés que la mayoría de mujeres experimentan y la morbilidad materna presente en este periodo (168). Subrayamos que la actual evidencia relacionada con la atención postnatal es limitada e inconsistente en ciertas áreas (169). Una revisión sistemática sobre necesidades de salud posparto concluyó sobre una falta de investigación de alta calidad con respecto a una atención más eficaz y centrada en el binomio madre-hijo (162). Las recomendaciones que podrían cubrir dichas necesidades no se encuentran avaladas por estudios consistentes que defiendan la implantación de sistemas de atención en lo referente a la continuidad de cuidados y atención integral de la mujer (170). El periodo posparto es una parte fundamental de la continuidad de la salud reproductiva y perinatal y los cuidados durante este periodo no sólo sirven para abordar problemas de salud relacionados con el embarazo y el parto, sino que también incluye ayudar a las mujeres para la transición a su nuevo rol (171). Todo ello crea la necesidad de desarrollar y validar intervenciones que evalúen de una forma holística este proceso de recuperación posparto (172), garantizando una mejora en los resultados de salud tanto de la madre como del recién nacido .

Insistimos en la importancia de una revisión periódica y la sistematización en el proceso de elaboración y actualización con el fin de aportar nuevas recomendaciones y realizar cambios en los niveles de evidencia de las guías ya elaboradas, destacando la relevancia del uso de una metodología a la hora de construir una GPC para homogeneizar el desarrollo de recomendaciones al utilizar herramientas como las propuestas por NICE (173) o GuiaSalud (174). Para alcanzar dicho desarrollo metodológico y una mayor difusión de futuras GPCs se debe buscar más objetividad en el análisis de la evidencia y mejorar los procesos de implementación para facilitar su uso. Al identificar guías con mayor validez en sus recomendaciones, se puede lograr una adaptación conforme las necesidades locales de cualquier institución hospitalaria, en favor de una mejora de la calidad en atención y optimizar los recursos de salud disponibles (175). Por otro lado, un nuevo desarrollo y actualización de recomendaciones como el propuesto por la OMS, impulsado por un proceso sistemático y continuo de priorización y síntesis de evidencia, donde la unidad de actualización es la recomendación individual en lugar de la guía temática, implica un cambio hacia un proceso más eficiente donde se refleja la evidencia más reciente y conduce a recomendaciones que optimizan la práctica asistencial (176).

Finalmente, la síntesis realizada de recomendaciones incluidas en las GPC proporciona una guía práctica para los profesionales de la salud materna y neonatal, ayudando a identificar lagunas de conocimiento que requieran más investigación (160). La implementación efectiva de las recomendaciones extraídas y la construcción de un modelo centrado en las necesidades

de cada mujer y familia requerirá del compromiso de gestores y profesionales para adoptar buenas prácticas de cuidado (177). El deber de estos profesionales es fundamentar su práctica en la mejor evidencia y ofrecer unos cuidados de calidad. Definir las buenas prácticas no es suficiente si no se traslada esta evidencia a la práctica clínica (100). Desde una perspectiva no solo en el ámbito sanitario, resulta preciso llevar a la realidad prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible, respetando la autonomía de las mujeres, formando y actualizando los conocimientos y habilidades de los profesionales, potenciando la investigación, innovación y trasmisión de buenas prácticas en los modelos de atención y prestación de cuidados en el puerperio hospitalario.

### **Limitaciones.**

Esta fase del trabajo se ha basado en una revisión exhaustiva de prácticas y recomendaciones limitadas a documentos y artículos disponibles a través de las bases de datos enumeradas anteriormente, la información provista podría no reflejar todos los recursos disponibles para la provisión de cuidados en el posparto clínico. La selección de los estudios se ha llevado a cabo por un único revisor, no obstante, se ha realizado mediante un proceso sistemático y teniendo en cuenta la participación del resto de autores en una discusión sobre la consistencia de los hallazgos y su aplicabilidad.

Las recomendaciones finales en este trabajo están limitadas por la calidad y exhaustividad de las guías analizadas. Aun así, la calificación de calidad metodológica con la herramienta de evaluación AGREE II ha sido alta-moderada.

### **ESTUDIO DELPHI PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL MANEJO DEL PUERPERIO**

El método Delphi, reconocido por su capacidad de recoger la opinión de un amplio número de expertos en menor tiempo, ha demostrado su utilidad como instrumento evaluativo (Varela-Ruiz et al., 2012). En este estudio, se ha empleado un Delphi modificado en dos rondas que ha permitido priorizar y seleccionar 39 recomendaciones para la atención hospitalaria posparto fundamentadas en evidencia científica. Este enfoque destaca la viabilidad de dichas recomendaciones como indicadores de calidad en el manejo del puerperio. La decisión de limitar el estudio a dos rondas se consideró suficiente para alcanzar un consenso entre los expertos, dado que un mayor número vueltas podría disminuir la tasa de respuesta (117).

El panel de expertos se obtuvo siguiendo criterios de heterogeneidad para disminuir los posibles sesgos de selección y aumentar la calidad de las respuestas (Murphy et al., 1998). La inclusión de perfiles profesionales relacionados con la atención al puerperio y el ámbito de la supervisión/gestión permite una visión integral de la calidad en la atención posparto, enriqueciendo los resultados obtenidos (178) sin resultar un problema a la hora de alcanzar el grado de consenso pactado.

A pesar de no existir un tamaño estándar de muestra en investigación sanitaria, (179), se ha pretendido implicar al mayor número de profesionales para realizar la primera consulta. Al mismo tiempo, se observó una disminución en la tasa de participación en la segunda ronda (65%), aun ampliando los plazos de respuesta, posiblemente atribuible a la fatiga de la muestra o la falta de tiempo para completar el cuestionario. Este comportamiento refleja una tendencia común en estudios Delphi y subraya la importancia de diseñar cuestionarios concisos y plazos razonables para fomentar una participación sostenida (180,181).

En cuanto al consenso alcanzado, los criterios de utilidad clínica (85.2%), relevancia (81.9%) e impacto en la salud del binomio madre-hijo (86.8%) obtuvieron altos niveles de acuerdo. No obstante, la facilidad de medición solo alcanzó un consenso del 45.9%. Esto podría deberse a problemas en la interpretación de cómo la recomendación puede ser medida, la falta de información en los registros clínicos o la ausencia de expertos en el campo de desarrollo de indicadores (Bermúdez Camps et al., 2019) (Pedro Jesús Saturno-Hernández et al., 2017). Estos resultados enfatizan la necesidad de implementar estrategias que garanticen la claridad en la redacción de recomendaciones y el acceso a datos relevantes en los registros clínicos (182). La disparidad en los consensos referente a las “prácticas de no hacer” refleja una tendencia similar a la observada en otros estudios donde las recomendaciones preventivas a menudo enfrentan barreras en su aceptación (138) o falta de evidencia concluyente (183). Esta situación sugiere la necesidad de reforzar la comunicación y formación entre profesionales para fomentar una mayor aceptación de dichas prácticas (184).

Las recomendaciones mejor valoradas respecto a los criterios establecidos están relacionadas con el cuidado del recién nacido y la lactancia, destacando prácticas como la profilaxis con vitamina K y el inicio precoz de la lactancia materna, que alcanzaron un consenso del 100%. Estos resultados coinciden con la importancia de estas prácticas en la atención sanitaria actual y el auge de promocionar la lactancia materna (185,186). Además, se observa una relación directa entre el nivel de evidencia y la relevancia de las recomendaciones coincidiendo con otros en estudios que respaldan que la calidad de la evidencia que sustenta una práctica influye significativamente en su valoración y aplicación en la práctica clínica. (187–189) lo que subraya la importancia de priorizar las recomendaciones sustentadas en evidencia sólida para optimizar su implementación en la práctica clínica (152,190).

En la evaluación de los resultados, las recomendaciones se jerarquizaron según el grado de consenso alcanzado, valor de la mediana y promedio de puntuaciones en los criterios establecidos. Aquellas que obtuvieron baja valoración o limitaciones de factibilidad fueron desestimadas. No obstante, se debe reflexionar sobre si la falta de factibilidad es razón suficiente para descartar una recomendación importante, promoviendo la disponibilidad de datos para futuras evaluaciones (34). Este aspecto resulta crucial, ya que indicadores no implementados por problemas técnicos pueden constituir áreas clave de mejora en el sistema de salud (191).

El consenso final de 39 recomendaciones representa una selección priorizada por su impacto clínico y relevancia, proporcionando un conjunto de indicadores aptos para su pilotaje. Esta jerarquización coincide con estudios similares que enfatizan la combinación de técnicas de calificación y ranking para priorizar recomendaciones (192,193). Además, se destaca la necesidad de un seguimiento sistemático que permita evaluar periódicamente la aplicación y el impacto de estas prácticas en la mejora de la atención sanitaria.

### **Sobre las características del desarrollo de los indicadores**

La iniciativa de este proyecto consiste en definir un conjunto básico de indicadores para evaluar la calidad de la atención hospitalaria posparto, considerando la necesidad de revisar el modelo de cuidados actual y medir la implementación de recomendaciones con evidencia sólida a la práctica clínica diaria. El presente trabajo ha permitido desarrollar 39 indicadores que ofrecen una medida sintética de la calidad de la asistencia en el puerperio, de tal forma que se pueda comprobar si las mujeres están siendo atendidas de acuerdo con las recomendaciones que definen una atención de calidad a la vez que permite identificar la existencia de situaciones problemáticas sobre las que habría que actuar (63,194).

La revisión de la literatura ha puesto de manifiesto una escasez de estudios que analizan la validez de indicadores y su efectividad para mejorar la calidad de la atención posparto (83), la mayoría de los identificados corresponden a diferentes ámbitos de atención que miden procesos clínicos en programas de salud materna y neonatal donde prevalecen aquellos que miden resultados de salud o la eficacia del sistema de salud sobre indicadores que permiten evaluar el grado de implementación de prácticas basadas en la evidencia actual (101,195,196). Así un total de 119 indicadores potenciales, de los cuales, tras depuración y análisis de las características asociadas como su aplicabilidad, fiabilidad y claridad (82,153,197,198) sólo 48 se consideraron válidos, y de ellos 14 se adaptaron directamente para varias de las recomendaciones propuestas. En consecuencia, la mayoría de los indicadores del set fueron construidos en este trabajo. El conjunto desarrollado específicamente en esta fase cubre vacíos en la evaluación de la implementación de buenas prácticas y establecimiento de estrategias de mejora en el servicio.

Adicionalmente, se ha elaborado un cuestionario para evaluar 17 prácticas que no quedan reflejadas en los registros clínicos, abordando la calidad percibida por el usuario como medida de resultado de la atención prestada. Este tipo de herramientas constituye un instrumento válido para evaluar la calidad funcional o percibida (199,200). A pesar de las distintas apuestas para medir la experiencia del paciente, uno de los retos a la hora de establecer indicadores de evaluación de los cuidados, es lograr la incorporación de la valoración por parte del paciente de manera sistemática (201) llevado a cabo desde encuestas de satisfacción como estrategia para incorporar la percepción de la calidad de servicios en las políticas de salud (202). Ahora bien, encontramos escasas referencias publicadas de encuestas de satisfacción o *patient's reports* aplicadas a un solo servicio asistencial que permitan establecer las comparaciones oportunas con nuestros datos, siendo habitual encontrar información extraída de encuestas

planteadas a todo un hospital (203). En nuestro caso, encontramos el informe de Calidad Percibida en los Servicios Obstétricos del Servicio Murciano de Salud, que incluye 29 cuestiones de 50 relacionadas con normas de funcionamiento de la unidad de maternidad, información facilitada, limpieza, comida, trato y comodidad en la estancia, tratamiento del dolor e información de cuidados al alta.

### **Limitaciones**

El método Delphi tiene las limitaciones propias de dicha metodología, aunque eficaz para alcanzar consenso, depende de la subjetividad inherente de los expertos participantes. En este estudio, la representación de gestores fue limitada y, por lo tanto, no se puede garantizar una representatividad precisa a pesar del perfil de los participantes. Del mismo modo, dado que se trataba de seleccionar recomendaciones para la atención hospitalaria posparto, no se incluyeron profesionales de otros ámbitos y disciplinas, si se incluye más de una disciplina en el panel de expertos podríamos encontrar un menor acuerdo en la calificación en comparación con cuando solo los expertos en una misma disciplina (204).

Es importante reconocer la baja tasa de respuesta en la segunda ronda por parte de los profesionales encuestados en la primera. Esta menor participación podría plantear dudas sobre la confiabilidad de esta ronda, no obstante, la disminución en la participación a lo largo de las rondas no necesariamente compromete la validez del estudio. Trabajos previos han señalado que paneles reducidos pero comprometidos pueden alcanzar consensos significativos (204). Para futuros estudios, sería recomendable diversificar más los perfiles de expertos y optimizar la logística de las rondas para maximizar la participación y el impacto del consenso.

### **PILOTAJE DE LOS INDICADORES PARA MEDIR LA IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES EN EL PUERPERIO HOSPITALARIO**

Este estudio piloto expone un primer conjunto de 21 indicadores como medidas sintéticas de la calidad del puerperio hospitalario con la finalidad de comprobar empíricamente antes de su utilización (205–207) y garantizar su confiabilidad mediante la verificación de las fuentes de datos disponibles. Además, se estudió si las pacientes usuarias de la unidad de posparto están siendo atendidas conforme a las recomendaciones de la literatura actual identificando posibles áreas problemáticas sobre las que habría que actuar (194).

El conjunto de indicadores está compuesto en su mayoría por indicadores de proceso desarrollados a partir de las recomendaciones de GPCs, lo que representa una ventaja, ya que permiten evaluar más fácilmente la calidad de la atención real y señalan la dirección que se debe tomar en el caso de existir problemas de calidad (55).

A pesar de los avances en la atención materno-infantil, no se ha podido identificar un conjunto de indicadores específicos que aborde de manera integral todas las dimensiones del puerperio hospitalario. Esto representa una limitación en la evaluación y mejora continua de la calidad

asistencial en este periodo. Sin embargo, existen iniciativas y documentos que sirven de referencia para el desarrollo de herramientas de medición y protocolos de actuación que optimicen la atención posparto en centros hospitalarios.

Uno de los avances más relevantes en esta línea es la implementación de criterios basados en recomendaciones y buenas prácticas en lactancia materna y nacimiento humanizado, orientados a la acreditación de los hospitales dentro de la **Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN)** en España (208). Esta iniciativa ha contribuido significativamente a mejorar los estándares de atención en el parto y posparto inmediato, promoviendo entornos más favorables para la instauración temprana y el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva.

Además, el documento recientemente publicado por la Federación de Asociaciones de Matronas de España (18) ofrece un enfoque integral del puerperio, destacando la importancia de una atención continua y coordinada y abarcando aspectos físicos, emocionales y sociales del posparto, lo que lo convierte en un recurso valioso para la mejora de la atención en este proceso. Si se implantara como un protocolo estandarizado, no sólo permitiría una mayor homogeneidad en la asistencia puerperal, sino que también serviría de guía para la optimización de los procesos clínicos y la adaptación de prácticas basadas en la evidencia, complementando a su vez, los indicadores desarrollados en este trabajo para la monitorización y comparación de resultados a lo largo del tiempo y entre diferentes centros asistenciales.

Como resultados destacables, se ha demostrado que la mayoría de los indicadores pueden ser medidos con la información disponible en historias clínicas informatizadas. No obstante, existe cierta variabilidad en la facilidad de acceso a los datos necesarios. Los indicadores considerados no factibles presentaron dificultades en la localización de información clave, dispersión de datos en distintos formularios y ausencia de registros específicos. Estudios previos de medición de indicadores de calidad en atención hospitalaria han señalado problemas similares como registros incompletos y a veces con información incongruente, lo que subraya la necesidad de mejorar la estructura de los registros clínicos y la estandarización de datos para facilitar la evaluación de la calidad asistencial (34,192). Los sistemas de información son esenciales para la mejora, la monitorización, la evaluación de intervenciones y prácticas llevadas a cabo (209,210) y la ausencia de datos clave limita el análisis de la calidad de los procesos clínicos (197). Se ha observado que el área de actividades de enfermería presenta deficiencias en el registro de cuidados enfermeros, los cuales apenas son valorados por los sistemas de información hospitalarios (211), lo que constituye una barrera significativa para la evaluación de la calidad de los procesos asistenciales (198,202).

La evaluación de la fiabilidad interobservador ha mostrado una elevada concordancia en la mayoría de los indicadores. Doce de ellos alcanzaron un índice Kappa superior a 0.6, lo que indica una fiabilidad buena o excelente, mientras que seis superaron valores de 0.8, reflejando una fiabilidad casi perfecta. Sólo un indicador requirió redefinir sus términos debido a problemas de interpretación por parte de los evaluadores. Estos resultados son consistentes

con estudios previos que han analizado la fiabilidad de indicadores en atención hospitalaria, demostrando que la claridad en los criterios de evaluación y la estructura de los registros influyen significativamente en la precisión de la medición (122,153,193). Estos datos resaltan la importancia de verificar la fiabilidad de los indicadores antes de su aplicación para garantizar mediciones consistentes (209). Para ello, es fundamental modificar aquellos indicadores sujetos a interpretaciones de forma distinta por parte de los evaluadores y descartar aquellos cuya aplicabilidad sea limitada por la deficiente calidad de los registros (212).

En referencia al análisis de cumplimiento de criterio, seis indicadores alcanzaron valores superiores al 80%, lo que sugiere una alta adherencia a los estándares establecidos. No obstante, cinco indicadores presentaron niveles de cumplimiento por debajo del 70%, debido principalmente a la falta de un registro adecuado en las historias clínicas. Esta situación determina que el incumplimiento de varios criterios se debe a la falta de registro en la historia, aunque la práctica se haya llevado a cabo, un problema constantemente identificado en nuestro trabajo y en estudios similares (55,195,196,198) y pone de manifiesto que los registros actuales no permiten obtener fácilmente los datos para hacer posible su medición lo que nos lleva a debatir sobre la necesidad de un registro común de las prácticas e intervenciones que se llevan a cabo para analizar de manera sistemática los indicadores consensuados (34).

El pilotaje de los indicadores fundamenta la utilidad de éstos a la hora de identificar oportunidades de mejora. En el ámbito de la lactancia, estos indicadores han permitido identificar la necesidad de fortalecer la ayuda efectiva y la información proporcionada a las madres para garantizar una lactancia exitosa. Un aspecto que sigue mostrando deficiencias a pesar de la existencia de políticas hospitalarias vigentes sobre su promoción (2). En este bloque, uno de los principales hallazgos es que, sólo el indicador "Inicio precoz de la lactancia materna" alcanzó una estimación de cumplimiento del 82%. La existencia de protocolos hospitalarios basados en la **IHAN** es un paso importante, pero no suficiente si no se acompaña de una correcta capacitación del personal de salud y un seguimiento adecuado de su implementación (153,203).

Por otro lado, se ha detectado un déficit de formación continua del personal de enfermería en temas de hemorragia posparto y cuidados del recién nacido. Dentro del campo de posparto hospitalario representan dos áreas críticas que requieren una capacitación específica y actualizada de los profesionales de la salud. A pesar de la evidencia que respalda la necesidad de una formación sólida en estas áreas, existen múltiples barreras que dificultan su implementación efectiva como las deficiencias en los programas de formación, falta de acceso a la formación continua y la resistencia al cambio y adherencia a prácticas obsoletas (213).

Este estudio demuestra que la medición de la calidad asistencial en el puerperio hospitalario es factible, aunque los resultados resaltan la importancia de implementar estrategias que optimicen la calidad de los registros clínicos y garanticen una evaluación más precisa de la

calidad asistencial. La documentación deficiente sigue siendo una barrera significativa para la medición efectiva de indicadores, lo que también ha sido reportado en la literatura previa (198,202). La falta de un registro unificado dificulta la medición de los indicadores y la comparabilidad entre centros asistenciales (34). En este sentido, la disponibilidad de un set de indicadores comunes podría facilitar la estandarización y mejora continua de la calidad en la atención materna (102).

Los indicadores pilotados en este trabajo ofrecen una visión importante de la interacción entre la prestación de cuidados, la medición y los resultados de la atención prestada. Asimismo, evidencian las oportunidades de mejora en la unidad de maternidad a través de las acciones e intervenciones del personal de enfermería. Para alcanzar altos estándares es necesario el compromiso de todos los actores que intervienen en la asistencia sanitaria, desde los proveedores de salud hasta los gestores. Mientras que los profesionales tienen la capacidad de impulsar iniciativas de calidad internas, los gestores deben respaldar y comprometerse con la gestión de la calidad en todas sus dimensiones (55).

La existencia de un repositorio de indicadores de referencia facilitaría a todos los implicados en las tareas de mejora de la calidad hospitalaria evitando la actual dispersión de iniciativas y favoreciendo la comparabilidad entre centros (102). Esta selección de indicadores ha tenido en cuenta su aplicabilidad en la rutina asistencial, evitando en la medida de lo posible, una carga administrativa excesiva para los profesionales a la hora de recopilar los datos necesarios, garantizando que la información obtenida sea relevante y útil para la evaluación y mejora continua de la atención hospitalaria posparto (102,214).

### **Limitaciones**

La principal limitación de esta fase se relaciona con la calidad y disponibilidad de los registros clínicos. Se asumió que la ausencia de un registro en la historia clínica de una actividad asistencial debía interpretarse como un incumplimiento del indicador correspondiente. Esto podría afectar la estimación de ciertos resultados, especialmente en aquellos datos que suelen registrarse con menor frecuencia. Sin embargo, esta limitación no afecta significativamente la evaluación repetida y continuada para la identificación de problemas de calidad dentro de la monitorización de un servicio o unidad asistencial.

Adicionalmente, el hecho de que la mayoría de los indicadores sean de proceso y no de estructura o resultado supone una mayor carga de trabajo en la recopilación de datos. Aunque esta carga de trabajo se ve compensada con la disponibilidad de información en historias clínicas informatizadas y registros electrónicos, sigue representando un desafío a la hora de garantizar una recopilación de datos eficiente y precisa.

Asimismo, este conjunto de indicadores fue desarrollado teniendo en cuenta el sistema de atención a la maternidad en el Servicio Murciano de Salud. Aunque el modelo de atención al posparto es similar en el contexto de salud en España, los sistemas de atención pueden diferir a nivel nacional e internacional (83). No obstante, y al utilizar recomendaciones nacionales e

internacionales como base para su desarrollo, creemos que estos indicadores pueden adaptarse a otros contextos de atención posparto, especialmente en el entorno español y ser aplicables a nivel internacional con las modificaciones necesarias para ajustarse a las particularidades de cada sistema de salud.

### **FUTURAS PROPUESTAS E IMPLICACIONES.**

Como futura línea de trabajo se plantea la realización de un estudio multicéntrico que permita evaluar el impacto de los indicadores en distintos centros asistenciales, replicar el pilotaje y reforzar su validez externa. Este estudio permitirá identificar posibles variaciones a la hora de la implementación de recomendaciones en el posparto según el nivel asistencial, las características poblacionales y los recursos disponibles en cada centro.

Así mismo, se confeccionará una guía metodológica detallada, que proporcione información práctica que aborde aspectos clave sobre cómo llevar a cabo la evaluación y cómo realizar el muestreo, el diseño de los procedimientos de recogida y análisis de datos y las estrategias para la interpretación de los resultados, así como el establecimiento del plan de monitorización. Su implementación facilitará la estandarización del proceso evaluativo en distintas unidades asistenciales, promoviendo un enfoque homogéneo y replicable.

Además, es crucial el desarrollo de herramientas que incorporen la perspectiva de las mujeres asistidas, evaluando su experiencia y satisfacción como parte integral de la calidad asistencial. La integración de cuestionarios de satisfacción e informes de usuarios como el desarrollado en este trabajo, permitirá recopilar información subjetiva relevante, facilitando un enfoque centrado en el paciente y garantizando que los indicadores reflejen no solo la calidad técnica del proceso asistencial, sino también la percepción y el bienestar de las usuarias.

La incorporación de este análisis permitirá valorar de manera más integral los efectos de la implementación de los indicadores en la calidad de la atención materno-infantil, para ello, para futuras evaluaciones, se propone:

- a) **Mejorar la estructura y calidad de los registros clínicos**, asegurando que la información relevante se documente de manera clara, homogénea y estructurada, minimizando la variabilidad en la recogida de datos.
- b) **Capacitar al personal de enfermería y otros profesionales sanitarios** en la importancia del registro adecuado de datos, promoviendo la formación en estándares de documentación clínica y el uso eficiente de los sistemas electrónicos de información. La correcta cumplimentación de registros es clave para garantizar la validez de las mediciones y evitar sesgos en la evaluación.
- c) **Refinar los indicadores menos factibles**, adaptándolos a la realidad de la documentación hospitalaria y minimizando la carga administrativa. Se revisará la viabilidad de cada indicador, priorizando aquellos con mayor impacto en la calidad asistencial y reduciendo la complejidad de aquellos que presenten dificultades en su implementación.
- d) **Realizar estudios longitudinales** para evaluar la implementación progresiva de los indicadores de buenas prácticas. Estos estudios permitirán analizar tendencias a

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

medio y largo plazo, identificar barreras en la adopción de buenas prácticas y proponer mejoras basadas en la evidencia.

Dado que los indicadores son una herramienta basada en la evidencia, resulta imprescindible establecer un sistema de revisión periódica de la literatura científica y de las mejores prácticas internacionales. La actualización continua de los indicadores permitirá incorporar nuevos hallazgos, adaptarse a cambios en los estándares de atención y garantizar que sigan siendo una referencia válida para monitorizar la calidad asistencial en la asistencia al puerperio.

# Capítulo 6: Conclusiones

---



## 7. CONCLUSIONES

Tras la revisión de la primera fase del estudio, se han expuesto un listado de recomendaciones, identificando la evidencia que las soporta, con el objetivo de definir las buenas prácticas en la prestación de cuidados en el puerperio hospitalario.

Tras la revisión por pares de la calidad metodológica de las GPC, podemos concluir que la guía “Postnatal Care Up To 8 Weeks After Birth” de NICE Clinical Guidelines (128) es la de mejor calidad. Esta guía seguida del grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio (97) las consideramos como las guías de mayor aplicabilidad tanto por su contenido en prácticas para el puerperio como por su superior número de recomendaciones respaldadas por estudios e investigaciones.

Los cuidados y prácticas enfermeras en la atención del puerperio hospitalario incluyen una serie de recomendaciones apoyadas por la evidencia: 22 en asesoramiento en la lactancia, 18 en el posparto, 13 en cuidados del recién nacido, 3 en prevención de la hemorragia obstétrica, 3 en protección contra las infecciones y 4 recomendaciones de “no-hacer”.

El uso de estas recomendaciones para trasladar la evidencia a la práctica clínica puede ser de gran utilidad para evitar la variabilidad, fomentar la toma de decisiones segura y eficaz por parte de los profesionales sanitarios, así como servir a gestores e investigadores como criterios a la hora de medir la calidad asistencial en la prestación de los cuidados en el puerperio hospitalario.

La metodología Delphi ha demostrado ser una herramienta altamente efectiva para la obtención de consenso entre un grupo de expertos en el menor tiempo posible. Gracias a su aplicación, se ha logrado estructurar un proceso riguroso de validación que ha permitido la selección y priorización de 39 recomendaciones clave en la atención hospitalaria posparto. Estas recomendaciones han servido como base para el diseño de un conjunto mínimo de indicadores de buenas prácticas destinados a evaluar la calidad de la atención en los servicios de maternidad y promover la mejora continua de la asistencia posparto.

En el desarrollo de este conjunto de indicadores, se llevó a cabo de una revisión exhaustiva de la literatura existente. Como resultado, 12 indicadores previamente identificados fueron adaptados al formato establecido en este trabajo. Adicionalmente, se diseñó un cuestionario posthospitalización que permite la evaluación de 16 indicadores, mientras que para los 23 restantes se han elaborado las fichas técnicas correspondientes detalladas, asegurando así su viabilidad para la implementación en entornos hospitalarios.

Este enfoque metodológico ha permitido que los indicadores no sólo sean teóricamente sólidos, sino que además sean factibles de implementar y relevantes para la práctica clínica. El conjunto de indicadores proporciona una base sólida para la implementación de estrategias de monitorización y mejora de la calidad, con el fin de optimizar la atención materna y

neonatal y garantizar la aplicación de buenas prácticas en el manejo del puerperio hospitalario.

El pilotaje de indicadores desarrollados ha permitido evaluar la traslación de prácticas asistenciales basadas en evidencia científica a la atención hospitalaria posparto, proporcionando una visión integral de la calidad asistencial en este ámbito. Se ha testado un conjunto de 22 indicadores, que han demostrado contar con las características esenciales de factibilidad, fiabilidad y utilidad, elementos clave para su aplicación en la monitorización y mejora de la calidad asistencial.

El estudio piloto ha demostrado que el desarrollo de indicadores a partir de GPCs es un proceso viable y aplicable para la evaluación de la calidad asistencial posparto, permitiendo medir la adherencia a buenas prácticas clínicas e identificar áreas críticas de mejora en la atención hospitalaria. A pesar de los desafíos detectados, esta propuesta representa un avance significativo al transformar las recomendaciones en herramientas de evaluación sistemáticas, facilitando al mismo tiempo, la estandarización de la atención y la identificación de oportunidades de mejora promoviendo la implementación de estándares claros y medibles en la atención del puerperio hospitalario.

La validación de la factibilidad de medición y fiabilidad de los indicadores, reflejada en una alta concordancia interobservador en la mayoría de ellos, ha mostrado desafíos importantes, entre los que destaca la falta de registros clínicos estandarizados y la necesidad de mejorar la calidad de la documentación de la atención prestada. Esta limitación impacta directamente en la evaluación de la adherencia a las prácticas recomendadas, dado que algunos indicadores presentan niveles de cumplimiento inferiores al 70%, no necesariamente por la ausencia de la práctica, sino por la falta de registro en la historia clínica.

Así mismo, estudio resalta la necesidad de reforzar la formación y actualización del personal sanitario en la implementación de prácticas basadas en la mejor evidencia disponible. La formación continua, combinada con la estandarización de registros clínicos, facilitaría el seguimiento y la evaluación de la calidad asistencial.



# Bibliografía

---

---

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

## REFERENCIAS

1. Vivanco Montes ML, Solís Muñoz M, Magdaleno del Rey G, Rodríguez Ferrer RM, Alvarez Plaza C, Millán Santos I, et al. Adaptación cultural y validación al español en la escala COMFORTS de satisfacción de las mujeres con los cuidados en el parto y puerperio. *Metas Enferm* [Internet]. 2012 [citado 30 de abril de 2020];15(2):18-26. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3890676&info=resumen&idioma=SPA>
2. Ferreiro Losada MT. Modelización y medida de la calidad percibida de la Atención al Parto en la Comunidad Gallega. [Internet] [tesis doctoral]. Universidad de Santiago de Compostela; 2011 [citado 31 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://investigacion.usc.gal/documentos/5d1df66e29995204f766bd80?lang=es>
3. Ponce Capitán M. Conocimientos de las púerperas sobre autocuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta hospitalaria. *Matronas prof.* 2005;6(3):14-9.
4. Arnedillo Sánchez M, Zaragoza Pérez M, Echevarría Uztarroz A, Santos Redondo P, Pozo Pérez F. Continuidad de la educación maternal en el ámbito hospitalario. *Hygia.* 2001;49:40-2.
5. Shekelle P. Quality indicators and performance measures: methods for development ne[ed more standardization. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2013 [citado 03 de septiembre de 2024]; 66(12):1338-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.06.012>
6. López MJ, Ortiz LM, García A. Modelos de asistencia al parto en los hospitales del Sistema Nacional de Salud en España: un análisis comparativo. *An Sist Sanit Navar.* 2016;39(1):45-57.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2012 [citado 20 de marzo de 2020] . Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN\\_revisio n8marzo2015.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revisio n8marzo2015.pdf)
8. Dueñas Díez JL, Bailón Muñoz E, Dotor Gracia MI, Granados García C, Rodríguez Gómez M, Rufo Romero A. Proceso asistencial integrado. Embarazo, parto y puerperio [Internet]. 2ªed. Sevilla: Junta de Andalucía; 2005 [citado 28 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/calidad/pai/paginas/pai-embarazo.html>
9. Generalitat de Catalunya. Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR). [Internet]. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2023 [citado 30 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://salutweb.gencat.cat/ca/departament/ambits-estrategics/atencio-salut-afectiva-sexual-reproductiva/>
10. Comunidad de Madrid. Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer de la Comunidad de Madrid [Internet]. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; [fecha desconocida]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/programa-atencion-integral-salud-mujer>
11. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la Comunitat Valenciana. [Internet]. Generalitat Valenciana; 2017 [citado 30 de agosto de 2024] Disponible en: [https://www.san.gva.es/es/web/unidad-de-igualdad/salud-y-genero/-/asset\\_publisher/Dn3UfCxUy0Dh/content/estrategia-de-salud-sexual-y-reproductiva-de-la-comunidad-valenciana](https://www.san.gva.es/es/web/unidad-de-igualdad/salud-y-genero/-/asset_publisher/Dn3UfCxUy0Dh/content/estrategia-de-salud-sexual-y-reproductiva-de-la-comunidad-valenciana)

12. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Plan de Salud Reproductiva. Departamento de Salud, Gobierno Vasco. [Internet] Departamento de Salud, Gobierno Vasco; 2024 [citado 30 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/salud-sexual/webosk00-oessalse/es/>
13. Servizo Galego de Saúde. Plan Galego de Atención Materno-Infantil de Galicia. [Internet]. Xunta de Galicia; [fecha desconocida] Disponible en: <https://www.sergas.gal>
14. Junta de Extremadura. Plan de Atención a la Salud de la Mujer en Extremadura [Internet]. Servicio Extremeño de Salud; 2021 [citado 30 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://saludextremadura.ses.es/web/detalle-contenido-estructurado/plan-de-salud-de-extremadura-2021-2028>.
15. Gobierno de Navarra. Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Servicio Navarro de Salud [Internet]. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea; 2023 [citado 30 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.navarra.es/es/web/centros-y-servicios-de-salud/salud-sexual>
16. Conselleria de Sálut de las Islas Baleares. Programa de Salud Sexual y Reproductiva. [Internet]. Servei de Salut de les Illes Balears (IB-Salut); 2023 [citado 30 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/apmallorca/es/ap-mallorca/unidades-de-apoyo/atencion-a-la-mujer>
17. Servicio Murciano de Salud. Programa de Atención Integral a la Mujer (PIAM). [Internet]. Consejería de Salud, Región de Murcia; 2012 [citado 30 de agosto de 2024] . Disponible en: <https://www.murciasalud.es>
18. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Matroguía del Puerperio [Internet]. Barcelona; 2024 [citado 20 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://federacionmatronas.org/wp-content/uploads/2024/01/MATROGUIA-PUERPERIO\\_FAME.pdf](https://federacionmatronas.org/wp-content/uploads/2024/01/MATROGUIA-PUERPERIO_FAME.pdf)
19. Ministerio de Sanidad. Calidad Asistencial en el Sistema Nacional de Salud. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; [fecha desconocida]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/home.htm>
20. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Puerperio normal y patológico. Madrid: SEGO; 2008.
21. Wall-Wieler E, Carmichael SL, Urquia ML, Liu C, Hjern A. Severe maternal morbidity and postpartum mental health-related outcomes in Sweden: a population-based matched-cohort study. Arch Womens Ment Health [Internet]. 2019 Aug 1 [citado 17 de mayo de 2021];22(4):519-26. Disponible en: </pmc/articles/PMC6921935/>
22. World Health Organization. Postnatal care of the mother and newborn [Internet]. Geneva: WHO. 2013 [citado 20 de marzo de 2020];1-72. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
23. Arteaga Galobardes D, Serrano Monzó I. Asistencia a la mujer con problemas de salud en el puerperio (I): hemorragias posparto. Matronas Prof [Internet]. 2003 [citado 22 de septiembre de 2020];4(11):26-9.
24. Rudman A, El-Khoury B, Waldenstrom U, Waldenström U. Evaluating multi-dimensional aspects of postnatal hospital care. Midwifery [Internet]. 2008 [citado 03 de septiembre de 2024];24(4):425-41.

25. Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en la evidencia [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [citado 20 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>
26. Molina ME. Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. *Psykhe* (Santiago). noviembre de 2006;15(2):93-103.
27. Blázquez-Rodríguez MI. Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid [Internet][tesis doctoral]. Tarragona: Universitat Rovira I Virgili; 2009 [citado 26 de julio de 2024]. Disponible en: <https://produccioncientifica.ucm.es/documentos/5d399a5b2999520684466351>
28. Fernández Raigada RI. Satisfacción materna con el parto y puerperio relacionada con la atención hospitalaria. *Univ Oviedo* [Internet]. 2013 [citado 31 de marzo de 2020];53. Disponible en: [http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/28566/6/TFG\\_RosaFernandezRaigada.pdf](http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/28566/6/TFG_RosaFernandezRaigada.pdf)
29. Santacruz Martín B. Parto a la carta. *Rev Pedriatría Atención Primaria* [Internet]. 2012 [citado 28 de mayo de 2020];14(55):193-4. Disponible en: <https://pap.es/articulo/11721/parto-a-la-carta>
30. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth* [Internet]. 2001 [citado 28 de mayo de 2020];28:202-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11552969/>
31. Arnau Sánchez J, Martínez Roche M, Nicolás Viguera M, 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. *Rev Antropol IB*. 2012;7(2):225-47.
32. World Health Organization (WHO). Quality of care: A process for making strategic choices in health systems [Internet]. WHO Press.; 2006 [citado 18 de agosto de 2024]. Disponible en: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43470/9241563249\\_eng.pdf?sequence=1&isAllOwed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43470/9241563249_eng.pdf?sequence=1&isAllOwed=y)
33. Saturno P. Cómo definimos calidad. Opciones y características de los diversos enfoques y su importancia para los programas de gestión de la calidad. En: *Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 1: Conceptos básicos. Unidad temática 1ª* ed. Murcia: universidad de Murcia; 2008.
34. Subirana M, Palomar X, Solá F, Puigoriol E, Briones L, Mila R. Proyecto de Consenso e Implementación de los Indicadores de Evaluación de los Cuidados Enfermeros [Internet]. Catalunya C de C d'Infermeres i l de, editor. Vic; 2018 [citado 20 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.consellinfermeres.cat/wp-content/uploads/Proyecto-de-Consenso-e-Implementación-de-los-Indicadores-de-Evaluación-de-los-Cuidados-Enfermeros.pdf>
35. Beerwick DM. A user's manual for the IOM's «Quality Chasm» report. *Health Aff*. 2002;21(3):80-90.
36. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *New Engl J Med*. 2003;348(26):2635-45.

37. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2018 [citado 19 de agosto de 2024];6(11):e1196-252. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(18\)30386-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30386-3/fulltext)
38. World Health Organization (WHO). Patient safety: Global action on patient safety [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [citado 19 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
39. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin*[Internet]. 2000 [citado 31 de marzo de 2020];114(Supl. 3):26-33.
40. Sackett David L, Rosenberg William MC, Gray JAM, Haynes R B, Richardson W S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* [Internet]. 1996 [citado 02 de junio de 2020];312-71. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/312/7023/71>
41. Øvretveit J. Does improving quality save money? A review of evidence on which improvements to quality reduce costs to health service providers [Internet]. Health Foundation [Internet]; 2009 [citado 19 de agosto de 2024]. Disponible en: [file:///C:/Users/u3304chc/Downloads/DoesImprovingQualitySaveMoney\\_Evidence.pdf](file:///C:/Users/u3304chc/Downloads/DoesImprovingQualitySaveMoney_Evidence.pdf)
42. Institute of Medicine. Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America [Internet]. Washington DC: National Academies Press.; 2013 [citado 19 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24901184/>
43. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open* [Internet]. 2013 [citado 19 de agosto de 2024];3(1):e001570. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/3/1/e001570>
44. Cleary PD. The increasing importance of patient surveys. *BMJ* [Internet]. 1999 [citado 19 de agosto de 2024];319(7212):720-1. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/319/7212/720>
45. Gilson L. Trust and the development of health care as a social institution. *Soc Sci Med*. 2003;56(7):1453-68.
46. World Health Organization (WHO). Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage[Internet]. WHO, World Bank and OECD; 2018 [citado 19 de agosto de 2024].Disponible en: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/482771530290792652/delivering-quality-health-services-a-global-imperative-for-universal-health-coverage>
47. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed. *J Am Med Assoc*. 1988;260(12):1743-8.
48. Palmer R, Thomas L, Lee-Nah Hsu H, Peterson J, Rothrock R, Mark S. A Randomized Controlled Trial of Quality Assurance in Sixteen Ambulatory Care Practices. *Med Care*. 1985;23(6):751-70.
49. Institute of Medicine (IOM). Crossing the Quality Chasm [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [citado 19 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25057539/>
50. Maxwell J. The 21 Indispensable Qualities of a Leader [Internet]. EEUU; 2000 [citado 2 de junio de 2020]. Disponible en: [www.caribebetania.com](http://www.caribebetania.com)

51. Institute of Medicine (IOM). A new Health System for the 21 st Century. Washington: National Academy Press [Internet]; 2001 [citado 19 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222273/>
52. Saturno-Hernández PJ. Conceptos básicos. Diseño e implantación de programas de Gestión de la Calidad en los servicios de salud. En: Manual del Máster en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud. Murcia: Universidad de Murcia; 2020.
53. Berwick D. Continuous improvement as an ideal in health care. *New Engl J Medicine*. 1989;320(1):53-6.
54. Batalden PB, Davidoff F. What is “quality improvement” and how can it transform healthcare? *Qual Saf Heal Care*. 2007;16(1):2-3.
55. Ángel García D. Calidad del Manejo del Dolor Crónico No Maligno [Internet] [tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2017 [citado 22 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://nadir.uc3m.es/alejandro/phd/thesisFinal.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Universidad+de+murcia#0>
56. Saturno-Hernandez PJ. Actividades para la monitorización. Construcción y análisis de indicadores. Planes de monitorización. En: Manual del Máster en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 3: Métodos y herramientas para la monitorización de la calidad. Unidad Temática 1. Murcia: Universidad de Murcia; 2008.
57. Saturno-Hernández PJ. Gestión de calidad. Concepto y componentes de un programa de gestión de la calidad. En: Manual del Máster en gestión de la calidad en los servicios de salud. Murcia: Universidad de Murcia; 2008.
58. Saturno P. Actividades para la monitorización. Construcción y análisis de indicadores. Planes de monitorización. En: Manual del Máster en gestión de la calidad en los servicios de salud Módulo 4: Métodos y herramientas para la monitorización de la calidad Unidad Temática 19. 1ªed. Murcia; 2008.
59. Juran JM. *Juran’s Quality Handbook*. 5th ed. McGraw-Hill, editor. New York; 1999.
60. Mainz J. Methodology Matters Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Heal Care*. 2003;15(6):523-30.
61. Saturno-Hernández PJ. Métodos y herramientas para la monitorización de la calidad en servicios de salud.[Internet] Instituto de Salud Pública, editor. México; 2015 [citado 3 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.insp.mx/produccion-editorial/publicaciones-anteriores-2010/3879-monitorizacion-servicios-salud.html>
62. Joint Commission on Accreditation Of Health Care Organization (JCAHO). Características de los indicadores clínicos. *Control Calid Asist*. 1991;6:65-79.
63. Saturno-Hernández PJ. Qué, cómo y cuándo monitorizar: marco conceptual y guía metodológica. *Rev Calid Asist*. 1998;13:437-43.
64. Institute of Medicine (IOM). *Toward Quality Measures for Population Health and the Leading Health Indicators*. [Internet]. The National Academies Press; 2013 [citado 6 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://nap.nationalacademies.org>
65. Stelfox H, Straus S. Measuring quality of care: considering measurement frameworks and needs assessment to guide quality indicator developmen. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2013

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

[citado 04 de julio de 2020];66(12):1320-38.

66. Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D. Improving patient care: the implementation of change in health care. 2nd Edition. Chichester; 2013. Wiley-Blackwell.
67. Köter T, Blozik E, Shrerer M. Methods for the guideline based development of quality indicators. A systematic review. *Implement Sci.* 2012;7(1):21.
68. Agency for Health Research and Quality (AHRQ). Quality Indicators™ Measure Development, Implementation, Maintenance, and Retirement. US: Department of Health and Human Services; 2016.
69. Calvo Aguilar O. Implementación de modelos de atención continua en el puerperio [Internet]. CEAMO. 2004 [citado 28 de mayo de 2020];(6):13-33.
70. Cassella C, Gómez V, Maidana D. Puerperio Normal. *Rev Posgrado la Cátedra VIa Med.* 2000;(100):2-6.
71. Tarigan PB. Calidad de los cuidados y satisfacción percibida por madres y padres en el puerperio. *J Chem Inf Model.* 2013;53(9):1689-99.
72. Rudman A, El-Khoury B, Waldenstrom U. Evaluating multi-dimensional aspects of postnatal hospital care. *Midwifery* [Internet]. 2008 [citado 20 de septiembre de 2020];24(4):425-41.
73. Larkin P, Begley CM, Devane D. Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery* [Internet]. 2009 [citado 06 de septiembre de 2024];25(2):e49-59.
74. Escuriet Peiró R, Martínez Figueroa L. Problemas de salud y motivos de preocupación percibidos por las puérperas antes del alta hospitalaria [Internet]. *Matronas Prof.* 2004 [citado 31 de marzo de 2020];5(15):30-5.
75. Hildingsson IM. New parents' experiences of postnatal care in Sweden. *Women Birth* [Internet]. 2007 [citado 06 de septiembre de 2024];30(1):11-22.
76. Schwappach DL, Blaudszun A, Conen D, Eichler K, Hochreutener MA, Koeck CM. Women's experiences with low-risk singleton in-hospital delivery in Switzerland [Internet]. *Swiss Med Wkly.* 2004 [citado 06 de septiembre de 2024];134:103-9.
77. Vivanco Monges M, Magdaleno del Rey G, Rodríguez Ferrer R, Álvarez Plaza C, Jaime Arranz M, Feijóo Iglesias M. Determinación de la calidad percibida por la madre en el parto y puerperio hospitalario. *Avanzar Innovado.* Huelva; 2009.
78. Institute of Medicine (IOM). Vital signs: core metrics for health and health care progress. [Internet] Washington DC: National Academies Press; 2015 [citado 03 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26378329/>
79. World Health Organization (WHO). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [citado 10 de noviembre de 2022]. Disponible en: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/qoc/quality-of-care/standards-for-improving-quality-of-maternal-and-newborn-care-in-health-facilities\\_1a22426e-fdd0-42b4-95b2-4b5b9c590d76.pdf?sfvrsn=3b364d8\\_4](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/qoc/quality-of-care/standards-for-improving-quality-of-maternal-and-newborn-care-in-health-facilities_1a22426e-fdd0-42b4-95b2-4b5b9c590d76.pdf?sfvrsn=3b364d8_4)
80. Powell Kennedy H, Shannon M, Chuahorm U, Karavetz M. The landscape of caring for women: a narrative study of midwifery practice. *J Midwifery Womens Heal.* 2004;49(1):14-23.
81. The Partnership for Maternal Newborn and Child Health. Consensus for maternal, newborn

- and child health [Internet]. Geneva: PMNCH; 2018. Disponible en: <https://pmnch.who.int/resources/publications/m/item/2010-01-11-consensus-for-maternal-newborn-and-child-health>
82. Saturno-Hernández PJ, Martínez-Nicolás I, Moreno-Zegbe E, Fernández-Elorriaga M, Poblano-Verástegui O. Indicators for monitoring maternal and neonatal quality care: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2019 [citado 10 de junio de 2021];19(1):1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2173-2>
  83. Devane D, Barrett N, Gallen A, O'Reilly M, Nadin M, Conway G, et al. Identifying and prioritising midwifery care process metrics and indicators: a Delphi survey and stakeholder consensus process. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2019 [citado 14 de septiembre de 2021];19(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31182055/>
  84. Junquera L, Baladrón J, Albertos J, Olay S. Medicina basada en la evidencia (MBE): Ventajas. *Rev Española Cirugía Oral y Maxilofac.* 2003;25(5):265-72.
  85. Grol R. Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *JAMA.* 2001;286(20):2578-85.
  86. Coster S, Watkins M, Norman I. What is the impact of professional nursing on patients' outcomes globally? An overview of research evidence. *Int J Nurs Stud.* 2018;78:76-83.
  87. De Smedt A, Buyl R, Nyssen M. Evidence-based practice in primary health care. *Stud Heal Technol Inf.* 2006;124:651-6.
  88. Fernández-Salazar S, Ramos-Morcillo AJ, Leal-Costa C, García González J, Hernández-Méndez S, Ruzafa-Martínez M. Competencia en Práctica Basada en la Evidencia y factores asociados en las enfermeras de Atención Primaria en España. *Atención Primaria* [Internet]. 2021 [citado 02 de febrero de 2021];53(7). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721000846>
  89. Grimshaw J, Thomas R, MacLennan G, Fraser C, Ramsay C, Vale L. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health. Heal Technol Assess* 2004;8(6)iii-iv,-1-72. 2004;8(6):1-72.
  90. Ruzafa-Martínez M, González-María E, Moreno Casbas T, Faes C del R, Albornos-Muñoz L, Escandell-García C. Proyecto de implantación de Guías de Buenas Prácticas en España 2011-2016. *Enferm Clínica.* 2011;21(5):275-83.
  91. Aymerich M, Sánchez E. From scientific knowledge of clinical research to the bedside: clinical practice guidelines and their implementation. *Gac Sanit.* 2004;18(4):326-34.
  92. Haynes R. Of studies, syntheses, synopses, summaries, and systems: the "5S" evolution of information services for evidence-based healthcare decisions. *Evid Based Med.* 2006;11(6):162-4.
  93. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. [Internet]. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA); 2010 [citado 22 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es>
  94. World Health Organization. *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice* [Internet]. 3rd ed. Geneva: WHO; 2015 [citado 03 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549356>

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

95. Ministerio de Igualdad. Plan Estratégico para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres 2022-2025 [Internet]. Madrid: Instituto de las Mujeres; 2022 [citado 29 de julio de 2024]. Disponible en: [https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/AreaPlanificacionEvaluacion/docs/PlanesEstrategicos/Plan\\_Estrategico\\_2022\\_2025.pdf](https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/AreaPlanificacionEvaluacion/docs/PlanesEstrategicos/Plan_Estrategico_2022_2025.pdf)
96. Ministerio de Sanidad y Política Social. Maternidad Hospitalaria Estándares y Recomendaciones [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/AHP.pdf>
97. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de atención en el Embarazo y Puerperio. Guía de Práctica Clínica de atención en el Embarazo y Puerperio [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014 [citado 20 de marzo de 2020]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia\\_practica\\_AEP.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf)
98. Quintana R, Ibarroyen N, Fuentes R. Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, editor; 2017 [citado 20 de marzo de 2020]. Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_560\\_Lactancia\\_Osteba\\_resum.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_560_Lactancia_Osteba_resum.pdf)
99. Rudd A, Lowe D, Irwin R, Rutledge Z, Pearson M. National stroke audit: a tool for change? *Qual Heal Care*. 2001;10(3):141-51.
100. Alomar Castell M, Carrascosa Marín M, Villalonga Mut B, Fernández Yagüe C, Uris Coll MA, Mateu Palmer A, et al. Guía de buenas prácticas en la atención del embarazo, del puerperio y del periodo neonatal en el área de salud materno infantil de las Islas Baleares [Internet]. Palma: Direcció General de Salut Pública i Participació; 2017 [citado 02 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/931/guia-buenas-practicas-embarazo-puerperio-periodo-neonatal.pdf>
101. Bonfill X, Roqué M, Aller MB, Osorio D, Foradada C, Vives À, et al. Development of quality of care indicators from systematic reviews: the case of hospital delivery. *Implement Sci* [Internet]. 2013 [citado 15 de septiembre de 2021];10:8:42. Disponible en: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-8-42>
102. Parra Hidalgo P, Calle Urra JE, Ramón Esparza T, Peiró Moreno S, Meneu de Guillerna R. Indicadores De Calidad Para Hospitales Del Sistema Nacional De Salud [Internet]. Vol. 1, Sociedad Española de Calidad Asistencial. 2012 [citado 08 de febrero de 2024]. Disponible en: [www.calidadasistencial.es](http://www.calidadasistencial.es)
103. Bailit J. Measuring the quality of inpatient obstetrical care. *Obs Gynecol Surv*. 2007;62:207-13.
104. Boulkedid R, Sibony O, Goffinet F, Fauconnier A, Branger B, Alberti C. Quality indicators for continuous monitoring to improve maternal and infant health in maternity departments: a modified Delphi survey of an international multidisciplinary panel. *PLoS One* [Internet]. 2013 [citado 01 de noviembre de 2022];8(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23577143/>
105. Kesmodel U, Jolving L. Measuring and improving quality in obstetrics, the implementation of national indicators in Denmark. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011;90(4):295-304.

106. Sauvegrain Id P, Chantry AA, Chiesa-Dubruille C, Keita H, Ois Goffinet F, Deneux-Tharaux C. Monitoring quality of obstetric care from hospital discharge databases: A Delphi survey to propose a new set of indicators based on maternal health outcomes. PLoS ONE [Internet]. 2019 [citado 22 de junio de 2021]; 14(2): e0211955. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211955>
107. Liberati A, Altman D, Tetzlaff J, Muulrow C, Gotzsche P, Ioannidis J, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: Explanation and elaboration. BMJ [Internet]. 2009;339:b2700. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19622552/>
108. Graham R, Mancher M, Miller Wolman D, Al E. Clinical Practice Guidelines We Can Trust [Internet]. Washington, DC: Institute of Medicine. National Academy Press; 2011. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209539/>
109. Consorcio AGREE. El Instrumento AGREE II. Versión electrónica [Internet]. Guíasalud. 2009 [citado 25 de noviembre de 2020]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/contenidos/documentos/Guias\\_Practica\\_Clinica/Spanish-AGREE-II.pdf](http://www.guiasalud.es/contenidos/documentos/Guias_Practica_Clinica/Spanish-AGREE-II.pdf)
110. Deng Y, Luo L, Hu Y, Fang K, Liu J. Clinical practice guidelines for the management of neuropathic pain: A systematic review. BMC Anesthesiol [Internet]. 2016 [citado 28 de noviembre de 2020];16(1):12. Disponible en: <http://bmcanesthesiol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12871-015-0150-5>
111. Gwet KL. Computing inter-rater reliability and its variance in the presence of high agreement. Br J Math Stat Psychol [Internet]. 2008 [citado 26 de marzo de 2022];61(1):29-48. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1348/000711006X126600>
112. Landis JR, Koch GG. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. Biometrics. marzo de 1977;33(1):159-74.
113. Bulechek G, Butcher H, McCloskey-Dochtermann J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [Internet]. 5ª. Madrid: Elsevier B.V.; 2013 [citado 28 de diciembre de 2020]. Disponible en: [https://www.academia.edu/27261112/Clasificacion\\_de\\_Intervenciones\\_de\\_Enfermeria\\_NIC\\_6ta\\_Edicion\\_2014](https://www.academia.edu/27261112/Clasificacion_de_Intervenciones_de_Enfermeria_NIC_6ta_Edicion_2014)
114. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). A guideline developer's handbook. Edinburgh: SIGN; 2019. (SIGN publication no. 50). 2019 [citado 28 de diciembre de 2020] Disponible en: <http://www.sign.ac.ukNetwork>
115. Saturno-Hernández PJ, López-Soriano F, Ángel-García D, Martínez-Nicolás I. Indicadores de buenas prácticas sobre el manejo del dolor [Internet]. Murcia: Universidad de Murcia/Plataforma sin Dolor; 2013 [citado 03 de marzo de 2020]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/259756027\\_Indicadores\\_de\\_buenas\\_practicas\\_sobre\\_manejo\\_del\\_dolor](https://www.researchgate.net/publication/259756027_Indicadores_de_buenas_practicas_sobre_manejo_del_dolor)
116. Koblinsky MA, Matthews Z, Hussein J, Mavalankar D, Mridha MK, Anwar I, Achadi EL, et al. Framework for the Development of maternal quality of care indicators. Matern Child Health J [Internet]. 2005 Sep [citado 14 de septiembre de 2021];9(3):317-41. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16160758/>
117. Lindstone HA, Turoff M. The Delphi Method: techniques and applications. Journal of

- Marketing Research [Internet] 1975 [citado 10 de noviembre de 2022]; 18(3). Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/237035943\\_The\\_Delphi\\_Method\\_Techniques\\_and\\_Applications](https://www.researchgate.net/publication/237035943_The_Delphi_Method_Techniques_and_Applications)
118. Campbell S, Cantrill J, Roberts D. Prescribing indicators for UK general practice: Delphi consultation study. *BMJ* [Internet]. 2000 [citado 14 de noviembre de 2022];321:425-8.
  119. Campbell S, Shield T, Rogers A, Gask L. How do stakeholder groups vary in a Delphi technique about primary mental health care and what factors influence their ratings? *Qual Saf Heal Care*. 2004;13:428-34.
  120. Peña A, Virk S, Shewchuk R, Allison J, Williams O, Kiefe C. Validity versus feasibility for quality of care indicators: expert panel results from the MI-Plus study. *Int J Qual Heal Care*. 2010;22(3):201-9.
  121. Campbell S, Kontopantelis E, Hannon K, Burke M, Barber A, Lester H. Framework and indicator testing protocol for developing and piloting quality indicators for the UK quality and outcomes framework. *BMC Fam Pr* [Internet]. 2011 [citado 22 de octubre de 2024];12:85. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-85>
  122. Fleiss J. The Measurement of Interrater Agreement. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. John Wiley & Sons, Ltd; 1982. p. 598-626.
  123. Feinstein AR, Cicchetti DV. High agreement but low kappa: I. The problems of two paradoxes. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 1990 [citado 26 de marzo de 2022];43:543-9. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(90\)90158-L](https://doi.org/10.1016/0895-4356(90)90158-L)
  124. Hallgren KA. Computing Inter-Rater Reliability for Observational Data: An Overview and Tutorial. *Tutor Quant Methods Psychol* [Internet]. 2012 [citado 26 de marzo de 2022];8(1):23-34. Disponible en: <https://www.tqmp.org/RegularArticles/vol08-1/p023/>
  125. Chin M, Muramatsu N. What is the quality of quality of medical care measures? Rashomon-like relativism and real-world applications. *Perspect Biol Med* [Internet]. 2003 [citado 22 de octubre de 2024];46(1):5-20. Disponible en: <https://doi.org/10.1353/pbm.2003.0002>
  126. Saturno P. The binomial distribution and the Lot Quality Acceptance Sampling as methods for monitoring quality in health services. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2000 [22 de octubre de 2024];15:99-107.
  127. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención del trabajo de parto, parto y postparto inmediato Guía de Práctica Clínica. 1ªed.[Internet] Quito: Dirección Nacional de [Normatización; 2014 [citado 02 de febrero de 2021]. Disponible en: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC\\_Atencion\\_del\\_trabajo\\_parto\\_posparto\\_y\\_parto\\_inmediato.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf)
  128. National Institute for Health and Care Excellence. Postnatal care up to 8 weeks after birth [Internet]. NICE Clinical Guidelines, editor. London: NICE Clinical Guidelines; 2015 [citado 20 de marzo de 2020]. Disponible citado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553649/>
  129. Acosta S, Ariza LY, Becerra MP, Bejarano MP, Bejarano NL, Bejarano V, et al. Guía de cuidado de enfermería a la mujer en el periodo posparto (EBE) [Internet]. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud. Alcaldía Mayor de Bogotá DC, editor; 2015 [citado 20 de marzo de 2020]. Disponible en:

<https://www.saludcapital.gov.co/DDS/Guas%20de%20cuidado%20de%20enfermera/Guia%20posparto.pdf>

130. Battut A, Benhamou D, Bydlowski S, Chantry A, Deffieux X, Diers F, et al. Postpartum practice: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians ( CNGOF ). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Bio* [Internet]. 2016 [citado 20 de marzo de 2020];202:1-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27155443/>
131. Asociación Enfermeras Registradas de Ontario. Lactancia Materna-Fomento y Apoyo al Inicio, la Exclusividad y la Continuación de la Lactancia Materna para Recién Nacidos, Lactantes y Niños Pequeños [Internet]. RNAO E, editor. International affairs & best practice guidelines. investen ISCIIL.; 2018 [citado 28 de mayo de 2021]. Disponible en: [http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/D0015\\_Lactancia\\_Materna.pdf](http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/D0015_Lactancia_Materna.pdf)
132. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Postnatal care [Internet] (NG194). London: NICE; 2021 [citado 28 de mayo de 2021]. Disponible en: [www.nice.org.uk/guidance/ng194](http://www.nice.org.uk/guidance/ng194)
133. MEASURE Evaluation. Family Planning and Reproductive Health Indicators Database. Summary List of Indicators [Internet]. Chapel Hill, NC: Carolina Population Center; 2017. Disponible en: <https://www.measureevaluation.org/resources/newsroom/news/family-planning-and-reproductive-health-indicators-database.html>
134. Helsloot K, Walraevens M, Besauw S Van, Van Parys AS, Devos H, Holsbeeck A Van, et al. A systematic approach towards the development of quality indicators for postnatal care after discharge in Flanders, Belgium. *Midwifery* [Internet]. 2017 [citado 23 de junio de 2021];48:60-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28347927/>
135. Barrasa Villar J, Castán Ruiz S, Estupiñán Romero F, Valderrama Rodríguez M, Moliner Lahoz F. Amenable mortality as indicator of effectiveness of health care services in Spain before and after transfusions. *Rev Calid Asist Soc Española*. 2013;28(2):84-95.
136. Azria E, Guittet L, Delahaye M, Koskas M, Naoura I, Luton D. Improvement of first-trimester ultrasound screening in socially deprived settings through a community-based perinatal network. *Eur J Obs Gynecol Reprod Biol*. 2011;159(2):351-4.
137. Andersson E, Christensson K, Hildingsson I. Mothers' satisfaction with group antenatal care versus individual antenatal care--a clinical trial. *Sex Reprod Heal*. 2013;4(3):113-20.
138. Arrowsmith S, Barone M, Ruminjo J. Outcomes in obstetric fistula care: a literature review. *Curr Opin Obs Gynecol*. 2013;25(5):399-403.
139. World Health Organization (WHO). Consultation on improving measurement of the quality of maternal, newborn and child care in health facilities [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [citado 10 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/128206>
140. Borelli L, Dannen KN, Morris AJ. Assessment of quality of life indicators in the postpartum period. *Int J Obstet Anesth* [Internet]. 2013 [citado 15 de septiembre de 2021];22(3):209-16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23707037/>
141. Herrera Gómez A, Ramos Torrecillas J, Ruiz C, Ocaña Peinado FM, de Luna Bertos E, García Martínez O. Prevalencia del inicio precoz de la lactancia materna. *Nutr Hosp* [Internet]. 2020 [citado 26 de noviembre de 2024];36(4). Disponible en: <https://dx.doi.org/10.20960/nh.02510>

142. World Health Organization (WHO). Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH) [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007 [citado 02 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/EUR-04-5064212>
143. Rich R, D'Hont T, Linton J, Murphy E, Veillard J, Chatwood S. Performance indicators for maternity care in a circumpolar context: a scoping review. *Int J Circumpolar Health* [Internet]. 2016 [citado 14 de septiembre de 2021];75. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27938636/>
144. Australasian Clinical Indicator Report - ACIR [Internet]. Disponible en: <https://www.achsi.org/performance-outcomes/australasian-clinical-indicator-report/>
145. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Disponible en: <http://inclasns.msssi.es/>
146. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). National Quality Measures Clearinghouse. [Internet]. Rockville, MD: AHRQ; 2019 [citado 06 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.qualitymeasures.ahrq.gov/>
147. The Joint Commission. Performance measurement. Specifications manual for national hospital inpatient quality measures [Internet]. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2019 [citado 14 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://pressbooks.uwf.edu/app/uploads/sites/16/2023/01/Specifications-Manual-for-National-Hospital-Inpatient-Quality-Measures.pdf>
148. Center for Medicare & Medicaid Services (CMS). Measures inventory tool [Internet]. Baltimore, MD: CMS; 2021 [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: [www.cms.gov/Regulations-and-guidance/Legislation/EHRIncentivePrograms/ClinicalQualityMea](http://www.cms.gov/Regulations-and-guidance/Legislation/EHRIncentivePrograms/ClinicalQualityMea)
149. Consejería de Salud. Servicio Murciano de Salud. Acuerdo de Gestión 2019. Gerencia del Área de Salud I [Internet]. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2019 [citado 13 de marzo de 2021]. Disponible en: [https://transparencia.carm.es/wres/transparencia/doc/Sector\\_Publico/SMS/Acuerdos\\_gestion\\_SMS/2019/AREA\\_I\\_Acuerdo\\_de\\_Gestion\\_2019.pdf](https://transparencia.carm.es/wres/transparencia/doc/Sector_Publico/SMS/Acuerdos_gestion_SMS/2019/AREA_I_Acuerdo_de_Gestion_2019.pdf)
150. Aguilar O, Ginecología M en. Implementación de modelos de atención continuada en el puerperio. *CeamooaxOrgMx* [Internet]. 2004 [citado 28 de mayo de 2020];12-34. Disponible en: <http://www.ceamooax.org.mx/revistas/sep-diciembre2004.pdf#page=13>
151. Corriol C, Grenier C, Coudert C, Daucourt V, Minvielle E. COMPAQH : recherches sur le développement des indicateurs qualité hospitaliers. *Rev Epidemiol Sante Publique* [Internet]. 2008 [citado 20 de septiembre de 2021];56(4 Suppl): S1-S10. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.respe.2008.04.003>
152. Moran AC, Kerber K, Sitrin D, Guenther T, Morrissey CS, Newby H, et al. Measuring Coverage in MNCH: Indicators for Global Tracking of Newborn Care. *PLoS Med* [Internet]. 2013 [citado 23 de junio de 2021];10(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23667335/>
153. Moller AB, Newby H, Hanson C, Morgan A, El Arifeen S, Chou D, et al. Measures matter: A scoping review of maternal and newborn indicators. *PLoS One* [Internet]. 2018 [citado 23 de junio de 2021];13(10). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30300361/>

154. Flenady V, Wojcieszek AM, Fjeldheim I, Friberg IK, Nankabirwa V, Jani J V., et al. eRegistries: Indicators for the WHO Essential Interventions for reproductive, maternal, newborn and child health. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2016 [citado 23 de junio de 2021];16(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27716088/>
155. Brenner S, De Allegri M, Gabrysch S, Chinkhumba J, Sarker M, Muula AS. The quality of clinical maternal and neonatal healthcare a strategy for identifying «routine care signal functions». *PLoS One* [Internet]. 2015 [citado 23 de junio de 2021];10(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25875252/>
156. Workowski KA, Berman SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *MMWR Recomm Rep*. 2006;55(11):1-94.
157. Corriol C, Daucourt V, Grenier C, Minvielle E. How to limit the burden of data collection for Quality Indicators based on medical records? The COMPAQH experience. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2008 [citado 03 de septiembre de 2024];8(215):1-14. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/215>
158. World Health Organization (WHO). Monitoring maternal, newborn and child health: understanding key progress indicators. [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [citado 18 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/44770>
159. Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico. [Internet]. Madrid: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [citado 22 de abril de 2022]. Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/manual\\_gpc\\_completo.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/manual_gpc_completo.pdf)
160. Zhao Y, Lu H, Zang Y, Li X. A systematic review of clinical practice guidelines on uncomplicated birth. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2020 [citado 5 de abril de 2022];127(7):789-97. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.16073>
161. Flórez Gómez ID, Carolina Montoya D. Las guías de práctica clínica y el instrumento AGREE II. *Rev Colomb Psiquiat* [Internet]. 2011 [citado 6 de noviembre de 2020];40(3):563-76. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-pdf-S0034745014601475>
162. Haran, C., van Driel, M., Mitchell, B.L. et al. Clinical guidelines for postpartum women and infants in primary care a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2014 [citado 08 de marzo de 2021]; 14, 51. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-51>
163. Harrison M, Légaré F, Graham I, Fervers B. Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use. *CMAJ* [Internet]. 2009 [citado 09 de marzo de 2021];2(182):e78–e84. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2817341/>
164. Marchant S. The History of Postnatal Care, National and International Perspectives. *Essent Midwifery Pract Postnatal Care* [Internet]. 2009 [citado 7 de abril de 2022];1-26. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/9781444315486.ch1>
165. Cheng C-Y, Li Q. Integrative review of research on general health status and prevalence of common physical health conditions of women after childbirth. *Womens Heal Issue*. 2008;(18):267–280.
166. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for

- childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2008 [citado 05 de abril de 2021];(8). Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub2>
167. Robbers G, Vogel JP, Mola G, Bolgna J, Homer CSE. Maternal and newborn health indicators in Papua New Guinea—2008–2018. *Sex Reprod Heal Matters* [Internet]. 2019 [citado 23 de junio de 2021];27(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31790637/>
168. Matthys J, De Meyere M, Van Driel M, De Sutter A. Differences among international pharyngitis guidelines: not just academic. *Ann Fam Med* [Internet]. 2007 [citado 09 de marzo de 2021];5:436–443. Disponible en: <https://doi.org/10.1370/afm.741>
169. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 [citado 18 de abril de 2022];2013(7). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009326.pub2/full>
170. Razurel C, Bruchon-Schweitzer M, Dupanloup A, Irion O, Epiney M. Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery* [Internet]. 2011 [citado 05 de abril de 2021];2(27):237-42.
171. Stumbras K, Rankin K, Caskey R, Haider S, Handler A. Guidelines and Interventions Related to the Postpartum Visit for Low-Risk Postpartum Women in High and Upper Middle Income Countries. *Matern Child Health J* [Internet]. 2016 [citado 05 de abril de 2022];20:103-16. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2053-6>
172. Sultan P, Sharawi N, Blake L, Ando K, Sultan E, Aghaeepour N, et al. Use of Patient-Reported Outcome Measures to Assess Outpatient Postpartum Recovery: A Systematic Review. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2021 [citado 4 de abril de 2022];4(5):e2111600. Disponible en: </pmc/articles/PMC8160591/>
173. National Institute for Health and Clinical Excellence. The guidelines manual [Internet]. National Institute for Health and Clinical Excellence, editor. London; 2012 [citado 09 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/process/pmg6/resources/the-guidelines-manual-pdf-2007970804933>
174. Dadich A, Piper A, Coates D. Implementation science in maternity care: a scoping review. *Implement Sci*. 2021;16(1):1-20.
175. Vogel JP, Dowswell T, Lewin S, Bonet M, Hampson L, Kellie F, et al. Developing and applying a «living guidelines» approach to WHO recommendations on maternal and perinatal health. *BMJ Glob Heal* [Internet]. 2019 [citado 5 de abril de 2022];4(4):1683. Disponible en: </pmc/articles/PMC6703290/>
176. Campbell NRC, Schutte AE, Varghese C V., Ordunez P, Zhang XH, Khan T, et al. Barriers to implementing guideline recommendations to improve childbirth care: a rapid review of evidence. *Pan Am J Public Heal* [Internet]. 2021 [citado 4 de abril de 2022];45. Disponible en: </pmc/articles/PMC7898361/>
177. Luengo Martínez C, Paravic Klijn T. Autonomía Profesional: factor clave para el ejercicio de la Enfermería Basada en la Evidencia. *Index de Enfermería* [Internet]. 2016 [citado 23 de abril de 2022];25(1-2):42-6. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&site=eds-live&db=edssci&AN=edssci.S1132.12962016000100010>

178. Boulkedid R, Abdoul H, Loustau M, Sibony O, Alberti C. Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. *PLoS One* [Internet]. 2011 [citado 02 de febrero de 2021];6(6):e20476. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020476>
179. Keeney S, Hasson F, McKenna H. *The Delphi Technique in Nursing and Health Research*. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010.
180. 1Library.co. Método Delphi: Consenso profesional y método Delphi modificado. [Internet]. [citado 21 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://1library.co/article/método-delphi-consenso-profesional-método-dephi-modificado.yj83prpq>
181. Jiménez Hernández D, Tornel Abellán M, González Ortiz J. Optimización de un cuestionario mediante un método Delphi y una prueba piloto. *Opción*. 2015;31(4):617-38.
182. Gaminde I, Briones E, Lorenzo S. Implementabilidad de las Guías de Práctica Clínica. Elaboración de GPC en el SNS Manual metodológico [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, editor; 2016 [citado 28 de enero de 2021]. Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/egpc/manual-elaboracion-implementabilidad\\_gpc/](https://portal.guiasalud.es/egpc/manual-elaboracion-implementabilidad_gpc/)
183. Hernández Borges Á, Jiménez Sosa A, Pérez Hernández R, Ordóñez Sáez O, Aleo Luján E, Concha Torre A. Recomendaciones de «no hacer» en cuidados intensivos pediátricos en España: selección por método Delphi. *An Pediatr* [Internet]. 2022 [citado 28 de enero de 2024];98(1):28-40. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-recomendaciones-no-hacer-cuidados-intensivos-articulo-S1695403322002053>
184. Pérez Galende E, Ruiz Álvarez M, Tejedor Romero L, Fernández-Braso Arranz A, Vinuesa Sebastián M, Villagrasa Ferrer J. Evaluación del cumplimiento de las recomendaciones de “NO HACER” de la Sociedad Española de Medicina Preventiva y Salud Pública. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2019 [citado 28 de enero de 2024];93:e201911089. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/resp/2019.v93/e201911089/>
185. Hernández Aguilar M, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatr*. 2005;63(4):340-56.
186. Sommer JA. Aspectos y consideraciones sobre la lactancia materna y el rol de la enfermería. *Enfermería Neonatal*. 2019;31:30-7.
187. Aguilera-Eguía R, Rojas-Sepúlveda C, Aguayo-Alcayaga G, Sánchez-León D. Niveles de evidencia y grados de recomendación en kinesiología; una comparación entre cinco sistemas de clasificación. Estudio piloto. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2015 [citado 22 de enero de 2021];22(5). Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462015000500004>
188. Torrecillas-Rojas M, Pedregal-González M, Caraballo-Camacho M, Rodríguez-Papalardo V, Fernández-Fernández I. Definición y validación de indicadores de calidad de la prescripción en atención primaria. *Atención Primaria*. 2006;37(5):273-7.
189. Mendoza-Nuñez VM. La evidencia científica para la práctica clínica. *Casos y Revis salud*. 2022;4(1):5-13.
190. Muñoz Jiménez D. De la Enfermería basada en la evidencia a la práctica asistencial: la evaluación de resultados como elemento integrador From evidence-based nursing to

- healthcare practice: The evaluation of results as an. *Enferm Clínica* [Internet]. 2018 [citado 28 de noviembre de 2024];28(3):149-53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29778244/>
191. Martín Folguera T, Álvarez Hernández J, Burgos Peláez R, Celaya Pérez S, Calvo Hernández M, García de Lorenzo A, et al. Análisis de la relevancia y factibilidad de indicadores de calidad en las unidades de nutrición. *Nutr Hosp* [Internet]. 2012 [citado 28 de noviembre de 2024];27(1):198-204. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112012000100024&lng=es&nrm=iso%3E](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000100024&lng=es&nrm=iso%3E). ISSN 1699-5198.
  192. García-Armesto S, Angulo-Pueyo E, Martínez-Lizaga N, Mateus C, Bernal-Delgado E. Desarrollo de un conjunto de indicadores para evaluar la calidad de la atención en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria en España. *Rev Esp Salud Publica*. 2017;91:1-16.
  193. Varela-Lema L, Atienza-Merino G, López-García M. Priorización de intervenciones sanitarias. Revisión de criterios, enfoques y rol de las agencias de evaluación. *Gac Sanit*. 2017;31(4):349-57.
  194. Martín-Martínez MA, Andreu-Sanchez JL, Sanchez-Alonso F, Corominas H, Perez-Venegas JJ, Roman-Ivorra JA, et al. Indicador compuesto para evaluar la calidad asistencial en el manejo de los pacientes con artritis reumatoide en las consultas externas de Reumatología. *Reumatol Clínica*. 2019;15(3):156-64.
  195. Bermúdez Tamayo C, Olry de Labry Lima A, García Mochón L. Identificación de indicadores de buenas prácticas en gestión clínica y sanitaria. *J Healthc Qual Res*. 2018;33(2):109-18.
  196. Martínez Nicolás I. Calidad del manejo del dolor crónico oncológico: perspectiva global, revisión de la evidencia, diseño y validación de indicadores [Internet] [tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2014 [citado 17 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://nadir.uc3m.es/alejandro/phd/thesisFinal.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Universidad+de+murcia#0>
  197. Grenier-Sennelier C, Corriol C, Daucourt V, Michel P, Minvielle E. Developing quality indicators in hospitals: The COMPAQH project. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2005;53(S1):22-30.
  198. Tejero González JM, Fernández Martín J, Mira Solves JJ. Validez y fiabilidad de un indicador sintético de calidad de la atención hospitalaria. *Rev Calid Asist*. 2011;26(4):234-41.
  199. Juran, J.M. (1993), "WHY QUALITY INITIATIVES FAIL", *Journal of Business Strategy*, Vol. 14 No. 4, pp. 35-38. <https://doi.org/10.1108/eb039571>
  200. Henao-Nieto DE, Giraldo-Villa A, Yepes-Delgado CE. Instrumentos para evaluar la calidad percibida por los usuarios en los servicios de salud. *Rev Gerenc y Políticas Salud*. 2018;17(34).
  201. Foulkes M. Nursing metrics: measuring quality in patient care. *Nurs Stand Off Newsp R Coll Nursing*. 2011;25(42):40-5.
  202. Aguado-Blázquez H, Cerdá-Calafata I, Argimon-Pallás J, Murillo-Fort C, Canela-Soler J. Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut-PLAENSA. Estrategias para incorporar la percepción de la calidad de servicio de los ciudadanos en las políticas de salud. *Med Clin* [Internet]. 2011 [citado 27 de noviembre de 2024];137(Supl.2):55-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-resumen-plan-encuestas-satisfaccion-del-catsalut-plaensa--S0025775311700306>

203. García-Aparicio J, Herrero-Herrero J, Corral-Gudino L, Jorge-Sánchez R. Calidad percibida por los usuarios de un servicio de Medicina Interna tras 5 años de aplicación de una encuesta de satisfacción. *Rev Calid Asist.* 2010;25(2):97-105.
204. Fraser G, Pilpel D, Kosecoff J, Brook R. Effect of panel composition on appropriateness ratings. *Int J Qual Heal Care.* 1994;6(251-255).
205. Saturno-Hernández PJ, Martínez-Nicolás I, Poblano-Verástegui O, Vertiz-Ramírez JJ, Suárez-Ortiz EC, Magaña-Izquierdo M, et al. Implementación de indicadores de calidad de la atención en hospitales públicos de tercer nivel en México. *Salud Publica Mex [Internet].* 2017 [citado 08 de febrero de 2024];59(6):609-11. Disponible en: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8942%0Ahttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29451629>
206. Hofer T, Bernstein S, Hayward R, De Monner S. Validating Quality Indicators for Hospital Care. *Jt Comm J Qual Improv.* 1997;23(9):455-67.
207. Mainz J. Developing evidence-based clinical indicators: A state of the art methods primer. *Int J Qual Heal Care.* 2003;15:5-11.
208. Asociación IHAN. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) [Internet]. Disponible en: <https://www.ihan.es/>
209. Shiloach M, Frencher S, Steeger J, Rowell K, Bartzokis K, Tomeh M. Toward Robust Information: Data Quality and Inter-Rater Reliability in the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program. *J Am Coll Surg.* 2010;210(1):6-16.
210. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. [Internet]. Geneva; 2010 [citado 07 de noviembre de 2024]. Disponible en: [http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO\\_MBHSS\\_2010\\_full\\_web.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf?ua=1) 47.
211. Camaño C, Martínez JR, Alonso M, Hernández A, Martínez-Renedo E, Sainz A. Indicadores de calidad de los cuidados de enfermería hospitalarios. *Rev Calid Asist.* 2006;21(3):143-9.
212. Saturno-Hernández PJ, Poblano-Verástegui O, Flores-Hernández S, Ángel-García D, O'Shea-Cuevas GJ, Villagrán-Muñoz VM, et al. Indicadores de calidad de la atención a neonatos con patologías seleccionadas: estudio piloto. *Salud Publica Mex [Internet].* 2019 [citado 29 de febrero de 2024];61(1):35-45. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342019000100009](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342019000100009)
213. NIDCAP Federation International (NFI). Programa de evaluación y atención del desarrollo individualizado del recién nacido (NIDCAP): un programa de educación y capacitación para profesionales de la salud [Internet]. Woburn: NIDCAP Federation International; 2019 [citado 09 de noviembre de 2024]. Disponible en: [www.nidcap.org](http://www.nidcap.org)
214. McGlynn E, Cassel C, Leatherman S, DeCristo-faro A, Smits H. Establishing National Goals for Quality Improvement. *Med Care [Internet].* 2003 [citado 29 de diciembre de 2024];41:16-29. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12544813/>

# Anexos

---



## ANEXOS

### ANEXO 1. Cronograma

**Fase 1: Diseño de la investigación.** Definición del alcance del estudio, objetivos específicos y metodología general.

**Búsqueda y revisión bibliográfica.** Recopilación exhaustiva de literatura y guías de práctica clínica relevantes para el estudio.

**Revisión y sistematización de la evidencia.** Análisis crítico y organización de la información recopilada

**Fase 2: Extracción y análisis de los datos.**

**Construcción de nuevos indicadores.** Desarrollo de indicadores basados en las mejores prácticas identificadas en la fase de revisión.

**Fase 3: Diseño de la herramienta de medición.** Creación de instrumentos específicos para medir los indicadores en un entorno clínico.

**Pilotaje.** Implementación preliminar de los indicadores en el contexto hospitalario para evaluar su viabilidad y efectividad.

**Redacción de resultados, discusión de los mismos y elaboración de conclusiones.** Análisis final de los datos recogidos durante el pilotaje, discusión de los hallazgos en relación con la literatura existente, y formulación de conclusiones basadas en los resultados del estudio.

	Mar 19- Jun 19	Jun 19- Abr 21	May 21- Dic 21	Ene 22- Ago 23	Sep 23- Abr 24	May 24- Sep 24	Sept 24- Feb 25
Fase 1: Diseño de la investigación							
Búsqueda y revisión bibliográfica							
-Revisión y sistematización de la evidencia							
Fase 2: Extracción y análisis de los datos							
Construcción de nuevos indicadores							
Fase 3: Pilotaje							
Redacción de resultados, discusión de los mismos, elaboración de conclusiones.							

## ANEXO 2. Estrategias de búsqueda

### ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE GPCs

<b>BASES DE DATOS Y METABUSCADORES</b>	<b>ESTRATEGIA DE BUSQUEDA</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b>/Medline</b>	((("Postpartum Period"[Mesh] OR "Postnatal Care"[Mesh]) AND "Guidelines as Topic"[Mesh] AND ((2010/1/1:2020/12/30[pdat]) AND (english[Filter] OR spanish[Filter]))) OR (("postpartum care"[tiab] OR "postnatal care"[tiab] OR "maternal care"[tiab] OR puerperium[tiab] OR postpartum[tiab]) AND guideline[tiab] AND ((english[Filter] OR spanish[Filter]) AND (2010:2021[pdat]))) OR (("Postpartum Period"[Mesh] OR "Postnatal Care"[Mesh]) AND "Guideline"[Publication Type] AND ((english[Filter] OR spanish[Filter]) AND (2010:2021[pdat]))) OR (("postpartum care"[tiab] OR "postnatal care"[tiab] OR "maternal care"[tiab] OR puerperium[tiab] OR postpartum[tiab]) AND "Practice Guideline"[Publication Type] AND ((english[Filter] OR spanish[Filter]) AND (2010:2021[pdat]))) Filters: English, Spanish, from 2010 - 2021	718
<b>CUIDENplus</b>	(([cla=puerperio] OR [cla=postparto]) AND [res=guía] OR (([res=puerperio OR postparto OR postnatal]) AND [res= guía])	47
<b>CINAHL</b>	(TI ( postpartum OR postnatal OR puerperium) AND TI guideline) OR (TI ( postpartum OR postnatal OR puerperium ) AND AB guideline)	357
<b>Cochrane</b>	#1 MeSH descriptor: [Postnatal Care] explode all trees #2 MeSH descriptor: [Postpartum Period] explode all trees #3 MeSH descriptor: [Guideline] explode all trees #4 ("postpartum"):ti,ab,kw (Word variations have been searched) #5 ("postnatal"):ti,ab,kw (Word variations have been searched) #6 ("puerperium"):ti,ab,kw (Word variations have been searched) #7 ("guideline"):ti,ab,kw (Word variations have been searched) #8 (#1 OR #2) AND #3 #9 (#1 OR #2) AND #7 #10 (#4 OR #5 OR #6) AND #7 #11 #9 OR #10 with Cochrane Library publication date Between Jan 2010 and Jan 2021	424 1686 0 10398 5202 1631 42070 0 61 640 569
<b>Biblioteca Virtual en Salud (BVS) –Lilacs • IBECs</b>	((mh:("Postpartum Period" OR "Postnatal Care")) AND mh:("Practice Guideline")) OR (ab:("postpartum care" OR "postnatal care" OR "maternal care" OR puerperium OR postpartum) AND ab:(guideline)) OR ((mh:("Postpartum Period" OR "Postnatal Care")) AND ab:(guideline))	17

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

<b>SUMARIOS DE EVIDENCIA EN SALUD</b>	<b>ESTRATEGIA DE BUSQUEDA</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b>UpToDate</b>	1. postpartum	3
<b>TripDatabase</b>	1. (title:postpartum)(title:care) 2. (title:puerperium) 3. (puerperium period)	10 11 122
<b>Epistemonikos</b>	(title:(title:(postpartum) OR abstract:(postpartum)) OR (title:(puerperium) OR abstract:(puerperium)) AND (title:(guidelines) OR abstract:(guidelines))) OR abstract:(title:(postpartum) OR abstract:(postpartum)) OR (title:(puerperium) OR abstract:(puerperium)) AND (title:(guidelines) OR abstract:(guidelines)))	21

ORGANISMOS  
COMPILADORES

	<b>TÉRMINO DE BUSQUEDA</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b>National Institute for Health and Care Excellence NICE</b>	Postpartum	14
	Postnatal	47
<b>Guía Salud</b>	Postparto Puerperio	2
<b>Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)</b>	Postpartum	1
	Postnatal	2
<b>New Zealand Guidelines Group (NZGG)</b>	Postpartum	8
	Postnatal	4
<b>Guidelines International Network (GIN)</b>	Postpartum	4
	postnatal	5

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE INDICADORES DE CALIDAD

BASES DE DATOS Y METABUSCADORES	ESTRATEGIA DE BUSQUEDA	RESULTADOS
<i>Pubmed/Medline</i>	<p>("Postpartum Period"[MeSH Terms] OR "Postnatal Care"[MeSH Terms]) AND "quality indicators, health care"[MeSH Terms])</p> <p>("postpartum care"[Title/Abstract] OR "postnatal care"[Title/Abstract] OR "maternal care"[Title/Abstract] OR "puerperium"[Title/Abstract] OR "postpartum"[Title/Abstract]) AND (((("qualities"[All Fields] OR "quality"[All Fields] OR "quality s"[All Fields]) AND "indicators and reagents"[MeSH Terms]) OR "quality indicators, health care"[MeSH Terms])</p>	<p>29</p> <p>130</p>
<i>CUIDENplus</i>	<p>(([cla=puerperio] OR [cla=postparto]) AND [res=indicador]) OR (([res= puerperio OR postparto OR postnatal]) AND [res= indicador])</p>	3
<i>CINAHL</i>	<p>(TI ( postpartum OR postnatal OR puerperium) AND TI indicators) OR (TI ( postpartum OR postnatal OR puerperium ) AND AB indicators)</p>	19
<i>Cochrane</i>	<p>#1 MeSH descriptor: [Postnatal Care] explode all trees</p> <p>#2 MeSH descriptor: [Postpartum Period] explode all trees</p> <p>#3 ("postpartum"):ti,ab,kw (Word variations have been searched)</p> <p>#4 ("postnatal"):ti,ab,kw (Word variations have been searched)</p> <p>#5 ("puerperium"):ti,ab,kw (Word variations have been searched)</p> <p>#6 MeSH descriptor: [Quality Indicators, Health Care] explode all trees</p> <p>#7 (#1 OR #2) AND #6</p> <p>#8 ("quality indicator"):ti,ab,kw (Word variations have been searched)</p> <p>#9 (#1 OR #2) AND #8</p> <p>#10 (#3 OR #4 OR #5) AND #8</p>	<p>427</p> <p>1698</p> <p>10538</p> <p>5272</p> <p>1652</p> <p>563</p> <p>3</p> <p>742</p> <p>1</p> <p>7</p>

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

	#11 #7 OR #9 OR #10 9	9
<b>Biblioteca Virtual en Salud (BVS) –Lilacs • IBECS</b>	(mh:"Postpartum Period" OR "Postnatal Care")) AND (tw:"Quality indicator"))	27

**SUMARIOS DE EVIDENCIA EN SALUD**

**ESTRATEGIA DE BUSQUEDA**

**RESULTADOS**

<b>UpToDate</b>	2. Indicators postpartum	1
<b>TripDatabase</b>	4. (title:postpartum)(title:indicators)	25
<b>Epistemonikos</b>	((title:(title:(postpartum) OR abstract:(postpartum)) OR (title:(puerperium) OR abstract:(puerperium)) AND (title:(indicators) OR abstract:(indicators)))	65

**ANEXO 3. Ficha técnica del indicador**

<b>BLOQUE</b>	
<b>ÁREA</b>	
<b>NOMBRE INDICADOR</b>	
<b>DESCRIPCIÓN</b>	
<b>RECOMENDACIÓN. Nivel de Evidencia/Fuerza de recomendación</b>	
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	
<b>CRITERIOS DE MEDICIÓN</b>	
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	
<b>FUENTES DE DATOS</b>	
<b>OBSERVACIONES ACLARACIONES</b>	
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	
<b>REF. BIBLIOGRÁFICAS</b>	

## Anexo 4

### PROPUESTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA I DE SALUD

924

**Solicitante: M<sup>a</sup> ÁNGELES GUILLÉN GARRIDO**

**DNI: 48421149P**

**Denominación del Trabajo: "CALIDAD EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DEL PUERPERIO HOSPITALARIO. ESTUDIO, DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE INDICADORES DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA PRESTACIÓN DE CUIDADOS EN LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD"**

**Tipo de trabajo (TFG, TFM, Tesis, etc.): TESIS DOCTORAL**

**Servicio de desarrollo: PARITORIO/MATERNIDAD**

**Tutor en el centro: JOSÉ ELISEO BLANCO CARNERO/M<sup>a</sup> ÁNGELES CASTAÑO MOLINA**

**Fecha de realización: 2024**

Analizada la solicitud y documentación presentada por el/la solicitante para la realización del trabajo de investigación arriba referido, reunida la **COMISIÓN PARA LA EVALUACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN DEL ÁREA I DE SALUD** se propone a la Dirección Gerencia del Área su **AUTORIZACIÓN**.

El/la solicitante deberá ajustarse a las Instrucciones aprobadas por la Dirección Gerencia del Área, debiendo remitir, una vez finalizado el mismo una copia del mismo a la Comisión para su archivo.

Fechado y firmado digitalmente al margen

El Presidente de la Comisión

Vº Bº El Director Gerente del Área I

José Manuel Rodríguez González

Amancio Marín Sánchez



## ANEXO 5. Cálculos de concordancias

### CALCULO DE LA CONCORDANCIA ENTRE EVALUADORES DE LAS GPCs

-> id_gpc = CNGOF						
Interrater agreement (weighted analysis)				Number of subjects = 23		
				Ratings per subject = 3		
				Number of rating categories = 7		
	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
Percent Agreement	0.9289	0.0135	68.65	0.000	0.9009	0.9570
Brennan and Prediger	0.7097	0.0553	12.84	0.000	0.5952	0.8243
Cohen/Conger's Kappa	0.7810	0.0563	13.86	0.000	0.6641	0.8978
Scott/Fleiss' Kappa	0.7799	0.0570	13.68	0.000	0.6617	0.8981
Gwet's AC	0.7443	0.0635	11.73	0.000	0.6127	0.8759
Krippendorff's Alpha	0.7831	0.0570	13.74	0.000	0.6649	0.9013

-> id_gpc = DPSSB						
Interrater agreement (weighted analysis)				Number of subjects = 23		
				Ratings per subject = 3		
				Number of rating categories = 7		
	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
Percent Agreement	0.9151	0.0144	63.49	0.000	0.8852	0.9450
Brennan and Prediger	0.6534	0.0589	11.10	0.000	0.5313	0.7754
Cohen/Conger's Kappa	0.7189	0.0645	11.14	0.000	0.5851	0.8527
Scott/Fleiss' Kappa	0.7163	0.0656	10.93	0.000	0.5804	0.8523
Gwet's AC	0.6971	0.0585	11.92	0.000	0.5758	0.8183
Krippendorff's Alpha	0.7205	0.0656	10.99	0.000	0.5845	0.8564

-> id_gpc = GTGFCAEP						
Interrater agreement (weighted analysis)				Number of subjects = 23		
				Ratings per subject = 3		
				Number of rating categories = 6		
	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
Percent Agreement	0.9575	0.0071	134.63	0.000	0.9427	0.9722
Brennan and Prediger	0.8360	0.0274	30.48	0.000	0.7791	0.8929
Cohen/Conger's Kappa	0.6369	0.1790	3.56	0.002	0.2656	1.0000
Scott/Fleiss' Kappa	0.6225	0.1969	3.16	0.005	0.2142	1.0000
Gwet's AC	0.9176	0.0193	47.61	0.000	0.8776	0.9576
Krippendorff's Alpha	0.6280	0.1969	3.19	0.004	0.2197	1.0000

Confidence intervals are clipped at the upper limit.

-> id_gpc = GTGFCLM						
Interrater agreement (weighted analysis)				Number of subjects = 23		
				Ratings per subject = 3		
				Number of rating categories = 5		
	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
Percent Agreement	0.8971	0.0245	36.58	0.000	0.8462	0.9480
Brennan and Prediger	0.6325	0.0876	7.22	0.000	0.4509	0.8141
Cohen/Conger's Kappa	0.3934	0.2464	1.60	0.125	-0.1177	0.9045
Scott/Fleiss' Kappa	0.3449	0.2918	1.18	0.250	-0.2602	0.9500
Gwet's AC	0.8128	0.0532	15.27	0.000	0.7024	0.9232
Krippendorff's Alpha	0.3544	0.2918	1.21	0.237	-0.2507	0.9595

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

Cohen/Conger's Kappa	0.0583	0.0507	1.15	0.263	-0.0469	0.1635
Scott/Fleiss' Kappa	-0.0672	0.0745	-0.90	0.377	-0.2217	0.0872
Gwet's AC	0.7766	0.0678	11.45	0.000	0.6360	0.9172
Krippendorff's Alpha	-0.0518	0.0745	-0.69	0.494	-0.2062	0.1027

-> id\_gpc = WHO

Interrater agreement (weighted analysis)      Number of subjects = 23  
 Ratings per subject = 3  
 Number of rating categories = 7

	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
Percent Agreement	0.9641	0.0077	124.50	0.000	0.9481 0.9802
Brennan and Frediger	0.8535	0.0316	26.99	0.000	0.7879 0.9190
Cohen/Conger's Kappa	0.7824	0.0911	8.58	0.000	0.5934 0.9714
Scott/Fleiss' Kappa	0.7803	0.0929	8.40	0.000	0.5877 0.9730
Gwet's AC	0.9143	0.0272	33.61	0.000	0.8579 0.9707
Krippendorff's Alpha	0.7835	0.0929	8.43	0.000	0.5908 0.9762

Interrater agreement (weighted analysis)      Number of subjects = 23  
 Ratings per subject = 3  
 Number of rating categories = 7

	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
Percent Agreement	0.9220	0.0119	77.56	0.000	0.8974 0.9467
Brennan and Frediger	0.6816	0.0485	14.04	0.000	0.5809 0.7822
Cohen/Conger's Kappa	0.7450	0.0650	11.46	0.000	0.6102 0.8799
Scott/Fleiss' Kappa	0.7418	0.0670	11.07	0.000	0.6028 0.8808
Gwet's AC	0.7452	0.0436	17.10	0.000	0.6549 0.8356
Krippendorff's Alpha	0.7455	0.0670	11.12	0.000	0.6065 0.8846

-> id\_gpc = NICE

Interrater agreement (weighted analysis)      Number of subjects = 23  
 Ratings per subject = 3  
 Number of rating categories = 4

	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
Percent Agreement	0.8357	0.0341	24.49	0.000	0.7650 0.9065
Brennan and Frediger	0.4744	0.1092	4.34	0.000	0.2479 0.7009
Cohen/Conger's Kappa	0.0114	0.0549	0.21	0.838	-0.1024 0.1252
Scott/Fleiss' Kappa	-0.0841	0.0874	-0.96	0.346	-0.2654 0.0972
Gwet's AC	0.6990	0.0827	8.46	0.000	0.5275 0.8704
Krippendorff's Alpha	-0.0684	0.0874	-0.78	0.442	-0.2497 0.1129

-> id\_gpc = RNAO

Interrater agreement (weighted analysis)      Number of subjects = 23  
 Ratings per subject = 3  
 Number of rating categories = 4

	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
Percent Agreement	0.8744	0.0313	27.95	0.000	0.8095 0.9393
Brennan and Frediger	0.5981	0.1001	5.97	0.000	0.3905 0.8057

CONCORDANCIAS ENTRE EVALUADORES Y KAPPAS DEL PILOTAJE DE LOS INDICADORES

INDICADOR 1.11			
	EVALUADOR 1		
EVALUADOR 2	CUMPLE	NO CUMPLE	
CUMPLE	17	3	20
NO CUMPLE	1	46	47
	18	49	67
	63		
Po	0,94029851	97%	
Pc1	0,29850746	Pe	0,59322789
Pc2	0,26865672		
producto c	0,08019603		
Pi1	0,70149254		
Pi2	0,73134328		
producto i	0,51303186		
Po-Pe	0,34707062	Kappa	0,85323111
1-Pe	0,40677211		

INDICADOR 1.20			
	EVALUADOR 1		
EVALUADOR 2	CUMPLE	NO CUMPLE	
CUMPLE	63	2	65
NO CUMPLE	0	2	2
	63	4	67
coincidencia	65		
Po	0,97014925	97%	
Pc1	0,97014925	Pe	0,91401203
Pc2	0,94029851		
producto c	0,9122299		
Pi1	0,02985075		
Pi2	0,05970149		
producto i	0,00178213		
Po-Pe	0,05613722	Kappa	0,65284974
1-Pe	0,08598797		

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

INDICADOR 1.22			
EVALUADOR 1			
EVALUADOR	CUMPLE	NO CUMPLE	
CUMPLE	40	1	41
NO CUMPLE	2	24	26
	42	25	67
coincidencia	64		
Po	0,95522388	95%	
Pc1	0,6119403	Pe	0,52840276
Pc2	0,62686567		
producto c	0,38360437		
Pi1	0,3880597		
Pi2	0,37313433		
producto i	0,1447984		
Po-Pe	0,42682112	Kappa	0,90505432
1-Pe	0,47159724		

INDICADOR 4.36			
EVALUADOR 1			
EVALUADOR	CUMPLE	NO CUMPLE	
CUMPLE	66	0	66
NO CUMPLE	0	1	1
	66	1	67
coincidencia	67		
Po	1	100%	
Pc1	0,98507463	Pe	0,97059479
Pc2	0,98507463		
producto c	0,97037202		
Pi1	0,01492537		
Pi2	0,01492537		
producto i	0,00022277		
Po-Pe	0,02940521	Kappa	1
1-Pe	0,02940521		

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

INDICADOR 4.38			
EVALUADOR 1			
EVALUADOR	CUMPLE	NO CUMPLE	
CUMPLE	66	0	66
NO CUMPLE	0	1	1
	66	1	67
coincidencia	67		
Po	1	100%	
Pc1	0,98507463	Pe	0,97059479
Pc2	0,98507463		
producto c	0,97037202		
Pi1	0,01492537		
Pi2	0,01492537		
producto i	0,00022277		
Po-Pe	0,02940521	Kappa	1
1-Pe	0,02940521		

INDICADOR 4.39			
EVALUADOR 1			
EVALUADOR	CUMPLE	NO CUMPLE	
CUMPLE	47	6	53
NO CUMPLE	3	11	14
	50	17	67
coincidencia	58		
Po	0,86567164	86%	
Pc1	0,79104478	Pe	0,64335041
Pc2	0,74626866		
producto c	0,59033192		
Pi1	0,20895522		
Pi2	0,25373134		
producto i	0,05301849		
Po-Pe	0,22232123	Kappa	0,6233604
1-Pe	0,35664959		

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

INDICADOR 4.40			
	EVALUADOR 1		
EVALUADOR	CUMPLE	NO CUMPLE	
CUMPLE	54	0	54
NO CUMPLE	9	4	13
	63	4	67
coincidencia	58		
Po	0,86567164	80%	
Pc1	0,80597015	Pe	0,7694364
Pc2	0,94029851		
producto c	0,75785253		
Pi1	0,19402985		
Pi2	0,05970149		
producto i	0,01158387		
Po-Pe	0,09623524	Kappa	0,4173913
1-Pe	0,2305636		

INDICADOR 4.41			
	EVALUADOR 1		
EVALUADOR 2	CUMPLE	NO CUMPLE	
CUMPLE	11	3	14
NO CUMPLE	5	48	53
	16	51	67
coincidencia	59		
Po	0,88059701	98%	
Pc1	0,20895522	Pe	0,65203832
Pc2	0,23880597		
producto c	0,04989975		
Pi1	0,79104478		
Pi2	0,76119403		
producto i	0,60213856		
Po-Pe	0,2285587	Kappa	0,65685019
1-Pe	0,34796168		
para el muestreo:	rn=254; muestra 67; i=4		

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

INDICADOR 4.42			
EVALUADOR 1			
EVALUADOR	CUMPLE	NO CUMPLE	
CUMPLE	57	1	58
NO CUMPLE	0	9	9
	57	10	67
coincidencia	66		
Po	0,98507463	98%	
Pc1	0,86567164	Pe	0,75651593
Pc2	0,85074627		
producto c	0,73646692		
Pi1	0,13432836		
Pi2	0,14925373		
producto i	0,02004901		
Po-Pe	0,2285587	Kappa	0,93870082
1-Pe	0,24348407		

INDICADOR 5.49			
EVALUADOR 1			
EVALUADOR	CUMPLE	NO CUMPLE	
CUMPLE	53	2	55
NO CUMPLE	2	10	12
	55	12	67
coincidencia	63		
Po	0,94029851	94%	
Pc1	0,82089552	Pe	0,70594787
Pc2	0,82089552		
producto c	0,67386946		
Pi1	0,17910448		
Pi2	0,17910448		
producto i	0,03207841		
Po-Pe	0,23435063	Kappa	0,7969697
1-Pe	0,29405213		

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

INDICADOR 5.50			
	EVALUADOR 1		
EVALUADOR	CUMPLE	NO CUMPLE	
CUMPLE	40	2	42
NO CUMPLE	2	23	25
	42	25	67
coincidencia	63		
Po	0,94029851	94%	
Pc1	0,62686567	Pe	0,5321898
Pc2	0,62686567		
producto c	0,39296057		
Pi1	0,37313433		
Pi2	0,37313433		
producto i	0,13922923		
Po-Pe	0,40810871	Kappa	0,87238095
1-Pe	0,4678102		

INDICADOR 5.57			
	EVALUADOR 1		
EVALUADOR 2	CUMPLE	NO CUMPLE	
CUMPLE	16	2	18
NO CUMPLE	0	4	4
	16	6	22
		+	
coincidencia	20		
Po	0,90909091	98%	
Pc1	0,81818182	Pe	0,6446281
Pc2	0,72727273		
producto c	0,59504132		
Pi1	0,18181818		
Pi2	0,27272727		
producto i	0,04958678		
Po-Pe	0,26446281	Kappa	0,74418605
1-Pe	0,3553719		

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

INDICADOR 0.69			
		EVALUADOR 1	
EVALUADOR 2	CUMPLE	NO CUMPLE	
CUMPLE	16	3	19
NO CUMPLE	5	43	48
	21	46	67
coincidencia	59		
Po	0,88059701	88%	
Pc1	0,28358209	Pe	0,58075295
Pc2	0,31343284		
producto c	0,08888394		
Pi1	0,71641791		
Pi2	0,68656716		
producto i	0,49186901		
Po-Pe	0,29984406	Kappa	0,7151966
1-Pe	0,41924705		

**ANEXO 6. Recomendaciones originales. NE y FR**

**Guía de cuidado de enfermería a la mujer en el periodo posparto. Enfermería basada en la evidencia.**

Salud materna	Salud mental materna	Salud infantil	Lactancia
El profesional de enfermería vigila a la mujer en periodo de posparto inmediato y mediato, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: 1. signos vitales maternos, 2. globo de seguridad de Pinard y 3. sangrado genital. (R:A) 1+ GR A	El profesional de enfermería debe identificar los signos y síntomas de depresión posparto a través de la aplicación de la escala de depresión posnatal Edinburgh (EPDS) brindando apoyo posparto intensivo y la remisión adecuada para disminuir el sufrimiento de la madre y el hijo, así como los índices de suicidio y filicidio. (R:A) 2++ GR B	El profesional de enfermería evalúa criterios para el alta del recién nacido y la madre en periodo de posparto (R:A) 2++ GR B	<ul style="list-style-type: none"> <li>El profesional de enfermería enseña a todas las madres antes de salir de la institución la técnica de extracción manual de la leche y su conservación. Es necesario tener en cuenta la estrategia de los diez pasos para una lactancia materna feliz. (R:A) 1+ GR A</li> </ul>
El profesional de enfermería evalúa criterios para el alta del recién nacido y la madre en periodo de posparto (R:A) 2++ GR B	El profesional de enfermería, en caso de madres con recién nacidos prematuros y/o de bajo peso al nacer (2.500 g), remiten al programa 'Madre Canguro'. (R:A) 2++GR B	El profesional de enfermería educa a la madre y a la familia sobre los cuidados del recién nacido. En caso de un recién nacido prematuro o de bajo peso al nacer, se debe remitir a la enfermera del programa 'Madre Canguro'. (R:A) 2++ GR B	El profesional de enfermería debe tener programas que aseguren el apoyo a la mujer durante la lactancia. En el puerperio inmediato, es necesario reforzar cuantas veces se requiera y responder a los problemas que se presenten durante la lactancia. (R:A) 1+ GR A
El profesional de enfermería utiliza y promueve el lavado de manos en el equipo de salud como una de las estrategias en la disminución de la infección puerperal.(R:B) 2++ GR B		<ul style="list-style-type: none"> <li>El profesional de enfermería debe ser muy sensible en el cuidado al recién nacido y debe estar en capacidad de responder a la demanda de apoyo y comprensión materna. (R:A) 2++ GR B</li> </ul>	El profesional de enfermería debe usar la escala de LATCH para valorar la lactancia materna en el periodo del posparto. (R:A) 2+ GR C
Se recomienda usar las interrelaciones NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), las intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification) y los resultados NOC (Nursing Outcomes Classification) aplicadas al cuidado de la mujer con hemorragia posparto. (R:A) 1+ GR A		El profesional de enfermería debe favorecer la participación de los padres en el cuidado de los recién nacidos con malformaciones y comprender la reacción de la familia frente al niño con disformismo. (R:B) 2+ GR Cc	
El profesional de enfermería debe estar entrenado en las funciones frente a la activación y manejo del código rojo en una hemorragia posparto. La intervención en código rojo tiene éxito si se trabaja en equipo de manera oportuna y eficaz. (R:A)1++ GR A			
El profesional de enfermería aconseja, prescribe y suministra el método de planificación familiar elegido, de acuerdo con lo establecido en la Guía de atención para planificación familiar en hombres y mujeres, del Ministerio de la Protección Social. (R:A)2++ GR B			

Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna.

Salud materna	Salud mental materna	Salud infantil	Lactancia
Se sugiere la realización de masajes en el pecho antes o durante la extracción, la utilización de técnicas de relajación, así como la aplicación de calor en el pecho, independientemente del método de extracción considerado, para conseguir aumentar el volumen de leche extraída. (R:débil) 3 GR D		Se sugiere el colecho en la maternidad como una práctica que favorece el buen inicio de la lactancia materna, siempre y cuando se mantengan las condiciones de un colecho seguro. (R: débil) 3 GR D	Se sugiere utilizar la postura de afianzamiento espontáneo, también denominada “postura de crianza biológica®” (madre semi-reclinada, recién nacido colocado en prono sobre su cuerpo) que facilita que se pongan en marcha conductas instintivas en la madre y el recién nacido y favorece el agarre espontáneo al pecho materno, especialmente durante los primeros días y si se presentan dificultades con la lactancia. (R: débil) 3 GR D
Se sugiere que antes de la toma, la madre con ingurgitación mamaria se dé una ducha caliente o se aplique compresas calientes, se masajee el pecho y realice una extracción manual que facilite la salida de la leche y el agarre del niño al pecho. (Débil) 2+ GR C		Se recomienda informar a las madres y familias del peligro que supone para la seguridad del lactante: • Quedarse dormido con el lactante en brazos en un sofá o en una silla, por el riesgo de sofocación o caídas durante el sueño del adulto. • Que duerman en la misma cama que el lactante otros hermanos, personas que no son su madre o su padre y animales domésticos. • Que el lactante permanezca sólo en la cama de un adulto, en un sofá o en un sillón. (R: fuerte)2++ GR B	Se sugiere que las madres de recién nacidos que no hayan comenzado a succionar de forma eficaz o hayan sido separadas de sus hijos, se extraigan el calostro precozmente. (R: débil) 3 GR D
Se recomienda aumentar la frecuencia de las tomas. Se recomienda, si no hay alergia o contraindicaciones, tomar ibuprofeno para mitigar la inflamación y el dolor producido por la ingurgitación mamaria, o en su defecto paracetamol. (R: fuerte)1+ GR A		Se sugiere evitar siempre que sea posible el uso del chupete durante el primer mes para facilitar el buen inicio de la lactancia materna. (R: débil)3 GR D	Se sugiere la extracción manual del calostro porque optimiza la cantidad extraída. En el caso de que la madre no se sienta a gusto utilizando la técnica manual, se le debería ofrecer un extractor de leche. (R: débil) 3 GR D
No se recomienda la realización de ejercicios de Hoffman ni el uso de escudos de pezón prenatales para favorecer el éxito de la lactancia materna en mujeres que presentan pezones invertidos. (R: fuerte) 1+ GR A		No se recomienda la administración rutinaria de suplementos. (R: fuerte) 2++ GR B	Se recomienda evitar la administración de suplementos si no existe indicación médica que lo justifique. (R: fuerte) 2++ GR B
Se sugiere extraer el pezón invertido mediante el uso de una jeringa. El método consiste en cortar el extremo donde está el conector a la aguja, sacar el émbolo de la jeringa e introducirlo por el extremo cortado. Posteriormente la madre coloca su pezón en el extremo libre de la jeringa y traccionando del embolo, mantiene la presión hacia afuera durante 20 segundos a un minuto evitando provocar dolor intenso. (R: débil) 3 GR D		Hasta conseguir una toma eficaz se recomienda que la madre se extraiga calostro para estimular y mantener la producción de la leche y se la ofrezca al recién nacido con vasito, cucharita o jeringa. (R: fuerte) 2++ GR B	En caso de existir una indicación médica para la suplementación, se recomienda el uso de leche materna extraída como primera opción. (R: fuerte) 2++ GR B
Se sugiere mantener la lactancia materna y el vaciado adecuado del pecho mediante extracción de la leche restante tras las tomas como tratamiento inicial			Se sugieren las fórmulas de inicio como suplemento de elección cuando no se disponga de leche materna extraída en niños sanos y sin

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

durante 24 horas para el manejo de las mastitis agudas con síntomas leves. Transcurridas esas horas se debe valorar la evolución del cuadro. (R: débil) 3 GR D			historia familiar de atopía. (R: débil) 3 GR D
			Se recomienda que todas las maternidades implementen un programa estructurado, con evaluación externa, que promueva y apoye la lactancia materna, utilizando la iniciativa IHAN como mínimo estándar. (R: fuerte)1+ GR A

Atención del trabajo de parto, parto y postparto inmediato. Guía de Práctica Clínica. Ministerio de Salud Pública.

Salud materna	Salud mental materna	Salud infantil	Lactancia
		Se recomienda la realización de la profilaxis oftálmica en la atención rutinaria al RN (R: B) 2+ GR A	
		Se recomienda administrar la vitamina K en dosis única por vía IM (1 mg) ya que este es el método de administración que presenta mejores resultados clínicos para prevenir el síndrome de hemorragia por déficit de vitamina K (R:A) 1+ GR A	

Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio

Salud materna	Salud mental materna	Salud infantil	Lactancia
Se recomienda que durante el puerperio hospitalario la atención y cuidados a las madres y sus bebés sean coordinados y prestados por una matrona, identificando a aquellos casos que puedan requerir cuidados adicionales o atención especializada. (1+ R: a)	Se sugiere que en las diferentes visitas con la mujer tras el parto se le realicen las siguientes preguntas para identificar la posibilidad de una depresión posparto: "Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?" "Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionarían placer?" (2+ R:c)	Se recomienda realizar una sola exploración física del recién nacido/a en las primeras 24 horas de vida a su nacimiento con la finalidad de identificar complicaciones que puedan requerir de cuidados especializados. (1+R: a)	Se recomienda ofrecer a todas las mujeres embarazadas información y apoyo para la instauración de la lactancia materna. (1+R: a)
Se sugiere ofrecer el alta hospitalaria antes de las 48 horas a aquellas mujeres cuyos bebés hayan nacido a término y sin complicaciones, siempre que se pueda garantizar un adecuado seguimiento. (3 R:d)		Se recomienda la limpieza del cordón umbilical con agua y jabón, secado posterior y cobertura con gasas limpias que deben cambiarse frecuentemente, y el cambio del pañal tras deposiciones o micciones del bebé, con la finalidad de mantener el cordón seco y limpio. Este cuidado del cordón umbilical se debe realizar hasta su caída siguiendo las medidas de asepsia e higiene de lavado de manos. Se recomienda iniciar estos cuidados exclusivamente en el momento que acabe el contacto entre la madre y su recién nacido/a. (1+R:a)	Se recomienda ofrecer de manera activa a todas las madres un apoyo dirigido a poder mantener la duración y exclusividad de la lactancia materna de manera prolongada. En caso de ofrecer este apoyo es preferible que se ofrezca de manera individualizada siguiendo los 10 pasos recomendados por la IHAN. (1+R: a)

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

		Se recomienda que tras el nacimiento se administre a los bebés una dosis intramuscular de vitamina K de 1 mg para prevenir un episodio hemorrágico provocado por el déficit de esta vitamina. (1+R: a)	Se sugiere informar a las madres de la disponibilidad de materiales y actividades educativas para promocionar la lactancia materna. (3R: d)
Se recomienda garantizar la continuidad de cuidados de las mujeres y sus bebés tras el alta hospitalaria, mediante un modelo asistencial en el que la matrona coordine la actuación de los diferentes profesionales que intervienen en la atención a las madres, recién nacidos y sus familias. ((2++ R:B))		Se recomienda la administración de un antibiótico tópico en el recién nacido/a tras el parto para reducir el riesgo de conjuntivitis neonatal. (1+ R: A)	Se sugiere fomentar que las mujeres inicien la lactancia materna tan pronto como les sea posible para prevenir complicaciones como la ingurgitación mamaria o el dolor y lesiones en el pezón. (2+R: C)
Se sugiere la administración de paracetamol vía oral (una dosis de 500 a 1.000 mg cada 8 a 12 horas) en caso de dolor perineal después del parto. Se sugiere considerar la analgesia rectal con diclofenaco en caso de dolor perineal durante las primeras 48 horas después del parto. Se sugiere no tratar el dolor perineal después del parto con anestésicos de aplicación tópica. Se sugiere utilizar el tratamiento con frío localizado (compresa de hielo y compresas de gel frías) como segunda línea de tratamiento para el dolor perineal después del parto. (2+ R:C)		En madres con recién nacidos sanos, se sugiere que, durante las noches de estancia hospitalaria en el posparto, el recién nacido duerma en una cuna adosada (tipo sidecar) a la cama de la madre. (2+R:C)	Se sugiere recomendar que las mujeres con ingurgitación mamaria amamenten a sus bebés de manera frecuente y continuada, con la posibilidad de realizarse masajes en el pecho y estimularlo para expulsar la leche manualmente. (2+R:C)
Se recomienda ofrecer consejo a aquellas mujeres con estreñimiento durante el puerperio para que refuercen la ingesta de fibras naturales y líquidos en su dieta. Se recomienda la administración de un laxante estimulante de la motilidad intestinal u osmótico en aquellas mujeres en las que persiste el estreñimiento a pesar de haber aumentado la ingesta de fibras naturales y líquidos. (2++R: B)		Se sugiere recomendar la participación en actividades educativas tras el parto, dirigidas específicamente a la formación de las madres y padres sobre aspectos relacionados con la salud, desarrollo y relación con sus bebés. (2+ R:C)	Se sugiere ofrecer actividades formativas sobre la postura de la madre y el bebé durante el amamantamiento, los signos de agarre adecuado y los signos de transferencia eficaz de la leche. (3R:D)
En mujeres que desean planificar sus futuros embarazos y que no mantienen lactancia materna exclusiva se recomienda informar sobre la necesidad de anticoncepción y la introducción del método que mejor se adapte a su situación, a partir de los 21 días tras el parto. (2+ R:C)			Se sugiere el uso de compresas de agua tibia tras el amamantamiento en aquellas madres que amamenten con dolor o lesiones en los pezones. (2+R: C)

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

Postnatal care: Routine postnatal care of women and their babies. Postnatal care up to 8 weeks after birth.

Salud materna	Salud mental materna	Salud infantil	Lactancia
Los profesionales de la salud deben utilizar registros de los planes de cuidados postnatales para promover la comunicación con las mujeres (2+R:C)	No se recomienda el uso formal de un cuestionario sobre la experiencia del parto (1+R:A)	Se debe alentar a las mujeres a desarrollar redes sociales, ya que promueve la interacción positiva entre la madre y el bebé (2++R:B)	El apoyo a la lactancia materna debe estar disponible independientemente de la ubicación de la prestación de cuidados (1+R:A)
En ausencia de pérdida sanguínea vaginal anormal, la evaluación del útero por palpación abdominal como rutina de observación es innecesario (2++R:B)	Se debe ofrecer información y tranquilidad a las mujeres sobre patrones normales de cambios emocionales en el período posnatal y que éstos generalmente se resuelven dentro de los 10 a 14 días posteriores al parto (2++R:B)	Se debe informar a los padres cómo mantener limpio el cordón umbilical, seco y que no se deben utilizar antisépticos. (1+R:A)	Todo profesional de atención a la maternidad debe implementar un programa estructurado y evaluado externamente que fomente la lactancia materna mediante la <i>Baby Friendly Initiative</i> como estándar mínimo (1+R:A)
No se recomienda el uso rutinario del signo de Homan como herramienta para la evaluación de tromboembolismo. (2+R:C)		Todos los padres se les debe ofrecer profilaxis con vitamina K para sus bebés. La vitamina K debe administrarse como dosis única de 1mg por vía intramuscular como el más rentable clínicamente y efectivo método de administración (1+R:A)	La atención postnatal en el hospital debe facilitar un entorno propicio para la lactancia materna, eso incluye infraestructura para el alojamiento conjunto 24 horas y contacto piel con piel siempre que sea posible (1+R:A)
La terapia de frío local se aconseja como método eficaz para el alivio del dolor perineal.(1+R:A)		Los padres deben recibir información sobre el SMSL y el colecho seguro (2++R:B)	No se debe administrar leche de fórmula a los bebés amamantados en el hospital a menos que esté médicamente indicado. (2++R:B)
Si se requiere analgesia oral, se debe utilizar paracetamol en primera instancia a menos que esté contraindicado (1+R:A)			No se recomienda materiales escritos sobre lactancia materna como intervención independiente (1+R:A)
Las mujeres que han recibido anestesia epidural o espinal se les debe aconsejar que informen sobre cualquier dolor de cabeza severo, particularmente si ocurre sentado o de pie. (2+R:C)			Se debe fomentar la frecuencia y duración de la lactancia materna sin restricciones. (1+R:A)
Se puede recomendar un laxante suave si las medidas dietéticas no son eficaces (1+R:A)			Las mujeres deben recibir información sobre grupos locales de apoyo a la lactancia (2+R:C)
Se debe ofrecer información a las mujeres sobre el proceso fisiológico de recuperación después del nacimiento y que algunos problemas de salud son comunes (2+R:C)			Si la mujer percibe una insuficiencia de leche, debe evaluarse la técnica y la salud de su bebé. Se debe ofrecer tranquilidad y ayudar a la mujer a ganar confianza en su capacidad para producir suficiente leche para su bebé (2+R:C)
Se debe advertir a las mujeres que informen inmediatamente a un profesional sanitario: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Signos y síntomas de enfermedades potencialmente mortales.</li> <li>• Si no ha orinado dentro de las 6 horas posteriores al nacimiento. 2+(R:C)</li> </ul>			Si es necesario la administración de leche suplementaria, se debe administrar leche materna extraída con una taza o botella (2++R: B) No se recomienda la suplementación con otro tipo de leche además de la leche materna.(2+R:C)
Se debe ofrecer información y tranquilidad a las mujeres sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida involuntaria de un pequeño volumen de</li> </ul>			La congestión mamaria debe tratarse con:

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

<p>orina, se experimenta comúnmente después del parto. (R:C)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Importancia de una dieta adecuada, incluidos alimentos ricos en fibra, y</li> <li>• ingesta de agua (1+R:A)</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• lactancia materna ilimitada frecuente, incluida la lactancia materna prolongada del pecho afectado</li> <li>• masaje de pecho y, si es necesario, extracción manual de leche.</li> <li>• analgesia (1+R:A)</li> </ul>
			<p>Se debe advertir a las mujeres que notifiquen cualquier signo y síntoma de mastitis, incluyendo síntomas parecidos a la gripe, pechos rojos, sensibles y dolorosos 2+(R:C)</p>

Postpartum practice: guidelines for clinical practice from the French

Salud materna	Salud mental materna	Salud infantil	Lactancia
<p>Tras una cesárea, el uso combinado de varios analgésicos de nivel 1, según principios de la analgesia multimodal, proporciona una base terapéutica eficaz (NE: 2++ R: B)</p>		<p>Se deben ofrecer exámenes de detección de sordera neonatal de forma rutinaria antes del alta (2+ R: C)</p>	<p>Recomendaciones destinadas a aumentar la tasa de iniciación de la lactancia y su duración incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• profesionales de la salud deben apoyar a las madres en este proyecto (1+ R: A).</li> <li>• Los mensajes deben promover la lactancia materna a demanda, sin intervalos regulares entre tomas (2++ R:B)</li> </ul>
<p>Reanudación de la micción antes de 6 h (2+ R: C)</p>			<p>La seropositividad materna para hepatitis B no es en sí misma una contraindicación para la lactancia materna siempre que el niño reciba inmunoprofilaxis y serovacunación (2+ R:C). La infección por hepatitis C no es una contraindicación para la lactancia, siempre que su carga viral sea baja o indetectable (2+ R:C)</p>
<p>Debe proporcionarse asesoramiento anticonceptivo después del parto, para prevenir embarazos no deseados o poco espaciados y riesgos obstétricos y neonatales asociados a ellos (2+ R: C).</p>			
<p>Después de un parto vaginal, seguimiento de los siguientes signos e indicadores maternos: presión arterial, frecuencia cardíaca, sangrado, involución uterina, dolor pélvico, micción espontánea, temperatura, función intestinal normal, y ausencia de signos de flebitis. (NE:2+ GR: C)</p>			

Calidad Asistencial en el Puerperio Hospitalario. Identificación, desarrollo y validación de Indicadores de Buenas Prácticas para la prestación de cuidados en las Unidades de Maternidad.

WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn

Salud materna	Salud mental materna	Salud infantil	Lactancia
Después de un parto vaginal sin complicaciones en un centro de salud, las madres sanas y los recién nacidos deben recibir atención en el centro durante al menos 24 horas después del nacimiento (2+R:C)	Se recomienda el apoyo psicosocial de una persona capacitada para la prevención de depresión posparto entre mujeres con alto riesgo de desarrollar esta afección. (3 R: D)	Se recomienda el cuidado del cordón limpio y seco para los recién nacidos que nacen en centros de salud y en hogar en entornos de baja mortalidad neonatal. (2++R:B)	Todos los bebés deben ser amamantados exclusivamente desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad. Las madres deben recibir asesoramiento y apoyo para la lactancia materna exclusiva (1+ R:A)
	Los profesionales de la salud deben brindar a las mujeres la oportunidad de hablar sobre su experiencia de parto durante su estancia en el hospital. (3 R:D)	Los siguientes signos deben evaluarse durante cada contacto de atención posnatal y el recién nacido debe ser derivado para una evaluación adicional si presenta alguno de los signos: deja de alimentarse, antecedentes de convulsiones, respiración rápida (frecuencia respiratoria $\geq 60$ por minuto), retracción severa del pecho, ausencia de movimientos espontáneos, fiebre (temperatura $\geq 37,5$ ° C), temperatura corporal baja (temperatura $< 35,5$ ° C), cualquier ictericia en las primeras 24 horas de vida, o palmas y plantas amarillas a cualquier edad. Se debe alentar a la familia a buscar atención médica temprano si identifican alguna de las señales de peligro entre las visitas de atención posnatal. (2+ R:C)	

RNAO

Valorar el proceso de lactancia mediante herramientas validadas y fiables en el curso del embarazo y en momentos clave de la lactogénesis, incluyendo: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Durante la Etapa I (es decir, en las primeras 24 horas posparto y antes del alta de la maternidad) para fomentar el inicio de la lactancia materna.</li> <li>2. Durante la transición de la Etapa I a la Etapa II (es decir, de dos a ocho días posparto) para lograr un aumento significativo del volumen de leche materna.</li> <li>3. Durante la Etapa II y la Etapa III (es decir, a partir del noveno día posparto), para lograr que se mantenga la producción de leche mientras continúe la lactancia materna.</li> </ol>	IV
Enseñar cómo se realiza la extracción manual a todas las personas lactantes antes del alta de la maternidad	la, lb
Implantar intervenciones individualizadas de autoeficacia en la lactancia materna durante todo el periodo perinatal para mejorar la confianza en la lactancia, como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoramiento individualizado antes del alta de la maternidad</li> <li>• Seguimiento tras el alta.</li> </ul>	la, lb
Facilitar la toma de decisiones informada respecto al uso del chupete	la
Ofrecer formación continuada sobre lactancia materna a las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares que incorpore conocimientos teóricos y habilidades prácticas.	la
Considerar la posibilidad de integrar a los asesores de lactancia en la asistencia a la diada lactante durante todo el periodo perinatal en los servicios sanitarios y las comunidades locales	la
Implantar de forma habitual las disposiciones de la Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia (IHAN) y del "Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna" de la Organización Mundial de la Salud en el entorno sanitario. Optar a la designación de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia, cuando proceda.	la

## ANEXO 7. Cuestionarios primera y segunda ronda Delphi

# Encuesta Delphi 1: Identificación de recomendaciones para la construcción de indicadores

The survey will take approximately 30 minutes to complete.

En primer lugar, quiero agradecer que dedique su tiempo en colaborar para este estudio y cumplimentar el cuestionario adjunto.

El objetivo principal de este trabajo es el desarrollo de un set de indicadores de buenas prácticas para medir la calidad en la prestación de cuidados en el puerperio hospitalario. Estos indicadores se construirán a partir de recomendaciones sustentadas en evidencia científica con niveles de evidencia y grados de recomendación que han sido extraídas tras una revisión sistemática de Guías de Práctica Clínica.

Con la finalidad de determinar aquellas recomendaciones que deben ser prioritarias para su incorporación a los procesos de evaluación y mejora de la calidad en la práctica asistencial de los servicios de maternidad, utilizaremos el método Delphi que está basado en la opinión de diferentes profesionales mediante varias rondas de cuestionarios, por ello le invitamos a participar en las siguientes versiones.

El formulario es de carácter confidencial y anónimo al objeto de la investigación. Comprende un resumen de todas las recomendaciones extraídas de Guías de Práctica Clínica, agrupadas en cinco bloques (cuidados posparto; prevención de la hemorragia obstétrica; protección contra las infecciones; cuidados del recién nacido y lactancia materna). Se debe puntuar cada una de ellas atendiendo a tres aspectos relativos a las siguientes dimensiones:

- Relevancia: importancia de la recomendación en el marco de los cuidados
- Pertinencia: su utilidad y adecuación en la práctica clínica
- Claridad: facilidad para llevar a cabo su medición

Se ofrece una escala Likert para cada criterio, donde se debe asignar una calificación entre 1 y 5, pudiendo dar la misma puntuación a varias recomendaciones.

## 8. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesta que ha sido informado/a sobre los beneficios que podría suponer su colaboración como "experto" para cubrir los objetivos del Proyecto de Investigación con título "**CALIDAD EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DEL PUERPERIO HOSPITALARIO. ESTUDIO, DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE INDICADORES DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA PRESTACIÓN DE CUIDADOS EN LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD**".

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido y con las garantías de la Ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos y de que serán utilizados únicamente para la finalidad de este proyecto.

Tomando en consideración toda la información de que dispongo, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para participar en este proyecto como "experto" y que mis opiniones queden reflejadas y sean utilizadas para cubrir los objetivos especificados en dicho proyecto.

1. Nombre y apellidos

2. Consentimiento y Política de privacidad \*

<https://support.microsoft.com/es-es/office/seguridad-y-privacidad-en-microsoft-forms-7e57f9ba-4aeb-4b1b-9e21-b75318532cd9>

Doy mi consentimiento

Acepto la [política](#) de privacidad

3. ME COMPROMETO a no compartir, reproducir ni divulgar su texto por ningún medio, sistema o formato, ni total ni parcialmente, en lo referente a su estructura y contenido, y a no hacer uso de esta consulta, según obligan las disposiciones vigentes, sobre los derechos de Propiedad Intelectual del autor \*

Compromiso de confidencialidad

4. FECHA

## 9.VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS

5. Sexo \*

Mujer  Hombre

Otras

6. Año de nacimiento \*

El valor debe ser un número.

7. Categoría profesional \*

Diplomado sanitario no especialista-enfermería

Diplomado sanitario especialista-matrona

Otras

8. Área donde se desarrolla su actividad profesional \*

Asistencial

Supervisión/gestión  Otras

9. Tipo de Institución \*

Centro de salud

Hospital

Otras

10. Correo electrónico \*

Se utilizará para retroalimentación de la información

## RECOMENDACIONES

A continuación, se presenta una lista de recomendaciones recopiladas de distintas Guías de Práctica Clínica respaldadas por evidencia científica. ¿Cuál es la importancia que usted le da a cada recomendación teniendo en cuenta los criterios de relevancia; utilidad en la práctica clínica y facilidad para su medición?

Expresar su opinión en una escala de (1) a (5).

**10. BLOQUE 1**

**11. CUIDADOS POSPARTO**

**11. Después de un parto vaginal, seguimiento de los siguientes signos e indicadores maternos: presión arterial, frecuencia cardiaca, sangrado, involución uterina, dolor pélvico, micción espontánea, temperatura, función intestinal normal, y ausencia de signos de flebitis \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

12. **Coordinación y prestación de cuidados a las madres y recién nacidos por una matrona**

\*

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p><b>Relevancia</b> 1: importancia nula                      2: escasa importancia                      3: importancia media                      4: muy importante                      5: importancia prioritaria</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo                      3: ni de acuerdo ni en desacuerdo                      4: de acuerdo                      5: totalmente de acuerdo</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Facilidad en la medición</b>                      1: muy difícil                      2: difícil                      3: regular                      4: fácil                      5: muy fácil</p>	<input type="radio"/>				

13. **Utilizar registros de planes de cuidados postnatales para promover la comunicación con las mujeres \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p><b>Relevancia</b> 1: importancia nula                      2: escasa importancia                      3: importancia media                      4: muy importante                      5: importancia prioritaria</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo                      3: ni de acuerdo ni en desacuerdo                      4: de acuerdo                      5: totalmente de acuerdo</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Facilidad en la medición</b>                      1: muy difícil                      2: difícil                      3: regular                      4: fácil                      5: muy fácil</p>	<input type="radio"/>				

**14. Aconsejar a mujeres que han recibido anestesia epidural o espinal que informen de cefalea intensa. \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

**15. Reanudación de la micción espontánea antes de 6 h posparto \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

**16. Profesional de enfermería evalúa los criterios para el alta del recién nacido y madre en el periodo posparto \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

**17. Garantizar la continuidad de cuidados tras alta hospitalaria. \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

18. **Ofrecer alta hospitalaria antes de 48 horas en nacimientos sin complicaciones.** \*

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p><b>Relevancia</b> 1: importancia nula                      2: escasa importancia                      3: importancia media                      4: muy importante                      5: importancia prioritaria</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo                      3: ni de acuerdo ni en desacuerdo                      4: de acuerdo                      5: totalmente de acuerdo</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Facilidad en la medición</b>                      1: muy difícil                      2: difícil                      3: regular                      4: fácil                      5: muy fácil</p>	<input type="radio"/>				

19. **Atención hospitalaria posparto al menos 24 horas** \*

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p><b>Relevancia</b> 1: importancia nula                      2: escasa importancia                      3: importancia media                      4: muy importante                      5: importancia prioritaria</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo                      3: ni de acuerdo ni en desacuerdo                      4: de acuerdo                      5: totalmente de acuerdo</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Facilidad en la medición</b>                      1: muy difícil                      2: difícil                      3: regular                      4: fácil                      5: muy fácil</p>	<input type="radio"/>				

20. **Tratamiento dolor perineal con paracetamol, diclofenaco y frío local en segunda línea \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p><b>Relevancia</b> 1: importancia nula                      2: escasa importancia                      3: importancia media                      4: muy importante                      5: importancia prioritaria</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo                      3: ni de acuerdo ni en desacuerdo                      4: de acuerdo                      5: totalmente de acuerdo</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Facilidad en la medición</b>                      1: muy difícil                      2: difícil                      3: regular                      4: fácil                      5: muy fácil</p>	<input type="radio"/>				

21. **Uso combinado de varios analgésicos de nivel 1 como base terapéutica eficaz tras cesárea \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p><b>Relevancia</b> 1: importancia nula                      2: escasa importancia                      3: importancia media                      4: muy importante                      5: importancia prioritaria</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo                      3: ni de acuerdo ni en desacuerdo                      4: de acuerdo                      5: totalmente de acuerdo</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Facilidad en la medición</b>                      1: muy difícil                      2: difícil                      3: regular                      4: fácil                      5: muy fácil</p>	<input type="radio"/>				

**22. *Ibuprofeno para mitigar la inflamación y el dolor producido por la ingurgitación mamaria, o en su defecto paracetamol* \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

**23. *Consejo dietético para el estreñimiento y administración de laxantes osmóticos o estimulantes de la motilidad donde persista tras medidas dietéticas* \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

24. **Asesoramiento anticonceptivo posparto \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p><b>Relevancia</b> 1: importancia nula                      2: escasa importancia                      3: importancia media                      4: muy importante                      5: importancia prioritaria</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo                      3: ni de acuerdo ni en desacuerdo                      4: de acuerdo                      5: totalmente de acuerdo</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Facilidad en la medición</b>                      1: muy difícil                      2: difícil                      3: regular                      4: fácil                      5: muy fácil</p>	<input type="radio"/>				

25. **Apoyo psicosocial y prevención de depresión posparto en mujeres de alto riesgo \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p><b>Relevancia</b> 1: importancia nula                      2: escasa importancia                      3: importancia media                      4: muy importante                      5: importancia prioritaria</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo                      3: ni de acuerdo ni en desacuerdo                      4: de acuerdo                      5: totalmente de acuerdo</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Facilidad en la medición</b>                      1: muy difícil                      2: difícil                      3: regular                      4: fácil                      5: muy fácil</p>	<input type="radio"/>				

**26. Ofrecer información a las mujeres sobre el proceso fisiológico de recuperación posparto y problemas comunes \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

**27. Oportunidad de hablar sobre la experiencia del parto durante su estancia hospitalaria**

\*

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

28. **Alentar a las mujeres a desarrollar redes sociales, ya que promueve la interacción positiva entre la madre y el bebé \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

**12. BLOQUE 2**

**13. PREVENCIÓN HEMORRAGIA OBSTÉTRICA**

**29. Profesional de enfermería formado y entrenado en activación y manejo del código rojo en una hemorragia posparto \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

30. **Uso taxonomías NANDA/NIC/NOC en cuidados de una mujer ante hemorragia posparto**

\*

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

31. **En ausencia de pérdida sanguínea vaginal anormal, la evaluación del útero por palpación abdominal como rutina de observación es innecesaria \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

**14. BLOQUE 3****15. PROTECCIÓN CONTRA INFECCIONES****32. Promoción del lavado de manos como estrategia para la disminución de la infección puerperal \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

33. **Registrar signos y síntoma de mastitis \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

34. **Mantener la lactancia materna y el vaciado del pecho mediante extracción de la leche como tratamiento inicial para el manejo de las mastitis agudas con síntomas leves \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

**16. BLOQUE 4****17. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO****35. Madres con recién nacidos prematuros y/o de bajo peso al nacer se remiten al programa 'Madre Canguro' \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

36. **Administración una dosis IM de vitamina K 1mg tras el nacimiento \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

37. **Cuidado del cordón cura limpia y seca con agua y jabón \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

38. **Administración de antibiótico tópico para prevención conjuntivitis neonatal \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p><b>Relevancia</b> 1: importancia nula                      2: escasa importancia                      3: importancia media                      4: muy importante                      5: importancia prioritaria</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo                      3: ni de acuerdo ni en desacuerdo                      4: de acuerdo                      5: totalmente de acuerdo</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Facilidad en la medición</b>                      1: muy difícil                      2: difícil                      3: regular                      4: fácil                      5: muy fácil</p>	<input type="radio"/>				

39. **Exploración física del recién nacido en las primeras 24 horas para identificar complicaciones \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p><b>Relevancia</b> 1: importancia nula                      2: escasa importancia                      3: importancia media                      4: muy importante                      5: importancia prioritaria</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo                      3: ni de acuerdo ni en desacuerdo                      4: de acuerdo                      5: totalmente de acuerdo</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Facilidad en la medición</b>                      1: muy difícil                      2: difícil                      3: regular                      4: fácil                      5: muy fácil</p>	<input type="radio"/>				

**40. Evaluación en cada contacto atención posnatal de signos: alimentación, frecuencia y movimientos respiratorios, temperatura, ictericia \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

**41. En caso de usar suplemento: emplear leche materna extraída como primera opción \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

**42. Exámenes de detección de sordera neonatal de forma rutinaria antes del alta \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p><b>Relevancia</b> 1: importancia nula                      2: escasa importancia                      3: importancia media                      4: muy importante                      5: importancia prioritaria</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo                      3: ni de acuerdo ni en desacuerdo                      4: de acuerdo                      5: totalmente de acuerdo</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Facilidad en la medición</b>                      1: muy difícil                      2: difícil                      3: regular                      4: fácil                      5: muy fácil</p>	<input type="radio"/>				

**43. Colecho seguro en servicio de maternidad: cuna adosada (tipo sidecar) \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p><b>Relevancia</b> 1: importancia nula                      2: escasa importancia                      3: importancia media                      4: muy importante                      5: importancia prioritaria</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo                      3: ni de acuerdo ni en desacuerdo                      4: de acuerdo                      5: totalmente de acuerdo</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Facilidad en la medición</b>                      1: muy difícil                      2: difícil                      3: regular                      4: fácil                      5: muy fácil</p>	<input type="radio"/>				

**44. Informar a madres y familias sobre colecho seguro y riesgos del síndrome de muerte súbita del lactante \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

**45. Capacitación del personal de enfermería en el cuidado del RN para responder a la demanda de apoyo materna \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

**46. Participación de padres/familia en actividades educativas sobre aspectos de salud, desarrollo y relación con sus recién nacidos \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

**47. Favorecer la participación de los padres en el cuidado de recién nacidos con malformaciones \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

**18. BLOQUE 5****19. LACTANCIA MATERNA****48. Apoyar LM exclusiva prolongada con un programa estructurado siguiendo los 10 pasos de la iniciativa IHAN \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

49. **Fomento del inicio de la lactancia materna precoz para prevenir complicaciones como ingurgitación, dolor y lesiones mamarias \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

50. **Valorar LM en la estancia hospitalaria \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

**51. En ingurgitación mamaria, amamantamiento frecuente y continuo con realización de masajes en el pecho, aplicación de calor y estimulación para una extracción manual que facilite la salida de la leche y el agarre del niño al pecho \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

**52. Masajes en el pecho antes o durante la extracción, utilización de técnicas de relajación, aplicación de calor en el pecho, para aumentar el volumen de leche extraída \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

53. **Extracción de calostro para estimular y mantener la producción de leche y ofrecerlo con vaso, cucharita o jeringa hasta conseguir una toma eficaz.**

\*

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				

54. **Extracción manual del calostro o extractor de leche \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

**55. Extraer el pezón invertido mediante el uso de jeringa \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

**56. Uso de compresas de agua fría tras el amamantamiento en mujeres con dolor o lesiones en los pezones \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

**57. No contraindicación de LM en hepatitis B tras inmunoprofilaxis y serovacunación del RN \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

**58. No contraindicación de LM en hepatitis C si carga viral baja o indetectable \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

59. **Enseñar antes del alta hospitalaria la técnica de extracción manual de leche y su conservación \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

60. **Asesoramiento y apoyo para instaurar y mantener la lactancia materna \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

**61. Formación sobre postura del amamantamiento, signos de agarre adecuado y de transferencia eficaz de leche \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

**62. Fomentar la frecuencia y duración de la lactancia materna sin restricciones \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

**63. Evitar uso del chupete durante el primer mes \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p><b>Relevancia</b> 1: importancia nula                      2: escasa importancia                      3: importancia media                      4: muy importante                      5: importancia prioritaria</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo                      3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo                      5: totalmente de acuerdo</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil                      2: difícil                      3: regular                      4: fácil                      5: muy fácil</p>	<input type="radio"/>				

**64. Las mujeres deben recibir información sobre grupos locales de apoyo a la lactancia \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p><b>Relevancia</b> 1: importancia nula                      2: escasa importancia                      3: importancia media                      4: muy importante                      5: importancia prioritaria</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo                      5: totalmente de acuerdo</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil                      2: difícil                      3: regular                      4: fácil                      5: muy fácil</p>	<input type="radio"/>				

**65. Información a las madres de disponibilidad de materiales y actividades educativas de promoción de la lactancia materna \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

**66. Formación continuada sobre lactancia materna (teoría y práctica) al equipo interprofesional \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

**67. Integrar asesores de lactancia en la asistencia hospitalaria \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p><b>Relevancia</b> 1: importancia nula                      2: escasa importancia                      3: importancia media                      4: muy importante                      5: importancia prioritaria</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo                      3: ni de acuerdo ni en desacuerdo                      4: de acuerdo                      5: totalmente de acuerdo</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Facilidad en la medición</b>                      1: muy difícil                      2: difícil                      3: regular                      4: fácil                      5: muy fácil</p>	<input type="radio"/>				

**20. RECOMENDACIONES DE NO-HACER**

**68. No se recomienda el uso rutinario del signo de Homan (presencia de dolor en la parte alta de la pantorrilla al realizar la dorsiflexión forzada del pie con la rodilla flexionada en un ángulo de 30°) para la evaluación de tromboembolismo \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p><b>Relevancia</b> 1: importancia nula                      2: escasa importancia                      3: importancia media                      4: muy importante                      5: importancia prioritaria</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo                      3: ni de acuerdo ni en desacuerdo                      4: de acuerdo                      5: totalmente de acuerdo</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Facilidad en la medición</b>                      1: muy difícil                      2: difícil                      3: regular                      4: fácil                      5: muy fácil</p>	<input type="radio"/>				

69. **No se recomienda la administración rutinaria de suplementos al recién nacido \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p><b>Relevancia</b> 1: importancia nula                      2: escasa importancia                      3: importancia media                      4: muy importante                      5: importancia prioritaria</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo                      3: ni de acuerdo ni en desacuerdo                      4: de acuerdo                      5: totalmente de acuerdo</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Facilidad en la medición</b>                      1: muy difícil                      2: difícil                      3: regular                      4: fácil                      5: muy fácil</p>	<input type="radio"/>				

70. **No se recomienda la realización de ejercicios de Hoffman (coger los pezones suavemente entre los dedos y estirarlos hacia fuera con pequeños movimientos rotatorios, mantenidos durante unos segundos) ni el uso de pezoneras en mujeres que presentan pezones invertidos \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p><b>Relevancia</b> 1: importancia nula                      2: escasa importancia                      3: importancia media                      4: muy importante                      5: importancia prioritaria</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo                      3: ni de acuerdo ni en desacuerdo                      4: de acuerdo                      5: totalmente de acuerdo</p>	<input type="radio"/>				
<p><b>Facilidad en la medición</b>                      1: muy difícil                      2: difícil                      3: regular                      4: fácil                      5: muy fácil</p>	<input type="radio"/>				

71. **No se recomienda materiales escritos sobre lactancia materna como intervención independiente \***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Relevancia</b> 1: importancia nula 2: escasa importancia 3: importancia media 4: muy importante 5: importancia prioritaria	<input type="radio"/>				
<b>Utilidad en la práctica clínica</b> 1: totalmente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: de acuerdo 4: ni en desacuerdo ni de acuerdo 5: totalmente de acuerdo	<input type="radio"/>				
<b>Facilidad en la medición</b> 1: muy difícil 2: difícil 3: regular 4: fácil 5: muy fácil	<input type="radio"/>				

## 21. OBSERVACIONES

72. Si tiene algún comentario o sugerencia en relación a alguno de los apartados, por favor indíquelo aquí

73. Si tiene algún comentario o sugerencia sobre la encuesta Delphi, por favor indíquelo aquí

---

Este contenido no está creado ni respaldado por Microsoft. Los datos que envíe se enviarán al propietario del formulario.

 Microsoft Forms

FORMULARIO SEGUNDA RONDA

# @IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES DE CALIDAD

El objetivo principal de este trabajo es el desarrollo de un set de indicadores de buenas prácticas para medir la calidad en la prestación de cuidados en el puerperio hospitalario. Estos indicadores se desarrollarán a partir de recomendaciones sustentadas en evidencia científica que han sido extraídas tras una revisión sistemática de Guías de Práctica Clínica.

\* Indica que la pregunta es obligatoria

---

1. Correo \*

---

Sección sin título

## ***CUESTIONARIO DELPHI 2***

Este cuestionario pertenece a la segunda ronda del método Delphi para la priorización de recomendaciones y trasladar su incorporación a los procesos de evaluación y mejora de la calidad en la práctica asistencial de los servicios de maternidad.

El formulario es de carácter confidencial y anónimo al objeto de la investigación. Comprende 61 recomendaciones extraídas de Guías de Práctica Clínica, agrupadas en cinco bloques (cuidados posparto; prevención de la hemorragia obstétrica; protección contra las infecciones; cuidados del recién nacido y lactancia materna).

Con este cuestionario se pretende valorar el **impacto en la salud** que tienen estas recomendaciones en la práctica asistencial, considerando el beneficio sobre la salud de la madre, recién nacido o ambos que tendría si dicha práctica se llevara a cabo o no en el servicio de maternidad.

2. correo electrónico \*

---

***Impacto o repercusión que genera sobre la salud del binomio madre- hijo***

(resultados sobre la salud).

¿Cuál es la importancia que usted le da a cada recomendación teniendo en cuenta el impacto o repercusión que genera sobre la salud del binomio madre-hijo? Exprese su puntuación según la importancia o necesidad de desarrollar indicadores para estas recomendaciones a la hora de medir la calidad de la atención en términos de resultados en salud utilizando escala de 5 puntos:

**1=nula repercusión; 2=escasa repercusión; 3=repercusión media; 4=repercusión importante; 5=repercusión muy importante**

**22.BLOQUE 1-CUIDADOS POSPARTO**

3. **11. Valoración de signos maternos: PA, FC, sangrado, involución uterina, dolor pélvico, Tª, micción espontánea, función intestinal y ausencia de signos de flebitis**

\*  
Dropdown

Marca solo un óvalo.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

4. **12. Coordinación y prestación de cuidados a madres y recién nacidos por una matrona.**

\*  
Dropdown

Marca solo un óvalo.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

5. **13.** *Utilizar registros de planes de cuidados postnatales para promover la comunicación con las mujeres*

\*  
Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

6. **14.** *Aconsejar a mujeres que han recibido anestesia epidural o espinal que informen de cefalea intensa*

\*  
Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

7. **15.** *Reanudación de la micción espontánea antes de 6h posparto \**

Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

8. **16.** *Profesional de enfermería evalúa los criterios para el alta del recién nacido y madre en el periodo posparto*

\*  
Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

9. **17.** *Garantizar la continuidad de cuidados tras alta hospitalaria.* \*

Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

10. **18.** *Ofrecer alta hospitalaria antes de 48 horas en nacimientos sin complicaciones*

\*  
Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

11. **19.** *Atención hospitalaria posparto al menos 24 horas \** Dropdown 

*Marca solo un óvalo.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

12. **20.** *Tratamiento dolor perineal con paracetamol, diclofenaco y frío local \*  
en segunda línea* Dropdown 

*Marca solo un óvalo.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

13. **21.** *Uso combinado de varios analgésicos de nivel 1 como base  
terapéutica eficaz tras cesárea* \*  
Dropdown 

*Marca solo un óvalo.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

14. **22.** *Ibuprofeno para mitigar la inflamación y el dolor producido por la ingurgitación mamaria, o en su defecto paracetamol* \*  
Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

15. **23.** *Consejo dietético para el estreñimiento y administración de laxantes osmóticos o estimulantes de la motilidad donde persista tras medidas dietéticas* \*  
Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

16. **24.** *Asesoramiento anticonceptivo posparto* \*  
Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

17. **25.** *Apoyo psicosocial y prevención de depresión posparto en mujeres de alto riesgo*

\*  
Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

18. **26.** *Ofrecer información a las mujeres sobre el proceso fisiológico de recuperación posparto y problemas comunes*

\*  
Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

19. **27.** *Oportunidad de hablar sobre la experiencia del parto durante su estancia hospitalaria*

\*  
Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

20. **28.** *Alentar a las mujeres a desarrollar redes sociales, ya que promueve la interacción positiva entre la madre y el bebé*

Dropdown



*Marca solo un óvalo.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

### **23.BLOQUE 2-PREVENCIÓN HEMORRAGIA OBSTÉTRICA**

21. **29.** *Profesional de enfermería formado y entrenado en activación y \*  
manejo del código rojo en una hemorragia posparto*

 Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

22. **30.** *Uso taxonomías NANDA/NIC/NOC en cuidados de una mujer \*  
ante hemorragia posparto*

 Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

23. **31.** *En ausencia de pérdida sanguínea vaginal anormal, la evaluación del útero por palpación abdominal como rutina de observación es innecesaria*

\*  
Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

## 24.BLOQUE 3-PROTECCIÓN CONTRA INFECCIONES

24. **32.** *Promoción del lavado de manos como estrategia para la disminución de la infección puerperal*

\*  
Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

25. **33.** *Registrar signos y síntoma de mastitis \**

Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

26. **34.** *Mantener la lactancia materna y el vaciado del pecho mediante extracción de la leche como tratamiento inicial para el manejo de las mastitis agudas con síntomas leves* \*

Dropdown

Marca solo un óvalo.

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

## 25.BLOQUE 4-CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

27. **35.** *Madres con recién nacidos prematuros y/o de bajo peso al nacer se remiten al programa 'Madre Canguro* \*

Dropdown

Marca solo un óvalo.

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

28. **36.** *Administración una dosis IM de vitamina K 1mg tras el nacimiento* \*

Dropdown

Marca solo un óvalo.

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

29. **37.** *Cuidado del cordón cura limpia y seca con agua y jabón \** Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

30. **38.** *Administración de antibiótico tópico para prevención conjuntivitis neonatal* \*  
Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

31. **39.** *Exploración física del recién nacido en las primeras 24 horas \*  
para identificar complicaciones* Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

32. **40.** *Evaluación en cada contacto atención posnatal de signos: alimentación, frecuencia y movimientos respiratorios, temperatura, ictericia* \*  
Dropdown

Marca solo un óvalo.

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

33. **41.** *En caso de usar suplemento: emplear leche materna extraída como primera opción* \*  
Dropdown

Marca solo un óvalo.

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

34. **42.** *Exámenes de detección de sordera neonatal de forma rutinaria \* antes del alta*  
Dropdown

Marca solo un óvalo.

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

35. **43.** *Colecho seguro en servicio de maternidad: cuna adosada (tipo \*  
sidecar)*

Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

36. **44.** *Informar a madres y familias sobre colecho seguro y riesgos del  
síndrome de muerte súbita del lactante*

\*  
Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

37. **45.** *Capacitación del personal de enfermería en el cuidado del RN  
para responder a la demanda de apoyo materna*

\*  
Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

38. **46.** *Participación de padres/familia en actividades educativas sobre aspectos de salud, desarrollo y relación con sus recién nacidos* \*  
Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

39.

47. Favorecer la participación de los padres en el cuidado de recién nacidos con malformaciones\*

Dropdown



Marca solo un óvalo.

1

2

3

4

5

## 26.BLOQUE 5-LACTANCIA MATERNA

40. 48. Apoyar LM exclusiva prolongada con un programa estructurado siguiendo los 10 pasos de la iniciativa IHAN

\*  
Dropdown

Marca solo un óvalo.

1

2

3

4

5

41. **49.** *Fomento del inicio de la lactancia materna precoz para prevenir complicaciones como ingurgitación, dolor y lesiones mamarias*

\*

Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

42. **50.** *Valorar LM en la estancia hospitalaria \**

Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

43. **51.** *En ingurgitación mamaria, amamantamiento frecuente y continuo con realización de masajes en el pecho, aplicación de calor y estimulación para una extracción manual que facilite la salida de la leche y el agarre del niño al pecho*

\*

Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

44. **52.** *Masajes en el pecho antes o durante la extracción, utilización de técnicas de relajación, aplicación de calor en el pecho, para aumentar el volumen de leche extraída* \* Dropdown

Marca solo un óvalo.

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

45. **53.** *Extracción de calostro para estimular y mantener la producción de leche y ofrecerlo con vaso, cucharita o jeringa hasta conseguir una toma eficaz* \* Dropdown

Marca solo un óvalo.

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

46. **54.** *Extracción manual del calostro o extractor de leche* \* Dropdown

Marca solo un óvalo.

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

47. **55.** Extraer el pezón invertido mediante el uso de jeringa \* Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

48. **56.** Uso de compresas de agua fría tras el amamantamiento en mujeres con dolor o lesiones en los pezones \* Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

49. **57.** No contraindicación de LM en hepatitis B tras inmunoprofilaxis y serovacunación del RN \* Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

50. **58.** *No contraindicación de LM en hepatitis C si carga viral baja o indetectable*

\*  
Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

51. **59.** *Enseñar antes del alta hospitalaria la técnica de extracción manual de leche y su conservación*

\*  
Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

52. **60.** *Asesoramiento y apoyo para instaurar y mantener la lactancia materna*

\*  
Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

53. **61.** *Formación sobre postura del amamantamiento, signos de agarre adecuado y de transferencia eficaz de leche*

\*  
Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

54. **62.** *Fomentar la frecuencia y duración de la lactancia materna sin restricciones*

\*  
Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

55. **63.** *Evitar uso del chupete durante el primer mes \**

Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

56. **64.** *Las mujeres deben recibir información sobre grupos locales de apoyo a la lactancia* \*

Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

57. **65.** *Información a las madres de disponibilidad de materiales y actividades educativas de promoción de la lactancia materna*

\*  
Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

58. **66.** *Formación continuada sobre lactancia materna (teoría y práctica) al equipo interprofesional*

\*  
Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

59. **67.** *Integrar asesores de lactancia en la asistencia hospitalaria* \* Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

## 27.BLOQUE RECOMENDACIONES NO-HACER

60. **68.** *No se recomienda el uso rutinario del signo de Homans (presencia de dolor en la parte alta de la pantorrilla al realizar la dorsiflexión forzada del pie con la rodilla flexionada en un ángulo de 30°) para la evaluación de tromboembolismo* \* Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

61. **69.** *No se recomienda la administración rutinaria de suplementos al recién nacido* \* Dropdown

*Marca solo un óvalo.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

62. **70.** *No se recomienda la realización de ejercicios de Hoffman (coger los pezones suavemente entre los dedos y estirarlos hacia fuera con pequeños movimientos rotatorios, mantenidos durante unos segundos) ni el uso de pezoneras en mujeres que presentan pezones invertidos* \* Dropdown

Marca solo un óvalo.

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

63. **71.** *No se recomienda materiales escritos sobre lactancia materna como intervención independiente*

\* Dropdown

Marca solo un óvalo.

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5

## OBSERVACIONES

64. Comentario, sugerencia en relación a alguno de los apartados, por favor indíquelo aquí

---

---

---

---

---

65. Comentario, sugerencia en relación al estudio Delphi, por favor indíquelo aquí

---

---

---

---

---

---

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

## ANEXO 8. Listado de recomendaciones por criterios establecidos

CRITERIO CONSENSO	VALOR MEDIANA	BLOQUE	ID	RECOMENDACIÓN		
≥70% utilidad en la práctica clínica	Mediana puntuación 4-5 para utilidad práctica clínica	CUIDADOS POSPARTO	11	Valoración de signos maternos: PA, FC, sangrado, involución uterina, dolor pélvico, T <sup>2</sup> , micción espontánea, función intestinal y ausencia de signos de flebitis		
			12	Coordinación y prestación de cuidados a madres y recién nacidos por una matrona.		
			13	Utilizar registros de planes de cuidados postnatales para promover la comunicación con las mujeres		
			14	Aconsejar a mujeres que han recibido anestesia epidural o espinal que informen de cefalea intensa		
			15	Reanudación de la micción espontánea antes de 6h posparto		
			16	Profesional de enfermería evalúa los criterios para el alta del recién nacido y madre en el periodo posparto		
			17	Garantizar la continuidad de cuidados tras alta hospitalaria.		
			18	Ofrecer alta hospitalaria antes de 48 horas en nacimientos sin complicaciones		
			19	Atención hospitalaria posparto al menos 24 horas		
			20	Tratamiento dolor perineal con paracetamol, diclofenaco y frío local en segunda línea		
			21	Uso combinado de varios analgésicos de nivel 1 como base terapéutica eficaz tras cesárea		
			22	Ibuprofeno para mitigar la inflamación y el dolor producido por la ingurgitación mamaria, o en su defecto paracetamol		
			23	Consejo dietético para el estreñimiento y administración de laxantes osmóticos o estimulantes de la motilidad donde persista tras medidas dietéticas		
			24	Asesoramiento anticonceptivo posparto		
			25	Apoyo psicosocial y prevención de depresión posparto en mujeres de alto riesgo		
			26	Ofrecer información a las mujeres sobre el proceso fisiológico de recuperación posparto y problemas comunes		
			27	Oportunidad de hablar sobre la experiencia del parto durante su estancia hospitalaria		
			29	Profesional de enfermería formado y entrenado en activación y manejo del código rojo en una hemorragia posparto		
			PREVENCIÓN HEMORRAGIA OBSTÉTRICA	32	Promoción del lavado de manos como estrategia para la disminución de la infección puerperal	
			PROTECCIÓN CONTRA INFECCIONES	33	Registrar signos y síntoma de mastitis	
				34	Mantener la lactancia materna y el vaciado del pecho mediante extracción de la leche como tratamiento inicial para el manejo de las mastitis agudas con síntomas leves	
			CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO	35	Madres con recién nacidos prematuros y/o de bajo peso al nacer se remiten al programa 'Madre Canguro'	
				36	Administración una dosis IM de vitamina K 1mg tras el nacimiento	
				37	Cuidado del cordón cura limpia y seca con agua y jabón	
		38		Administración de antibiótico tópico para prevención conjuntivitis neonatal		
		39		Exploración física del recién nacido en las primeras 24 horas para identificar complicaciones		
		40		Evaluación en cada contacto atención posnatal de signos: alimentación, frecuencia y movimientos respiratorios, temperatura, ictericia		
		41		En caso de usar suplemento: emplear leche materna extraída como primera opción		
		42		Exámenes de detección de sordera neonatal de forma rutinaria antes del alta		
		44		Exámenes de detección de sordera neonatal de forma rutinaria antes del alta		
		45		Capacitación del personal de enfermería en el cuidado del RN para responder a la demanda de apoyo materna		
		46		Participación de padres/familia en actividades educativas sobre aspectos de salud, desarrollo y relación con sus recién nacidos		
		47		Favorecer la participación de los padres en el cuidado de recién nacidos con malformaciones		
		48		Apoyar LM exclusiva prolongada con un programa estructurado siguiendo los 10 pasos de la iniciativa IHAN		
		49		Fomento del inicio de la lactancia materna precoz para prevenir complicaciones como ingurgitación, dolor y lesiones mamarias		
		50		Valorar LM en la estancia hospitalaria		
		LACTANCIA MATERNA		51	En ingurgitación mamaria, amamantamiento frecuente y continuo con realización de masajes en el pecho, aplicación de calor y estimulación para una extracción manual que facilite la salida de la leche y el agarre del niño al pecho	
				52	Masajes en el pecho antes o durante la extracción, utilización de técnicas de relajación, aplicación de calor en el pecho, para aumentar el volumen de leche extraída	
			53	Extracción de calostro para estimular y mantener la producción de leche y ofrecerlo con vaso, cucharita o jeringa hasta conseguir una toma eficaz		
			54	Extracción manual del calostro o extractor de leche		
			57	No contraindicación de LM en hepatitis B tras inmunoprofilaxis y serovacunación del RN		
			58	No contraindicación de LM en hepatitis C si carga viral baja o indetectable		
			59	Enseñar antes del alta hospitalaria la técnica de extracción manual de leche y su conservación		
			60	Asesoramiento y apoyo para instaurar y mantener la lactancia materna		
			61	Formación sobre postura del amamantamiento, signos de agarre adecuado y de transferencia eficaz de leche		
			62	Fomentar la frecuencia y duración de la lactancia materna sin restricciones		
			63	Evitar uso del chupete durante el primer mes		
			64	Las mujeres deben recibir información sobre grupos locales de apoyo a la lactancia		
			65	Información a las madres de disponibilidad de materiales y actividades educativas de promoción de la lactancia materna		
			66	Formación continuada sobre lactancia materna (teoría y práctica) al equipo interprofesional		
			67	Integrar asesores de lactancia en la asistencia hospitalaria		
			NO-HACER	69		
			Mediana puntuación <4	PHO	30	Uso taxonomías NANDA/NIC/NOC en cuidados de una mujer ante hemorragia posparto
				LM	55	Extraer el pezón invertido mediante el uso de jeringa
				NO-HACER	68	No se recomienda el uso rutinario del signo de Homan (presencia de dolor en la parte alta de la pantorrilla al realizar la dorsiflexión forzada del pie con la rodilla flexionada en un ángulo de 30º) para la evaluación de tromboembolismo
		70			"No se recomienda la realización de ejercicios de Hoffman (coger los pezones suavemente entre los dedos y estirarlos hacia fuera con pequeños movimientos rotatorios, mantenidos durante unos segundos) ni el uso de pezoneras en mujeres que presentan pezones invertidos"	
		<70% utilidad práctica	CP	71	No se recomienda materiales escritos sobre lactancia materna como intervención independiente	
			PHO	28	Alentar a las mujeres a desarrollar redes sociales, ya que promueve la interacción positiva entre la madre y el bebé	
			CRN	31	En ausencia de pérdida sanguínea vaginal anormal, la evaluación del útero por palpación abdominal como rutina de observación es innecesaria	
				43	Colecho seguro en servicio de maternidad: cuna adosada (tipo sidecar)	

CRITERIO CONSENSO	VALOR MEDIANA	BLOQUE	ID	RECOMENDACIÓN			
<b>≥70% RELEVANCIA</b>	<b>Mediana puntuación 4-5 para relevancia</b>	<b>CUIDADOS POSPARTO</b>	11	Valoración de signos maternos: PA, FC, sangrado, involución uterina, dolor pélvico, Tª, micción espontánea, función intestinal y ausencia de signos de flebitis			
			12	Coordinación y prestación de cuidados a madres y recién nacidos por una matrona.			
			13	Utilizar registros de planes de cuidados postnatales para promover la comunicación con las mujeres			
			14	Aconsejar a mujeres que han recibido anestesia epidural o espinal que informen de cefalea intensa			
			15	Reanudación de la micción espontánea antes de 6h posparto			
			16	Profesional de enfermería evalúa los criterios para el alta del recién nacido y madre en el periodo posparto			
			17	Garantizar la continuidad de cuidados tras alta hospitalaria.			
			19	Atención hospitalaria posparto al menos 24 horas			
			20	Tratamiento dolor perineal con paracetamol, diclofenaco y frío local en segunda línea			
			21	Uso combinado de varios analgésicos de nivel 1 como base terapéutica eficaz tras cesárea			
			22	Ibuprofeno para mitigar la inflamación y el dolor producido por la ingurgitación mamaria, o en su defecto paracetamol			
			23	Consejo dietético para el estreñimiento y administración de laxantes osmóticos o estimulantes de la motilidad donde persista tras medidas dietéticas			
			24	Asesoramiento anticonceptivo posparto			
			25	Apoyo psicosocial y prevención de depresión posparto en mujeres de alto riesgo			
			26	Ofrecer información a las mujeres sobre el proceso fisiológico de recuperación posparto y problemas comunes			
			27	Oportunidad de hablar sobre la experiencia del parto durante su estancia hospitalaria			
			29	Profesional de enfermería formado y entrenado en activación y manejo del código rojo en una hemorragia posparto			
					<b>PREVENCIÓN HEMORRAGIA OBSTETRICA</b>		
					<b>PROTECCIÓN CONTRA INFECCIONES</b>	32	Promoción del lavado de manos como estrategia para la disminución de la infección puerperal
						33	Registrar signos y síntoma de mastitis
						34	Mantener la lactancia materna y el vaciado del pecho mediante extracción de la leche como tratamiento inicial para el manejo de las mastitis agudas con síntomas leves
					<b>CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO</b>	35	Madres con recién nacidos prematuros y/o de bajo peso al nacer se remiten al programa 'Madre Canguro'
						36	Administración una dosis 1M de vitamina K 1mg tras el nacimiento
						37	Cuidado del cordón cura limpia y seca con agua y jabón
						38	Administración de antibiótico tópico para prevención conjuntivitis neonatal
						39	Exploración física del recién nacido en las primeras 24 horas para identificar complicaciones
						40	Evaluación en cada contacto atención posnatal de signos: alimentación, frecuencia y movimientos respiratorios, temperatura, ictericia
						41	En caso de usar suplemento: emplear leche materna extraída como primera opción
						42	Exámenes de detección de sordera neonatal de forma rutinaria antes del alta
		44	Exámenes de detección de sordera neonatal de forma rutinaria antes del alta				
		45	Capacitación del personal de enfermería en el cuidado del RN para responder a la demanda de apoyo materna				
		46	Participación de padres/familia en actividades educativas sobre aspectos de salud, desarrollo y relación con sus recién nacidos				
		47	Favorecer la participación de los padres en el cuidado de recién nacidos con malformaciones				
		48	Apoyar LM exclusiva prolongada con un programa estructurado siguiendo los 10 pasos de la iniciativa IHAN				
		49	Fomento del inicio de la lactancia materna precoz para prevenir complicaciones como ingurgitación, dolor y lesiones mamarias				
		50	Valorar LM en la estancia hospitalaria				
		<b>LACTANCIA MATERNA</b>	51	En ingurgitación mamaria, amamantamiento frecuente y continuo con realización de masajes en el pecho, aplicación de calor y estimulación para una extracción manual que facilite la salida de la leche y el agarre del niño al pecho			
			52	Masajes en el pecho antes o durante la extracción, utilización de técnicas de relajación, aplicación de calor en el pecho, para aumentar el volumen de leche extraída			
			54	Extracción manual del calostro o extractor de leche			
			57	No contraindicación de LM en hepatitis B tras inmunoprofilaxis y serovacunación del RN			
			58	No contraindicación de LM en hepatitis C si carga viral baja o indetectable			
			59	Enseñar antes del alta hospitalaria la técnica de extracción manual de leche y su conservación			
			60	Asesoramiento y apoyo para instaurar y mantener la lactancia materna			
			61	Formación sobre postura del amamantamiento, signos de agarre adecuado y de transferencia eficaz de leche			
			62	Fomentar la frecuencia y duración de la lactancia materna sin restricciones			
			63	Evitar uso del chupete durante el primer mes			
			64	Las mujeres deben recibir información sobre grupos locales de apoyo a la lactancia			
			65	Información a las madres de disponibilidad de materiales y actividades educativas de promoción de la lactancia materna			
			66	Formación continuada sobre lactancia materna (teoría y práctica) al equipo interprofesional			
			67	Integrar asesores de lactancia en la asistencia hospitalaria			
			<b>NO-HACER</b>	69			
	<b>Mediana puntuación &lt;4</b>		<b>CP</b>	28	Alentar a las mujeres a desarrollar redes sociales, ya que promueve la interacción positiva entre la madre y el bebé		
			<b>PHO</b>	30	Uso taxonomías NANDA/NIC/NOC en cuidados de una mujer ante hemorragia posparto		
		<b>LM</b>	55	Extraer el pezón invertido mediante el uso de jeringa			
		<b>NO-HACER</b>		68	No se recomienda el uso rutinario del signo de Homan (presencia de dolor en la parte alta de la pantorrilla al realizar la dorsiflexión forzada del pie con la rodilla flexionada en un ángulo de 30º) para la evaluación de tromboembolismo		
				70	"No se recomienda la realización de ejercicios de Hoffman (coger los pezones suavemente entre los dedos y estirarlos hacia fuera con pequeños movimientos rotatorios, mantenidos durante unos segundos) ni el uso de pezoneras en mujeres que presentan pezones invertidos"		
<b>&lt;70% RELEVANCIA</b>		<b>CP</b>	18	No se recomienda materiales escritos sobre lactancia materna como intervención independiente			
		<b>PHO</b>	31	Ofrecer alta hospitalaria antes de 48 horas en nacimientos sin complicaciones			
				31	En ausencia de pérdida sanguínea vaginal anormal, la evaluación del útero por palpación abdominal como rutina de observación es innecesaria		
		<b>CRN</b>	43	Colecho seguro en servicio de maternidad: cuna adosada (tipo sidecar)			
		<b>LM</b>	53	Extracción de calostro para estimular y mantener la producción de leche y ofrecerlo con vaso, cucharita o jeringa hasta conseguir una toma eficaz			
			56	Uso de compresas de agua fría tras el amamantamiento en mujeres con dolor o lesiones en los pezones			
		<b>LM</b>	56	Uso de compresas de agua fría tras el amamantamiento en mujeres con dolor o lesiones en los pezones			

CRITERIO CONSENSO	VALOR MEDIANA	BLOQUE	ID	RECOMENDACIÓN
<b>≥70% FACILIDAD EN LA MEDICIÓN</b>	<b>Mediana puntuación 4-5 para facilidad en la medición</b>	<b>CUIDADOS POSPARTO</b>	11	Valoración de signos maternos: PA, FC, sangrado, involución uterina, dolor pélvico, Tª, micción espontánea, función intestinal y ausencia de signos de flebitis
			12	Coordinación y prestación de cuidados a madres y recién nacidos por una matrona.
			14	Aconsejar a mujeres que han recibido anestesia epidural o espinal que informen de cefalea intensa
			15	Reanudación de la micción espontánea antes de 6h posparto
			16	Profesional de enfermería evalúa los criterios para el alta del recién nacido y madre en el periodo posparto
			19	Atención hospitalaria posparto al menos 24 horas
			20	Tratamiento dolor perineal con paracetamol, diclofenaco y frío local en segunda línea
			21	Uso combinado de varios analgésicos de nivel 1 como base terapéutica eficaz tras cesárea
		22	Ibuprofeno para mitigar la inflamación y el dolor producido por la ingurgitación mamaria, o en su defecto paracetamol	
		23	Consejo dietético para el estreñimiento y administración de laxantes osmóticos o estimulantes de la motilidad donde persista tras medidas dietéticas	
		29	Profesional de enfermería formado y entrenado en activación y manejo del código rojo en una hemorragia posparto	
		33	Registrar signos y síntoma de mastitis	
		34	Mantener la lactancia materna y el vaciado del pecho mediante extracción de la leche como tratamiento inicial para el manejo de las mastitis agudas con síntomas leves	
		35	Madres con recién nacidos prematuros y/o de bajo peso al nacer se remiten al programa 'Madre Canguro'	
		36	Administración una dosis IM de vitamina K 1mg tras el nacimiento	
		37	Cuidado del cordón cura limpia y seca con agua y jabón	
		38	Administración de antibiótico tópico para prevención conjuntivitis neonatal	
		39	Exploración física del recién nacido en las primeras 24 horas para identificar complicaciones	
		40	Evaluación en cada contacto atención posnatal de signos: alimentación, frecuencia y movimientos respiratorios, temperatura, ictericia	
		41	En caso de usar suplemento: emplear leche materna extraída como primera opción	
		42	Exámenes de detección de sordera neonatal de forma rutinaria antes del alta	
		44	Exámenes de detección de sordera neonatal de forma rutinaria antes del alta	
		53	Extracción de calostro para estimular y mantener la producción de leche y ofrecerlo con vaso, cucharita o jeringa hasta conseguir una toma eficaz.	
		57	No contraindicación de LM en hepatitis B tras inmunoprofilaxis y serovacunación del RN	
		58	No contraindicación de LM en hepatitis C si carga viral baja o indetectable	
		62	Fomentar la frecuencia y duración de la lactancia materna sin restricciones	
		66	Formación continuada sobre lactancia materna (teoría y práctica) al equipo interprofesional	
		67	Integrar asesores de lactancia en la asistencia hospitalaria	
	25	Apoyo psicosocial y prevención de depresión posparto en mujeres de alto riesgo		
	28	Alentar a las mujeres a desarrollar redes sociales, ya que promueve la interacción positiva entre la madre y el bebé		
	55	Extraer el pezón invertido mediante el uso de jeringa		
	68	No se recomienda el uso rutinario del signo de Homan (presencia de dolor en la parte alta de la pantorrilla al realizar la dorsiflexión forzada del pie con la rodilla flexionada en un ángulo de 30º) para la evaluación de tromboembolismo		
	70	"No se recomienda la realización de ejercicios de Hoffman (coger los pezones suavemente entre los dedos y estirarlos hacia fuera con pequeños movimientos rotatorios, mantenidos durante unos segundos) ni el uso de pezoneras en mujeres que presentan pezones invertidos"		
	71	No se recomienda materiales escritos sobre lactancia materna como intervención independiente		
	13	Utilizar registros de planes de cuidados postnatales para promover la comunicación con las mujeres		
	17	Garantizar la continuidad de cuidados tras alta hospitalaria.		
	18	Ofrecer alta hospitalaria antes de 48 horas en nacimientos sin complicaciones		
	24	Asesoramiento anticonceptivo posparto		
	26	Ofrecer información a las mujeres sobre el proceso fisiológico de recuperación posparto y problemas comunes		
	27	Oportunidad de hablar sobre la experiencia del parto durante su estancia hospitalaria		
	30	Uso taxonomías NANDA/NIC/NOC en cuidados de una mujer ante hemorragia posparto		
	31	En ausencia de pérdida sanguínea vaginal anormal, la evaluación del útero por palpación abdominal como rutina de observación es innecesaria		
	32	Promoción del lavado de manos como estrategia para la disminución de la infección puerperal		
	43	Colecho seguro en servicio de maternidad: cuna adosada (tipo sidecar)		
45	Capacitación del personal de enfermería en el cuidado del RN para responder a la demanda de apoyo materna			
46	Participación de padres/familia en actividades educativas sobre aspectos de salud, desarrollo y relación con sus recién nacidos			
47	Favorecer la participación de los padres en el cuidado de recién nacidos con malformaciones			
48	Apoyar LM exclusiva prolongada con un programa estructurado siguiendo los 10 pasos de la iniciativa IHAN			
49	Fomento del inicio de la lactancia materna precoz para prevenir complicaciones como ingurgitación, dolor y lesiones mamarias			
50	Valorar LM en la estancia hospitalaria			
51	En ingurgitación mamaria, amamantamiento frecuente y continuo con realización de masajes en el pecho, aplicación de calor y estimulación para una extracción manual que facilite la salida de la leche y el agarre del niño al pecho			
52	Masajes en el pecho antes o durante la extracción, utilización de técnicas de relajación, aplicación de calor en el pecho, para aumentar el volumen de leche extraída			
54	Extracción manual del calostro o extractor de leche			
56	Uso de compresas de agua fría tras el amamantamiento en mujeres con dolor o lesiones en los pezones			
59	Enseñar antes del alta hospitalaria la técnica de extracción manual de leche y su conservación			
60	Asesoramiento y apoyo para instaurar y mantener la lactancia materna			
61	Formación sobre postura del amamantamiento, signos de agarre adecuado y de transferencia eficaz de leche			
63	Evitar uso del chupete durante el primer mes			
64	Las mujeres deben recibir información sobre grupos locales de apoyo a la lactancia			
65	Información a las madres de disponibilidad de materiales y actividades educativas de promoción de la lactancia materna			
69	No se recomienda la administración rutinaria de suplementos al recién nacido			
<b>&lt;70% FACILIDAD</b>	<b>Mediana puntuación &lt;4</b>	<b>CP</b>	25	Apoyo psicosocial y prevención de depresión posparto en mujeres de alto riesgo
			28	Alentar a las mujeres a desarrollar redes sociales, ya que promueve la interacción positiva entre la madre y el bebé
			55	Extraer el pezón invertido mediante el uso de jeringa
		<b>LM</b>	68	No se recomienda el uso rutinario del signo de Homan (presencia de dolor en la parte alta de la pantorrilla al realizar la dorsiflexión forzada del pie con la rodilla flexionada en un ángulo de 30º) para la evaluación de tromboembolismo
			70	"No se recomienda la realización de ejercicios de Hoffman (coger los pezones suavemente entre los dedos y estirarlos hacia fuera con pequeños movimientos rotatorios, mantenidos durante unos segundos) ni el uso de pezoneras en mujeres que presentan pezones invertidos"
			71	No se recomienda materiales escritos sobre lactancia materna como intervención independiente
		<b>NO-HACER</b>	13	Utilizar registros de planes de cuidados postnatales para promover la comunicación con las mujeres
			17	Garantizar la continuidad de cuidados tras alta hospitalaria.
			18	Ofrecer alta hospitalaria antes de 48 horas en nacimientos sin complicaciones
		<b>CP</b>	24	Asesoramiento anticonceptivo posparto
			26	Ofrecer información a las mujeres sobre el proceso fisiológico de recuperación posparto y problemas comunes
			27	Oportunidad de hablar sobre la experiencia del parto durante su estancia hospitalaria
<b>PHO</b>	30	Uso taxonomías NANDA/NIC/NOC en cuidados de una mujer ante hemorragia posparto		
	31	En ausencia de pérdida sanguínea vaginal anormal, la evaluación del útero por palpación abdominal como rutina de observación es innecesaria		
	32	Promoción del lavado de manos como estrategia para la disminución de la infección puerperal		
<b>PCI</b>	43	Colecho seguro en servicio de maternidad: cuna adosada (tipo sidecar)		
	45	Capacitación del personal de enfermería en el cuidado del RN para responder a la demanda de apoyo materna		
	46	Participación de padres/familia en actividades educativas sobre aspectos de salud, desarrollo y relación con sus recién nacidos		
<b>CRN</b>	47	Favorecer la participación de los padres en el cuidado de recién nacidos con malformaciones		
	48	Apoyar LM exclusiva prolongada con un programa estructurado siguiendo los 10 pasos de la iniciativa IHAN		
	49	Fomento del inicio de la lactancia materna precoz para prevenir complicaciones como ingurgitación, dolor y lesiones mamarias		
<b>LM</b>	50	Valorar LM en la estancia hospitalaria		
	51	En ingurgitación mamaria, amamantamiento frecuente y continuo con realización de masajes en el pecho, aplicación de calor y estimulación para una extracción manual que facilite la salida de la leche y el agarre del niño al pecho		
	52	Masajes en el pecho antes o durante la extracción, utilización de técnicas de relajación, aplicación de calor en el pecho, para aumentar el volumen de leche extraída		
<b>NO-HACER</b>	54	Extracción manual del calostro o extractor de leche		
	56	Uso de compresas de agua fría tras el amamantamiento en mujeres con dolor o lesiones en los pezones		
	59	Enseñar antes del alta hospitalaria la técnica de extracción manual de leche y su conservación		
<b>N-H</b>	60	Asesoramiento y apoyo para instaurar y mantener la lactancia materna		
	61	Formación sobre postura del amamantamiento, signos de agarre adecuado y de transferencia eficaz de leche		
	63	Evitar uso del chupete durante el primer mes		

## ANEXO 9. Puntuaciones. Consenso en los criterios establecidos

BLOQUE	RECOMENDACIÓN	≥70%	≥70%	≥ 70%	≥ 70%	CRITERIO IMPACTO		CRITERIO UTILIDAD		CRITERIO RELEVANCIA		CRITERIO MEDICIÓN	
		IMPACTO	UTILIDAD	RELEVANCIA	MEDICIÓN	PROMEDIO	MEDIANA	PROMEDIO	MEDIANA	PROMEDIO	MEDIANA	PROMEDIO	MEDIANA
1	Después de un parto vaginal, seguimiento de los siguientes signos e indicadores maternos: presión arterial, frecuencia cardíaca, sangrado, involución uterina, dolor pélvico, micción espontánea, temperatura, función intestinal normal y ausencia de signos de flebitis	SI	SI	SI	SI	4,88	5	4,80	5	4,70	5	4,32	4
1	Coordinación y prestación de cuidados a las madres y recién nacidos por una matrona.	SI	SI	SI	SI	4,57	5	4,67	5	4,50	5	4,15	4
1	Utilizar registros de planes de cuidados postnatales para promover la comunicación con las mujeres	SI	SI	SI	NO	4,36	5	3,98	4	4,05	4	3,62	4
1	Aconsejar a mujeres que han recibido anestesia epidural o espinal que informen de cefalea intensa.	SI	SI	SI	SI	4,73	5	4,37	4,5	4,32	4,5	4,12	4
1	Reanudación de la micción espontánea antes de 6 h posparto	SI	SI	SI	SI	4,84	5	4,62	4,5	4,45	4,5	4,50	5
1	Profesional de enfermería evalúa los criterios para el alta del recién nacido y madre en el periodo posparto	SI	SI	SI	SI	4,46	5	4,30	4	4,22	4	3,95	4
1	Garantizar la continuidad de cuidados tras alta hospitalaria.	SI	SI	SI	NO	4,88	5	4,50	5	4,55	5	3,67	4
1	Ofrecer alta hospitalaria antes de 48 horas en nacimientos sin complicaciones.	SI	SI	NO	NO	4,38	5	4,12	4	3,87	4	4,05	4
1	Atención hospitalaria posparto al menos 24 horas	SI	SI	SI	SI	4,69	5	4,47	4	4,35	4	4,37	4,5
1	Tratamiento dolor perineal con paracetamol, diclofenaco y frío local en segunda línea	SI	SI	SI	SI	4,46	5	4,45	4	4,22	4	4,12	4
1	Uso combinado de varios analgésicos de nivel 1 como base terapéutica eficaz tras cesárea	SI	SI	SI	SI	4,42	5	4,45	5	4,47	5	4,27	4,5
1	Ibuprofeno para mitigar la inflamación y el dolor producido	SI	SI	SI	SI	4,38	5	4,37	4	4,25	4	4,22	4

	por la ingurgitación mamaria, o en su defecto paracetamol												
1	Consejo dietético para el estreñimiento y administración de laxantes osmóticos o estimulantes de la motilidad donde persista tras medidas dietéticas	SI	SI	SI	SI	4,42	5	4,32	4	4,17	4	4,07	4
1	Asesoramiento anticonceptivo posparto	SI	SI	SI	NO	4,30	5	4,32	4	4,10	4	3,90	4
1	Apoyo psicosocial y prevención de depresión posparto en mujeres de alto riesgo	SI	SI	SI	NO	4,92	5	4,60	5	4,62	3	3,47	3
1	Ofrecer información a las mujeres sobre el proceso fisiológico de recuperación posparto y problemas comunes	SI	SI	SI	NO	4,73	5	4,52	5	4,45	5	3,77	4
1	Oportunidad de hablar sobre la experiencia del parto durante su estancia hospitalaria	SI	SI	SI	NO	4,19	4	4,20	4	4,17	4	3,60	4
1	Alentar a las mujeres a desarrollar redes sociales, ya que promueve la interacción positiva entre la madre y el bebé	NO	NO	NO	NO	4,00	4	3,45	3,5	3,47	3,5	2,97	3
2	Profesional de enfermería formado y entrenado en activación y manejo del código rojo en una hemorragia posparto	SI	SI	SI	SI	4,84	5	4,90	5	4,90	5	4,02	4
2	Uso taxonomías NANDA/NIC/NOC en cuidados de una mujer ante hemorragia posparto	NO	NO	NO	NO	2,88	3	3,17	3	3,07	3	3,62	4
2	En ausencia de pérdida sanguínea vaginal anormal, la evaluación del útero por palpación abdominal como rutina de observación es innecesaria	NO	NO	NO	NO	3,15	3	3,17	4	3,60	4	3,92	4
3	Promoción del lavado de manos como estrategia para la disminución de la infección puerperal	SI	SI	SI	NO	4,80	5	4,75	5	4,82	5	3,95	4,5
3	Registrar signos y síntoma de mastitis	SI	SI	SI	SI	4,84	5	4,57	5	4,57	5	4,27	4
3	Mantener la lactancia materna y el vaciado del pecho mediante extracción de la leche como tratamiento inicial para el manejo de las mastitis agudas con síntomas leves	SI	SI	SI	SI	4,73	5	4,27	4,5	4,37	4,5	3,97	4
4	Madres con recién nacidos prematuros	SI	SI	SI	SI	4,80	5	4,57	5	4,55	5	4,20	5

	y/o de bajo peso al nacer se remiten al programa 'Madre Canguro												
4	Administración una dosis IM de vitamina K 1mg tras el nacimiento	SI	SI	SI	SI	4.53	5	4.60	5	4.47	5	4.72	5
4	Cuidado del cordón cura limpia y seca con agua y jabón	SI	SI	SI	SI	4.73	5	4.47	4	4.40	4	4.50	5
4	Administración de antibiótico tópico para prevención conjuntivitis neonatal	SI	SI	SI	SI	4.50	5	4.45	5	4.32	5	4.47	5
4	Exploración física del recién nacido en las primeras 24 horas para identificar complicaciones	SI	SI	SI	SI	4.92	5	4.67	5	4.62	5	4.42	5
4	Evaluación en cada contacto atención posnatal de signos: alimentación, frecuencia y movimientos respiratorios, temperatura, ictericia	SI	SI	SI	SI	4.53	5	4.47	5	4.45	5	3.90	4
4	En caso de usar suplemento: emplear leche materna extraída como primera opción	SI	SI	SI	SI	4.73	5	4.55	5	4.60	5	4.12	4
4	Exámenes de detección de sordera neonatal de forma rutinaria antes del alta	SI	SI	SI	SI	4.80	5	4.60	5	4.57	5	4.45	4
4	Colecho seguro en servicio de maternidad: cuna adosada (tipo sidecar)	NO	NO	NO	NO	4,11	4	4.02	4	3.92	4	3.80	4
4	Informar a madres y familias sobre colecho seguro y riesgos del síndrome de muerte súbita del lactante	SI	SI	SI	SI	4,73	5	4.52	5	4.57	5	3.97	4
4	Capacitación del personal de enfermería en el cuidado del RN para responder a la demanda de apoyo materna	SI	SI	SI	NO	4,84	5	4.67	5	4.72	5	3.77	4
4	Participación de padres/familia en actividades educativas sobre aspectos de salud, desarrollo y relación con sus recién nacidos	SI	SI	SI	NO	4,65	5	4.20	4	4.22	4	3.57	4
4	Favorecer la participación de los padres en el cuidado de recién nacidos con malformaciones	SI	SI	SI	NO	4,80	5	4,52	5	4,52	5	3,72	4
5	Apoyar LM exclusiva prolongada con un programa estructurado siguiendo los 10 pasos de la iniciativa IHAN	SI	SI	SI	NO	4,88	5	4,45	5	4,52	5	3,87	4

5	Fomento del inicio de la lactancia materna precoz para prevenir complicaciones como ingurgitación, dolor y lesiones mamarias	SI	SI	SI	NO	4,76	5	4,55	5	4,60	5	3,90	4
5	Valorar LM en la estancia hospitalaria	SI	SI	SI	NO	4,92	5	4,52	5	4,55	5	3,82	4
5	En ingurgitación mamaria, amamantamiento frecuente y continuo con realización de masajes en el pecho, aplicación de calor y estimulación para una extracción manual que facilite la salida de la leche y el agarre del niño al pecho	SI	SI	SI	NO	4,57	5	4,50	5	4,55	5	3,82	4
5	Masajes en el pecho antes o durante la extracción, utilización de técnicas de relajación, aplicación de calor en el pecho, para aumentar el volumen de leche extraída	SI	SI	SI	NO	4,23	4,5	4,25	4	4,22	4	3,75	4
5	Extracción de calostro para estimular y mantener la producción de leche y ofrecerlo con vaso, cucharita o jeringa hasta conseguir una toma eficaz.	SI	SI	NO	SI	4,84	5	4,47	4	4,05	4	4,20	4
5	Extracción manual del calostro o extractor de leche	SI	SI	SI	NO	4,42	5	4,17	4	4,12	4	3,75	4
5	Extraer el pezón invertido mediante el uso de jeringa	NO	NO	NO	NO	3,30	3	3,55	3	3,42	3	3,45	3
5	Uso de compresas de agua fría tras el amamantamiento en mujeres con dolor o lesiones en los pezones	SI	NO	NO	NO	4,11	4	3,82	4	3,75	4	3,87	4
5	No contraindicación de LM en hepatitis B tras inmunoprofilaxis y serovacunación del RN	SI	SI	SI	SI	4,46	5	4,35	4	4,32	4	4,05	4
5	No contraindicación de LM en hepatitis C si carga viral baja o indetectable	SI	SI	SI	SI	4,30	5	4,07	4	4,00	4	4,00	4
5	Enseñar antes del alta hospitalaria la técnica de extracción manual de leche y su conservación	SI	SI	SI	NO	4,53	5	4,37	4	4,32	4	3,75	4
5	Asesoramiento y apoyo para instaurar y mantener la lactancia materna	SI	SI	SI	NO	4,92	5	4,57	5	4,65	5	3,87	4
5	Formación sobre postura del amamantamiento, signos de agarre adecuado y de transferencia eficaz de leche	SI	SI	SI	NO	4,84	5	4,60	5	4,55	5	3,85	4

5	Fomentar la frecuencia y duración de la lactancia materna sin restricciones	SI	SI	SI	SI	4,96	5	4,62	5	4,57	5	4,00	4
5	Evitar uso del chupete durante el primer mes	SI	SI	SI	NO	4,11	4	4,15	4	4,10	4	3,75	4
5	Las mujeres deben recibir información sobre grupos locales de apoyo a la lactancia	SI	SI	SI	NO	4,46	5	4,27	4	4,30	4	3,85	4
5	Información a las madres de disponibilidad de materiales y actividades educativas de promoción de la lactancia materna	SI	SI	SI	NO	4,46	5	4,22	4	4,15	4	3,67	4
5	Formación continuada sobre lactancia materna (teoría y práctica) al equipo interprofesional	SI	SI	SI	SI	4,84	5	4,55	5	4,55	5	4,00	4
5	Integrar asesores de lactancia en la asistencia hospitalaria	SI	SI	SI	SI	4,57	5	4,37	4	4,32	4	3,82	4
6	No se recomienda el uso rutinario del signo de Homan (presencia de dolor en la parte alta de la pantorrilla al realizar la dorsiflexión forzada del pie con la rodilla flexionada en un ángulo de 30º) para la evaluación de tromboembolismo	NO	NO	NO	NO	3,88	4	3,55	3	3,50	3	3,47	3
6	No se recomienda la administración rutinaria de suplementos al recién nacido	SI	SI	SI	NO	4,46	5	4,27	5	4,37	5	3,87	4
6	No se recomienda la realización de ejercicios de Hoffman (coger los pezones suavemente entre los dedos y estirarlos hacia fuera con pequeños movimientos rotatorios, mantenidos durante unos segundos) ni el uso de pezoneras en mujeres que presentan pezones invertidos	NO	NO	NO	NO	3,76	4	3,52	3,5	3,57	3,5	3,60	3
6	No se recomienda materiales escritos sobre lactancia materna como intervención independiente	NO	NO	NO	NO	3,38	3	3,27	3	3,10	ABLA3	3,32	3

## ANEXO 10. Fichas técnicas de los indicadores pilotados

<b>BLOQUE</b>	I. CUIDADOS POSPARTO
<b>ÁREA</b>	VALORACIÓN/VIGILANCIA
<b>NOMBRE INDICADOR</b>	<b>1.11 Valoración posparto clínico</b>
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Porcentaje de mujeres que, después de un parto vaginal y/o cesárea han tenido un seguimiento posparto integral, que incluye la medición y documentación de la presión arterial, frecuencia cardíaca, evaluación del sangrado posparto, evaluación de la involución uterina, evaluación del dolor pélvico, control de la micción espontánea, medición de la temperatura, evaluación de la función intestinal y ausencia de flebitis
<b>RECOMENDACIÓN. Nivel de Evidencia/Fuerza de recomendación</b>	11. Después de un parto vaginal, seguimiento de los siguientes signos e indicadores maternos: presión arterial, frecuencia cardíaca, sangrado, involución uterina, dolor pélvico, micción espontánea, temperatura, función intestinal normal, y ausencia de signos de flebitis
	2+/C
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>(Nº de pacientes con valoración posparto realizada correctamente en las primeras 2 h. del ingreso/Nº de partos vaginal o cesáreas) x 100</b>
<b>CRITERIOS DE MEDICIÓN</b>	Se valora de forma independiente los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Tensión arterial: se registra en Historia clínica-constantes</li> <li>● Frecuencia cardíaca: se registra en Historia clínica-constantes</li> <li>● Involución uterina y sangrado: se registra en Historia de Enfermería</li> <li>● Temperatura: se registra en Historia clínica-constantes</li> <li>● Dolor: se registra en Historia de Enfermería</li> <li>● Signos de flebitis: se registra en Historia de Enfermería</li> <li>● Micción: se registra en Historia de Enfermería</li> <li>● Función intestinal: se registra en Historia de Enfermería.</li> </ul>
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	Mujeres ingresadas en otros servicios de hospitalización: UCI
<b>FUENTES DE DATOS</b>	Revisión de registros de enfermería/Historias clínicas
<b>OBSERVACIONES ACLARACIONES</b>	Se considera que la valoración ha sido realizada correctamente si aparece registro de exploración cada hora en las primeras 2 horas desde el parto y están valorados al menos los siguientes criterios: TA, FC, involución y sangrado, Tª y dolor. En cesáreas, el criterio de micción espontánea no puede ser valorado, en cuyo caso se entenderá que cumple el criterio.
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	Proceso
<b>REF. BIBLIOGRÁFICAS</b>	(128–130,142)

<b>BLOQUE</b>	I. CUIDADOS POSPARTO
<b>ÁREA</b>	VALORACIÓN/VIGILANCIA
<b>NOMBRE INDICADOR</b>	<b>1.15 Reanudación de la micción espontánea</b>
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Porcentaje de mujeres que dan a luz deben y reanudan micción de manera espontánea dentro de las primeras 6 horas después del parto
<b>RECOMENDACIÓN.</b> <b>Nivel de Evidencia/Fuerza de recomendación</b>	15.Reanudación de la micción espontánea antes de 6 horas posparto 2+/C
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>(Nº de pacientes que reanudaron micción espontánea en las primeras 6 horas del posparto/Nº de mujeres que han dado a luz por parto vaginal) x 100</b>
<b>CRITERIOS DE MEDICIÓN</b>	
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	Mujeres con parto por cesárea Mujeres con indicaciones médicas para catéter urinario: aquellas mujeres que por razones médicas válidas (cirugía, control diuresis) tienen sonda vesical permanente. Mujeres con condiciones médicas que impidan la micción espontánea, la micción espontánea sea inviable (lesiones graves del sistema urinario, bloqueo urinario)
<b>FUENTES DE DATOS</b>	Revisión de registros de enfermería en historias clínicas
<b>OBSERVACIONES</b> <b>ACLARACIONES</b>	Espontaneidad: la micción debe ocurrir de forma natural sin intervención. Lesiones graves del sistema urinario: cistitis, pielonefritis, cálculos renales, estenosis uretral y enfermedades neurológicas como la esclerosis múltiple y lesiones de la médula espinal. Se debe registrar si el momento en que se reanudó la micción espontánea estaba dentro de las primeras 6 horas posparto, lo que se tendrá en cuenta la hora de ingreso en la unidad y la hora de registro.
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	Resultado
<b>REF. BIBLIOGRÁFICAS</b>	(128)

<b>BLOQUE</b>	I. CUIDADOS POSPARTO
<b>AREA</b>	MEDIDAS TERAPÉUTICAS
<b>NOMBRE INDICADOR</b>	<b>1.20 Tratamiento del dolor del trauma perineal</b>
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Proporción de mujeres con dolor por trauma perineal documentado que reciben tratamiento analgésico adecuado
<b>RECOMENDACIÓN. Nivel de Evidencia/Fuerza de recomendación</b>	20. Tratamiento del dolor perineal con paracetamol, diclofenaco. Frío local como segunda línea de actuación.  2+/C
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>(Nº de pacientes con tratamiento para dolor perineal/Nº de mujeres con trauma perineal) x 100</b>
<b>CRITERIOS DE MEDICIÓN</b>	Trauma perineal descrito en historia clínica Dolor valorado con escala de evaluación del dolor.
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	Alergias al tratamiento Parto por cesárea
<b>FUENTES DE DATOS</b>	Revisión de los registros de enfermería en historias clínicas.
<b>OBSERVACIONES ACLARACIONES</b>	Trauma perineal documentado en formularios correspondientes: desgarros perineales, episiotomía, hematoma perineal. Dolor documentado en registro de valoración. Tratamiento adecuado del dolor perineal con paracetamol y/o diclofenaco. Frío local en segunda línea de actuación. La administración de la analgesia debe documentarse claramente en los registros.
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	Proceso
<b>REF. BIBLIOGRÁFICAS</b>	(97,128,151)

<b>BLOQUE</b>	I. CUIDADOS POSPARTO
<b>ÁREA</b>	MEDIDAS TERAPÉUTICAS
<b>NOMBRE INDICADOR</b>	<b>1.21 Tratamiento del dolor tras cesárea</b>
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Proporción de mujeres que reciben tratamiento de analgésicos combinados de primer nivel para el alivio del dolor después de una cesárea.
<b>RECOMENDACIÓN.</b> Nivel de Evidencia/Fuerza de recomendación	21. Uso combinado de varios analgésicos de nivel 1 como base terapéutica eficaz tras cesárea. 2++/B
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>(Nº de pacientes con parto por cesárea con tratamiento combinado de analgésicos de nivel 1/Nº de pacientes con parto por cesárea) x 100</b>
<b>CRITERIOS DE MEDICIÓN</b>	Pacientes postcesárea con tratamiento prescrito de analgésicos de nivel 1 para el manejo del dolor .
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	Alergias al tratamiento. Manejo del dolor con otros enfoques terapéuticos (analgésicos nivel 2 o superiores)
<b>FUENTES DE DATOS</b>	Revisión de los registros de enfermería en historias clínicas.
<b>OBSERVACIONES</b> <b>ACLARACIONES</b>	<p>Uso combinado de analgésicos de nivel 1: administración de varios analgésicos de primer nivel (analgésicos no opioides y AINES). Se excluye metamizol por contraindicación en lactancia materna.</p> <p>Escala analgésica de la OMS<sup>(1)</sup></p> <p>La administración del tratamiento debe documentarse claramente en los registros.</p>
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	Proceso
<b>REF. BIBLIOGRÁFICAS</b>	(130)

<b>BLOQUE</b>	I. CUIDADOS POSPARTO
<b>AREA</b>	MEDIDAS TERAPÉUTICAS
<b>NOMBRE INDICADOR</b>	<b>1.22 Tratamiento del dolor por ingurgitación mamaria</b>
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Proporción de mujeres con dolor ingurgitación mamaria documentada que reciben el tratamiento analgésico adecuado
<b>RECOMENDACIÓN.</b> <b>Nivel de Evidencia/Fuerza de recomendación</b>	22. Ibuprofeno para el dolor e inflamación por ingurgitación mamaria (paracetamol en su defecto) 1+/A
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>(Nº de pacientes con tratamiento para dolor por ingurgitación mamaria/Nº de mujeres con ingurgitación mamaria) x 100</b>
<b>CRITERIOS DE MEDICIÓN</b>	Ingurgitación mamaria descrita en historia clínica.
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	Alergias al tratamiento
<b>FUENTES DE DATOS</b>	Revisión de los registros de enfermería en historias clínicas.
<b>OBSERVACIONES</b> <b>ACLARACIONES</b>	Síntomas de ingurgitación mamaria registrados en el formulario correspondiente: incluyen inflamación y valoración del dolor en las mamas por congestión de la leche.  Tratamiento analgésico en ingurgitación mamaria: ibuprofeno o paracetamol en su defecto.  La administración de la analgesia debe documentarse claramente en los registros.
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	Proceso
<b>REF. BIBLIOGRÁFICAS</b>	Adaptado (98,128)

<b>BLOQUE</b>	II. PREVENCIÓN HEMORRAGIA OBSTÉTRICA
<b>AREA</b>	
<b>NOMBRE INDICADOR</b>	<b>2.29 Formación en hemorragia posparto</b>
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Profesionales del servicio de maternidad que han recibido formación en el manejo de hemorragia posparto.
<b>RECOMENDACIÓN.</b> <b>Nivel de Evidencia/Fuerza de recomendación</b>	29. Profesional de enfermería formado y entrenado en activación y manejo del código rojo en una hemorragia posparto 1++/A
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>(Nº profesionales que ha recibido formación en hemorragia posparto/Nº profesionales plantilla del servicio) x 100</b>
<b>CRITERIOS DE MEDICIÓN</b>	Contabilizar el porcentaje de profesionales del servicio de maternidad que ha recibido formación en el manejo de hemorragia posparto.
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	
<b>FUENTES DE DATOS</b>	Auditoría/registros de cursos y talleres
<b>OBSERVACIONES</b> <b>ACLARACIONES</b>	La medición del indicador se hará anualmente. Formación del personal del servicio de maternidad: auxiliares, enfermeras, matronas, obstetras-ginecólogos, mediante talleres, cursos y sesiones clínicas en prevención y manejo de la hemorragia puerperal. Como criterio adicional se establece que la formación se realice de manera periódica.
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	Estructura
<b>REF. BIBLIOGRÁFICAS</b>	(129)

<b>BLOQUE</b>	IV. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO
<b>ÁREA</b>	VALORACIÓN-CUIDADOS
<b>NOMBRE INDICADOR</b>	<b>4.36 Profilaxis vitamina K al recién nacido</b>
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Proporción de recién nacidos que reciben profilaxis con vitamina K tras nacimiento
<b>RECOMENDACIÓN.</b>	36. Administración IM de vitamina K 1mg tras nacimiento
<b>Nivel de Evidencia/Fuerza de recomendación</b>	1+/A
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>(Nº recién nacidos dosis vitamina K/ Nº recién nacidos) x 100</b>
<b>CRITERIOS DE MEDICIÓN</b>	
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	Recién nacido con ingreso en servicio de neonatología.
<b>FUENTES DE DATOS</b>	Revisión de los registros de enfermería en historias clínicas y registro de tratamientos.
<b>OBSERVACIONES</b> <b>ACLARACIONES</b>	<p>Profilaxis de vitamina K: administración de 1 mg IM en las primeras horas de vida (máximo a las 6 horas de vida).</p> <p>Se considera cumplimiento cuando existe una razón documentada para la administración de vitamina K 2 mg vía oral.</p> <p>Se considera cumplimiento la administración de 0.5 mg IM/IV en niños menores de 32 semanas de gestación y mayores de 1000g.</p> <p>Se considera cumplimiento la administración de 0.3 mg IM/IV en niños menores de 1000g. independiente de la edad gestacional.</p>
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	Proceso
<b>REF. BIBLIOGRÁFICAS</b>	(97,127,128,134)

<b>BLOQUE</b>	IV. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO
<b>AREA</b>	VALORACIÓN-CUIDADOS
<b>NOMBRE INDICADOR</b>	<b>4.37 Cura seca del cordón umbilical</b>
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Proporción de recién nacidos que se les realiza cura seca de cordón umbilical
<b>RECOMENDACIÓN.</b>	37. Cuidado del cordón con cura limpia y seca con agua y jabón
<b>Nivel de Evidencia/Fuerza de recomendación</b>	2++/B
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>(Nº recién nacidos con cura seca de cordón/ Nº recién nacidos) x 100</b>
<b>CRITERIOS DE MEDICIÓN</b>	
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	Recién nacidos con ingreso en servicio de neonatología.
<b>FUENTES DE DATOS</b>	Revisión de los registros de enfermería en historias clínicas y registro de cuidados del recién nacido.
<b>OBSERVACIONES</b> <b>ACLARACIONES</b>	La cura en seco del cordón umbilical consiste en la limpieza del muñón con agua tibia, jabón neutro y después mantenerlo limpio y seco y mantener el pañal plegado hacia abajo bajo el muñón umbilical para no irritar.  Se considera cumplimiento si hay registro “cura seca” en la historia clínica.
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	Proceso
<b>REF. BIBLIOGRÁFICAS</b>	(18,22,97,128,153)(18,22,97,128,153)(18,22,99,132,158)(18,22,99,132,158)(18,22,99,132,158)(18,22,99,132,158)(18,22,99,132,158)(22,99,101,133,159)(22,99,101,133,159)(22,99,101,133,159)(22,100,102,134,160)(22,100,102,134,160)(22,100,102,134,160)(21,23,101,134,160)(21,23,101,134,160)(21,23,100,133,159)(21,23,100,133,159)(21,23,99,133,159)(21,23,99,133,159)(21,23,99,133,147)(21,23,99,133,147)(21,23,99,133,147)(18,22,97,128,152,153)

<b>BLOQUE</b>	IV. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO
<b>AREA</b>	VALORACIÓN-CUIDADOS
<b>NOMBRE INDICADOR</b>	<b>4.38 Profilaxis de la oftalmia neonatal</b>
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Proporción de recién nacidos que reciben profilaxis antibiótica para la prevención de infecciones tipo gonorrea o clamidia que al pasar por el canal del parto pueden provocar conjuntivitis, lesiones ulcerosas o ceguera.
<b>RECOMENDACIÓN.</b> <b>Nivel de Evidencia/Fuerza de recomendación</b>	38. Administración de antibiótico tópico para prevención de conjuntivitis neonatal. 1+/A
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>(Nº recién nacidos con administración de antibiótico tópico ocular/ Nº recién nacidos) x 100</b>
<b>CRITERIOS DE MEDICIÓN</b>	Recién nacidos por parto vaginal y cesárea
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	
<b>FUENTES DE DATOS</b>	Revisión de los registros de enfermería en historias clínicas y registro de valoración y cuidados del recién nacido.
<b>OBSERVACIONES</b> <b>ACLARACIONES</b>	Profilaxis oftálmica: administración de un antibiótico con aplicación tópica ocular de: pomada de eritromicina al 0.5%, pomada de tetraciclina al 1%, solución de nitrato de plata al 1% o povidona iodada al 2.5% Se considera cumplimiento cuando existe una razón documentada de no prescripción.
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	Proceso
<b>REF. BIBLIOGRÁFICAS</b>	(18,97,127,156)

<b>BLOQUE</b>	IV: CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO
<b>AREA</b>	VALORACIÓN-CUIDADOS
<b>NOMBRE INDICADOR</b>	<b>4.39 Exploración pediátrica del recién nacido</b>
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Porcentaje de recién nacidos con exploración física por pediatra en las primeras 24 horas de vida
<b>RECOMENDACIÓN.</b>	39. Exploración física del recién nacido en las primeras 24 horas para identificar complicaciones
<b>Nivel de Evidencia/Fuerza de recomendación</b>	1+/A
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>(Nº recién nacidos con exploración pediátrica en las primeras 24 horas/ Nº recién nacidos) x 100</b>
<b>CRITERIOS DE MEDICIÓN</b>	Recién nacidos de bajo riesgo a término, sin complicaciones en embarazo y parto.
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	Recién nacidos bajo peso. Recién nacidos pretérmino, de riesgo. Recién nacidos con ingreso en UCIN/neonatos.
<b>FUENTES DE DATOS</b>	Revisión de los formularios y registros de cuidados del recién nacido.
<b>OBSERVACIONES</b> <b>ACLARACIONES</b>	Se considera cumplimiento la revisión realizada por pediatría para evaluar la salud y el bienestar del recién nacido en las primeras 24 horas de vida.  Exploración pediátrica: exploración física al recién nacido llevada a cabo por pediatra (valoración de peso, talla y perímetros y fontanelas; coloración de la piel; comprobación de reflejos; malformaciones y signos de alarma).
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	Proceso
<b>REF. BIBLIOGRÁFICAS</b>	(97,134,142)

<b>BLOQUE</b>	IV. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO
<b>AREA</b>	VALORACIÓN-CUIDADOS
<b>NOMBRE INDICADOR</b>	<b>4.40 Valoración del recién nacido</b>
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Recién nacidos después de un parto vaginal y/o cesárea, han tenido un seguimiento integral en cada contacto posnatal (por turno: mañana, tarde y noche) que incluye la valoración y documentación de signos como frecuencia cardíaca, movimientos respiratorios, temperatura, ictericia y alimentación.
<b>RECOMENDACIÓN.</b> <b>Nivel de Evidencia/Fuerza de recomendación</b>	40. Evaluación en cada contacto posnatal de signos: frecuencia de alimentación, frecuencia cardíaca, movimientos respiratorios, temperatura e ictericia  2+/C
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>(Nº de recién nacidos valorados / Nº recién nacidos) x 100</b>
<b>CRITERIOS DE MEDICIÓN</b>	
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	Recién nacidos con ingreso en UCIN/neonatos.
<b>FUENTES DE DATOS</b>	Revisión de los formularios y registros de cuidado del recién nacido.
<b>OBSERVACIONES</b> <b>ACLARACIONES</b>	Periodicidad de la valoración: por turnos de mañana, tarde y noche en planta de hospitalización.  Se considera que la valoración ha sido realizada correctamente si aparece registro desde el ingreso posparto del binomio madre/hijo de al menos tres de los siguientes criterios: frecuencia cardíaca, movimientos respiratorios, coloración de la piel, temperatura, tipo y frecuencia de alimentación.  Se considera cumplimiento de criterio al menos una valoración del recién nacido por <b>turno de mañana, tarde y noche.</b>
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	Proceso

REF. BIBLIOGRÁFICAS	(22)
---------------------	------

BLOQUE	IV. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO
AREA	VALORACIÓN-CUIDADOS
NOMBRE INDICADOR	<b>4.41 Suplementación del recién nacido con leche materna</b>
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de recién nacidos que reciben leche materna extraída en el caso de tener que utilizar suplemento de leche.
RECOMENDACIÓN. Nivel de Evidencia/Fuerza de recomendación	41. En caso de usar suplemento: emplear leche materna extraída como primera opción 2++/B
FÓRMULA DEL INDICADOR	<b>(Nº de recién nacidos con suplemento de leche materna / Nº recién nacidos con suplemento de leche o situación clínica donde es necesario suplementar) x 100</b>
CRITERIOS DE MEDICIÓN	Evaluar si se utiliza como primera opción leche materna extraída a la hora de suplementar por indicación médico-pediátrica
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Recién nacidos con ingreso en UCIN/neonatos.
FUENTES DE DATOS	Revisión de los formularios y registros de cuidados del recién nacido.
OBSERVACIONES ACLARACIONES	Se considera cumplimiento cuando existe una prescripción o contraindicación documentada de no administrar leche materna.  Leche materna extraída de la propia madre.  Situaciones clínicas donde es necesario suplementar al recién nacido: signos de deshidratación, pérdida de peso, problemas de succión, ingesta insuficiente por dificultades maternas de producción de leche (definido, valorado y con indicación por un profesional).
TIPO DE INDICADOR	Proceso
REF. BIBLIOGRÁFICAS	(98,128)

<b>BLOQUE</b>	IV. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO
<b>AREA</b>	VALORACIÓN-CUIDADOS
<b>NOMBRE INDICADOR</b>	<b>4.42 Cribado hipoacusia neonatal</b>
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Porcentaje de recién nacidos a los que se les realiza examen auditivo para la detección de sordera neonatal antes del alta hospitalaria del binomio madre-hijo
<b>RECOMENDACIÓN.</b> <b>Nivel de Evidencia/Fuerza de recomendación</b>	42.Exámenes de detección de sordera neonatal de forma rutinaria antes del alta 2+/C
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>(Nº de recién nacidos con cribado de hipoacusia neonatal antes del alta hospitalaria / Nº recién nacidos) x 100</b>
<b>CRITERIOS DE MEDICIÓN</b>	
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	Recién nacidos con ingreso en UCIN/neonatos.
<b>FUENTES DE DATOS</b>	Revisión de los formularios y registros de cuidados del recién nacido.
<b>OBSERVACIONES</b> <b>ACLARACIONES</b>	Cribado de hipoacusia neonatal: actualmente existen dos técnicas de aprobada fiabilidad, las Otoemisiones Acústicas Evocadas (OEA) y los Potenciales Auditivos Evocados de Tronco Cerebral Automatizados (PEATC-a).  Se considera cumplimiento el registro de la realización de cualquiera de las dos técnicas antes del alta.
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	Proceso
<b>REF. BIBLIOGRÁFICAS</b>	(83,130,134,136,158)

<b>BLOQUE</b>	IV. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO
<b>ÁREA</b>	Promoción Vínculo materno/paterno-filial
<b>NOMBRE INDICADOR</b>	<b>4.45 Formación en cuidados del recién nacido</b>
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Personal asistencial del servicio que han recibido formación en el manejo y cuidados del recién nacido
<b>RECOMENDACIÓN. Nivel de Evidencia/Fuerza de recomendación</b>	45. Capacitación del personal de enfermería en el cuidado del RN para responder a la demanda de apoyo materna 2++/B
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>(Nº personal del servicio que ha recibido formación en cuidados del recién nacido/Nº personal asistencial de plantilla) x 100</b>
<b>CRITERIOS DE MEDICIÓN</b>	Contabilizar el porcentaje de personal de enfermería del servicio que ha recibido formación referente al manejo y cuidados del recién nacido en un año
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	
<b>FUENTES DE DATOS</b>	Auditoría/registros de cursos y talleres
<b>OBSERVACIONES ACLARACIONES</b>	Formación del personal asistencial: técnicos en cuidados auxiliares, enfermeras y matronas, mediante talleres, cursos y sesiones clínicas en cuidados del recién nacido. La medición del indicador se hará anualmente. Como criterio adicional se establece que la formación se realice de manera periódica, previa o en el servicio.
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	Estructura
<b>REF. BIBLIOGRÁFICAS</b>	(129)

<b>BLOQUE</b>	V. LACTANCIA MATERNA
<b>AREA</b>	Valoración-Medidas terapéuticas
<b>NOMBRE INDICADOR</b>	<b>5.48 Apoyo de la lactancia materna exclusiva</b>
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Apoyar la lactancia materna con el cumplimiento de las prácticas recomendadas por la Iniciativa para la Humanización al Nacimiento y la lactancia (IHAN)
<b>RECOMENDACIÓN.</b> <b>Nivel de Evidencia/Fuerza de recomendación</b>	48. Apoyar la lactancia materna exclusiva prolongada con un programa estructurado siguiendo los 10 pasos de la iniciativa IHAN
	1+/A
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>Existencia de una política escrita sobre la alimentación del lactante que aborde la aplicación de las ocho prácticas clínicas de los Diez Pasos de la iniciativa IHAN</b>
<b>CRITERIOS DE MEDICIÓN</b>	
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	
<b>FUENTES DE DATOS</b>	Auditoría
<b>OBSERVACIONES</b> <b>ACLARACIONES</b>	<p><b>Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa (IHAN).</b> Estos Diez Pasos resumen un paquete de políticas y procedimientos que los centros deben implementar para apoyar la lactancia materna</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>Procedimientos de gestión cruciales:</u> <p>PASO 1a. Cumplir plenamente con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud.</p> <p>PASO 1b. Tener una política de alimentación infantil escrita que se comunique de forma rutinaria al personal y a las madres y padres.</p> <p>PASO 1c. Establecer sistemas continuos de monitorización y gestión de datos.</p> </li> </ul>

	<p>PASO 2. Asegurar que el personal tenga los conocimientos, las competencias y las habilidades suficientes para apoyar la lactancia materna.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>Prácticas clínicas clave:</u></li> </ul> <p>PASO 3. Discutir la importancia y el manejo de la lactancia materna con las mujeres embarazadas y sus familias.</p> <p>PASO 4. Facilitar el contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido y ayudar a las madres a iniciar la lactancia lo antes posible después del nacimiento.</p> <p>PASO 5. Apoyar a las madres para iniciar y mantener la lactancia materna y manejar las dificultades comunes.</p> <p>PASO 6. No proporcionar a los recién nacidos amamantados ningún alimento o líquido que no sea leche materna, a menos que esté médicamente indicado.</p> <p>PASO 7. Permitir que las madres y sus bebés permanezcan juntos y practiquen el alojamiento conjunto las 24 horas del día.</p> <p>PASO 8. Ayudar a las madres a reconocer y responder a las señales de alimentación de sus bebés.</p> <p>PASO 9. Aconsejar a las madres sobre el uso y los riesgos de los biberones, tetinas y chupetes.</p> <p>PASO 10. Coordinar el alta para que las madres, padres y sus bebés tengan acceso oportuno al apoyo y a la atención continuos.</p>
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	Estructura
<b>REF. BIBLIOGRÁFICAS</b>	(97,98,128,129,131,208)

<b>BLOQUE</b>	V. LACTANCIA MATERNA
<b>ÁREA</b>	Valoración-Medidas terapéuticas
<b>NOMBRE INDICADOR</b>	<b>5.49 Inicio precoz de la lactancia materna</b>
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Porcentaje de madres que inician la lactancia materna dentro de la primera hora después del parto
<b>RECOMENDACIÓN.</b>  <b>Nivel de Evidencia/Fuerza de recomendación</b>	49. Fomento del inicio de la lactancia materna precoz para prevenir complicaciones como ingurgitación, dolor y lesiones mamarias  2+/C
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>(Número de recién nacidos con inicio precoz de la lactancia) / (Total de recién nacidos) × 100</b>
<b>CRITERIOS DE MEDICIÓN</b>	
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	Contraindicaciones para la lactancia materna documentadas.  Madres que no desean iniciar lactancia materna  Recién nacidos con ingreso en unidades de neonatología.
<b>FUENTES DE DATOS</b>	Revisión de registros-formularios de lactancia materna. Historias clínicas
<b>OBSERVACIONES</b>  <b>ACLARACIONES</b>	Se considera cumplimiento cuando existe una prescripción o contraindicación documentada para la lactancia materna.  <ul style="list-style-type: none"> <li>● Contraindicaciones Absolutas de la Lactancia Materna: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ VIH/SIDA (materna)</li> <li>○ Galactosemia, déficit primario de la lactasa, fenilcetonuria, leucinosis o enfermedad de la orina de jarabe de Arce (recién nacido)</li> <li>○ Virus de la Leucemia Humana de las Células T (HTLV-1) (materna).</li> </ul> </li> <li>● Contraindicaciones Relativas de la Lactancia Materna:</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consumo de drogas recreativas: Alcohol, tabaco o drogas ilegales.</li> <li>○ Exposición a sustancias tóxicas: Como plomo, mercurio o pesticidas.</li> <li>○ Tuberculosis activa materna no tratada.</li> <li>○ Tratamientos incompatibles con la lactancia materna.</li> </ul>
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	Resultado
<b>REF. BIBLIOGRÁFICAS</b>	(97,131,141)

<b>BLOQUE</b>	V. LACTANCIA MATERNA
<b>ÁREA</b>	Valoración-Medidas terapéuticas
<b>NOMBRE INDICADOR</b>	<b>5.50 Valoración de la lactancia materna hospitalaria</b>
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Proporción de madres que reciben una valoración de la lactancia materna durante su estancia hospitalaria posparto.
<b>RECOMENDACIÓN.</b>	50. Valorar lactancia materna en la estancia hospitalaria
<b>Nivel de Evidencia/Fuerza de recomendación</b>	2+/C
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>(Nº de mujeres hospitalizadas con valoración de la lactancia materna) / (Nº de mujeres hospitalizadas con lactancia materna documentada) × 100</b>
<b>CRITERIOS DE MEDICIÓN</b>	Existencia de formularios-herramientas validados para hacer una valoración completa de la lactancia materna hospitalaria.
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	Recién nacidos en UCIN-neonatos durante el ingreso.  Interrupción de lactancia materna  Mujeres que deciden lactancia artificial tras inicio de lactancia materna.
<b>FUENTES DE DATOS</b>	Revisión de registros-formularios de lactancia materna. Historias clínicas
<b>OBSERVACIONES</b> <b>ACLARACIONES</b>	Se considera cumplimiento cuando el formulario de valoración de lactancia esté completo en todos sus apartados  La valoración de la lactancia materna se realiza con diferentes herramientas y/o formularios validados:  <u>Escala de Evaluación de Lactancia Materna (LATCH):</u>  La escala LATCH es una herramienta estandarizada que se utiliza para evaluar la técnica de lactancia materna. Evalúa cinco aspectos clave:

ÁREAS	ESCALA DE PuntuACIÓN		
	0	1	2
<b>Coger</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Demasiado dormido</li> <li>No se coge al pecho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Repetidos intentos de cogerse</li> <li>Mantiene el pezón en la boca</li> <li>Llega a succionar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agarra al pecho</li> <li>Lengua debajo</li> <li>Labios que ajustan</li> <li>Succión rítmica</li> </ul>
<b>Deglución audible</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ninguna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un poco de ruidito o signos de transferencia de leche tras estimulación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Espontáneo e intermitente si menos de 24h de vida</li> <li>Espontáneo y frecuente si más de 24h de vida</li> </ul>
<b>Tipo de pezón</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Invertidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eventos tras estimulación</li> </ul>
<b>Comodidad/ Confort (pecho/ pezón)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ingurgitados</li> <li>Grietas con sangrado, ampollas o magulladuras importantes</li> <li>Disconfort, dolor severo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sensación de tensión en los pechos cuando están tenos</li> <li>Pezón enrojecido, con ampollas o rozaduras pequeñas</li> <li>Molestia leve o moderada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mamas blandas</li> <li>No duele</li> </ul>
<b>Mantener al colocado al pecho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ayuda total (el personal mantiene al niño colocado al pecho)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mínima ayuda (colocar una almohada)</li> <li>Si se le enseña de un lado, la madre lo coloca del otro</li> <li>El personal lo guía y luego la madre sigue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No es necesario la ayuda del personal</li> <li>La madre es capaz de mantener al niño colocado al pecho</li> </ul>

Dibujos F. Escala LATCH (Báez C. et al, 2008)

### Ficha para la Observación de la Toma de la Unión Europea:

Esta ficha es una herramienta visual que guía a los profesionales en la observación de la toma del recién nacido.

Ayuda a evaluar aspectos como el agarre, la succión y la transferencia de leche durante la lactancia.

### Ficha del Manual para la Capacitación en la Consejería de Lactancia Materna de la OMS y UNICEF:

Proporciona pautas específicas para la observación y valoración de la lactancia materna. Incluye criterios objetivos para evaluar el inicio y la instauración adecuada de la lactancia.

### Observación Clínica Directa:

Los profesionales de salud observan directamente la técnica de lactancia materna durante las tomas. Evalúan aspectos como el agarre, la posición, la succión y la comodidad de la madre

**TIPO DE INDICADOR**

Proceso

**REF. BIBLIOGRÁFICAS**

(128,129)

<b>BLOQUE</b>	V. LACTANCIA MATERNA
<b>ÁREA</b>	Valoración-Medidas terapéuticas
<b>NOMBRE INDICADOR</b>	<b>5.57 Lactancia materna en madres hepatitis B positivo.</b>
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Proporción de mujeres con hepatitis B con inicio de la lactancia materna después de la inmunoprofilaxis y vacunación del recién nacido.
<b>RECOMENDACIÓN.</b> <b>Nivel de Evidencia/Fuerza de recomendación</b>	57. No contraindicación de Lactancia Materna en hepatitis B tras inmunoprofilaxis y serovacunación del recién nacido. 2+/C
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>(Nº de mujeres hepatitis B positivo con lactancia materna) / (Nº de mujeres hepatitis B positivo-recién nacido con inmunoprofilaxis y vacunación antihepatitis B) × 100</b>
<b>CRITERIOS DE MEDICIÓN</b>	Mujeres con hepatitis B  Recién nacidos que han recibido la inmunoprofilaxis (vacuna antihepatitis B e inmunoglobulina antihepatitis B).
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	Madres que no desean lactancia materna.  Contraindicaciones documentadas para la lactancia materna  Recién nacidos con ingreso en UCIN-neonatos.  Recién nacidos sin inmunoprofilaxis ni vacunación de hepatitis B adecuada,
<b>FUENTES DE DATOS</b>	Revisión de registros-formularios de lactancia materna. Historias clínicas
<b>OBSERVACIONES</b> <b>ACLARACIONES</b>	Inmunoprofilaxis para recién nacidos con madres hepatitis B positivas: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Primera dosis de la vacuna contra la hepatitis B se debe administrar al recién nacido dentro de las primeras 12 horas de vida.</li> <li>● Administrar 0.5 ml de gammaglobulina (GG) hiperinmune específica en las primeras 12 horas de vida.</li> </ul>

	Se valora primero la realización y adecuación de la profilaxis como criterio de inclusión (denominador) del indicador. Posteriormente, se considera cumplimiento si hay registro de lactancia materna.
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	Proceso
<b>REF. BIBLIOGRÁFICAS</b>	(130)

<b>BLOQUE</b>	V. LACTANCIA MATERNA
<b>ÁREA</b>	Asesoramiento
<b>NOMBRE INDICADOR</b>	<b>5.66 Formación continuada en lactancia materna</b>
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Personal asistencial que han recibido formación continuada sobre lactancia materna.
<b>RECOMENDACIÓN.</b>  <b>Nivel de Evidencia/Fuerza de recomendación</b>	66. Formación continuada sobre lactancia materna (teoría y práctica) al equipo interprofesional  1+/A
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>(Nº de personal asistencial que han recibido formación en lactancia materna/Nº profesionales del servicio en plantilla) *100</b>
<b>CRITERIOS DE MEDICIÓN</b>	Profesionales de diferentes áreas (enfermería, pediatría, obstetricia, etc.) que forman parte del equipo de atención materno-infantil.
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	
<b>FUENTES DE DATOS</b>	Auditoría/registros de cursos y talleres
<b>OBSERVACIONES</b>  <b>ACLARACIONES</b>	Como criterio adicional se establece que la formación se realice de manera periódica, previa o en el servicio.  Formación de profesionales del servicio: personal de enfermería (auxiliares, enfermeras, matronas), profesionales áreas de pediatría, obstetricia y ginecología.  <u>Formación continuada en Lactancia Materna:</u> incluye programas, cursos, talleres y actividades centradas en proporcionar a los profesionales de la salud información actualizada sobre las mejores prácticas, la evidencia científica más reciente y las habilidades necesarias para apoyar a las madres lactantes y sus recién nacidos.
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	Estructura
<b>REF. BIBLIOGRÁFICAS</b>	(131)

<b>BLOQUE</b>	V. LACTANCIA MATERNA
<b>ÁREA</b>	Asesoramiento
<b>NOMBRE INDICADOR</b>	<b>5.67 Integración de asesores de lactancia materna en la asistencia hospitalaria</b>
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Número de asesores de lactancia materna integrados en el equipo asistencial del servicio de maternidad
<b>RECOMENDACIÓN.</b>	67. Integrar asesores de lactancia en la asistencia hospitalaria
<b>Nivel de Evidencia/Fuerza de recomendación</b>	1+/A
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>Existencia de asesores</b> <b>Nº asesores LM</b> <b>Total camas puerperio</b>
<b>CRITERIOS DE MEDICIÓN</b>	
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	
<b>FUENTES DE DATOS</b>	Auditoría
<b>OBSERVACIONES</b> <b>ACLARACIONES</b>	<p>Asesores de Lactancia Materna son profesionales de la salud especializados en el manejo clínico de la lactancia materna.</p> <p>La capacitación y certificación de asesores de lactancia debe cumplir con las normas y requisitos establecidos para garantizar la calidad del apoyo a la lactancia materna.</p> <p>La presencia de asesores de lactancia en el equipo de atención hospitalaria debe estar documentada y verificada.</p> <p>Se recomienda que exista al menos un asesor de lactancia materna por cada 20-30 pacientes.</p>
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	Estructura
<b>REF. BIBLIOGRÁFICAS</b>	(131)

<b>BLOQUE</b>	NO-HACER
<b>AREA</b>	Lactancia materna
<b>NOMBRE INDICADOR</b>	<b>0.69 Tasa de suplementación con leche de fórmula.</b>
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Proporción de recién nacidos a término que reciben en una o más ocasiones suplementación con leche de fórmula cuyas madres tenían intención de amamantar.
<b>RECOMENDACIÓN.</b>	69. No se recomienda la administración rutinaria de suplementos al recién nacido
<b>Nivel de Evidencia/Fuerza de recomendación</b>	2++/B
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>(Nº de recién nacido con suplementación de leche de fórmula / Nº recién nacidos) x 100</b>
<b>CRITERIOS DE MEDICIÓN</b>	Evaluar si se utiliza como primera opción a la hora de suplementar al recién nacido, suplementos de leche de fórmula en madres que tienen intención de lactancia materna.
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	<p><b>Madres sin deseo de lactancia materna</b></p> <p>Contraindicaciones leche materna.</p> <p>Recién nacidos con ingreso en UCIN/neonatos.</p> <p>Prescripción documentada de leche de fórmula con causa justificada.</p> <p>Recién nacidos que recibieron suplementos debido a una indicación médica específica (por ejemplo, hipoglucemia, ictericia grave, etc.) no se incluyen en el numerador.</p>
<b>FUENTES DE DATOS</b>	Revisión de los formularios y registros de cuidados del recién nacido.
<b>OBSERVACIONES</b> <b>ACLARACIONES</b>	<p>Se considera un recién nacido “sin suplementos rutinarios” si no se le administraron fórmulas, agua, glucosa u otros líquidos distintos a la leche materna, a menos que esté médicamente indicado.</p> <p>Es importante documentar la razón médica para la administración de suplementos en estos casos.</p> <p>Contraindicaciones leche materna: galactosemia, déficit primario de la lactasa,</p>

	<p>fenilcetonuria, leucinosis o enfermedad de la orina de jarabe de Arce.</p> <p>Situaciones clínicas donde es necesario suplementar al recién nacido: signos de deshidratación, pérdida de peso, problemas de succión, ingesta insuficiente por dificultades maternas de producción de leche, criterio médico.</p>
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	Proceso
<b>REF. BIBLIOGRÁFICAS</b>	(18,98,128,139)

## CUESTIONARIO POSTHOSPITALIZACIÓN

**Hospital de referencia:**

**Centro de salud:**

**Nacionalidad:**

**Edad:**

**Nivel de estudios:**

**Nº de hijos:**

**Abortos:**

**Cesáreas:**

**Fecha de parto:**

**Semanas de gestación en el momento del parto:**

**Tipo de parto:**

**Observaciones:**

Recomendación nº 14: Aconsejar a las mujeres que han recibido anestesia epidural o espinal que informen de cefalea intensa.

- **Durante el tiempo que permaneció ingresada en maternidad, ¿le comunicaron que informara de cefalea intensa tras anestesia epidural o espinal?**

Recomendación nº 17: Garantizar la continuidad de cuidados tras alta hospitalaria.

- **Tras su alta del hospital, ¿asistió a su revisión posparto dentro de los primeros 10 días en la consulta de la matrona de atención primaria?**
  - Antes de los 10 días posparto
  - Después de los 10 días posparto
  - No acudió

Recomendación nº 23: Consejo dietético para el estreñimiento y administración de laxantes osmóticos o estimulantes de la motilidad donde persista tras medidas dietéticas.

**Tras su parto, ¿tuvo problemas de estreñimiento?**

- **Si tuvo problemas de estreñimiento, ¿recibió por parte de un profesional consejo dietético como primera medida para su manejo?**
- **Si tuvo problemas de estreñimiento, ¿le prescribieron tratamiento con laxantes o estimulantes de la motilidad?**

Recomendación nº 25: Apoyo psicosocial y prevención de depresión posparto en mujeres de alto riesgo.

**Para usuarias que han tenido algún proceso por el cual se le ha llevado un seguimiento en consulta psicosocial previo al embarazo/Mujeres de alto riesgo para desarrollar depresión posparto**

- **¿Recibiste apoyo psicosocial específico tras el parto?**

Recomendación nº 26: Ofrecer información a las mujeres sobre el proceso fisiológico de recuperación posparto y problemas comunes.

- **Mientras estuvo ingresada en planta de maternidad, ¿le ofrecieron información sobre su recuperación posparto y los problemas comunes que podrían aparecer?**

Recomendación nº 35: Madres de recién nacidos prematuros y/o bajo peso se remiten al programa "Madre Canguro".

"Programa Madre Canguro": El Método Madre Canguro (MMC) es una técnica de atención para recién nacidos prematuros o de bajo peso al nacer. Se basa en el contacto piel a piel entre la madre y el bebé, y se ha demostrado que es una de las prácticas más efectivas para salvar a recién nacidos en riesgo.

- **"¿Participaste en el programa de 'Madre Canguro' para el cuidado de tu bebé prematuro o de bajo peso al nacer?"**

Recomendación nº 44: Informar a madres y familias sobre colecho seguro y riesgos del síndrome de muerte súbita del lactante.

- **Mientras estuvo ingresada en planta de maternidad, ¿le ofrecieron información y a su acompañante sobre el cómo hacer el colecho seguro?**
- **Mientras estuvo ingresada en planta de maternidad, ¿le ofrecieron información y a su acompañante sobre los riesgos del síndrome de muerte súbita del lactante?**

Recomendación nº 51: En ingurgitación mamaria, amamantamiento frecuente y continuo con realización de masajes en el pecho, aplicación de calor y estimulación para una extracción manual que facilite la salida de la leche y el agarre del niño al pecho.

- **Mientras estuvo ingresada en planta de maternidad, ¿tuvo ingurgitación mamaria?**
- **Si tuvo ingurgitación mamaria, ¿le informaron sobre las siguientes estrategias para aliviar la ingurgitación?:**
  - **Información sobre el amamantamiento frecuente (Sí/No)**

- **Realizar masajes en el pecho (Sí/No)**
- **Aplicar calor en el pecho (Sí/No)**
- **Estimular la extracción manual de leche (Sí/No)**

Recomendación nº 52: Masajes en el pecho antes o durante la extracción, utilización de técnicas de relajación, aplicación de calor en el pecho, para aumentar el volumen de leche extraída.

- **¿Recibió información sobre cómo realizar masajes en el pecho antes o durante la extracción de leche?**
- **¿Recibió información sobre técnicas de relajación y la aplicación de calor para aumentar el volumen de leche extraída?**

Recomendación nº 54: Extracción manual del calostro o extractor de leche.

**Mientras estuvo ingresada en planta de maternidad, ¿tuvo algún problema relacionado con la lactancia como dolor al amamantar, grietas o ingurgitación mamaria?**

**En caso de tener problemas con su lactancia materna, ¿recibió información sobre la extracción manual del calostro o el uso de un extractor de leche?**

Recomendación nº 59: Enseñar antes del alta hospitalaria la técnica de extracción manual de leche y su conservación.

- **¿Le enseñaron antes de su alta hospitalaria cómo hacer extracción de leche materna y cómo conservarla?**

Recomendación nº 60: Asesoramiento y apoyo para instaurar y mantener la lactancia materna.

- **¿Recibió asesoramiento y apoyo para establecer y mantener la lactancia materna durante su estancia en el hospital?**

Recomendación nº 61: Formación sobre postura del amamantamiento, signos de agarre adecuado y de transferencia eficaz de leche.

- **¿Le informaron de las distintas posturas para dar el pecho?**
- **¿Le informaron cuáles son los signos de un agarre adecuado?**
- **¿Le informaron en qué consiste una transferencia eficaz de leche?**

Recomendación nº 62: Fomentar la frecuencia y duración de la lactancia materna sin restricciones.

- **¿Le informaron cómo es una lactancia materna sin restricciones?**

Recomendación nº 63: Evitar uso del chupete durante el primer mes.

- **¿Le aconsejaron evitar el uso del chupete en su recién nacido durante el primer mes?**

Recomendación nº 64: Las mujeres deben recibir información sobre grupos locales de apoyo a la lactancia.

- **¿Le ofrecieron información sobre los grupos de apoyo a la lactancia?**

Recomendación nº 65: Información a las madres de disponibilidad de materiales y actividades educativas de promoción de la lactancia materna.

- **Durante su estancia hospitalaria, ¿pusieron a su disposición materiales y actividades educativas de promoción de la lactancia materna?**



