



TRABAJO FIN DE MÁSTER

Título: Prescripción farmacológica protocolizada por la matrona como estrategia organizativa para mejorar la eficiencia y la continuidad asistencial en la atención sexual y reproductiva en Atención Primaria

Alumno: Ferre Burló, Paula

Tutor: Santamaría Ortiz, María Amparo

Co tutor: Orozco Beltrán, Domingo

Máster Universitario en Gestión Sanitaria

Curso: 2025-2026

Resumen

Introducción: La atención sanitaria a la mujer durante su etapa reproductiva requiere de un enfoque integral, continuo y accesible. La matrona como profesional especializada en obstetricia y ginecología, salud sexual y reproductiva, se posiciona como un agente clave para asumir un papel más activo en la gestión de las pacientes. La prescripción protocolizada por la matrona representa una oportunidad de mejora en la continuidad de los cuidados y agilización de la respuesta asistencial. **Objetivo:** Evaluar el impacto de la prescripción farmacológica por la matrona en consulta de atención a la mujer sobre la eficiencia del sistema sanitario y la continuidad asistencial en el ámbito de la atención primaria. **Metodología:** El diseño del estudio que se propone es cuantitativo experimental cuasi-experimental, longitudinal, con grupo control. El estudio compara dos modelos organizativos: prescripción protocolizada por matrona y sin prescripción por matrona. La población de estudio estará conformada por 1200 mujeres atendidas en consulta de matrona de Atención Primaria adscritas a los centros de salud de San Andrés y Espinardo del área I de salud. Se recogerán diversas variables sociodemográficas, clínicas, de eficiencia, de continuidad asistencial e indicadores. Como métodos de recogida de datos se emplearán una historia clínica electrónica, registro de intervención y prescripción adhoc y cuestionario de satisfacción de resolución y continuidad de las pacientes adhoc. El análisis estadístico de los datos se efectuará mediante el SPSS. **Conclusión:** El presente estudio aspira a generar resultados que respaldarían la implementación de la prescripción por matrona protocolizada como medida de aumento de la eficiencia, calidad y optimización de recursos. Además, permitiría actualizar protocolos asistenciales y justificaría el rediseño de circuitos asistenciales en Atención Primaria. **Palabras clave:** prescripción enfermera, matrona, protocolo, prescripción de medicamentos.

Abstract

Introduction: Women's reproductive health care requires a comprehensive, continuous and accesible approach. The midwife as a professional specializing in obstetrics and gynecology, sexual and reproductive health, positions herself as a key agent to take on a more role in patient management. The prescription prescribed by the midwife represents an opportunity for improvement in the continuity of care and acceleration of the assistance response. **Objective:** To assess the impact of pharmacological prescription by the midwife in women's care consultation on the efficiency of the health system and continuity of care in primary care. **Methodology:** The design of the proposed study is quantitative experimental quasi-experimental, longitudinal, with control group. The study compares two organizational models: a prescription written by a midwife and no prescription by a midwife. The target population Will be 1200 women attended by a primary care midwife attached to the health center in San Andrés and Espinardo, area I of health. Various sociodemographic, clinical, efficiency, continuity of care variables and indicators will be collected. Methods of data collection will use an electronic medical history, adhoc intervention and prescription record and satisfaction questionnaire for resolution and continuity of the adhoc patients. Statistical análisis of the data Will be carried out using SPSS. **Conclusion:** The present study aims to generate results that would support the implementation of certified midwifery prescription as a measure for increasing efficiency, quality and resource optimization. In addition, it would allow updating assistance protocols and justify the redesign of assistance circuits in Primary Care. **Keywords:** nurse prescription midwife, protocol, medication prescription.

Índice

1.	<i>Introducción y Antecedentes.....</i>	5
2.	<i>Hipótesis y Objetivos generales y específicos del estudio</i>	10
3.	<i>Aplicabilidad y utilidad de los resultados</i>	11
4.	<i>Diseño y métodos</i>	12
4.1.	<i>Tipo de diseño y estudio que se utilizará.....</i>	12
4.2.	<i>Población de estudio.....</i>	13
4.2.1.	<i>Descripción de la muestra.....</i>	13
4.2.2.	<i>Criterios de inclusión y exclusión</i>	13
4.2.3.	<i>Método de muestreo</i>	14
4.2.4.	<i>Cálculo del tamaño de la muestra.....</i>	14
4.2.5.	<i>Procedencia de los sujetos</i>	14
4.3.	<i>Método de recogida de datos</i>	14
4.4.	<i>Variables</i>	15
4.5.	<i>Descripción y definición de la intervención si la hubiera.....</i>	17
4.6.	<i>Descripción del seguimiento de los pacientes si lo hubiera.....</i>	17
4.7.	<i>Estrategia de análisis. Pruebas estadísticas para emplear.....</i>	18
4.8.	<i>Estrategia y descripción de la búsqueda bibliográfica.....</i>	18
5.	<i>Calendario previsto para el estudio</i>	19
6.	<i>Limitaciones y posibles sesgos del estudio</i>	19
7.	<i>Problemas éticos</i>	20
8.	<i>Cronograma y organización del estudio.....</i>	21
9.	<i>Presupuesto económico</i>	22
10.	<i>Bibliografía</i>	23
11.	<i>Información adicional (Anexos).....</i>	26

1. Introducción y Antecedentes

La atención primaria es considerada como el eje central del sistema sanitario español, ya que es la puerta de entrada a la asistencia sanitaria y la base de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico precoz y manejo biopsicosocial de la salud¹. Desde el punto de vista de la gestión sanitaria, la atención primaria actúa como coordinadora del itinerario asistencial de los pacientes, usando racionalmente los recursos y reduciendo la presión a nivel hospitalario².

La matrona, enfermera especialista en obstetricia y ginecología, con el paso del tiempo ha ido ampliando su ámbito de trabajo, formando parte no sólo de la asistencia a la gestante, sino también siendo parte de la atención integral de la salud sexual y reproductiva de la mujer durante todas las etapas de su vida. Su ámbito de actuación incluye la planificación familiar, seguimiento del embarazo, asistencia al parto, puerperio, lactancia materna, menopausia y educación sanitaria, entre otros³.

La prescripción farmacológica por parte de la matrona representa una herramienta potencial e innovadora dentro de la atención al paciente, ya que es una forma de unión de la atención clínica y farmacológica en un mismo proceso asistencial consiguiendo resolver eficientemente las necesidades de los pacientes sin la obligatoriedad de una fragmentación de su asistencia en diferentes profesionales sanitarios. La posibilidad de indicar y autorizar la dispensación de ciertos fármacos y productos sanitarios permitiría la resolución autónoma y segura de numerosos procesos clínicos dentro del ámbito competencial de la misma, reduciendo derivaciones innecesarias y tiempos de espera. Desde la visión de la gestión sanitaria, la prescripción por matronas podría contribuir a la mejor distribución de las cargas asistenciales⁴.

La prescripción consiste en la receta de un medicamento, producto sanitario o acción terapéutica en beneficio de la salud del paciente tras un juicio clínico por parte del profesional sanitario. La prescripción se lleva a cabo mediante una receta en la que se determina la dosis, el uso y preparación de lo prescrito⁵.

El Consejo General de Enfermería define la prescripción enfermera como: “La capacidad del enfermero/a, en el marco de la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería, de seleccionar, guiados por el criterio profesional, diferentes materiales, productos-dispositivos y educación encaminados a satisfacer las necesidades de salud del usuario y la población, apoyados por el juicio clínico enfermero y administrados en forma de cuidados”⁶.

Dentro de la prescripción enfermera encontramos tres tipos: prescripción autónoma que es aquella en la que la enfermera evalúa al paciente, realiza un diagnóstico enfermero y plantea los cuidados y tratamiento necesarios; prescripción colaborativa individualizada dependiente, semiautónoma o complementaria que consiste en la prescripción médica y ajuste de dosis posterior por enfermería junto con el seguimiento y control; y por último, prescripción colaborativa protocolizada que consiste en la prescripción enfermera en base a protocolos elaborados de forma multidisciplinar⁵.

Situación de la prescripción enfermera en otros países

La prescripción de medicamentos por enfermería es un tema de debate internacional; estando autorizada en Australia, Reino Unido, Francia, Estados Unidos, Canadá, Botsuana, Zambia, Nueva Zelanda, Sudáfrica, Irlanda y Brasil⁷. La ampliación de la prescripción de fármacos a profesionales sanitarios no médicos ha sido un evento creciente en los sistemas sanitarios de diferentes países en los últimos años, teniendo como objetivo la mejora de la accesibilidad de los pacientes a los tratamientos más pertinentes y reducción de la carga asistencial de medicina de familia y comunitaria⁸. Un estudio a nivel internacional concluye que la prescripción por la matrona se ha ido afianzando en países europeos consiguiendo mejorar el acceso a la atención y brindar un enfoque integral dentro de la salud de la mujer⁹.

En países europeos como Reino Unido, Suecia y Países Bajos, la prescripción por matronas es parte de su práctica cotidiana, habiéndose documentado beneficios en la rapidez de la atención, adherencia a protocolos clínicos y satisfacción de las usuarias^{4,10}.

En Reino Unido, la prescripción por enfermeras y matronas está integrada en el sistema sanitario hace décadas. Estudios realizados afirman que estos

profesionales presentan una elevada adherencia a las guías clínicas y protocolos, además de una elevada satisfacción por parte de las pacientes atendidas¹¹. En Suecia y Países Bajos se ha aumentado la capacidad de resolución en los primeros niveles de atención y la reducción de los tiempos de espera en el inicio de los tratamientos⁸.

Estudios realizados en Australia afirman que las matronas con capacidad de prescripción (“Endorsed Midwives”) pueden ampliar la accesibilidad de ciertos fármacos a las mujeres, elevando su satisfacción con la asistencia recibida y ejerciendo su puesto laboral de forma más autónoma, aunque existen ciertas barreras regulatorias y de política sanitaria que frenan su potencial¹².

Es más, se ha contemplado que la prescripción por parte de personal no facultativo en atención primaria favorece los episodios completos en la atención, reducción de consultas adicionales, retrasos en los tratamientos y tiempos de espera, de forma que mejora la eficiencia organizativa del sistema sanitario⁴.

Marco legal en España

En España, el Real Decreto 954/2015 (modificado por el RD 1302/2018), que regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios sujetos y no sujetos a prescripción médica por parte de enfermeros en el ámbito de sus competencias, incluidos especialistas como la matrona. Este reconoce la capacidad de los profesionales de enfermería para prescribir determinados fármacos siempre que tenga la acreditación y actúen según protocolos y guías clínicas validadas por el Ministerio de Sanidad. En el contexto del Área I de Salud de la Región de Murcia, estos protocolos se elaborarán de forma multidisciplinar con matronas, ginecología, medicina de familia y equipos directivos, y se validarán en las comisiones clínicas correspondientes¹³.

Desde el punto de vista de responsabilidad profesional, cada matrona será responsable de las prescripciones que realice en su ámbito competencial bajo el cumplimiento de los protocolos; mientras que, el médico de familia y ginecología asumirá la responsabilidad de los procesos derivados y de mayor complejidad. Los protocolos actuarán como delimitación de las funciones y de reparto de responsabilidad, definiendo explícitamente los supuestos en los que se requiere

validación médica previa, criterios de derivación y actuaciones colaborativas en el seguimiento de los pacientes.

A pesar de esto, la implementación de esta competencia es limitada y heterogénea, aunque la prescripción por parte de enfermería ha avanzado en los últimos años, la normativa vigente sobre prescripción enfermera sigue siendo foco de desarrollo y debate debido al déficit de guías específicas, variabilidad entre comunidades autónomas y ciertas resistencias organizativas¹³.

Por otro lado, en el caso de la matrona, la aplicación total de la prescripción farmacológica está en proceso de consolidación. La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) y el Consejo General de Enfermería (CGE) han señalado la necesidad imperiosa de desarrollar guías específicas de prescripción para dotar de reconocimiento competencial a las matronas para poder ejercer esta función de forma eficaz y segura^{14,15}.

Impacto potencial en la eficiencia y continuidad asistencial

La eficiencia en los sistemas sanitarios es la capacidad de conseguir los mejores resultados en salud con los recursos disponibles, evitando malgasto y optimizando recursos asistenciales. En atención primaria, la eficiencia está enlazada con la capacidad de resolución de los equipos humanos y la integración de los servicios que intervienen en la atención del paciente¹⁶.

La continuidad asistencial consiste en la percepción del paciente de su atención referente a la coherencia, coordinación y conexión a lo largo del tiempo y entre niveles de asistencia. La evidencia científica indica que los mejores resultados de salud, mayor satisfacción y reducción de servicios innecesarios vienen de una elevada continuidad asistencial^{17,18}.

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, la continuidad asistencial adquiere especial interés, puesto que muchos de los procesos que surgen en atención primaria necesitan seguimiento estrecho en el tiempo. La fragmentación de la atención, derivada de tener que acudir a otros profesionales sanitarios para poder concluir un proceso asistencial, genera ineficiencias, retrasos y menos calidad asistencial percibida¹⁹.

La integración de la prescripción farmacológica en la consulta de la matrona puede contribuir significativamente a la eficiencia de la sanidad, consiguiendo la resolución de episodios clínicos relacionados con la salud sexual y reproductiva en una única consulta²⁰. Del mismo modo, aumenta la continuidad asistencial al ser el mismo profesional el que realiza la valoración, seguimiento e indicación del tratamiento⁸.

En el Sistema Nacional de Salud, las matronas desarrollan su actividad tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada. En el ámbito de Atención Primaria, se integran en los centros de salud como el profesional de referencia para la atención integral a la salud sexual y reproductiva a lo largo del ciclo vital femenino. Su cartera de servicios incluye la planificación familiar, el asesoramiento anticonceptivo, el seguimiento del embarazo de bajo riesgo, el control del puerperio y la lactancia materna, la atención al climaterio y menopausia, así como actividades de educación para la salud y prevención de infecciones de transmisión sexual. Esta posición estratégica en el primer nivel asistencial sitúa a la matrona como profesional clave para articular procesos continuos y resolutivos en salud sexual y reproductiva. En el Área I de Salud de la Región de Murcia, las matronas de los centros de salud de San Andrés y Espinardo asumen la atención a la mujer en programas de embarazo de bajo riesgo, puerperio, planificación familiar y climaterio, en coordinación con medicina de familia y ginecología de referencia.

Justificación de la investigación

La investigación propuesta resulta pertinente y necesaria en el contexto actual de la atención primaria de la Región de Murcia por razones de índole sanitario, organizativo, económico y social.

En la Región de Murcia no se han identificado estudios que cuantifiquen el volumen de consultas resueltas por matronas por prescripción farmacológica, evalúen el impacto de esta medida en la reducción de consultas de derivación a medicina, evalúen su repercusión sobre tiempo de espera, impacto organizativo o económico de su implantación.

Esta ausencia de evidencia conforma una brecha significativa, ya que las decisiones en gestión sanitaria requieren datos contextualizados que permitan

valorar la viabilidad y el impacto real de las intervenciones. La planificación de recursos humanos, reorganización de circuitos y el desarrollo de protocolos específicos no pueden sustentarse únicamente en evidencia internacional.

De este modo, la contribución original de este estudio radica en aportar evidencia contextualizada en la Región de Murcia, adaptada a su estructura organizativa y realidad asistencial, analizar el impacto potencial de la prescripción por matronas desde una perspectiva de gestión sanitaria, no solo clínica, cuantificar variables operativas clave, generar información útil para la toma de decisiones estratégicas y contribuir al debate científico nacional.

Por tanto, la investigación no solo amplía el conocimiento académico sobre la prescripción por matronas, sino que ofrece una herramienta para la mejora organizativa del sistema sanitario regional, alineándose con los principios de eficiencia, sostenibilidad y continuidad asistencial que orientan la gestión sanitaria actual.

Por último, este estudio es relevante desde una perspectiva estratégica y de planificación sanitaria, debido a que puede generar argumentos para el desarrollo de políticas orientadas a fortalecer la labor de la matrona. Los resultados podrían ser la base para elaboración de protocolos, guías clínicas y planes de formación específicos que faciliten la implantación de la prescripción por matronas segura y progresiva²¹.

2. Hipótesis y Objetivos generales y específicos del estudio

Hipótesis principal

La implantación de la prescripción farmacológica protocolizada por la matrona en consultas de salud sexual y reproductiva de Atención Primaria reduce significativamente la duplicidad asistencial, el tiempo medio hasta la resolución de los procesos y la carga de trabajo derivada a medicina de familia, mejorando la eficiencia organizativa y la continuidad asistencial percibida por las usuarias, en comparación con el modelo actual sin prescripción por matrona.

Hipótesis específicas

- La proporción de procesos resueltos en acto único (sin derivación a medicina) aumenta en el grupo de intervención (San Andrés) respecto al grupo control (Espinardo).
- El número medio de visitas totales por proceso asistencial (matrona + medicina) disminuye en el modelo con prescripción por matrona.
- El tiempo transcurrido desde la demanda hasta la resolución del proceso se reduce significativamente en el circuito con prescripción de la matrona.
- La percepción de continuidad asistencial por parte de las pacientes (medida por escala Likert) es superior en el modelo con prescripción por matrona.
- La carga de trabajo derivada a medicina de familia por prescripción (número de derivaciones médicas) disminuye en el grupo intervención.

Objetivo general

Evaluar el impacto de la prescripción farmacológica por la matrona en consulta de atención a la mujer sobre la eficiencia del sistema sanitario y la continuidad asistencial en el ámbito de la atención primaria.

Objetivos específicos

- Comparar el número de derivaciones médicas desde la consulta de matrona por prescripción farmacológica antes y después de la implantación de la prescripción por matrona.
- Evaluar la disminución de la duplicidad de citas matrona-médico en los procesos de atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer.
- Medir el tiempo transcurrido desde la demanda hasta la resolución.
- Comparar el número total de visitas asistenciales por mujer antes y después de la implantación de la prescripción por matrona.

3. Aplicabilidad y utilidad de los resultados

Los resultados permitirían identificar las decisiones estratégicas y operativas para mejorar la eficiencia y la continuidad asistencial en Atención Primaria mediante la prescripción farmacológica por parte de la matrona.

En primer lugar, se deriva la necesidad de adaptar y actualizar las guías clínicas y protocolos asistenciales incluyendo explícitamente la indicación y autorización de dispensación de medicamentos en los procesos de la salud sexual y reproductiva, el embarazo normal y el puerperio. Esta actualización delimitaría el marco competencial, los fármacos incluidos y los criterios de derivación, reduciendo la variabilidad clínica y reforzando la seguridad jurídica y asistencial.

En segundo lugar, los resultados justificarían el rediseño de los circuitos asistenciales en Atención Primaria. Se podría proponer eliminar las citas médicas exclusivas a la emisión de recetas tras valoración por la matrona, integrando la prescripción en la historia clínica electrónica y reorganizando agendas evitando duplicidades. Este rediseño permitiría resolver el proceso asistencial en un único acto clínico y reducir los tiempos de espera.

En tercer lugar, se desprende la necesidad de consolidar programas formativos específicos y acreditación que garanticen la competencia en farmacología clínica, seguridad del paciente y actualización continua.

Asimismo, los resultados respaldarían la implementación de sistemas de evaluación e indicadores de impacto, como reducción de consultas médicas por prescripción delegada, tiempos de resolución y satisfacción de las usuarias. La medición sistemática permitiría vincular la intervención con resultados cuantificables en eficiencia y calidad.

Finalmente, desde una perspectiva estratégica, la prescripción por la matrona puede incorporarse a la planificación de recursos humanos como elemento de desarrollo de práctica avanzada, consiguiendo sostenibilidad del sistema y un modelo más resolutivo y centrado en la mujer.

4. Diseño y métodos

4.1. Tipo de diseño y estudio que se utilizará

El diseño metodológico que se llevará a cabo para dar respuesta a los objetivos planteados en el estudio será un estudio cuantitativo experimental cuasi-experimental, longitudinal, con grupo control.

El estudio compara dos modelos organizativos de la atención sexual y reproductiva en Atención Primaria: el circuito asistencial actual, en el que la matrona valora y orienta clínicamente, pero la prescripción de fármacos recae en medicina de familia (modelo sin prescripción por matrona); y, un circuito asistencial con prescripción farmacológica piloto por matrona, en el que los procesos definidos como bajo riesgo se resuelven en la propia consulta de matrona mediante prescripción protocolizada. En el centro de salud de San Andrés, perteneciente al Área 1 de salud de la Región de Murcia, se implementará el modelo con prescripción; mientras que, el centro de salud de Espinardo mantendrá el circuito actual, constituyendo el grupo control. El periodo del estudio será de 12 meses.

4.2. Población de estudio

4.2.1. Descripción de la muestra

La muestra a estudio estará constituida por las mujeres atendidas en la consulta de matrona en Atención Primaria en el centro de salud de San Andrés del área 1 de salud de la Región de Murcia en los procesos de embarazo de bajo riesgo, puerperio, planificación familiar y climaterio.

Se establecerán dos grupos: el grupo intervención, usuarias del centro de salud de San Andrés del área 1 y grupo control, usuarias del centro de salud de Espinardo del área 1 de salud. Se realizará comparación inter-grupo (intervención vs control).

4.2.2. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión para la participación en el estudio serán mujeres mayores de 18 años, adscritas al centro de salud correspondiente, atendidas por la matrona durante el periodo de estudio, que requieran tratamiento farmacológico y que otorguen consentimiento informado para el uso de los datos clínicos; mientras que, los criterios de exclusión serán mujeres derivadas a atención especializada, pacientes con patologías complejas que requieran prescripción médica, mujeres que rechacen la participación en el estudio y registros clínicos incompletos.

4.2.3. Método de muestreo

Se llevará a cabo un muestreo consecutivo no probabilístico, donde se incluirán a todas las pacientes que cumplan con los criterios de inclusión durante el periodo de estudio hasta alcanzar el tamaño muestral necesario. Este método se justifica por ser un estudio piloto y por la necesidad organizativa de la intervención.

4.2.4. Cálculo del tamaño de la muestra

El tamaño muestral será $n=1200$ por grupo, considerando que una matrona atiende aproximadamente 3500 pacientes al año y se pretende estudiar en torno al 40% como piloto realista.

4.2.5. Procedencia de los sujetos

Las participantes en el estudio procederán de los cupos poblacionales adscritos tanto al centro de salud de San Andrés (grupo intervención) como del centro de salud de Espinardo (grupo control). Los datos se obtendrán de la historia clínica electrónica OMI-AP.

4.3. Método de recogida de datos

La recogida de datos se realizará mediante un sistema que incluye el desarrollo de la historia clínica electrónica, el registro específico de la intervención diseñado adhoc y cuestionario autoadministrado para la medición de la satisfacción de la paciente de la percepción de continuidad asistencial y con respecto a la resolución del problema.

Historia clínica electrónica

Se utilizará el sistema informático de Atención Primaria del Servicio Murcia de Salud, OMI-AP. De la historia clínica de la paciente se extraerán las siguientes variables: edad, motivo de consulta, diagnóstico, número de consultas relacionadas con el mismo proceso, derivaciones a medicina, fecha de inicio y cierre del episodio, prescripción farmacológica, reconsultas y eventos adversos documentados.

Los datos serán anonimizados mediante un código numérico.

Registro específico de la intervención y prescripción adhoc

En el grupo intervención, durante la fase de post-intervención, la matrona rellenará un registro diseñado específicamente para el estudio que incluirá: código anonimizado de la paciente, tipo de proceso clínico, tipo de fármaco prescrito, resolución en acto único, necesidad de derivación posterior, tiempo estimado de resolución e incidencias o complicaciones (anexo 1). El registro será digital para evitar errores de transcripción.

En el grupo control, se registrarán los mismos datos excepto el apartado de prescripción por la matrona.

Cuestionario de satisfacción de resolución y continuidad de las pacientes adhoc

Cuestionario generado adhoc de 10 ítems que será autoadministrado al cierre del proceso asistencial. Es un cuestionario anónimo de unos 5 min de duración con preguntas de escala tipo Likert de 5 puntos. Este cuestionario evaluará la accesibilidad, resolución del problema, coordinación asistencial, confianza en el profesional y satisfacción global (anexo 2).

4.4. Variables e indicadores

Variables sociodemográficas

- Edad: variable cualitativa categórica nominal policotómica con 4 opciones de respuesta (18-25/ 26-40/ 45-60/ >60)
- Nivel educativo: variable cualitativa nominal policotómica expresada en 5 opciones de respuesta (sin estudios/ primaria/ secundaria/ bachillerato, formación profesional/universidad)
- Situación laboral: variable cualitativa nominal policotómica expresada en 3 opciones de respuesta (activa/jubilada/desempleada)

Variables clínicas

- Diagnósticos: variable cualitativa categórica nominal policotómica con 5 opciones de respuesta (planificación familiar/ gestación/ postparto/ infección vaginal con complicada/ menopausia)
- Tipo de tratamiento: variable cualitativa categórica nominal policotómica con 6 opciones de respuesta (anticonceptivos/ suplementos gestación/ hormonas tiroideas/ menopausia/ antibiótico/ otro)

- Necesidad de derivación médica: variable cualitativa nominal dicotómica expresada en 2 opciones de respuesta (sí/no)
- Número de visitas relacionadas con el mismo proceso: variable cualitativa nominal policotómica expresada en 3 opciones de respuesta (1/ 2/ >3)

Variables de eficiencia

- Número de derivaciones médicas: variable cualitativa nominal policotómica expresada en 3 opciones de respuesta (1/ 2/ >3)
- Número total de visitas por proceso asistencial (matrona y medicina de familia): variable cualitativa nominal policotómica expresada en 3 opciones de respuesta (<6/ 6-8/ >8)
- Duplicidad asistencial: variable cualitativa nominal dicotómica expresada en 2 opciones de respuesta (sí/no)
- Tiempo hasta resolución del proceso: variable cualitativa nominal policotómica expresada en 3 opciones de respuesta (<3 días/ 3-5 días/ > 5 días)

Variables de continuidad asistencial

- Resolución en acto único: variable cualitativa nominal dicotómica expresada en 2 opciones de respuesta (sí/no)
- Número de interrupciones del proceso asistencial: variable cualitativa nominal policotómica expresada en 3 opciones de respuesta (1/ 2 / > 3)
- Precepción de continuidad por parte de la paciente: escala tipo Likert (1-5)

Indicadores

Se seleccionaron indicadores de proceso (procesos resueltos en acto único y número de derivaciones médicas), resultado (tiempo hasta resolución y duplicidad asistencial), eficiencia (visitas por proceso, duplicidad asistencial y carga de trabajo en medicina de familia) y calidad percibida (percepción de continuidad) para la valoración del impacto del proyecto, desarrollados y explicados en el anexo 3.

4.5. Descripción y definición de la intervención si la hubiera

La intervención consiste en aplicar un modelo de prescripción farmacológica protocolizado por la matrona (figura 1) dentro de su consulta y marco competencial siguiendo las etapas del circuito de este modelo de atención (figura 2). Dentro de la prescripción se incluye prescripción directa de anticonceptivos hormonales, suplementos como ácido fólico o hierro, hormonas tiroideas, tratamiento de infecciones vaginales no complicadas, infecciones del tracto urinario, mastitis, analgesia leve y productos para menopausia y salud sexual, recurriendo a la derivación de la paciente a ginecología o medicina de familia cuando se cumplan los criterios descritos. Esta intervención se llevará a cabo tras la formación previa de la matrona y la redacción y aprobación de protocolos consensuados por el equipo. Se realizará un registro específico normalizado en historia clínica electrónica. Se ha generado un anexo con especificación de tipos de fármacos usados, criterios de derivación e indicación de uso (anexo 4).

Por el contrario, el grupo control continuará con el modelo tradicional de consulta (figura 3) con valoración e indicación de matrona y derivación a medicina para prescripción (figura 4).

Cuando las mujeres acudan a consulta se le ofrecerá la posibilidad de participar en el estudio y en caso de que acepten deberán firmar un consentimiento informado (anexo 5); posteriormente, se confirmará que cumple los criterios de inclusión. Tras la resolución del proceso se habilitará un espacio para la cumplimentación del cuestionario de satisfacción de resolución y continuidad asistencial de las pacientes en el centro de salud, ofreciéndoles, también un sobre para guardar el cuestionario que depositarán en un buzón colocado en la consulta de las matronas.

4.6. Descripción del seguimiento de los pacientes si lo hubiera

El seguimiento que se llevará a cabo de cada proceso asistencial será durante un periodo máximo de 3 meses, en el que se realizará un registro de reconsultas (anexo 6), derivaciones posteriores, eventos adversos y cierre clínico del proceso.

4.7. Estrategia de análisis. Pruebas estadísticas para emplear

Los datos obtenidos se registrarán en una hoja de Microsoft Excel y se realizará un análisis estadístico con el programa IBM Corp. (2019). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. IBM Corp.

Se realizará un análisis descriptivo de las variables a estudio. Dado que las variables serán tratadas como categóricas, se utilizará la frecuencia y proporciones para las variables cualitativas dicotómicas, y las frecuencias, proporciones y gráficos de barras en las variables cualitativas policotómicas.

Se llevará a cabo un análisis bivalente para comparar las variables entre el grupo intervención (prescripción farmacológica protocolizada por la matrona) y el grupo control (modelo asistencial habitual), para la que se empleará la prueba de Chi-cuadrado de Pearson. En aquellos casos en los que no se cumplan los supuestos de aplicación de dicha prueba, se utilizará el test exacto de Fisher.

Como medida de asociación, se calculará Odds Ratio (OR) con sus correspondientes intervalos de confianza del 95% (IC 95%), con el fin de estimar la magnitud del efecto de la intervención sobre los resultados.

Para el análisis multivariante, se emplearán modelos de regresión logística. En el caso de las variables dependientes dicotómicas, se usará la regresión logística binarias; mientras que, para las variables con más de dos categorías se aplicaran modelos de regresión logística multinomial. En todos los modelos multivariantes se incluirá como variable independiente el grupo de estudio (intervención/control), ajustado por posibles variables confusoras como la edad, nivel educativo, situación laboral, diagnóstico y tipo de tratamiento.

Se considerará la presencia de significación estadística cuando el valor de p sea $<0,05$ y se tendrá en cuenta un intervalo de confianza al 95% (IC95%).

4.8. Estrategia y descripción de la búsqueda bibliográfica

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de la literatura más reciente en las bases de datos: Medline, a través de Pubmed, ScienceDirect, Web of Science y Cinahl. Además, se utilizaron diversos repositorios bibliográficos para ampliar la búsqueda como Federación de Asociaciones de Matronas de España, Ministerio de Sanidad, el Portal estadístico de la Región de Murcia y Boletín Oficial del

Estado. Se diseñó una estrategia de búsqueda mediante descriptores MESH, DECS y palabras de término libre. Como términos MESH se usaron: drug prescriptions, nurse midwives, prenatal care, Primary Health Care, efficiency y profesional autonomy; por otro lado, como DECS, prescripciones de medicamentos, enfermeras obstétricas, atención prenatal, Atención Primaria de Salud, eficiencia y autonomía profesional; por último, como término libre, matrona, prescripción enfermera y protocolo. En la construcción de las cadenas de búsqueda se utilizó en combinación con los descriptores, el operador booleano AND para unirlos y OR para la unión de sinónimos con el fin de ampliación de la búsqueda.

5. Calendario previsto para el estudio

El estudio se desarrollará en un periodo de 12 meses. Desde enero de 2026 a diciembre de 2026. El estudio comenzará con una fase inicial de diseño y planificación durante enero y febrero, seguida de la obtención de los permisos éticos necesarios en febrero y marzo. Tras esto, se realizará la formación de las profesionales implicadas, en el mes de marzo, antes de empezar con la recogida de datos, que constituirá la fase central del estudio desde abril a septiembre. Finalmente, se llevará a cabo el análisis de los datos, en octubre y noviembre, y elaboración del informe final en diciembre.

6. Limitaciones y posibles sesgos del estudio

Este estudio podría presentar algunas limitaciones inherentes a su diseño. En primer lugar, al ser un estudio cuasi-experimental con grupo control no existe asignación aleatoria de las participantes en los grupos, lo que podría ocasionar diferencias entre centros, influencia de las variables de confusión y comprometer la validez interna. Por lo tanto, se realizará una tabla de características basales comparando ambos grupos al inicio del estudio (edad, diagnósticos y tipo de proceso) para verificar su similitud y minimizar sesgos de selección.

En segundo lugar, al establecer una duración limitada del seguimiento se podrían no capturar reconsultas tardías, efectos adversos diferidos o conocer el impacto organizativo a largo plazo.

En tercer lugar, podría producirse un sesgo de selección derivado del muestreo consecutivo no probabilístico, así como las posibles diferencias sociodemográficas y variabilidad en el tipo de pacientes. Además, sería posible la aparición del sesgo de información debido a registros incompletos en la historia clínica o variabilidad en los diagnósticos.

Por otro lado, al saber tanto matronas como el resto del equipo que están siendo evaluados, esto podría modificar su comportamiento apareciendo el sesgo de Hawthorne ocasionando una mejora no realista de los indicadores de eficiencia y aumento del esfuerzo organizativo. Otra limitación podría ser la presencia de variables confusoras como la edad, el tipo de proceso, la experiencia del profesional o la carga asistencial del entorno.

Por último, cabe destacar las limitaciones en la validez externa al tratarse de un único centro con intervención en un único ámbito geográfico (Área I de salud de la Región de Murcia), lo que podría ocasionar que se refleje la realidad ahí existente, aunque se haya calculado el tamaño muestral para que la muestra sea significativa.

7. Problemas éticos

Previo a la cumplimentación de los cuestionarios se explicarán los objetivos del estudio a las participantes oralmente. Si aceptan la participación, deberán rellenar un consentimiento informado.

La participación en el estudio puede aportar beneficios potenciales a las pacientes, sobre todo en el grupo intervención gracias a una atención más ágil y resolutive en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. La prescripción farmacológica protocolizada por parte de la matrona podría resolver los procesos clínicos en un único acto asistencial, reduciendo la necesidad de derivaciones y tiempos de espera.

Asimismo, este modelo puede mejorar la continuidad asistencial percibida, ya que centraliza la atención en un mismo profesional y disminuye el número de visitas, interrupciones y desplazamientos innecesarios.

Finalmente, la participación en el estudio contribuye a la generación de conocimiento orientado a mejorar la organización y eficiencia de la Atención Primaria, con posibles beneficios futuros para la población atendida.

Se garantiza en todo momento el respeto de los preceptos éticos fundamentales:

- Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- 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.
- Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica.

De igual modo, se solicitará por escrito al Gerente/Comité de Ética de la Institución Área I de Salud de la Región de Murcia. Se respetará la protección y confidencialidad de los datos y se pondrán en marcha las medidas oportunas para preservar la intimidad de las pacientes.

8. Cronograma y organización del estudio

El presente estudio se desarrollará a lo largo de 12 meses, estructurado en diferentes fases secuenciales. Durante los meses de enero y febrero, se realizará la fase de diseño y planificación, que incluirá la revisión bibliográfica, elaboración del protocolo de investigación, definición de las variables y diseño de los instrumentos de recogida de datos. En febrero y marzo, se llevará a cabo la solicitud y obtención de las autorizaciones necesarias por parte del comité de Ética de la Investigación de la Gerencia del Área I de Salud y de las instituciones sanitarias implicadas. La formación de las matronas participantes y estandarización del procedimiento de intervención se hará en marzo, con el fin de garantizar la aplicación de la prescripción protocolizada correctamente y la homogeneidad en la recogida de datos. La fase central del estudio corresponderá desde abril a septiembre, cuando se realizará la implementación de la intervención y recogida de datos. Posteriormente, en octubre y noviembre,

se realizará la depuración de la base de datos y el análisis estadísticos de los resultados. Para terminar, en diciembre se elaborará un informe final y se procederá a la difusión de los resultados obtenidos (anexo 7).

9. Presupuesto económico

Anualidad	
Personal	Estadístico (25€/h): 2.000€ Residentes de matrona (codificación de la información y anonimización: 10€/h: 1.400€
Formación y reuniones	Talleres y formación sobre protocolo de prescripción farmacológica: 400€
Material fungible	Cuadernos de recogida, cuestionarios, impresión de protocolos: 500€
Material inventariable	2 ordenadores: 1.200€
Software estadístico	Licencia SPSS: 1.000€ Licencia Microsoft 365: 70€
Gastos de difusión	Publicación en revistas: 2.000€ Publicación en congresos: 2.000€
Transporte y desplazamientos	Traslados a congresos: 1.000€ Traslados de coordinación: 400€
Gastos totales:	11.970€

10. Bibliografía

1. Smith J. Primary care: balancing health needs, services and technology. Int J Integr Care [Internet]. 2001 Sep 1;1:1:e36. PMCID: PMC1484414. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1484414/>
2. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. Br J Gen Pract [Internet]. 2013 Nov;63(616):e742-50. doi: 10.3399/bjgp13X674422. PMID: 24267857; PMCID: PMC3809427. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24267857/>
3. Essential competencies for midwifery practice. International Confederation of Midwives [Internet]. 2024. Disponible en: <https://internationalmidwives.org/resources/essential-competencies-for-midwifery-practice/>
4. Casey M, Rohde D, Higgins A, Buckley T, Cashin A, Fong J, et al. Providing a complete episode of care: A survey of registered nurse and registered midwife prescribing behaviours and practices. J Clin Nurs [Internet]. 2020;29(1-2):152-62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.15073>
5. Cámara FL. La prescripción enfermera. DS : Derecho y salud [Internet]. 2010;19(1):83-90. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3177179>
6. Consejo general de Enfermería. Marco referencial para la prescripción enfermera. Biblioteca Lascasas [Internet]. 2006. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0151.pdf>
7. Herrera Gómez A, Martínez Galiano JM, Ratia Ramos M, Pozo Cano MD. La prescripción enfermera y la ley del medicamento. Rev Enferm [Internet]. 2008 Jan;31(1):50-2. Spanish. PMID: 18497006. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18497006/>
8. Kroezen M, van Dijk L, Groenewegen PP, Francke AL. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. BMC Health Serv Res [Internet]. 2011 May 27;11:127. doi: 10.1186/1472-6963-11-127. PMID: 21619565;

- PMCID: PMC3141384. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21619565/>
9. Small K, Warton C, Fenwick J, Baird K, Homer C, Bradfield Z. The regulation and practice of midwifery prescribing around the world: A scoping review of regulations and literature. Sex Reprod Healthc [Internet]. 2025;44(101109):101109. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2025.101109>
 10. Gielen SC, Dekker J, Francke AL, Mistiaen P, Kroezen M. The effects of nurse prescribing: a systematic review. Int J Nurs Stud [Internet]. 2014;51(7):1048–61. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.003>
 11. Courtenay M, Carey N, Stenner K, Lawton S, Peters J. Patients' views of nurse prescribing: effects on care, concordance and medicine taking. Br J Dermatol [Internet]. 2011 Feb;164(2):396-401. doi: 10.1111/j.1365-2133.2010.10119.x. PMID: 21054336. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21054336/>
 12. Hull E, Hastie C, Bradfield Z, Donnellan-Fernandez R. Endorsed midwife prescribing in Australia: For the women, more than anything. Women Birth [Internet]. 2024;37(5):101638. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2024.101638>
 13. BOE-A-2015-14028 Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros [Internet]. Boe.es. Disponible en:
<https://www.boe.es/eli/es/rd/2015/10/23/954/con>
 14. Romero G. La escasez de matronas y las guías de prescripción enfermera, prioridades para FAME y el CGE [Internet]. Consejo general enfermería.org. www.consejogeneralenfermeria.org; 2025 [citado el 12 de abril de 2026]. Disponible en:
<https://www.consejogeneralenfermeria.org/actualidad-y-prensa/sala-de-prensa/notas-prensa/send/20-notas-de-prensa/2968-la-escasez-de-matronas-y-las-guias-de-prescripcion-enfermera-prioridades-para-fame-y-el-cge>

15. PabloMalo. El CGE y FAME reclaman medidas para paliar el déficit de matronas y la aprobación de las guías de prescripción enfermera [Internet]. iSanidad. 2025 [citado el 12 de abril de 2026]. Disponible en: <https://isanidad.com/324075/el-cge-y-fame-reclaman-medidas-para-paliar-el-deficit-de-matronas-y-la-aprobacion-de-las-guias-de-prescripcion-enfermera/>
16. Palmer S, Torgerson DJ. Economic notes: definitions of efficiency. BMJ [Internet]. 1999;318(7191):1136. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.318.7191.1136>
17. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ [Internet]. 2003;327(7425):1219–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
18. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. Ann Fam Med [Internet]. 2005;3(2):159–66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1370/afm.285>
19. Bradford BF, Wilson AN, Portela A, McConville F, Fernandez Turienzo C, Homer CSE. Midwifery continuity of care: A scoping review of where, how, by whom and for whom? PLOS Glob Public Health [Internet]. 2022;2(10):e0000935. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pgph.0000935>
20. Delamaire, M. and G. Lafortune. Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. *OECD Heal Wor Pap* [Internet. 2010; 54. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>
21. Guías para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os [Internet]. Gob.es. [citado el 12 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/farmacia/publicaciones/guiaUA/home.htm>

22. Información adicional (Anexos)

Anexo 1. Registro específico de la intervención y prescripción adhoc

HOJA DE REGISTRO DE INTERVENCIÓN Y PRESCRIPCIÓN POR LA MATRONA

DATOS GENERALES DEL REGISTRO

Campo	Tipo/formato	Descripción
Código de paciente	Alfanumérico	Código anonimizado
Fecha	Fecha	Día de la consulta
Centro de salud	Desplegable	Seleccionar el centro: - San Andrés - Espinardo
Profesional responsable	Desplegable	Selección nombre de la matrona

DATOS CLÍNICOS DEL PROCESO

Campo	Tipo/formato	Descripción
Tipo de proceso clínico	Desplegable	Gestación, menopausia, anticoncepción, salud vulvovaginal, otro.
Motivo de consulta	Texto	Breve descripción del motivo de consulta
Tipo de fármaco prescrito	Desplegable/opción múltiple	Suplementos embarazo, anticonceptivos, hormonas tiroideas, tratamiento menopáusico, antibiótico, otro
Resolución en acto único	Sí/No	Marca "sí" si se resuelve en la misma visita, "no" si requiere seguimiento o derivación
Necesidad de derivación posterior	Sí/No	Marca "sí" si se deriva a médico de familia
Tiempo estimado de resolución	Numérico (minutos)	Tiempo que tardo en resolverse el proceso clínico, incluye consulta y prescripción
Incidencias o complicaciones	Texto libre	Registra eventos adversos, errores o complicaciones detectadas

Anexo 2. Cuestionario breve de satisfacción y continuidad asistencial adhoc

CUESTIONARIO BREVE DE SATISFACCIÓN Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL ADHOC

Instrucciones:

A continuación, encontrará una serie de afirmaciones sobre la atención recibida.
Indique su grado de acuerdo marcando una única opción.

Escala de respuesta:

1. Totalmente desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente ~~de~~acuerdo

Ítems del cuestionario

1. El problema de salud por el que consulté ha sido resuelto de forma satisfactoria.

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5

2. La atención recibida ha permitido resolver mi problema en un tiempo adecuado.

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5

3. Estoy satisfecha con el tratamiento recibido.

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5

4. Considero que la atención recibida ha sido eficaz.

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5

5. Volvería a utilizar este modelo de atención para un problema similar.

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5

6. He sido atendida por el mismo profesional durante todo el proceso.

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5

7. La información recibida ha sido clara y coherente.

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

8. No he tenido que repetir mi problema a diferentes profesionales.

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

9. He percibido una buena coordinación en mi atención sanitaria.

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

10. Me he sentido acompañada durante todo el proceso.

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Estructura del cuestionario

- Dimensión 1: Resolución del proceso: Ítems 1-5
- Dimensión 2: Continuidad asistencial: Ítems 6-10

Interpretación:

A mayor puntuación, mayor satisfacción y continuidad percibida



Anexo 3. Indicadores de proceso, resultado, eficiencia y calidad

KPI (Indicador)	Definición y fórmula	Fuente de datos	Umbral esperado (mejora)	Justificación en gestión
Duplicidad asistencial	% de procesos con ≥ 2 visitas (matrona + médico) por episodio. Fórmula: $(\text{Procesos con duplicidad} / \text{Total procesos}) \times 100$	Historia clínica OMI-AP (número de consultas por episodio)	Reducción $\geq 20\%$ post-intervención	Optimiza agendas y reduce carga de trabajo en medicina de familia fundacioneconomyasalud +1
Procesos resueltos en acto único	% de episodios resueltos sin derivación a médico. Fórmula: $(\text{Resueltos en 1 visita} / \text{Total}) \times 100$	Registro específico + OMI-AP	Aumento $\geq 30\%$	Mide resolutiveidad del circuito y eficiencia organizativa tuotempo+1
Tiempo hasta resolución	Días medios desde primera consulta hasta cierre del episodio. Fórmula: $\text{Media de (Fecha cierre - Fecha inicio)}$	OMI-AP (fechas de inicio/cierre episodio)	Reducción de 3-5 días medios	KPI estándar de eficiencia y continuidad asistencial fundacioneconomyasalud +2
Número de derivaciones médicas	Media de derivaciones a MF por proceso. Fórmula: $\text{Total derivaciones} / \text{Total procesos}$	OMI-AP (derivaciones registradas)	Reducción $\geq 25\%$	Reduce presión sobre medicina de familia sanidad+1
Visitas totales por proceso	Media de visitas (matrona +	OMI-AP	Reducción 1-2 visitas medias	Indicador de carga asistencial global

	médico) por episodio. Fórmula: Total visitas / Total procesos			fundacioneconomyasalud +1
Percepción de continuidad	Puntuación media en escala Likert (1-5) del cuestionario adhoc	Cuestionario s pacientes (accesibilidad, coordinación, confianza)	Mejora ≥ 1 punto	Mide satisfacción y calidad percibida fundacioneconomyasalud +1
Carga de trabajo en MF	% de citas MF por prescripción delegada de matrona. Fórmula: (Citas MF por receta / Total citas MF) $\times 100$	OMI-AP (motivo de cita MF)	Reducción $\geq 40\%$	KPI de redistribución de recursos humanos sanidad+1



Anexo 4. Protocolo de prescripción por la matrona

1. Embarazo

Proceso	Fármaco	ATC	Indicación	Criterios de inclusión	Criterios de derivación / exclusión
Suplementación embarazo	Ácido fólico	B03BB01	Prevención defectos tubo neural	Preconcepción o gestación	Antiepilépticos
Suplementación embarazo	Hierro oral	B03AA	Anemia leve / prevención	Hb ligeramente ↓, embarazo normal	Hb <9 g/dL, intolerancia, anemia no ferropénica
Suplementación embarazo	Yodo	H03CA	Suplementación gestacional	Sin patología tiroidea	Enfermedad tiroidea
Hipotiroidismo conocido	Levotiroxina	H03AA01	Tratamiento sustitutivo	Diagnóstico previo o niveles receptores de suplementación según protocolo de la Región de Murcia	Sospecha
Suplementación embarazo	Vitamina D	A11CC05	Déficit/prevención	Gestación de bajo riesgo y normal	Hipercalcemia
Náuseas	Piridoxina/doxilamina	A11HA02	Náuseas leves	Clínica leve	Hiperémesis gravídica

2. Infecciones vaginales no complicadas

Proceso	Fármaco	ATC	Indicación	Criterios de inclusión	Criterios de derivación
Candidiasis	Clotrimazol vaginal	G01AF	Infección por cándida	Clínica típica	Recurrente, no respuesta, síntomas atípicos
Candidiasis	Fluconazol	J02AC01	Candidiasis oral	No gestantes	Embarazo, recurrencia
Vaginosis bacteriana leve	Metronidazol vaginal	G01AA	Vaginosis leve	Flujo + mal olor sin fiebre	Persistencia, duda diagnóstica

3. Analgesia leve

Proceso	Fármaco	ATC	Indicación	Criterios de inclusión	Umbral de derivación
Dolor leve	Paracetamol	N02BE01	Dolor leve-moderado, fiebre	Dolor no complicado	>72h, causa desconocida, fiebre persistente
Dolor inflamatorio	Ibuprofeno	M01AE01	Dolor inflamatorio, inflamación	No gestantes	Embarazo, riesgo de GI

4. Menopausia

Proceso	Fármaco	ATC	Indicación	Criterios de inclusión	Criterios de derivación
Síntomas vaginales	Lubricantes	G02CX	Sequedad, dispareunia leve	Síntomas leves	No mejoría
Atrofia vaginal	Estríol vaginal	G03CA04	Atrofia	Síntomas locales	Sangrado anormal
THS (seguimiento)	Estrógenos / combinados	G03C / G03F	Tratamiento hormonal	Prescripción médica previa	Sangrado anormal, riesgo CV, inicio tratamiento

5. Anticoncepción

Proceso	Fármaco	ATC	Indicación	Criterios de inclusión	Criterios de derivación
Anticoncepción combinada	ACO combinados, anillo vaginal, parche	G03AA	Prevención embarazo	Mujer sana	>35 años fumadora, HTA, riesgo trombótico
Anticoncepción gestágena	Solo gestágenos	G03AC	Alternativa segura	Lactancia o contraindicación estrógenos	Dudas clínicas
Anticoncepción urgencia	Levonorgestrel / ulipristal	G03AD	Relación de riesgo	<72–120h	Sospecha embarazo, uso repetido

6. Salud sexual

Proceso	Fármaco	ATC	Indicación	Criterios de inclusión	Criterios de derivación
Dispareunia	Lubricantes	G02CX	Sequedad	Síntomas leves	Persistencia
Prevención	Probióticos	G01AX	Recurrencias	ITU/vaginitis repetida	No mejoría

7. Lactancia

Proceso	Fármaco	ATC	Indicación	Criterios de inclusión	Criterios de derivación
Mastitis infecciosa	Cefadroxilo	J01DB05	Infección bacteriana	Clínica compatible	No respuesta en 48h, alergia
Candidiasis mamaria	Miconazol tópico	D01AC02	Infección fúngica en el pezón	Dolor persistente, sospecha clínica	No mejoría

8. ITU

Proceso	Fármaco	ATC	Indicación	Criterios de inclusión	Criterios de derivación
Cistitis	Fosfomicina	J01XX01	ITU no complicada	Clínica típica	Fiebre, dolor lumbar

9. Criterios generales de derivación (transversales)

<i>Situación clínica</i>	<i>Actuación</i>
<i>Falta de mejoría</i>	Derivación a medicina comunitaria
<i>Síntomas atípicos</i>	Valoración médica
<i>Comorbilidad relevante</i>	Derivación
<i>Embarazo de riesgo</i>	Derivación
<i>Duda diagnóstica</i>	Derivación
<i>Necesidad de fármacos fuera de protocolo</i>	Derivación

Anexo 5. Consentimiento informado para la participación en el estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del tutor/a:	María Amparo Santamaría Ortiz
Nombre del estudiante:	Paula Ferre Burló
TFM (Trabajo Fin de Máster)	Prescripción farmacológica protocolizada por la matrona como estrategia organizativa para mejorar la eficiencia y la continuidad asistencial en la atención sexual y reproductiva en Atención Primaria
Código provisional:	260327100931
Código de autorización COIR	TFM.MGS.MASO.PFB.260327

Yo.....

(Nombre y apellidos manuscritos por el participante)

He leído esta hoja de información y he tenido tiempo suficiente para considerar mi decisión.

Me han dado la oportunidad de formular preguntas y todas ellas se han respondido satisfactoriamente.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones.

Después de haber meditado sobre la información que me han proporcionado, declaro que mi decisión es la siguiente*:

Doy No doy

Mi consentimiento para la participación en el presente proyecto de investigación,

Respecto al tratamiento de mis datos personales, declaro que mi decisión es la siguiente*:

Doy No doy

Mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales en el presente proyecto de investigación.

Nota*: No es posible participar en el estudio si no se consiente en ambas cuestiones

FIRMA DEL/DE LA PARTICIPANTE	FIRMA DEL TUTOR/A DEL TFG/TFM
NOMBRE:	NOMBRE:
FECHA:	FECHA:

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. _____ revoco el consentimiento prestado en fecha y no deseo continuar participando en el estudio "Ejercicio Físico y Bienestar en la Menopausia: Evaluación de su Influencia en la Calidad de Vida de las Mujeres".

FIRMA DEL/DE LA PARTICIPANTE	FIRMA DEL TUTOR/A DEL TFG/TFM
NOMBRE:	NOMBRE:
FECHA:	FECHA:



Anexo 6. Registro de reconsulta

HOJA DE REGISTRO DE RECONSULTAS

DATOS GENERALES DEL REGISTRO

Campo	Tipo/formato	Descripción
Código de paciente	Alfanumérico	Código anonimizado
Fecha de inicio del proceso	Fecha	Día de la primera consulta
Centro de salud	Desplegable	Seleccionar el centro: - San Andrés - Espinardo
Profesional responsable	Desplegable	Selección nombre de la matrona
Tipo de proceso clínico	Desplegable	Gestación, menopausia, anticoncepción, salud vulvovaginal, otro.

DATOS CLÍNICOS DEL PROCESO

Campo	Tipo/formato	Descripción
Fecha de reconsulta	Fecha	Día de la reconsulta
Motivo de reconsulta	Texto	Breve descripción del motivo de reconsulta
Tipo de fármaco prescrito	Desplegable/opción múltiple	Suplementos embarazo, anticonceptivos, hormonas tiroideas, tratamiento menopáusico, antibiótico, otro
Derivación posterior	Sí/No	Marca "sí" si se deriva a médico de familia u otro especialista
Tipo de derivación	Desplegable	Medicina de familia, ginecología
Eventos adversos	Texto libre	Registrar cualquier efecto adverso o incidencia relacionada con el proceso
Resolución de la reconsulta	Desplegable	Resuelto/ seguimiento adicional necesario/derivado
Tiempo estimado de resolución	N Numérico (días)	Tiempo desde el inicio del proceso hasta el cierre final

Anexo 7. Cronograma

	AÑOS	2026											
	MESES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Planificación del proyecto													
- Selección del tema - Planteamiento de la pregunta de investigación y PICO - Búsqueda bibliográfica - Planteamiento diseño de estudio - Elección instrumento de medida													
Desarrollo del protocolo de investigación													
- Objetivo general y específicos - Desarrollo diseño de estudio - Definición población a estudio y diana con criterios de inclusión y exclusión - Cálculo tamaño muestral													
Aprobaciones éticas y logísticas													
Solicitud de aprobación al comité de ética de investigación del área I de salud de la Región de Murcia													
Capacitación y preparación del equipo													
- Contacto con los centros de salud y matronas colaboradoras - Formación del equipo en uso de instrumentos de medida y recolección de datos													
Recolección de datos													
- Contacto y reclutamiento de participantes - Aplicación de los cuestionarios a las participantes													
Análisis de datos y transcripción al programa estadístico SPSS													
Análisis de los resultados													
Fase final													
- Lectura de resultados - Búsqueda bibliográfica del último año - Comparar resultados con literatura existente - Conclusiones - Informe final													
Publicación de resultados													
- Difusión de manuscritos y resultados - Publicación en revistas de investigación - Publicación en congresos													

Figura 1. Circuito asistencial con prescripción por matrona protocolizado

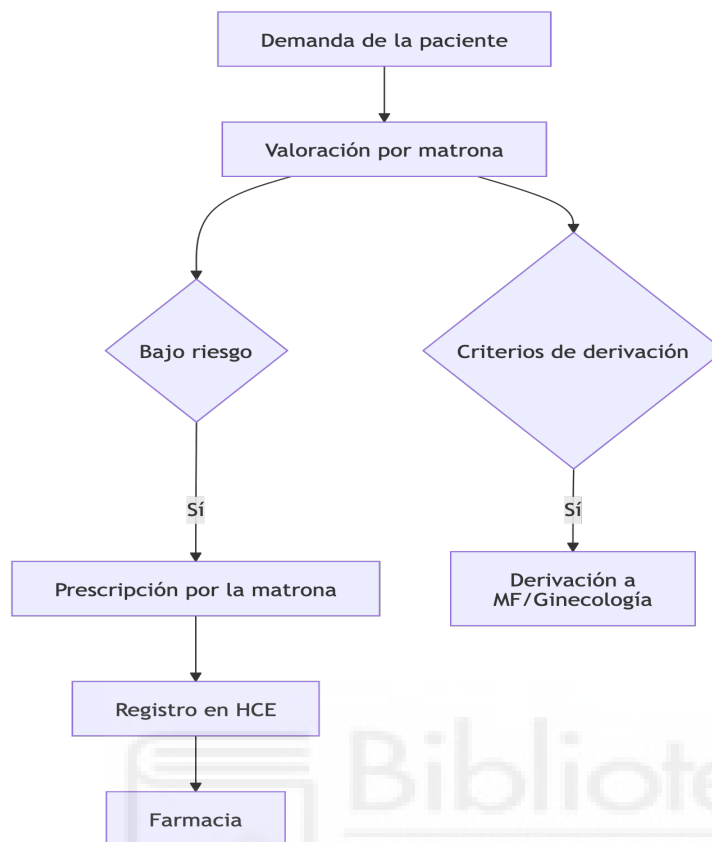


Figura 2. Circuito asistencial con prescripción por matrona.

Flujo asistencial con prescripción por la matrona

Valoración y diagnóstico

La matrona realiza anamnesis, exploración y diagnóstico enfermero en la consulta de atención primaria.

Prescripción y registro

La matrona prescribe tratamientos para procesos de bajo riesgo y registra la indicación en la historia clínica electrónica.

Recogida de medicación

La paciente recoge la medicación en la farmacia tras la autorización registrada por la matrona.

Derivación y consecuencias

Si hay criterios de derivación, la paciente es enviada a medicina de familia o ginecología para manejo complejo.

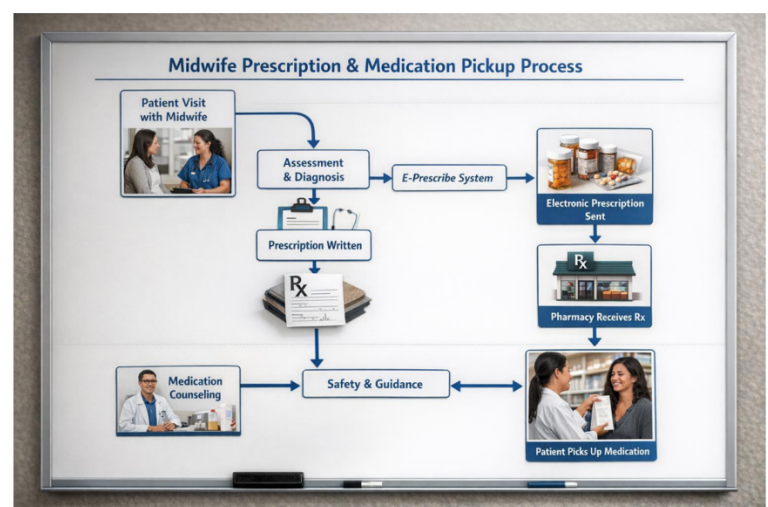


Figura 3. Circuito asistencial actual.

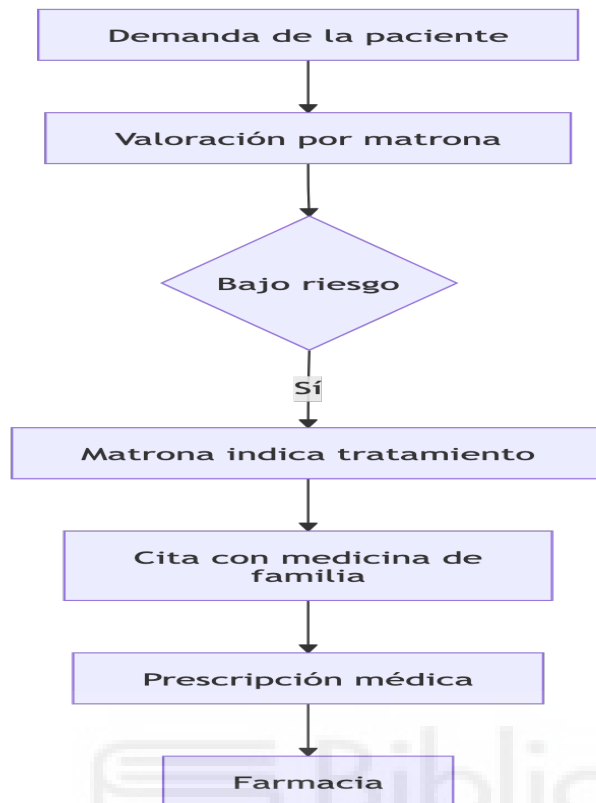


Figura 4. Etapas del circuito asistencial actual.

Etapas del circuito asistencial actual



Valoración por la matrona

La matrona realiza anamnesis, exploración y diagnóstico enfermero para pacientes con salud sexual y reproductiva.

Proceso de bajo riesgo y tratamiento

La matrona indica tratamientos sin prescripción médica para casos de bajo riesgo como anticoncepción y suplementos gestacionales.

Validación médica y receta

El médico revisa y valida el tratamiento indicado y emite la receta para que el paciente pueda recogerla en farmacia.

Consecuencias del circuito actual

El circuito actual genera múltiples visitas, retrasos, fragmentación asistencial y mayor carga para medicina de familia.