

### **Cómo citar este documento**

Ruiz Ferrón, María Cecilia; Arnedillo Sánchez, María Socorro; Barberá Rubini, Nuria; Romero Martínez, Jorge; Jurado García, Estefanía; Baena Antequera, Francisca. Influencia de las competencias de la matrona y el modelo de atención a la gestante en proceso de parto. Biblioteca Lascasas, 2014; 10(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0760.php>

## **INFLUENCIA DE LAS COMPETENCIAS DE LA MATRONA Y EL MODELO DE ATENCIÓN A LA GESTANTE EN PROCESO DE PARTO**

M<sup>a</sup> Cecilia Ruiz Ferrón,<sup>1</sup> M<sup>a</sup> del Socorro Arnedillo Sánchez,<sup>2</sup> Nuria Barberá Rubini,<sup>3</sup> Jorge Romero Martínez,<sup>4</sup> Estefanía Jurado García,<sup>5</sup> Francisca Baena Antequera<sup>6</sup>

1-Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital de la Mujer, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Avda. Manuel Siurot s/n-41013- Sevilla. Profesora Asociada Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla.

2-Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología, matrona asistencial. Hospital, Universitario Virgen Macarena, Avda. Dr. Fedriani, 3 41071, Sevilla.

3-Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología, matrona asistencial. Hospital Infanta Elena Ctra Sevilla- Huelva s/n, 21080. Huelva.

4-Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología, matrona asistencial. Hospital, Universitario Virgen de Valme, Avda. Bellavista s/n, 41014. Sevilla. Profesor del Grado en Enfermería. Centro de Enfermería "San Juan De Dios", Universidad de Sevilla. Avda. San Juan de Dios, s/n, 41930 (Bormujos, Sevilla).

5-Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Profesora del Grado en Enfermería. Centro de Enfermería de la Universidad Francisco Maldonado de Osuna, Campo de los Cipreses,nº1, 42640, Osuna. Sevilla.

6-Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología, matrona asistencial. Hospital, Universitario Virgen de Valme, Avda. Bellavista s/n, 41014. Sevilla. Profesor del Grado en Enfermería de la Universidad Francisco Maldonado de Osuna, Campo de los Cipreses,nº1, 42640, Osuna. Sevilla.

## ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA DE ESTUDIO

La asistencia al parto como práctica natural de la especie humana a lo largo de la historia, ha estado influenciada por el desarrollo de la profesión médica y su impacto sobre las prácticas sanitarias, ya sean realizadas por los médicos o delegadas en otros profesionales.

Los servicios sanitarios se han dotado con medios cada vez más sofisticados, permitiendo una adecuada asistencia al parto, en los casos de riesgo que presentan o pueden presentar complicaciones. Pero también la atención al parto normal se ha visto afectada por esta medicalización creciente de lo que es un proceso fisiológico.<sup>1</sup>

El deseo de que el parto culmine con el nacimiento de un niño/a sana, sin menoscabo de la salud materna, ha propiciado la institucionalización de los partos, su dirección médica sistemática y la realización de intervenciones médicas y quirúrgicas sin disponer de la suficiente evidencia sobre su seguridad y eficacia. En las últimas décadas, se han desarrollado y usado un abanico de prácticas ideadas para iniciar, aumentar, acelerar, regular o monitorizar el proceso del parto, con el propósito de mejorar el desenlace, convirtiéndose en prácticas habituales y rutinarias, incluso en partos de mujeres sanas sin complicaciones.<sup>2</sup>

En 1985, en reunión de la Región Europea de la OMS, la Oficina Regional de América y la Organización Panamericana de la Salud, en Fortaleza (Brasil), se establecieron recomendaciones sobre el uso de la tecnología apropiada en los partos. Posteriormente, en 1996 la OMS elaboró una Guía Práctica sobre los cuidados en el Parto Normal.<sup>3</sup>

En España, 2007, el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró la “Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud”,<sup>1</sup> con una revisión de la evidencia disponible, recomendaciones e indicadores de algunas prácticas clínicas relacionadas con el parto.

Esta impulsa un profundo cambio en el modelo de atención al parto, basado en la evidencia científica, las necesidades de la gestante y del recién nacido (RN), respetuoso con la fisiología del nacimiento, defensor del menor intervencionismo posible, de la personalización de la atención, así como del principio de autonomía de las mujeres.<sup>4</sup> Su objetivo; potenciar la atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud (SNS), mejorando la calidad asistencial y manteniendo los niveles de seguridad actuales.<sup>1</sup>

La atención al parto se debe realizar bajo el principio de que el nacimiento es un proceso fisiológico en el que sólo se debería intervenir para corregir desviaciones de la normalidad, y que las y los profesionales sanitarios que participan en el deben favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad.<sup>1</sup>

En Andalucía, 2006, a partir de convenios entre Consejería de Salud y el Ministerio de Sanidad para el desarrollo de la “Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud”, se inicia el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal que propone el diseño de un modelo de atención al proceso de nacer más humanizado, compatibilizando el uso de la

tecnología, que garantiza la seguridad de la madre y del bebé, con la participación activa de las mujeres y sus parejas.<sup>5</sup>

En 2010 se presenta la guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, herramienta de acompañamiento de la “Estrategia de Atención al Parto Normal en el SNS” para facilitar su implementación por matronas, obstetras, pediatras, enfermería y demás profesionales implicados en el parto.<sup>2</sup>

La OMS en la Guía Práctica sobre los cuidados en el Parto Normal, 1996, denomina a la matrona como el profesional más apropiado y económico, para ser asignado al cuidado de un embarazo y parto normales, incluyendo entre sus funciones el establecimiento de los distintos riesgos y el reconocimiento de complicaciones.<sup>3</sup>

Teniendo en cuenta la incidencia que la asistencia hospitalaria al parto tiene sobre la calidad de vida de las mujeres y los RN, el derecho a la libre elección informada por parte de las mismas; la necesidad, basada en la evidencia científica, de respetar la fisiología del parto, así como la necesidad de concebir una atención integral a la familia, induce a una reflexión sobre la mejor forma de organizar, gestionar y, por tanto, concebir estructural y funcionalmente la atención hospitalaria al parto. Por ello, las unidades de maternidad hospitalarias requieren la elaboración de criterios de calidad y seguridad, como soporte de las decisiones clínicas y de gestión, en el marco de los objetivos y acciones contemplados en el Plan de Calidad del SNS.<sup>4</sup>

En el Hospital de la Mujer Virgen del Rocío de Sevilla, (HM, HUVR) se han instaurado diferentes cambios tanto en la forma de realizar las distintas tareas asistenciales como en las competencias de los profesionales implicados en el parto, con el objetivo de aumentar la calidad asistencial, y la humanización del nacimiento.

En 2008, se instaura la personalización de la asistencia y cuidados en el parto, con lo cual será la misma matrona la que atienda a la gestante desde su ingreso hasta que se produzca el nacimiento. Hecho que demandaba la gestante en el Proceso de Embarazo Parto y Puerperio, dentro de las expectativas.<sup>6</sup> Abandonando el modelo de atención por tareas, donde el trabajo de la matrona estaba distribuido dependiendo de la etapa del parto en que se encontrase la gestante.

Se establece a la matrona como la profesional responsable de la atención y valoración de la gestante de bajo riesgo durante el parto. Siendo esta, la que ante el establecimiento de cualquier riesgo o complicación requiere al facultativo. En caso de prevalecer el bajo riesgo, las gestantes serán valoradas y atendidas por la matrona.

En 2009 se implanta un nuevo Plan Funcional de Urgencias. Hasta entonces, el ingreso de la gestante de bajo riesgo era una función que realizaba la matrona por indicación médica, según protocolo de la Unidad de Obstetricia. La gestante en fase activa de parto permanecía en el área de partos. Las gestantes en fase de pródromos o falso trabajo de parto quedaban ingresadas en la unidad de hospitalización de obstetricia. Asociándose la admisión en maternidad de forma temprana o durante la fase latente, a mayor intervencionismo durante el parto (uso de oxitocina, analgesia epidural e intubaciones en neonatos).<sup>7</sup>

El nuevo Plan Funcional de Urgencias pretende normalizar el proceso hospitalario más frecuente, el ingreso por parto, y además de su carácter de documento técnico, conlleva el reconocimiento legal de las funciones que las matronas deben desempeñar en el Proceso Embarazo-Parto-Puerperio.

Se redactó una guía de procedimientos que define las actividades y competencias de cada profesional, como recomienda la Ley 44/2003, 21/11, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.<sup>8</sup>

Con su implantación, las matronas asumen nuevas competencias, como proponer ingreso hospitalario en área de partos a gestantes de bajo riesgo en fase activa del parto, o el alta hospitalaria a las gestantes de bajo riesgo en fase latente, pródromos o falso trabajo de parto.

Pasados tres años de la puesta en marcha de este nuevo modelo nos planteamos la necesidad de conocer como han influido los cambios instaurados en la práctica clínica, que han supuesto una transformación en las competencias desarrolladas por las matronas.

Dentro de la actividad hospitalaria los ingresos por parto representan el 14% de las hospitalizaciones y el 7% de las estancias hospitalarias. La particularidad de este servicio hospitalario, es el tipo de población a la que atiende, mayoritariamente población sana, cuyo ingreso viene ligado a un proceso biológico que desemboca en la feliz llegada de un nuevo miembro de la familia.<sup>9</sup>

Según la OMS en la Guía de Cuidados del Parto Normal, el objetivo de los cuidados durante el parto es conseguir una madre y niño sanos, con el menor nivel de intervención de la manera más segura. La consecución de este objetivo implica la convicción de que para intervenir en un parto normal en una gestante de bajo riesgo hay que tener una razón muy justificada.<sup>3</sup>

Este mismo documento, identifica a la matrona como el personal más adecuado para proporcionar los cuidados durante el embarazo, parto y nacimiento normales.<sup>3</sup> Según la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, entre los modelos que existen para la atención al parto de bajo riesgo, es el modelo de atención por matronas el que mayores beneficios proporciona a las gestantes y sus hijos, en relación con la atención proporcionada por obstetras, o los modelos mixtos.

El modelo de atención por matronas, se basa en que embarazo y parto son eventos vitales normales, centrados en la mujer, su filosofía es la normalidad, y capacidad natural de las mujeres de experimentar el parto con una intervención mínima o sin una intervención habitual. Los modelos de atención por matronas tienen como objetivo proporcionar atención durante el parto a mujeres sanas con embarazos sin complicaciones.<sup>2,10</sup>

En una revisión sistemática Cochrane, 2008, que compara los modelos de atención al embarazo, parto y puerperio dirigidos por matronas con otros modelos concluyeron que éstos proporcionan mayores beneficios que otros modelos médicos o de atención compartida, sin efectos adversos: disminuye la utilización de analgesia regional y episiotomía durante el parto, aumenta la tasa de parto vaginal espontáneo y las mujeres tienen una sensación mayor de control. La muerte fetal y neonatal general es similar en los diferentes modelos, la satisfacción parece mayor.<sup>10</sup>

Un estudio descriptivo sobre actividades de la matrona en la consulta de urgencias en hospitales públicos de Barcelona encontró diferencias según el nivel de hospital. En hospitales de nivel I, comarcales, la autonomía de las matronas es mayor en actividades como la recepción de la mujer y la confección de la historia clínica, en comparación a hospitales de nivel II, de referencia, o III de alta tecnología.<sup>11</sup> En cuanto al diagnóstico de parto, el porcentaje de matronas que lo realizan, desciende a medida que aumenta el nivel del hospital, en los de nivel III el 28,9% mientras en los de nivel I el 86,8% y los de nivel II el 85,0%.<sup>11</sup>

En el HM, HUVR con la introducción de la personalización, la valoración y control de la gestante por la matrona y el establecimiento del nuevo Plan Funcional del Servicio de Urgencias, se intenta instaurar el modelo de atención por matronas al parto de bajo riesgo. Potenciando la presencia, autonomía y desarrollo de las actividades propias de las matrona. Dotando a éstas de nuevas competencias como, ingresar a la gestante de bajo riesgo en fase activa, darle el alta a su domicilio si se encuentra en fase latente, según los criterios establecidos en el nuevo plan funcional. Así como el control y valoración de la gestante de bajo riesgo que se mantiene como tal durante el proceso de parto.

## HIPÓTESIS

¿Los cambios establecidos en el modelo de trabajo de las matronas en el Hospital de la Mujer, como son la personalización de los cuidados así como la valoración y control de la gestante en proceso de parto, y el establecimiento del nuevo Plan Funcional de Urgencias, con el cual la matrona tiene capacidad para el ingreso o alta de la gestante de bajo riesgo, han repercutido positivamente en los resultados obstétricos?

## OBJETIVO GENERAL

Analizar las diferencias en los resultados obstétricos entre los años 2007 y 2011, en el Hospital de la Mujer.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir el perfil de la población de estudio en los años 2007 y 2011, en relación a las distintas variables a estudiar.
2. Determinar si ha habido variación en la tasa de los distintos tipos de parto, con y sin epidural, con o sin episiotomía, y/o desgarro y tipo, en los periodos estudiados.
3. Comprobar si ha disminuido la tasa de cesáreas en gestantes con cesárea previa.
4. Constatar si han disminuido el número de inducciones, y si han aumentado los partos vaginales no instrumentados en las mismas.
5. Comprobar si ha disminuido el porcentaje de gestantes que presentan fiebre intraparto en términos generales así como relacionando esta con la Rotura

Prematura de Membranas, con la analgesia epidural, y si ha habido inducción o no y tipo de parto.

6. Determinar si ha disminuido el porcentaje de hemorragias postparto según tipo de parto.

7. Evidenciar si ha habido menor incidencia de meconio durante el parto, en temimos generales así como relacionando la existencia de este con la analgesia epidural, y la inducción medica del parto.

8. Comprobar si ha habido una disminución de la estancia media hospitalaria tanto en urgencias como preparto y postparto tanto a nivel general como en función del tipo de parto.

## METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo, longitudinal de las gestantes atendidas en el en el HM, HUVR de Sevilla, durante los años: 2007 y 2011.

En el HM, HUVR, se han instaurando cambios tanto en la forma de realizar las distintas tareas asistenciales como en las competencias de los profesionales implicados en la atención al parto, con el objetivo final de aumentar la calidad asistencial y la humanización del nacimiento.

En 2008, se instaura la personalización de la asistencia y cuidados en el parto, siendo la misma matrona la que atiende a la gestante desde su ingreso hasta que se produzca el nacimiento. Abandonando de esta forma el modelo de atención por tareas.

Se establece a la matrona como la profesional responsable de la atención y valoración de la gestante de bajo riesgo. Siendo esta, la que ante el establecimiento de riesgo, requiere al facultativo. En los casos de gestantes de bajo riesgo, que se mantengan así, serán valoradas y atendidas por la matrona.

En 2009 se implanta un nuevo Plan Funcional de Urgencias, hasta entonces, el ingreso de gestante de bajo riesgo era una función que realizaba la matrona por indicación médica, recogida en un protocolo elaborado por la Unidad de Obstetricia.

Este nuevo Plan pretende normalizar el proceso hospitalario más frecuente, el ingreso por parto, además de su carácter de documento técnico, conlleva el reconocimiento legal de las funciones que las matronas deben desempeñar en el Proceso Embarazo-Parto-Puerperio.

Para ello, se redactó una guía de procedimientos que define las actividades y competencias de cada profesional, tal como recomienda la Ley 44/2003, 21/11, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Concretamente, las actividades de las matronas según el nuevo plan funcional en relación a la gestante a término (37-41 semanas de gestación) de bajo riesgo y con embarazo normal son:

- Evaluación de historia clínica,
- Evaluación del curso del embarazo actual,
  - Cardiotocografía para evaluar bienestar fetal y dinámica uterina.
  - Exploración de condiciones cervicales

- Comprobación de realización:
  - Cultivo de Estreptococo Beta-Agalactie,
  - Estudio Pre-anestésico, si no se aporta extraer muestra.
  - Serología Hepatitis B,
  - Existirán documentos de petición firmados por jefe de servicio.

Tras dichas intervenciones, no es necesario proponer ingreso en las gestantes con embarazo de bajo riesgo en la que no sea previsible parto a corto plazo, y presenten una frecuencia cardiaca fetal con un patrón reactivo.

Según este protocolo la gestante no está en fase activa de parto si presenta una dinámica uterina con menos de dos contracciones en diez minutos, y distingue, en cuanto a las condiciones cervicales, en gestantes nulíparas (no ha parido nunca por vía vaginal) y multíparas (han parido por vía vaginal al menos una vez). Para la nulípara considera que no está en fase activa si el test de Bishop es menor de 5 y menor de 4 en la multípara.

A estas gestantes se ofertará la posibilidad de no ingresar, recomendándoles los controles habituales de su embarazo. Facilitándoles un informe obstétrico adaptado a los criterios de derivación al servicio de urgencias, contemplados en el proceso asistencial de embarazo, parto y puerperio, previo registro en Historia clínica.

Como consecuencia de todo esto las matronas asumen nuevas competencias, como proponer ingreso hospitalario en el área de partos a aquellas gestantes de bajo riesgo que se encuentren en fase activa del parto, o proponer el alta hospitalaria a las gestantes de bajo riesgo que se hallen en fase latente, pródromos o falso trabajo de parto.

Esto ha supuesto un profundo cambio en el modelo asistencial: de trabajo por asignación de tareas, a un modelo de personalización donde el mismo profesional atiende a la mujer en todo el proceso.

Pasados tres años de la puesta en marcha de este nuevo modelo nos planteamos la necesidad de evaluarlo. Para ello estudiaremos si existen diferencias en los resultados obstétricos entre los años 2007 y 2011, años anterior y posterior al establecimiento del mismo.

## **POBLACIÓN DE ESTUDIO**

En 2007 la población de referencia en la especialidad de obstetricia, en el HM, HUVR, fue de 551.870 gestantes. Con 7.185 partos vaginales y 1.723 cesáreas, con un total de partos de 8.908 y 19,34% cesáreas. Entre los procedimientos más frecuentes la ventosa obstétrica con 1.185 altas.

En 2011 la población de referencia en la especialidad de obstetricia fue de 286.558 gestantes. Con 5.837 partos vaginales, 1576 cesáreas, con un total de partos de 7.413, y 21,26% cesáreas. Entre los procedimientos más frecuentes el fórceps y la ventosa obstétrica con 1.478 altas.

Dichos datos se han recogido de las memorias del HUVR de los años 2007, y 2011.

La población a considerar serán las mujeres con alta hospitalaria por parto en los años 2007 y 2011 que cumplan los siguientes criterios:

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN** todas las mujeres que hayan tenido un parto de feto único en el HUVR.

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN** todas las mujeres que presenten parto múltiple, en cualquiera de sus variantes (doble triple...).

La fuente de información a utilizar será el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria de los años 2007 y 2011, se trabajará con todos los sujetos en dicha bases de datos que cumplan los criterios antes especificados, no consideramos necesaria la realización de ningún tipo de muestreo, al tratarse de datos brutos agregados.

## FUENTE DE DATOS

La fuente de información será el CMBD al alta hospitalaria de los años 2007 y 2011, se obtendrá la información clínica (motivo de ingreso, procedimiento quirúrgico principal y otros procedimientos) y administrativa referida a cada episodio de atención. Los diagnósticos y procedimientos contenidos en el CMBD están codificados siguiendo la CIE-9-MC.

El CMBD está sujeto a la Ley Orgánica 15/1999, 13/12, de Protección de Datos de Carácter Personal. Recoge los datos demográficos habituales (edad, sexo, localidad de residencia); motivo de ingreso (diagnóstico principal), factores de riesgo, co-morbilidades y complicaciones que durante el ingreso (diagnósticos secundarios), algunas técnicas diagnósticas relevantes y las intervenciones terapéuticas, especialmente de tipo quirúrgico, que han sido utilizadas para tratar al paciente (los procedimientos). En el CMBD consta fecha de ingreso y alta del paciente, así como su circunstancia de ingreso (urgente, programada) y la circunstancia de alta (alta, defunción, traslado, etc.). Los datos del CMBD los explotará y serán facilitados por el Servicio de Documentación Clínica Avanzada del HUVR.

## VARIABLES:

- Estancia Preoperatoria: días
- Estancia Postoperatoria: días
- Tipo de Ingreso: 0- urgente, 1-programado
- Recién Nacido: 0-mortinato, 1- recién nacido vivo
- Fiebre Intraparto: si/no
- Desgarros:
  - o 0- No desgarro,
  - o 1- DI,
  - o 2- DII,
  - o 3- DIII,
  - o 4- DIV,
  - o 5- Desgarro no Especificado,
  - o 6- Otro tipo de Desgarro
  
- Hematoma Vulvar y Perineal: si/no
- Hemorragia Postparto: si/no
- Meconio: si/no



- Analgesia Epidural: si/no
- Episiotomía: si/no
- Tipo de parto:
  - o 0- Vaginal no especificado,
  - o 1- Parto manual,
  - o 2- Fórceps,
  - o 3- Ventosa,
  - o 4- Espátula,
  - o 5- Cesárea,
  - o 6- Nalgas.
  
- Inducción: si/no
- Edad: en años
  - o Añosa (mayor de 35 años),
  - o 0- menor de 35 años
  - o 1-primigravida añosa,
  - o 2- multigravida añosa
  
- Gran Multiparidad: si/no
- Cesárea previa: si/no
- Rotura de bolsa:
  - o 0- Bolsa Íntegra,
  - o 1- RPM menor de 24 horas
  - o 2- RPM mayor de 24 horas
  
- Diabetes:
  - o 0- No Diabetes,
  - o 1-Diabetes Gestacional,
  - o 2-Diabetes Mellitus.
  
- Hemorragia:
  - o 0- Anteparto 0,
  - o 1- No Hemorragia,
  - o 2- Placenta previa sin hemorragia,
  - o 3- Hemorragia por placenta previa,
  - o 4- Separación Prematura de Placenta,
  - o 5- Hemorragia por defecto de coagulación,
  - o 6- Hemorragia Anteparto no Especificada
  
- Semanas de gestación:
  - o 1- Menor de 37 semanas,
  - o 2- De 27 a 42,
  - o 3- Más de 42
  
- Eclampsia o Preeclampsia:
  - o 0- No tiene,
  - o 1- Leve,
  - o 2- Grave,
  - o 3- Eclampsia,

- 4- Preeclampsia sobreañadida a Hipertensión Arterial.
- HTA:
  - 0- no tiene,
  - 1- HTA no especificada,
  - 2- HTA preexistente,
  - 3- HTA benigna o esencial,
  - 4- HTA transitoria del embarazo
- Crecimiento Fetal Insuficiente: si/no
- Oligohidramnios: si/no

## ANÁLISIS DE DATOS

### ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Se realizará una exploración de los datos para identificar valores extremos y caracterizar diferencias entre subgrupos de individuos. Posteriormente se realizará el análisis descriptivo de la muestra. Las variables numéricas se resumirán con medias y desviaciones típicas o, si las distribuciones son asimétricas, con medianas y cuartiles, las variables cualitativas se expresarán con porcentajes. Estas medidas se determinarán globalmente y para subgrupos de casos. Este análisis se complementará con distintas representaciones gráficas según la información (cuantitativa/ cualitativa).

### ANÁLISIS INFERENCIAL

Para comparar información de tipo cuantitativo/numérico entre los dos grupos, control y experimental, se empleará la prueba T de Student para muestras independientes o en su caso la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Análogamente para estudiar la relación entre variables de tipo cualitativo en los dos grupos, control y experimental, se empleará el test Chi-Cuadrado o el test exacto de Fisher (tablas 2x2 poco pobladas). Complementaremos los resultados de estas pruebas de hipótesis con intervalos de confianza al 95% para diferencia de proporciones y el cálculo de la OR y su intervalo de confianza. Para estudiar las relaciones entre dos variables cualitativas dicotómicas relacionadas (antes/ después) se utilizará el test de McNemar, y se cuantificará el cambio detectado (si existe) mediante un intervalo de confianza al 95%. El análisis de los datos se realizará con el paquete estadístico IBM SPSS 19.0 para Windows.

### LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La principal limitación es la cantidad de variables a estudiar. Las variaciones si las hubiere, entre los años de estudio, pueden ser multicausales. Lo que dificulta establecer relaciones causa-efecto, dada la complejidad del parto y los múltiples factores que influyen en su resultado. Uno de ellos el modelo asistencial. Somos conscientes de que muchas de las variables que pueden influir en los resultados

obstétricos no han sido controladas, sí el modelo asistencial, que como avalan diferentes estudios influye considerablemente en el resultado obstétrico.

## PLAN DE TRABAJO

Duración del estudio dos años.

## ASPECTOS ÉTICOS

Se seguirán los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki (1964), y sucesivamente revisada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002), Seúl (2008).

## BIBLIOGRAFÍA

### BIBLIOGRAFÍA CITADA

1. 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. [Monografía de Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
2. Ministerio de Sanidad y Política Social: Guía de Práctica clínica sobre la Atención al Parto Normal. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010.
3. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: OMS; 1996.
4. Ministerio de Sanidad y política social: Maternidad Hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y política social; 2009.
5. 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.
6. Dueñas JL (coordinador), Bailón E, Dotor MI, Granados C, Rodríguez RM, Rufo A. Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado. 2.ª ed. Sevilla: Consejería de Salud de Andalucía; 2005.
7. Bailit JL, Dierker L, Blanchard MH, et al. Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. *Obstet Gynecol.* 2005;105:1:77.
8. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE Núm.280, de 22 de noviembre de 2003.
9. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Estrategia para la atención del parto normal. Valencia: Generalitat Valenciana; 2009.
10. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub2).

11. Corchs S, Martínez C, Vela E, Díaz S. Prácticas habituales de las matronas en el parto de los hospitales públicos de Barcelona. *Matronas Prof.* 2006; 7(3): 5-7.

#### BIBLIOGRAFÍA RELEVANTE:

1. Holmes P, Oppenheimer LW, Wen SW. The relationship between cervical dilatation at initial presentation in labour and subsequent intervention. *Br J Obstet Gynaecol.* 2001;108(11):1120- 4.

2. Klein MC, Kelly A, Kaczorowski J, Grzybowski S. The effect of family physician timing of maternal admission on procedures in labour and maternal and infant morbidity. *J Obstet Gynaecol Can.* 2004; 26(7):641-5.

3. Bailit JL, Dierker L, Blanchard MH, Mercer BM. Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. *Obstet Gynecol.* 2005; 105(1):77-9.

4. Maceira Rozas MC, Salgado Barreira A, Atienza Merino G. La asistencia al parto de las mujeres sanas: estudio de variabilidad y revisión sistemática. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2007. Informes de Evaluación de Tecnoloxías Sanitarias: avalia-t No. 2007 / 03.

5. Cuenca Calabuig C, Santamaría Castañer JI, Doménech Brotons M. La matrona ante el cribado y la atención de la urgencia obstétrica. *Matronas Prof* 2011; 12(1):18-23.

6. Cheyne H, Hundley V, Dowding D, Bland JM, McNamee P, Greer I, et al. Effects of algorithm for diagnosis of active labour: cluster randomised trial. *BMJ* 2008; 337-96.

7. Lauzon L, Hodnett E. Programas de valoración del trabajo de parto para demorar el ingreso a las salas de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.

8. Cheyne H, Dowding DW, Hundley V. Making the diagnosis of labour: midwives' diagnostic judgement and management decisions. *JAN.* 2006; 53: 625-35.

9. FAME. Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2007.

10. González-Merlo J, Laila JM, Fabre E, González E. *Obstetricia.* 5a ed. Barcelona Massón;2006.

11. Organización Mundial de la Salud. Seguimiento de los servicios obstétricos de urgencia: manual. Ginebra: OMS, 2011.

12. Ministerio de Sanidad y política social. Unidad de urgencias hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y política social; 2010.

13. Maceira Rozas MC, Salgado Barreira A, Atienza Merino G. La asistencia al parto de las mujeres sanas: estudio de variabilidad y revisión sistemática. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2007. Informes de Evaluación de Tecnoloxías Sanitarias: avalia-t No. 2007 / 03.

14. Hugo Salinas P, Marcia Erazo B, Jorge Pastén M, Jessica Preisler R, Rodolfo IdeV, Sergio Carmona G, Delia Opazo R, Marcela Vásquez O, Ana Sougarret S, Cristina Aleuanlli A, Benjamín Carrasco S, Daniel Erlij O, Paulina Sepúlveda R. Indicadores de calidad de asistencia en obstetricia. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006; 71(2): 114-120.
15. Leap N, Sandall J, Buckland S, Huber U. Journey to confidence: women's experiences of pain in labour and relational continuity of care. *J Midwifery Womens Health*. 2010, May-Jun; 55(3):234-42.
16. Verdú Maciá V. El personismo. *Rev Presencia* 2006 ene-jun;2(3). Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n3/43articulo.php>> [ISSN:1885-0219]
17. Homer CS, Davis GK, Cooke M, Barclay LM. Women's experiences of continuity of midwifery care in a randomised controlled trial in Australia. *Midwifery*. 2002, Jun;18(2):102-12.
18. Waldenström U, Turnbull D. A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998, Nov; 105(11):1160-70.
19. McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, Lumley J, Farrell T, Oats J, Gold L, Waldenström U, Albers L, Biro MA. COSMOS: Comparing Standard Maternity care with one-to-one midwifery support: a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2008, Aug 5; 8:35.
20. Waldenström U, Brown S, McLachlan H, Forster D, Brennecke S. Does team midwife care increase satisfaction with antenatal, intrapartum, and postpartum care? A randomized controlled trial. *Birth*. 2000, Sep; 27(3):156-67.
21. Biró MA, Waldenström U, Brown S, Pannifex JH. Satisfaction with team midwifery care for low-and high-risk women: a randomized controlled trial. *Birth*. 2003, Mar; 30(1):1-10.
22. Hodnett ED, Downe S, Walsh D, Weston J. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Sep 8; (9):CD000012.
23. López Alonso, Sergio R; Gala Fernández, Bienvenida; Rodríguez Gómez, Susana; Rodríguez Morilla, Felipe. Metodología participativa como estrategia para la personalización de los cuidados. *Index de Enfermería [Index Enferm]*. 2007; 56:07-09.