

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



TRABAJO FIN DE MÁSTER

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

“IMPLEMENTACIÓN DE ENFERMERAS ESPECIALISTAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA EN LA UNIDAD DE PUERPERIO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA”

Alumno: GRANERO CORTÉS, MARÍA DE LAS NIEVES

Tutora: CARRATALÁ MUNUERA, MARÍA CONCEPCIÓN

Máster Universitario en Gestión Sanitaria.

Curso: 2018-2019



Índice / Página

1. Introducción y antecedentes.....	3
1.1- Marco teórico.....	3
1.2- Finalidad del estudio.....	10
1.3- Justificación.....	10
2. Hipótesis y objetivos del estudio.....	13
3. Aplicabilidad y utilidad de los resultados.....	14
4. Diseño y método.....	15
4.1- Diseño.....	15
4.1.1- Ámbito de estudio.....	16
4.1.2- Población de estudio.....	19
4.1.3- Descripción de la muestra.....	20
4.1.4- Criterios de inclusión y exclusión.....	20
4.1.5- Método de muestreo.....	21
4.1.6- Cálculo del tamaño muestral.....	21
4.1.7- Captación de los sujetos.....	22
4.2- Método de recogida de datos.....	22

4.3- Variables.....	22
4.4- Descripción de la intervención.....	23
4.5- Descripción del seguimiento de los pacientes.....	24
4.6- Estrategia de análisis.....	24
4.7- Búsqueda bibliográfica.....	25
5. Calendario previsto para el estudio.....	26
6. Limitaciones y posibles sesgos del estudio.....	27
7. Problemas éticos.....	28
7.1- Consentimiento informado.....	28
7.2- Beneficios potenciales de las participantes.....	28
7.3- Protección de datos según ley vigente.....	28
8. Presupuesto económico.....	30
9. Bibliografía.....	31
10. Anexos.....	37
10.1- Anexo 1: Consentimiento informado.....	37
10.2- Anexo 2: Cuestionario SERVQHOS.....	38
10.3- Anexo 3: Cuestionario sociodemográfico.....	39

1. Introducción y antecedentes.

1.1. Marco teórico.

A lo largo de la historia, la asistencia al parto ha ido evolucionando con el desarrollo de la medicina, llegando en la actualidad a la institucionalización del mismo con el objetivo de disminuir los riesgos para la salud materna y fetal. Todo ello ha derivado en las últimas décadas en la lucha contra las prácticas invasivas cuya seguridad y eficacia no están lo suficientemente probadas y que se han convertido en intervenciones rutinarias que pueden conllevar complicaciones incluso en pacientes sin ningún factor de riesgo previo. (1)

Hoy en día en nuestro país, la actividad de las matronas se lleva a cabo en los paritorios de manera casi exclusiva, además de en las consultas de atención primaria de cada vez más municipios. La mayoría de las personas no conoce la actividad que realizan las matronas en los hospitales o centros de salud ya que hasta hace poco se trataba de un colectivo pequeño del que no se ha difundido sus competencias (2).

Poco a poco, los especialistas en obstetricia y ginecología han crecido en número y son suficientes para ocupar los puestos de trabajo para los que han sido formados. Para la International Confederation of Midwives (ICM) (3) “una matrona es una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de partería, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en partería y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la partería. La matrona está reconocida como un profesional responsable y que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos en la propia responsabilidad de la matrona y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia,

etc”, definición que también han incorporado la Asociación Europea de Matronas (EMA) y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). De esta manera, las principales funciones de las matronas abarcan tanto actividades preventivas y promotoras de la salud como de identificación de problemas, siendo la principal responsable de la salud reproductiva de la mujer a lo largo de toda su vida (4).

Tras revisar la legislación vigente, nos encontramos que la Ley 44/2003, de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) (5) sostiene que las enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología pueden realizar y emitir informes sobre el parto y puerperio fisiológicos y de bajo riesgo de manera completamente independiente del facultativo, siempre y cuando haya un protocolo establecido y aceptado por todos los profesionales implicados en la prestación de cuidados.

Las competencias de las enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología (matronas) quedan reflejadas en el BOE número 129 del 6 de mayo de 2009 (6), según el cual están formadas y capacitadas para:

- a) “Participar y, en su caso, liderar y dinamizar programas de salud maternoinfantil, atención a la mujer y de salud sexual y reproductiva.
- b) Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el embarazo, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.
- c) Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el parto, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.
- d) Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el puerperio, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.
- e) Prestar atención al neonato dirigida a favorecer los procesos de adaptación y detectar precozmente las situaciones de riesgo.
- f) Detectar precozmente los factores de riesgo y problemas de salud en el binomio madre-hijo durante el embarazo, parto y puerperio, llevando a cabo actividades de diagnóstico, control, derivación y

seguimiento de los mismos, y, en caso necesario, tomar las medidas de urgencia oportunas.

- g) Realizar una adecuada educación para la salud a la mujer, familia y comunidad identificando las necesidades de aprendizaje en relación con la salud materno-infantil, la salud sexual, reproductiva y en el climaterio, llevando a cabo los diferentes programas educativos relacionados con las necesidades detectadas.
- h) Realizar consejo afectivo sexual y consejo reproductivo a la mujer, jóvenes y familia.
- i) Promover una vivencia positiva y una actitud responsable de la sexualidad en la población y asesorar en materia de anticoncepción.
- j) Realizar actividades de promoción, prevención y colaborar en las actividades de asistencia y recuperación de la salud sexual, reproductiva y del climaterio de la mujer.
- k) Detectar en la mujer factores de riesgo genético y problemas ginecológicos, para derivar, en su caso al profesional competente.
- l) Aplicar los principios del razonamiento clínico, detección de problemas, toma de decisiones, plan de actuación y cuidados y evaluación, adecuados a las diferentes situaciones clínicas en el ámbito de actuación de la matrona.
- m) Establecer una comunicación efectiva con la mujer, familia y grupos sociales.
- n) Trabajar y comunicarse de forma efectiva con el equipo de salud.
- o) Ejercer la profesión de matrona de forma ética en base a la legislación vigente y asumir la responsabilidad derivada de sus actuaciones.
- p) Asesorar sobre la legislación vigente encaminada a proteger los derechos de la mujer y su familia.
- q) Gestionar las actividades y recursos existentes en el ámbito de la atención de salud materno-infantil y la atención de salud sexual y reproductiva.
- r) Emitir los informes necesarios y registrar de forma efectiva las actividades realizadas.

- s) Llevar a cabo actividades docentes dirigidas a las propias matronas y otros profesionales de la salud, en cualquiera de sus niveles.
- t) Desarrollar actividades de investigación encaminadas a la mejora continua de la actividad profesional, y por tanto, del nivel de salud de la mujer y del recién nacido.
- u) Realizar una práctica clínica basada en la evidencia científica disponible.
- v) Mantener actualizadas las competencias profesionales.
- w) Liderar y desarrollar la especialidad mediante el compromiso profesional.”

En la Región de Murcia y en casi todas las provincias españolas, la Atención Primaria de salud contempla la atención a la población por parte de las matronas, en ámbitos como el embarazo de bajo riesgo, la asistencia durante el puerperio, la educación maternal, la prevención del cáncer ginecológico o el consejo anticonceptivo, entre otros (7). Por otro lado, los embarazos de alto riesgo siguen una atención paralela en los centros hospitalarios. Dicha atención queda respaldada por la Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y puerperio (8) con un grado de recomendación fuerte: “se recomienda que los cuidados prenatales en las gestaciones sin complicaciones sean proporcionados por las matronas y el médico de familia, con la participación del resto de los profesionales sanitarios de los equipos de atención primaria y el apoyo de la unidad obstétrica correspondiente”. Los protocolos de seguimiento del embarazo varían según la comunidad autónoma en la que nos encontremos, pero todos comparten las bases reflejadas en la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad (2007) (9).

Sin embargo, las matronas que ocupan puestos en unidades de Hospitalización Obstétrica, como lo son las unidades de gestantes o puérperas, son la excepción, apareciendo sólo en hospitales con alta carga asistencial como lo es el Hospital de la Paz de Madrid, siendo las enfermeras generalistas las que desempeñan estas funciones en la inmensa mayoría de centros hospitalarios, en los que también participan obstetras y auxiliares de enfermería. De esta manera, se realiza un pase de visita diario en el que profesionales médicos realizan una exploración física de las mujeres y una

entrevista sobre aspectos que puedan suponer una señal de alarma, a la vez que instruyen sobre los síntomas que deben hacerlas acudir a urgencias cuando estén en su domicilio.

En la Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y puerperio (8) se establece que tras el alta hospitalaria se instaure un modelo asistencial coordinado por matronas que garantice la continuidad de cuidados y se sugiere que se lleven a cabo reuniones de grupos postparto en los que se ofrezca apoyo psicológico y se refuercen los conocimientos obtenidos en la preparación al nacimiento. Además, Demott (10) defiende que el seguimiento que se realiza a la madre y al recién nacido durante el puerperio domiciliario tiene que suponer una continuación de los cuidados prestados en el centro hospitalario y que la primera visita durante el postparto debe realizarse antes de los 40 días tras el parto en el centro de salud. En dicha visita se deben valorar tanto los aspectos físicos como sociales y emocionales de la madre y el recién nacido.

Por otro lado, tras revisar la bibliografía disponible nos encontramos con varias instituciones que defienden la atención dispensada por matronas en las unidades de hospitalización y varios estudios que apoyan la hipótesis de nuestro estudio. De esta manera, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1996 publica una Guía Práctica sobre los cuidados en el Parto Normal en la que establece que el profesional más adecuado para la asistencia de un embarazo y parto normal es la matrona (11). En lo referido a España, no es hasta 2007 cuando el Ministerio de Sanidad y Consumo divulga la Estrategia de Atención al Parto Normal en la que se compila la evidencia científica disponible hasta el momento en lo referido a las intervenciones de los profesionales sanitarios durante el parto. A raíz de lo anterior, se comienza a promover un cambio en la atención al parto, centrándose en las necesidades de la embarazada y el recién nacido, y defendiendo la disminución al máximo de las intervenciones innecesarias, estableciendo como principio fundamental la autonomía de las mujeres (9,12).

Además en 2006 comienza en Andalucía el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal y se elabora en el Hospital de la mujer un protocolo que establece qué criterios debe reunir una mujer embarazada para poder ser

ingresada y dada de alta por una matrona (13). Con ello se persigue disminuir las intervenciones médicas durante el parto, ocasionadas por el ingreso temprano en la unidad de maternidad (14). El hecho de que una matrona pueda valorar a una gestante de bajo riesgo que acude al servicio de urgencias viene justificado en las competencias de la profesión y avalado por la legislación vigente. También encontramos un estudio realizado en el 2012 (15) muy relacionado con el objetivo que persigue el presente proyecto, en el que se demuestra la disminución de las consultas de las puérperas y el aumento de una lactancia exclusiva y eficaz tras el desarrollo de talleres postparto impartidos por matronas en los que se tratan aspectos como el cuidado del recién nacido, la importancia de la lactancia materna o el masaje infantil, entre otros.

Por otra parte, en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, las matronas han comenzado a dar el alta a las pacientes con un puerperio de bajo riesgo, función que antes realizaba el equipo de Ginecólogos de la unidad. Con ello se persigue la continuidad de cuidados por el mismo profesional: la matrona, a la vez de gestionar de una manera más eficiente los recursos limitados de los que dispone el hospital, aprovechando una más de las funciones para las que los profesionales especialistas en enfermería obstétrico-ginecológica están capacitados. De esta manera, buscan la disminución de las consultas a urgencias en los días siguientes al alta mediante la protocolización de la asistencia prestada por la matrona en la unidad de hospitalización del puerperio, basada fundamentalmente en la educación sanitaria de los autocuidados a seguir cuando regresen a casa, aumentando además el confort y la satisfacción de las pacientes al ser atendidas por el mismo profesional durante todo su paso por el hospital (16).

Por tanto, y para el correcto desarrollo del presente estudio, es muy importante clarificar el concepto de “puerperio”. Entendemos por puerperio el proceso fisiológico que tiene lugar desde el alumbramiento hasta la primera menstruación, aunque de manera clásica se ha establecido su fin en los 40 días tras el parto (17). Esta etapa se caracteriza por las modificaciones físicas (volver al estado anterior al embarazo e iniciar la producción y eyección de leche materna) y psicológicas (comenzar la adaptación al nuevo rol y

establecer el vínculo con el recién nacido) que tienen lugar en el organismo de la mujer.

De acuerdo con la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), el puerperio se divide en las siguientes fases (18,19):

- Puerperio inmediato: tiene lugar durante las primeras 24 horas.
- Puerperio clínico: es el periodo que transcurre desde que concluye el puerperio inmediato hasta que la paciente es dada de alta del hospital. Suele durar de 2 a 4 días.
- Puerperio tardío: acaba cuando aparece la primera menstruación tras el parto.

Durante el puerperio en las plantas de hospitalización se llevan a cabo cuidados que suponen una carga asistencial elevada, como son el control de la involución uterina, el control de las constantes vitales, la instauración de la lactancia materna, la atención a signos y síntomas que puedan objetivar futuros problemas en las mamas o el periné, la educación sanitaria acerca de los cuidados a llevar a cabo en el domicilio o el reconocimiento de complicaciones por las que acudir a los servicios de urgencias (8).

Además, tal y como apunta Berens (20), durante el puerperio hospitalario es imprescindible fomentar el vínculo entre la madre y el recién nacido haciendo partícipe al padre, sin olvidar la detección de complicaciones clínicas y evitando las intervenciones innecesarias en aquellas pacientes que no presenten signos de alarma. Diversos estudios afirman que los nuevos progenitores manifiestan en ocasiones ciertas vulnerabilidades que hacen más difícil el establecimiento del nuevo rol de padres, debido en parte al desconocimiento de los cuidados del recién nacido y a una respuesta precaria procedente de los profesionales de salud. Además, el padre se siente "olvidado" y la madre se presenta vulnerable y con necesidad de apoyo por parte de los que están a su alrededor, lo que, sumado a las crecientes dudas sin respuesta, incrementa su ansiedad y malestar. (21)

1.2. Finalidad del estudio.

Tal y como en la mayoría de hospitales de España, en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA) de Murcia las matronas ven limitada su participación en la asistencia a las mujeres gestantes o puérperas a la unidad de paritorio. Además, en los últimos años se ha incluido una matrona en la unidad de gestantes y dos matronas en las urgencias obstétricas. Sin embargo, seguimos luchando para conseguir que la atención prestada en la unidad de puerperio se lleve a cabo por enfermeras especialistas en lugar de enfermeras generalistas, como ocurre hasta el momento.

Por ello, la finalidad del estudio es demostrar el aumento de la eficacia y la calidad de los cuidados ofrecidos a las mujeres durante el puerperio cuando éstos son proporcionados por matronas. La atención prestada por las matronas comprenderá los cuidados que se han desarrollado hasta el momento por enfermeras generalistas a los que se añadirá un pase de visita para realizar una exploración física, resolver dudas y reforzar los conocimientos previos a través de la educación sanitaria, cuyos objetivos principales serán la instauración adecuada de la lactancia materna, los autocuidados personales como pueden ser las heridas en el periné, los cuidados del recién nacido, el establecimiento del vínculo madre-hijo o el reconocimiento de complicaciones puerperales (hemorragias, infecciones, mastitis, etc) por las cuales deberían consultar en los servicios de urgencias (22).

En resumen, pretendemos aprovechar los recursos humanos y materiales de los que disponemos en el sistema sanitario, mediante la implementación de la matrona en cada vez más ámbitos para los que ha sido formada, lo que incluye la atención al puerperio fisiológico, dando como resultado el aumento de la calidad de los cuidados prestados y la mejor relación coste-beneficio (8).

1.3. Justificación.

Hatem (23) señala que el modelo en el que el profesional que coordina y presta los cuidados es la matrona, en colaboración con los facultativos cuando

es necesario, ha demostrado beneficios como la reducción del tiempo de estancia en el hospital o el aumento del inicio de la lactancia materna, sin encontrar efectos adversos. No obstante, debemos tener en cuenta que dichas afirmaciones deben ser aplicadas a contextos en los que tanto el embarazo como el parto se desarrollan sin complicaciones.

Por otra parte, la educación recibida a lo largo de la vida de las mujeres y, en especial, durante el transcurso del embarazo, ha demostrado ser una pieza clave en la frecuencia con la que aparecen problemas físicos y psicológicos en el puerperio. De esta manera, han sido las gestantes las que han reclamado un refuerzo en la educación maternal que reciben antes de abandonar el hospital tras el parto (24). Además, la teoría de la autora Mercer R (25) sobre la adopción del rol maternal, justifica la inclusión de las matronas en los equipos de atención en el postparto ya que destaca que es imprescindible la relación madre/padre junto con el amor y apoyo de la pareja para poder adoptar de manera adecuada el rol madre-hijo, siendo la matrona el profesional que posee la formación específica requerida para lograr dicho fin. Por otro lado, la satisfacción de las pacientes con la atención recibida por las matronas queda reflejada en un estudio (26) en el que también se establece que la mayoría de las consultas durante el postparto son acerca de la tristeza puerperal, el dolor perineal, los loquios y la lactancia materna.

Por todo ello, resulta evidente que las matronas son los profesionales que están capacitados y que se han encargado a lo largo de la historia de los cuidados de las madres y sus recién nacidos, quedando su aptitud y competencia sobradamente constatada por diversos organismos científicos internacionales (11), justificando así la inclusión de las matronas tanto en las unidades de hospitalización como en atención primaria de forma autónoma.

Por último, apoyándonos en la Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y puerperio (8) podemos afirmar que la detección de problemas físicos, mentales y sociales por parte de la matrona durante el puerperio, mejora el bienestar emocional de las madres y la satisfacción con los cuidados recibidos, todo ello con un balance coste-efectividad favorable. Por todo ello, el hecho de que “la atención a madres y recién nacidos durante el puerperio

hospitalario debe ser prestada y coordinada por una matrona” (siempre identificando situaciones que puedan requerir cuidados adicionales o atención por parte de otros profesionales) tal y como recomienda la citada Guía de Práctica Clínica, justifica la necesidad de llevar a cabo este estudio



2. Hipótesis y objetivos del estudio.

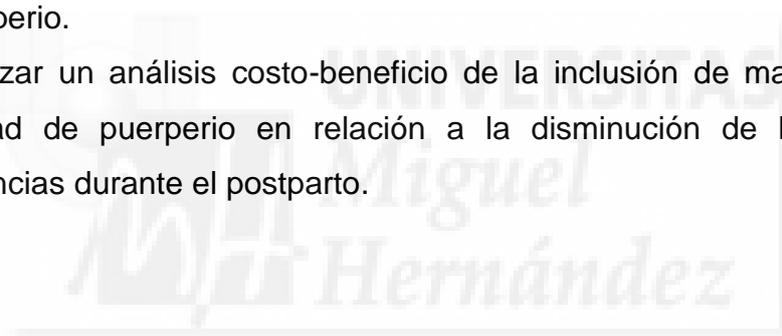
La hipótesis de este proyecto es que resulta más eficaz la atención sanitaria prestada a las mujeres en la unidad de puerperio del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA) cuando ésta es prestada por matronas en lugar de enfermeras generalistas.

Por ello, el objetivo principal del estudio es:

- Evaluar la efectividad de la atención sanitaria prestada en la unidad de púerperas del HUVA de Murcia, por parte de las enfermeras vs matronas mediante el cuestionario de satisfacción hospitalaria SERVQHOS.

Los objetivos específicos son:

1. Determinar el número de consultas a urgencias del HUVA durante el puerperio.
2. Realizar un análisis costo-beneficio de la inclusión de matronas en la unidad de puerperio en relación a la disminución de las visitas a urgencias durante el postparto.



3. Aplicabilidad y utilidad de los resultados.

Con este estudio se pretende justificar la necesidad de incluir matronas en los centros hospitalarios y lograr los objetivos ya descritos. Las matronas de la Región de Murcia llevamos años luchando por reconvertir puestos de trabajo de enfermería en puestos para matronas, basándonos en el desaprovechamiento actual de nuestras competencias, como ya he nombrado anteriormente. Este recorrido nos ha mostrado que muchos de los directivos, tanto del Hospital Virgen de la Arrixaca (HUVA) como del propio Servicio Murciano de Salud (SMS) son reticentes a dicho cambio. Esto puede ser debido a la gran presión que realiza el colectivo de enfermeros generalistas (mucho más numeroso que el de matronas) por conservar dichos puestos de trabajo. Sin embargo, las propuestas realizadas por los enfermeros especialistas (no sólo matronas, sino también especialistas en salud mental, pediatría, enfermería comunitaria...) pasan por convertir puestos de enfermería en puestos de especialistas una vez que esa plaza quede libre, normalmente debido a las jubilaciones o los traslados, o en combinar ambos puestos, trabajando ambos profesionales en equipo para la consecución de los objetivos en salud.

Por ello, este estudio pretende aportar más razones si cabe para incorporar matronas en los puestos de trabajo para los que han sido formadas de manera específica. De esta forma se impulsaría el establecimiento de los especialistas en enfermería como los profesionales mejor cualificados para determinados empleos, con el objetivo de aumentar tanto el número de especialistas como la variedad de especialidades, tal y como ocurre desde hace tantos años con la disciplina médica.

4. Diseño y método.

4.1. Diseño

Para llevar a cabo la investigación propuesta, realizaremos un estudio experimental de tipo ensayo controlado no aleatorio, con un grupo que recibirá la intervención (cuidados por parte de la matrona) y un grupo control (que recibirá los cuidados habituales por parte de la enfermera generalista). De esta manera determinaremos si existe o no una relación de causalidad entre la variable independiente (cuidados por parte de la matrona durante el puerperio) y las variables dependientes (número de visitas a urgencias en el postparto y satisfacción de las pacientes).

Para el último de los objetivos propuestos, se ha revisado la legislación vigente (27,28) para conocer el balance económico que resulta de la contratación de matronas en la unidad de púerperas en lugar de enfermeras generalistas. Para ello se ha empleado un sistema de análisis de costos “botton up” o método de análisis ascendente (29) consistente en registrar los costos por pacientes, intervenciones o procesos, que en nuestro caso trata de determinar el coste de la contratación de matronas en la unidad de púerperas y el de las visitas a urgencias, para poder compararlos después. Por un lado se han comparado tanto las retribuciones básicas como las complementarias de los profesionales de enfermería y las matronas (tabla 1), observando que una matrona percibe 634,86 € más al año que una enfermera generalista. Por tanto, el hecho de sustituir dos enfermeras por turno por dos matronas por turno supondría un aumento del gasto sanitario de 6.348,86 € al año. Por otro lado, si demostramos que la atención prestada por matronas disminuye las visitas a urgencias durante el postparto y, por tanto, los reingresos, ahorraríamos al sistema el coste que suponen dichos eventos y que se reflejan a continuación (28):

- a. Coste de cada consulta a urgencias: 205,75 €.
- b. Coste de cada estancia hospitalaria por proceso obstétrico (ingresos y reingresos): 604,70 €.

De esta manera, si llevamos a cabo un análisis costo-beneficio que tenga en cuenta que en el HUVA se atienden una media de 32.000 urgencias obstétricas al año (30), sólo el hecho de disminuir el 1% de dichas consultas a raíz de la incorporación de las matronas a la unidad de púerperas, ahorraría al sistema sanitario 65.600 € anuales, lo que nos reporta un beneficio neto de 59.250€ al año.

	NCD	SB	CD	CE	CPF	T. MES	P.EXTRA	T. AÑO
ENFERMERA	21	992,94	490,13	358,70	540,94	2.382,71	1.214,29	32.216,76
MATRONA	22	992,94	527,90	358,70	549,78	2.429,32	1.252,06	32.851,62
DIFERENCIA		0	37,77	0	8,84	46,61	37,77	634,86

Tabla 1: Retribuciones Servicio Murciano de Salud para la categorías enfermera y matrona. Cantidades expresadas en euros. BORM nº 300 de 31 de diciembre de 2018.

Abreviaturas:

- N.C.D.: Nivel de complemento de destino.
- S.B.: Sueldo base.
- C.D.: Complemento de destino.
- C.E.: Complemento específico.
- C.P.F.: Complemento de procedencia fija.
- T: Total.

4.1.1. Ámbito de estudio

El estudio será realizado en el sistema sanitario de la Región de Murcia, formado por 9 áreas de salud (30):

- Área 1: Murcia oeste.
- Área 2: Cartagena.
- Área 3: Lorca.

- Área 4: Noroeste.
- Área 5: Altiplano.
- Área 6: Vega media del Segura.
- Área 7: Murcia este.
- Área 8: Mar menor.
- Área 9: Vega alta del Segura.

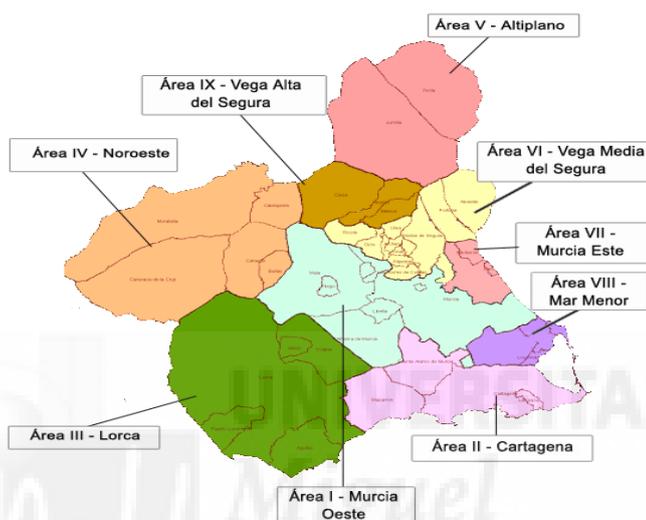


Foto 1: Mapa sanitario de la Región de Murcia. Fuente: Página web del Servicio Murciano de Salud.

El estudio se llevará a cabo en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA) perteneciente al Área I de salud. El HUVA es el mayor complejo hospitalario del Sistema Sanitario Público de Murcia y presta servicio a la zona oeste de Murcia y a los municipios colindantes. Con una población asignada de aproximadamente 550.000 habitantes pertenecientes a los municipios de Alcantarilla, Sangonera la Verde, Sangonera la Seca, Alhama de Murcia, Mula, La Alberca, Algezares, Murcia-Barrio del Carmen, Espinardo, Nonduermas, Murcia-San Andrés, La Ñora y El Palmar. Además, el HUVA atiende la demanda de servicios obstétricos de su Área de Salud así como de las Áreas VI (Vega Media del Segura), VII (Murcia Este) y IX (Vega Alta del Segura).

El equipo que compone el servicio de urgencias, quirófano maternal y paritorio tiene un carácter multidisciplinar y desarrolla funciones asistenciales,

docentes, investigadoras y gestoras. La plantilla de matronas (incluyendo la planta de gestantes y exceptuando a la Supervisora) la componen 47 profesionales y la plantilla de ginecólogos 54. El servicio cuenta con 14 paritorios, 2 quirófanos y 3 boxes de urgencias. Por otro lado, la plantilla de enfermeras en la planta de puérperas está compuesta por 20 profesionales que prestan cuidados a un total de 40 pacientes como máximo distribuidos en 15 habitaciones dobles o individuales en cada una de las dos plantas de hospitalización. Es interesante destacar que el Servicio Murciano de Salud no tiene en cuenta la experiencia previa a la hora de contratar profesionales, por lo que las enfermeras que allí trabajan no tienen por qué haber recibido formación específica para desarrollar su trabajo (30). Según los últimos datos disponibles en el Instituto Nacional de Estadística (INE) (31), en el año 2017 hubo en España un total de 393.181 nacimientos, un 4.24% menos que en 2016. Por otro lado, en la Provincia de Murcia en 2017 se produjeron 15.088 nacimientos, un 2.6% menos que el año anterior (15.528), lo que la convierte en la quinta provincia con más nacimientos y la primera con mayor tasa de natalidad (10.24) sin contar Ceuta y Melilla. A pesar de estos datos, la relación matrona/población sigue siendo muy baja: una matrona cada 5000 habitantes cuando el mínimo recomendado para cubrir las necesidades de la población de manera adecuada es de una matrona cada 1000 habitantes. Por otro lado, es interesante hacer mención a la estadística que define los servicios de obstetricia en España y en la Región de Murcia. Las mujeres que ingresan en las plantas de hospitalización de gestantes o puérperas suponen en España el 14% de los ingresos totales y el 7% de las estancias hospitalarias (32,9), siendo el puerperio, el embarazo y el parto las principales causas de ingresos hospitalarios en mujeres (33). En el SMS, algunos indicadores obstétricos a tener en cuenta son el incremento en un 4.3% del número de cesáreas en el año 2017 con respecto a 2016, alcanzando un 24.6% del total de partos, encontrándose aún muy por encima de los estándares recomendados (<15%) y siendo el HUVA el hospital con una tasa menor de episiotomías (22,3%) y con un mayor porcentaje de uso de anestesia epidural (72,5%).

4.1.2. Población de estudio:

En nuestro estudio debemos tener en cuenta tres poblaciones de estudio: por un lado las matronas que participarán en el estudio, por otro las enfermeras que ya forman parte de la plantilla en la planta de púerperas del hospital; y por último las mujeres sobre las que recae el estudio.

Las matronas que formen parte del estudio serán contratadas mediante la bolsa de trabajo de la que dispone el SMS y seguirán los mismos turnos de 12 horas que las enfermeras que allí trabajan. La plantilla de enfermeras que forman parte de la planta de hospitalización que nos ocupa está formada por 20 enfermeras, de las cuales sólo 6 tienen su plaza en propiedad y sólo uno es hombre. La mayoría tienen contratos eventuales con una duración media en la actualidad de seis meses. Entre las principales funciones de los profesionales de enfermería en la citada unidad de hospitalización señalamos como ejemplo (34):

- Monitorizar las constantes vitales.
- Observar, registrar e informar de los cambios y la evolución de los pacientes.
- Administrar medicación vía oral, vía rectal, vía subcutánea e intramuscular.
- Tomar muestras para exámenes biológicos como sangre, orina o heces.
- Ayudar a las pacientes en las actividades que no puedan llevar a cabo de manera autónoma.

Por último, la población sobre la que recaerá nuestro estudio son las mujeres que se encuentren en el puerperio inmediato. Este hecho puede darse en cualquier mujer en edad fértil y, por ello, es interesante resaltar que la Región de Murcia contaba en 2018 con un total de 1.478.509 habitantes, de los cuales 738.366 eran mujeres (35), es decir, un 49.94% del total.

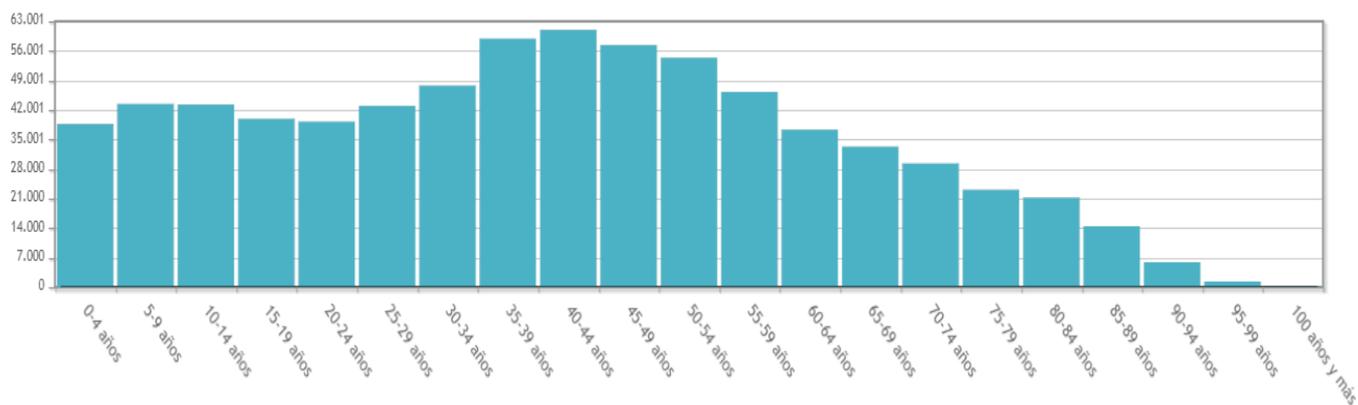


Gráfico 1: Estadística del padrón continuo, población femenina de la Región de Murcia 2018 por grupos de edad quinquenales.

Teniendo en cuenta el gráfico 1, el intervalo en el que se consideran fértiles las mujeres, es decir, desde los 15 a los 44 años (36) estaba formado en 2018 por 294.461 mujeres en la Región de Murcia, un 39.89 % del total.

4.1.3. Descripción de la muestra.

La muestra estará formada por todas aquellas mujeres que ingresen en la unidad de puerperio del HUVA durante los meses de enero a abril de 2020, que firmen el consentimiento informado para participar en el estudio y que cumplan los criterios de inclusión del mismo. A su llegada a la unidad, se asignarán de manera no aleatoria a uno u otro grupo por número de historia clínica: los números pares se asignarán al grupo control (asistencia por parte de enfermeras generalistas) y los impares al grupo intervención (asistencia por matronas).

4.1.4. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Ser mayor de 18 años.
- Haber tenido un embarazo de bajo riesgo y un parto eutócico a término sin complicaciones (puérpera).

- Firmar el consentimiento informado.
- Obtener un buen resultado neonatal tras el parto.
- Acceder a participar en la encuesta telefónica.

Criterios de exclusión:

- Negativa de las pacientes a participar en el estudio.
- Embarazos de alto riesgo.
- Partos prematuros, a pesar de ser eutócicos.
- Haber tenido un parto eutócico con complicaciones o un parto instrumentado (ventosa, fórceps).
- Cesáreas.
- Revocar el consentimiento en cualquier momento de la investigación.
- Haber obtenido un resultado neonatal negativo tras el parto (recién nacidos fallecidos o ingresados en unidades de neonatos).
- Inducciones de parto.

4.1.5. Método de muestreo.

Muestreo consecutivo no probabilístico, en el que se incluirán las mujeres que cumplan los criterios de inclusión.

4.1.6. Cálculo del tamaño de la muestra.

Se estimará un tamaño muestral mínimo de sujetos para detectar una diferencia del 20% de satisfacción en el grupo intervención y el grupo control, aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta del 80% con un contraste bilateral. De esta manera, la muestra mínima sería de $N = 62$ puérperas en cada grupo, y teniendo en cuenta una posible pérdida del 10% durante el seguimiento, necesitaremos $N = 68$ puérperas en cada grupo, es decir, N total = 136 puérperas.

4.1.7. Captación de los sujetos.

La captación de las mujeres integrantes del estudio se realizará a su llegada a la unidad de púerperas del HUVA tras el nacimiento del recién nacido. En ese momento, deberán firmar un consentimiento informado para la posterior encuesta telefónica de satisfacción y para poder consultar sus datos y así tener constancia de sus visitas al servicio de urgencias del Bloque Maternal tras el alta.

4.2. Método de recogida de datos.

Para la recogida de datos emplearemos los registros informáticos de los que dispone el hospital (Selene y Ágora Plus) previa autorización del gerente y del comité de ética, y utilizaremos la encuesta de satisfacción ServiceQuality Hospital (SERVQHOS) (37). Se trata de un cuestionario validado basado en su predecesor ServiceQuality (SERVQUAL) que mide la calidad percibida de la atención sanitaria. Está pensado para ser empleado tras la salida del paciente del hospital y combina preguntas sobre expectativas y percepciones, por lo que permite monitorizar la calidad percibida y conocer las áreas a mejorar. Consta de 25 preguntas, 18 de ellas con respuestas tipo likert (respuestas con valores de 1 a 5) y las 7 restantes con preguntas si/no (anexo 2). Por último, emplearemos un formulario para recoger datos sociodemográficos de las participantes como son: edad, número de hijos, estudios cursados, estado civil y asistencia a clases de educación maternal (anexo 3)

4.3. Variables.

Las variables del estudio son:

- Variable independiente: recibir cuidados por parte de la matrona durante el puerperio. Es una variable cualitativa dicotómica: SI/NO.

- Variables dependientes:

- Número de visitas a urgencias en el postparto: Variable cuantitativa discreta. Se medirá accediendo a los informes de urgencias desde el soporte informático Ágora.
- Satisfacción de las pacientes: Variable ordinal que se medirá con el cuestionario SERVQHOS.

Además, para la correcta definición de la muestra se considerarán las siguientes variables sociodemográficas:

- Edad: variable independiente cuantitativa discreta medida en años cumplidos por la gestante.
- Estudios cursados: variable independiente cualitativa nominal. Opciones: sin estudios, estudios primarios (graduado escolar), estudios medios (bachillerato y formación profesional) y estudios superiores (universitarios).
- Estado civil: variable independiente cualitativa nominal cuyas opciones son: soltera, casada, separada/divorciada, viuda y con pareja estable.
- Número de hijos: variable independiente cuantitativa discreta.
- Asistencia a clases de educación maternal: Se considerará que han recibido clases de educación maternal durante el embarazo actual aquellas que hayan asistido a 4 o más sesiones. Variable cualitativa nominal dicotómica (Si/No).

4.4. Descripción de la intervención.

La intervención que llevaremos a cabo será la instauración durante 4 meses de matronas (una por turno) en la unidad de puerperio del HUVA (grupo intervención) que prestarán asistencia a la mitad de las mujeres participantes aproximadamente, mientras que la otra mitad recibirá la atención habitual por parte de enfermeras generalistas (grupo control).

Las enfermeras llevarán a cabo en el grupo control los cuidados habituales a madres y recién nacidos: administración de vitamina K intramuscular y pomada ocular antibiótica junto a medida de peso y talla en el

neonato; y control de constantes vitales a cada puérpera junto a la administración de la medicación que precisen. Por su parte, las matronas en el grupo intervención añadirán a los citados cuidados habituales el control de la evolución del puerperio fisiológico (involución uterina, estado de la episiorrafia si la hubiera y aparición o no de la primera micción tras el parto) y realizarán múltiples estrategias educativas (8) acerca de lactancia materna, signos de alarma en el puerperio, cuidados del neonato y trámites a seguir al alta, durante pases de visita diarios de, al menos, 30 minutos por puérpera.

4.5. Descripción del seguimiento de los pacientes.

El seguimiento de las mujeres se realizará hasta que acabe el puerperio (40 días tras el parto). De manera previa, durante su estancia en el hospital se les requerirá un consentimiento informado (Anexo 1) para el tratamiento de sus datos y para realizar la encuesta SERVQHOS posterior (Anexo 2) de forma telefónica, dentro de los primeros 15 días tras el parto, para lo que nos valdremos del teléfono que nos hayan facilitado previamente al completar el consentimiento informado. Por otro lado, gracias a los registros informáticos de los que disponemos en el hospital, podremos determinar la cantidad y motivo de las consultas a urgencias de las participantes durante el postparto.

4.6. Estrategia de análisis.

El análisis estadístico de los datos se llevará a cabo empleando el paquete de programas estadísticos SPSS 21.0. Para analizar las variables utilizaremos la incidencia, el Riesgo de Incidencia Acumulada y el Riesgo Relativo. Se relacionará la influencia de la variable independiente (cuidados prestados por la matrona) en ambas variables dependientes (número de visitas a urgencias en el postparto y satisfacción percibida) mediante la prueba X², con un análisis bivariado de magnitud e impacto, utilizando el Riesgo Relativo (RR) con un intervalo de confianza del 95% para cuantificar la posible asociación entre las citadas variables:

4.7. Búsqueda bibliográfica.

Para elaborar el presente proyecto de investigación hemos consultado las bases de datos Pubmed, Biblioteca Cochrane Plus y Cuiden Plus. También hemos recurrido a otras fuentes de reconocido carácter científico como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación de Asociaciones de Matronas Españolas (FAME).

Las palabras clave utilizadas son:

- Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS): Periodo Postparto, Enfermeras Obstetricas, Hospitales, Satisfacción del Paciente y Servicios Médicos de Urgencias.
- Contexto libre: puerperio, matrona y urgencias obstétricas.



5. Calendario previsto para el estudio.

A continuación, en la tabla 1, queda representado el cronograma en el que se refleja el curso que pretende seguir el estudio:

	AÑO		2019				2020								
	MES		9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ETAPA 1: FASE DE PREPARACIÓN															
Revisión bibliográfica.															
Revisión metodológica: Comprensión de las diferentes metodologías y herramientas de recolección de datos de las mismas.															
Elaboración del proyecto de investigación: Planteamiento de la pregunta de investigación. Definición del ámbito, muestra, diseño y metodología del estudio.															
Solicitud y consecución de permisos necesarios.															
ETAPA 2: FASE DE EJECUCIÓN															
Inicio de la actividad asistencial conjunta de enfermeras y matronas.															
Administración de encuesta telefónica.															
Transcripción y análisis de los datos.															
ETAPA 3: FASE FINAL															
Elaboración de conclusiones e informe final.															

Tabla 2: Cronograma previsto para el estudio.

6. Limitaciones y posibles sesgos del estudio

Los estudios de ensayos controlados no aleatorios, al no tener asignación aleatoria, presentan un mayor riesgo que la distribución de los factores pronósticos no sea equilibrada, para controlar dicho fenómeno, se aplicara de forma estricta los criterios de inclusión en cada grupo de estudio.

En cuanto a la posible pérdida de sujetos de estudio, se ha controlado aumentado la muestra en un 10%

Por último en relación a la falta de enmascaramiento, en este tipo de estudios. Es algo que se debe asumir como una limitación, pero es difícil en este tipo de intervenciones educativas. Solo se podrá aplicar el enmascaramiento, en el seguimiento de las encuestas telefónicas, el profesional que lo realice no sabrá a qué grupo pertenece cada uno de los participantes.



7. Problemas éticos.

7.1. Consentimiento informado.

A todas las participantes se les entregará un consentimiento informado escrito que deberán firmar de manera obligatoria durante su estancia en el hospital si desean formar parte de la encuesta de satisfacción telefónica posterior (Anexo 1).

7.2. Beneficios potenciales que pueden obtener los participantes del estudio.

Las mujeres que se presten a participar en el estudio no percibirán ningún perjuicio, ya que el hecho de pertenecer a un grupo u otro no conlleva riesgo alguno. Además, en el grupo al que aplicaremos la intervención, las mujeres pueden beneficiarse de la continuidad de los cuidados por parte del mismo profesional, la matrona, que ha realizado tanto el seguimiento del embarazo de bajo riesgo como la atención al parto eutócico. Este hecho junto a la más que probable disminución de las visitas a urgencias durante el postparto y el refuerzo de los conocimientos acerca del puerperio fisiológico y el recién nacido, harán que aumente la satisfacción de las mujeres y la de los profesionales implicados. Además, al encargarse la matrona del seguimiento del puerperio de bajo riesgo se optimizan los recursos disponibles y se obtiene la mejor relación coste-beneficio posible (26).

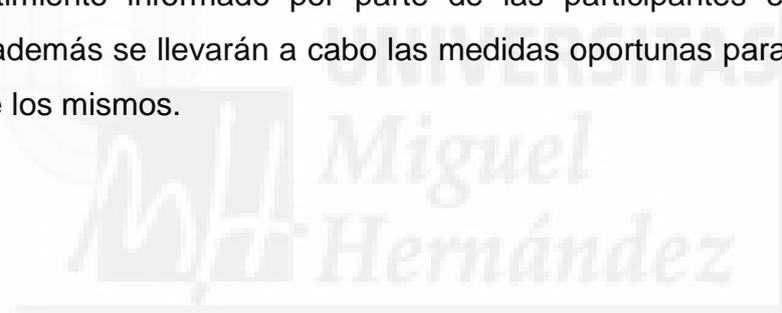
7.3. Protección de los datos según ley vigente.

En el estudio propuesto se garantizará en todo momento el respeto de los preceptos éticos fundamentales como son:

- Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64^a Asamblea General, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013(38)
- Las normas de buena práctica clínica, (CPMP/ICH/135/95) (39).

- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal(40).
- Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica(41).
- Ley 14/2007, de 3 de Julio, de Investigación biomédica(42).
- Código de Nuremberg de 1946 (43).
- Informe Belmont del 18 de Abril de 1979 (44).

Asimismo, se solicitará autorización previa por escrito al Gerente y al Comité de Ética del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Se respetará la protección y confidencialidad de los datos y se obtendrá la firma del consentimiento informado por parte de las participantes en el estudio (Anexo 1), además se llevarán a cabo las medidas oportunas para preservar la intimidad de los mismos.

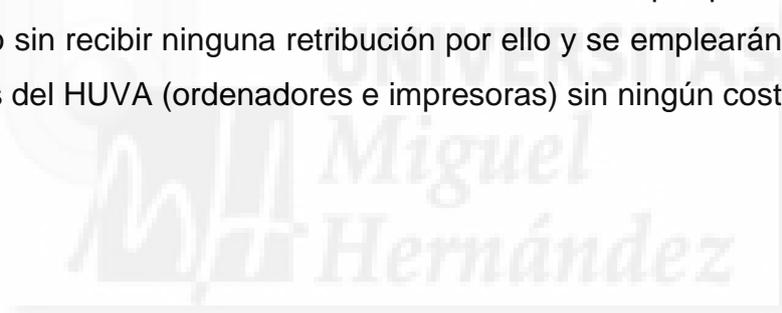


8. Presupuesto económico.

Para llevar a cabo el proyecto se ha calculado un presupuesto en el que se han incluido los costes de:

- Llevar a cabo el análisis estadístico.....1000 €
 - Compra de material de oficina.....200€
 - Enviar resultados a congresos nacionales.....1000 €
 - Publicar los resultados en revistas con FI y Open Acces.....1500€
 - Contratar cinco matronas durante cuatro meses.....48.586 €
- Total:.....52.286€

Las encuestas de satisfacción se llevarán a cabo por parte de la autora del proyecto sin recibir ninguna retribución por ello y se emplearán los sistemas informáticos del HUVA (ordenadores e impresoras) sin ningún coste adicional.



9. Bibliografía.

1. Ruiz Ferrón MC, Calvo Calvo MA, Hanna Rubio G. Actividad de la matrona ante el ingreso y alta hospitalaria de la gestante de bajo riesgo. *Evidentia*. 2012; 9(38).
2. Pérez Martínez, E. Relación entre el alta clínica de matrona en partos de bajo riesgo y el número de mujeres que acuden a las urgencias de obstetricia por complicaciones puerperales. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Matronas*. 2010;2 (4): 36-65.
3. Bajo Arenas JM, González de Agüero Laborda R. Cambios fisiológicos de la mujer durante el puerperio. Madrid: *Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia*. Tomo I. SEGO: 2007.
4. Internacional Confederation of Midwives. ICM. Definición de Matrona 2005. [Internet] [Consultado el 27/03/19] Disponible en: <https://www.internationalmidwives.org/>
5. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE nº280, de 22 de noviembre de 2003.
6. Orden SAS/1349/2009, de 6 de Mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Boletín BOE Nº129, de 28 de mayo de 2009.
7. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE, 16 de septiembre de 2006.
8. 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. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10
9. Ministerio de Sanidad y Consumo; Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2008; 23: 11-13
10. Demott K, Bick D, Norman R, Ritchie G, Turnbull N, Adams C. Clinical Guidelines And Evidence Review For Post Natal Care: Routine Post Natal

- Care Of Recently Delivered Women And Their Babies. National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners. London; 2006.
11. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: OMS, 1996; 10-11
 12. Ministerio de Sanidad y política social. Maternidad Hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y política social; 2009; 13-18
 13. Junta de Andalucía; Consejería de Salud. Buenas prácticas en atención perinatal: proyecto de humanización de la atención perinatal en Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2008. [Internet] [Consultado el 28/03/2019] Disponible en: <https://docplayer.es/6600488-Buenas-practicas-en-atencion-perinatal-proyecto-de-humanizacion-de-la-atencion-perinatal-en-andalucia.html>
 14. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE nº280, de 22 de noviembre de 2003.
 15. Delgado Muñoz E, Hidalgo Parejo MD, Blanco Veloso A. Experiencia en la puesta en marcha de un taller postparto. Hygia. 2013; 82(53-58)
 16. Limia Redondo S, Sanz Díaz MC, Pérez Martínez E, Santa Cruz Martín B, Vicente López A, Pacheco Ardila F. Puesta en marcha del informe de alta emitido por matronas en el puerperio de bajo riesgo. Matronas Prof. 2012; 13(3-4): 90-96
 17. Acién P. Tratado de Obstetricia. Ediciones Molloy, Alicante, 1998; 15:329-343, 38: 977-987.
 18. Gómez Ortiz MC, Labandeira López P, Núñez Vivas M, Mengíbar Carrillo A, Vallecillos Zuya S, Hernández-Martínez A. Necesidades educativas sobre autocuidados y factores relacionados en el puerperio domiciliario. Matronas Prof. 2014; 15(1): 10-17.
 19. Avellaneda Giménez RB, Lupión González SD, Fernández Amores R. Asistencia a la puérpera en su estancia hospitalaria. Matronas Prof. 2000; 1 (1): 14-20.
 20. Berens P, Lockwood CJ, Barss VA. Overview of postpartum care. Waltham (MA): UpToDate; 2011 [Internet] [Consultado el 5/06/2019]. Disponible en: www.uptodate.com/.

21. Orden SAS/1349/2009, de 6 de Mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Boletín BOE N°129, de 28 de mayo de 2009.
22. Schmied V, Cooke M, Gutwein R, Steinlein E, Homer C. Anevaluation of strategies to improvethequality and content of hospital-based postnatal care in a metropolitanAustralian hospital. J ClinNurs 2009;18(13):1850-1861
23. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for child bearing women. Cochrane Database Syst Rev (4):CD004667; 2008
24. Cano Asuar M, Valiente García I, Reina Caro A. Importancia de la asistencia de la matrona durante el puerperio para mejorar la adaptación a la maternidad. Biblioteca Lascasas, 2015; 11(3).
25. Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. J NursScholarsh. 2004; 36(3):226-232
26. Maderuelo JA, Haro AM, Pérez F, Cercas LJ, Valentín AB, Morán E. Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo: diferencias entre los dispositivos asistenciales. Gac Sanit. 2006; 20(1): 31-39
27. Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, por la que se dispone la publicación en el Boletín Oficial de la Región de Murcia del acuerdo del Consejo de Gobierno de fecha 27 de diciembre de 2018, sobre retribuciones del personal estatutario del Servicio Murciano de Salud para el año 2018. BORM n° 300, de 31 de diciembre de 2018.
28. Orden de 3 de febrero de 2015 de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se publican las tarifas de las tasas y precios públicos aplicables en 2015. BORM n° 33, de 10 de febrero de 2015.
29. Santamaría Benhumea AM, Herrera Villalobos JE, Sil Jaimes PA, Santamaría Benhumea NH, Flores Manzur MÁ, Del Arco Ortiz A. Estructura, sistemas y análisis de costos de la atención médica hospitalaria. Medicina e Investigación. 2015; 3(2):134-140
30. Orden de 14 de mayo de 2015 de la Consejería de Sanidad y Política Social. BORM n°119, de 26 de mayo de 2015.
31. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Nacimientos y movimiento natural de la población 2017. [Internet] [Consultado el

- 3/04/2019]. Disponible en:
http://www.ine.es/dynqs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177007&menu=ultiDatos&idp=1254735573002
32. Generalitat Valenciana; Conselleria de Sanitat. Estrategia para la atención del parto normal. Valencia: Generalitat Valenciana, 2009; 11-12.
33. Instituto Nacional de Estadística. Productos y Servicios. Mujeres y Hombres en España. Altas hospitalarias 2017 [Internet] [Consultado el 2/04/2019] Disponible en:
http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926692529&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888
34. Martínez Martín ML. 30 años de evolución de la formación enfermera en España. Educ. méd. 2007; 10(2):93-96. [Internet][Consultado el 29/03/2019] Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132007000300005&lng=es.
35. Instituto Nacional de Estadística. Estadística del padrón continuo, población femenina de la Región de Murcia 2018 por grupos de edad quinquenales.[Internet] [Consultado el 2/04/2019] Disponible en:
<http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p08/l0/&file=02002.px>
36. Soriano Ortega KP, Carballo Mondragón E, Roque Sánchez AM, Durán Monterrosas L, KablyAmbe A. Percepción de fertilidad de mujeres en edad reproductiva de acuerdo a su edad. GinecolObstetMex. 2017;(6):364-373.
37. Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. Medicina Preventiva. 1998; 4(4): 12–18.
38. Asociación Médica Mundial. WMA. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres Humanos. Francia; 2013 [Internet] [Consultado el 20/4/2019] Disponible en:
<https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
39. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Las normas de Buena práctica clínica. Agencia Española de Medicamentos y

Productos Sanitarios. España;1997.[Internet][Consultado el 8/04/19].
Disponible en:

<http://www.aemps.gob.es/industria/inspeccionBPC/home.htm>

40. Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, de 13 de Diciembre. BOE nº 298, de 14 de diciembre de 1999.
41. Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE nº274 de 14 de 15 de noviembre de 2002.
42. Ley 14/2007de investigación biomédica. BOE nº159, de 3 de julio de 2007.
43. Traducción adaptada de Mainetti. Ética médica. Argentina: Quirón; 1989.
44. Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos. Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación. California, Estados Unidos: centro de conferencias de Belmont; 1979.



10. Anexos.

10.1. Anexo 1: Consentimiento Informado

Yo, _____ (Nombre y apellidos) con DNI _____, acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Declaro que se me ha informado, facilitándome una hoja informativa, y he comprendido el significado del estudio. Declaro que he podido hacer preguntas sobre el estudio y aclarar mis dudas.

Declaro que he recibido suficiente información tanto verbal como escrita sobre la naturaleza y propósito del estudio según dispone el artículo 10.6 de la Ley General de Sanidad. Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera y sin tener que dar explicaciones.

Proporciono un número de teléfono para ser localizado si surgen preguntas posteriores sobre mi participación en el estudio. Entiendo que toda la información que proporciono se mantendrá confidencial y que será usada solo a efectos de la investigación según la Ley de protección de los datos de carácter personal, 15/1999.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Murcia, a _____ de _____ de 2020.

Firma del participante

Firma del informante

10.2. Anexo 2: Cuestionario SERVQHOS

La calidad de la asistencia sanitaria ha sido:

<i>Clave respuesta</i>	mucho peor de lo que esperaba 1	peor de lo que esperaba 2	como me lo esperaba 3	mejor de lo que esperaba 4	mucho mejor de lo que esperaba 5
------------------------	------------------------------------	------------------------------	--------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

La tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos	1	2	3	4	5
La apariencia (limpieza y uniforme) del personal	1	2	3	4	5
Si el personal cumple lo que dice que va a hacer	1	2	3	4	5
El estado en que están las salas y consultas de la Unidad (apariciencia agradable)	1	2	3	4	5
La información que los médicos proporcionan	1	2	3	4	5
El tiempo de espera para ser atendido por un médico	1	2	3	4	5
La facilidad para llegar al hospital	1	2	3	4	5
El interés del personal por solucionar problemas de los pacientes	1	2	3	4	5
La puntualidad de las sesiones de hemodiálisis	1	2	3	4	5
La rapidez con que consigues lo que necesitas	1	2	3	4	5
La disposición del personal para ayudarte cuando lo necesitas	1	2	3	4	5
La confianza (seguridad) que el personal transmite a los pacientes	1	2	3	4	5
La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente	1	2	3	4	5
La preparación del personal para realizar su trabajo	1	2	3	4	5
El trato personalizado que se da a los pacientes	1	2	3	4	5
La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes	1	2	3	4	5
La comunicación que el personal de la unidad mantiene con los familiares	1	2	3	4	5
El interés del personal de enfermería por los pacientes	1	2	3	4	5

Marque sencillamente con una X en la casilla que mejor refleje su opinión.

Indique su nivel de satisfacción global con los cuidados sanitarios que ha recibido durante su estancia en el hospital

Muy satisfecho satisfecho poco satisfecho Nada satisfecho

Recomendaría este hospital a otras personas

Sin dudarlo Nunca Tengo dudas

¿Le han realizado en el hospital pruebas (intervenciones) sin pedir su permiso?
Si No

En su opinión, ¿ha estado ingresado en le hospital el tiempo necesario? Si No

¿Conoce el nombre del médico que se hizo cargo de su caso? Si No

¿Conoce el nombre de la enfermera que le atendía habitualmente? Si No

¿Cree que ha recibido suficiente información sobre lo que le pasa? Si No

10.3. Anexo 3: Cuestiones Sociodemográficas

1. Edad: _____

2. Estado civil

- Soltera
- Casada
- Separada / divorciada
- Viuda
- Pareja estable

3. Estudios realizados

- Sin estudios
- Estudios primarios (graduado escolar)
- Estudios medios (bachillerato y formación profesional)
- Estudios superiores (universitarios)

4. Número de hijos: _____

5. ¿Asistió a clases de educación maternal durante el embarazo actual?
(Responda afirmativamente en caso de haber asistido a 4 o más sesiones).

- SI
- NO

