

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

Analysis of midwives' situation and the need to measure their workloads

Análise da situação das parteiras e a necessidade de medir suas cargas de trabalho

Lorena Gómez García¹

ORCID: 0000-0002-3625-6054

Ana Myriam Seva Llor¹

ORCID: 0000-0002-0531-9227

María Fuensanta Hellín Gil¹

ORCID: 0000-0003-0402-0888

María Dolores Roldán Valcárcel¹

ORCID: 0000-0003-1087-0264

Pablo Paredes Cerezo¹

ORCID: 0000-0003-2449-3295

Esperanza de la Iglesia Cano¹

ORCID: 0000-0002-8969-2909

Guadalupe Ruiz Merino¹

ORCID: 0000-0002-5265-1935

Francisco Javier Navarro Guerrero¹

ORCID: 0000-0002-9131-5766

¹Universidad de Murcia. Region of Murcia, Spain.

Como citar este artículo:

Gómez García L, Seva Llor AM, Hellín Gil MF, Roldán Valcárcel MD, Paredes Cerezo P, Iglesia Cano E, et al. Analysis of midwives' situation and the need to measure their workloads. Rev Bras Enferm. 2022;75(Suppl 3):e20210920. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0920esp>

Autor correspondiente:

Lorena Gómez García
E-mail: lorenagomez_20@hotmail.com



EDITOR JEFE: Álvaro Sousa

EDITOR ASOCIADO: Maria Itayra Padilha

Envío: 09-02-2022

Aprobación: 13-05-2022

RESUMEN

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

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

ABSTRACT

Objective: to analyze midwives' employment situation of midwives and detect their workload measurement needs. **Methods:** a mixed methodology (quantitative and qualitative), observational, descriptive and cross-sectional study. Two phases were carried out. The first methodological phase consisted of conducting semi-structured individual interviews. The second methodological phase analyzed the Nursing Intervention Classification (NIC) interventions that midwives perform in the labor room during daily practice. **Results:** 90.3% of midwives have work overload, since for 80.6% the midwife-pregnant mother ratio is not well established, since the mean execution time of a Nursing Intervention Classification (NIC) intervention is 20 minutes. For this reason, 100% of the sample considers the development of workload measurement tools to be highly useful. **Conclusions:** the need to generate an instrument that considers the diversity of Nursing Intervention Classification (NIC) interventions that develop within the labor room is ratified.

Descriptors: Midwife; Workloads; Standardized Nursing Terminology; Scale; Burnout.

RESUMO

Objetivo: analisar a situação laboral das parteiras e detectar suas necessidades de mensuração da carga de trabalho. **Métodos:** estudo de metodologia mista (quantitativa e qualitativa), observacional, descritivo e transversal. Duas fases foram realizadas. A primeira fase metodológica consistiu na realização de entrevistas individuais semiestructuradas. A segunda fase metodológica analisou as intervenções da Classificação de Intervenção de Enfermagem (NIC) que as parteiras realizam na sala de parto durante o dia de atendimento. **Resultados:** 90,3% das parteiras apresentam sobrecarga de trabalho, pois, para 80,6%, a relação obstetrix-gestante não está bem estabelecida, pois o tempo médio de execução de uma intervenção Classificação de Intervenção de Enfermagem (NIC) é de 20 minutos. Por esse motivo, 100% da amostra considera muito útil o desenvolvimento de ferramentas de medição de carga de trabalho. **Conclusões:** ratifica-se a necessidade de gerar um instrumento que considere a diversidade de intervenções Classificação de Intervenção de Enfermagem (NIC) que se desenvolvem na sala de parto.

Descriptor: Parteira; Cargas de Trabalho; Intervenções NIC; Instrumento de Medição; Burnout.

INTRODUÇÃO

La profesión de matrona es esencial para la asistencia a la mujer durante el parto normal, y en la identificación de complicaciones o desviaciones de la normalidad⁽¹⁻²⁾. Pues el 95% del tiempo que requiere cada parto siempre está bajo su atención⁽³⁾. La falta de estos profesionales, se considera una barrera para el cuidado humanizado en el parto⁽⁴⁾. La FAME (Federación de Asociación de Matronas de España) habla de la necesidad de “una matrona para una mujer”, para alcanzar una asistencia individual y continuada^(3,5).

El servicio de paritorio es el lugar donde se establecen cuidados de enfermería generados por un perfil profesional con alta cualificación, como son: las matronas. Las matronas en el ámbito hospitalario desarrollan un gran número de actividades, en términos de eficacia, eficiencia, efectividad, accesibilidad; buscando la satisfacción de la usuaria, así como la continuidad asistencial, manteniendo en todo momento la seguridad, y que la atención no sea solo valorable en cuanto al número de actividades realizadas, sino por la calidad con la que se realizan, para dar un paso más hacia la excelencia de los cuidados que presta a la sociedad⁽⁶⁾. Sociedad más empoderada en los tiempos que vivimos, que requiere cada vez de unos servicios de salud, adaptados no solo a los cambios demográficos, sociales y multiculturales que tenemos, sino a la aparición de nuevas patologías⁽⁷⁾. Este escenario cambiante, supone dedicar tiempo a la atención sanitaria, lo que genera en multitud de ocasiones, sobrecarga laboral, todo ello en un contexto de crisis económica caracterizado por los ajustes presupuestarios y la contención del gasto⁽⁸⁾. Esta situación, pone de manifiesto la prioridad de determinar y examinar las cargas de trabajo a las que están sometidas⁽⁹⁻¹¹⁾.

Según los datos ofrecidos de los ratios cuantificados del estudio realizado por la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo económico), en relación al número medio de matronas por cada 1.000 habitantes; España no alcanza la media de 0,3, pues su media a penas roza el 0,1^(2-3,12-13). Además, al analizar en profundidad la ratio de matronas según 1.000 nacimientos y 100.000 mujeres, encontramos datos muy dispares según el país europeo que se estudie, con una importante discrepancia entre los datos de España con relación a los países de la OCDE^(2-3,12-13), de ello se deduce que España se sitúa muy por debajo de la media europea, con las cifras más bajas de los países estudiados.

Desde esta perspectiva, el uso de la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), proporciona un apoyo en la planificación y evaluación de la carga de trabajo em enfermeira, pues la NIC constituye un referente teórico-metodológico para dictar aquellas intervenciones y actividades que forman parte de la función asistencial de las matronas durante el proceso del parto, y así identificar la carga de trabajo de estas⁽¹⁴⁾. Para contrastar la situación descrita se requiere la valoración sobre si este perfil profesional considera necesaria la estimación de sus cargas de trabajo, a través de la generación de un instrumento, que las cuantifique en función de la realidad asistencial y asociado al número de matronas que componen el equipo multidisciplinar.

OBJETIVO

Analizar la situación laboral de las matronas y detectar sus necesidades de medición de cargas de trabajo, mediante el análisis de las intervenciones NIC que realizan en su práctica diaria.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Se ha cumplido escrupulosamente con el compromiso de las normas éticas de investigación y de los requerimientos legales imprescindibles para realizar este estudio. Estudio que forma parte una tesis doctoral, para la que se obtuvo la aprobación del comité de ética e investigación de las entidades participantes.

Se tuvo especial atención en el cumplimiento de los siguientes aspectos éticos: Voluntariedad, Anonimato y Confidencialidad a la hora de participar en la investigación. Respetando en todo momento la ley 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personal y garantía de los derechos digitales.

Diseño, período y lugar de estudio

Tras una previa y actualizada revisión de la literatura científica sobre las cargas de trabajo, concretamente las relacionadas con las matronas, dentro de la Unidad de Paritorio, se diseña un estudio de metodología mixta (cuantitativo y cualitativo), observacional, descriptivo y transversal.

Para poder conseguir el objetivo propuesto se realizaron dos fases: La primera fase metodológica, consistió en la realización de entrevistas individuales semiestructuradas realizadas por videoconferencia a profesionales de matrona. Y en la segunda fase metodológica, se analizaron las intervenciones NIC que las matronas efectúan en paritorio durante su jornada asistencial, cuantificando tanto frecuencia como el tiempo destinado a cada uno de ellas. La unidad de partos seleccionada, se encuentra situada en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA). Realizando ambas fases durante los años 2020-2021.

Población o muestra: Criterios de inclusión y Exclusión

Los sujetos del estudio, de la primera fase metodológica, fueron matronas que trabajan en la red de hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud en España. Se realizó un muestreo no probabilístico y de conveniencia, para la realización de las entrevistas, estableciéndose una serie de criterios de inclusión y exclusión: Criterios de inclusión: ser mayor de edad 18 años, enfermera especialista en obstetricia – ginecología (matrona), y encontrarse en servicio activo. Criterios de exclusión: matrona bajo el régimen de residencia EIR (Enfermero Interno Residente), y trabajar para la sanidad privada en el momento de realizar el estudio. Se obtuvo una muestra de 31 matronas.

Siguiendo el criterio de saturación de datos, es decir, la inclusión de nuevos participantes se suspendió cuando no se encontraron nuevas explicaciones, interpretaciones o descripciones del fenómeno estudiado. En la segunda fase metodológica, se seleccionó de forma aleatoria una muestra de matronas dentro del HCUVA,

para medir el tiempo que dedican en ejecutar cada una de las intervenciones NIC propuestas, durante su turno de trabajo.

Protocolo de Estudio

Durante la primera fase, se procedió a la compilación de los datos, mediante una entrevista individual semiestructurada ad hoc basada en la revisión de la literatura, constituida por 42 preguntas (17 preguntas cerradas de carácter dicotómico, 7 preguntas cerradas de carácter politómico, y 18 preguntas abiertas), divididas en tres bloques. La primera parte recopila información de las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, número de hijos). La segunda parte, indaga sobre las variables socioclínicas (centro de trabajo, ciudad o lugar de trabajo, tipo de centro hospitalario, años de experiencia, puesto actual y pasado). Y la tercera parte, incluye las variables de interés recopilando los datos laborales y profesionales (competencias y actividades dentro del paritorio, número de matronas que componen el equipo multidisciplinar, estructura física de la unidad de paritorio, consideración de las cargas de trabajo y consecuencias, derivadas de estas mismas).

De estas variables, nos centramos en conocer la opinión acerca de la adecuación de las cargas de trabajo, los factores que pueden producir sobrecarga y la necesidad de utilizar herramientas que midan esa carga de trabajo a las que se encuentran expuestas. Previa recogida de datos se realizó un pilotaje de una muestra de 10 entrevistas, para comprobar la fiabilidad del cuestionario y así validar la comprensión y adecuación de la entrevista definitiva. Una vez recopilados los datos de las entrevistas, realizadas entre mayo- junio de 2020, se inició la cuantificación objetiva del trabajo, para ello se enumeraron las variables estudiadas en las entrevistas, correspondientes a las actividades profesionales descritas por la muestra.

Posteriormente se realizó un mapeo de estas actividades, para catalogarlas con cada una de las intervenciones NIC que se correspondan. A continuación, se diseñó el cuaderno de recogida de datos, para poder cuantificar el tiempo real, en minutos que dedican a cada una de las intervenciones. Este cuaderno de recogida de datos se estructura en filas y columnas. Agrupando en filas, el tiempo en minutos observados en la realización cada intervención; y en columnas, la descripción de cada una de las intervenciones a medir. La segunda fase, se centró en el trabajo de campo. Se cronometraron los tiempos que una muestra aleatoria de matronas, empleaban para realizar una batería de intervenciones NIC identificadas en la anterior fase, durante los meses de marzo y abril 2021. Para ello se seleccionó la unidad de partos del HCUVA. Esta unidad se estructura en 18 paritorios, contando con una dotación de 7 matronas por turno.

Para la obtención de los datos se utilizaron dos cronómetros digitales, de dispositivos móviles (Redmi Note 8T y Iphone Apple), y se contó con la participación de dos investigadores, con el fin de establecer la mínima discrepancia estadística en la cuantificación del tiempo medido. Antes del inicio de la medición, los investigadores comprobaron que los instrumentos de medida funcionaban y presentaban las mismas características; consensuando el inicio y fin de cada una de las intervenciones.

Atendiendo a los criterios de calidad, se fijaron un total de 30 a 66 mediciones, del tiempo dedicado a cada una de las

intervenciones NIC. Además, se tuvo en consideración las interrupciones en las actividades que se estaba llevando a cabo, realizando paradas en el cronómetro, hasta que se retomaba la actividad, recurriendo metodológicamente a la suma de tiempos para el recuento final.

Análisis de los resultados y estadística

Los resultados de las entrevistas se analizaron de forma cualitativa, a través del software específico Atlas.ti y de forma cuantitativa. Los datos obtenidos en el trabajo de campo, se procesaron con el software estadístico SPSS versión 23.0, realizando un análisis descriptivo, calculando frecuencias y tablas de contingencia entre las distintas variables. Se ha utilizado el estadístico Chi- Cuadrado para calcular la significación estadística y un nivel de significación estadística del 95% ($p < 0,05$). Y se realizó la correlación de los datos obtenidos con los datos que dictamina la NANDA para cada intervención NIC.

RESULTADOS

Las entrevistas se realizaron a una muestra de treinta y un profesionales de matronas ($n = 31$), formada por 87,1% de mujeres y 12,9% de hombres. La edad media de estos, es de 39,71 años; siendo la edad mínima de 28 años y la máxima de 57 años. Estando casados el 67,7%, solteros 22,6% y divorciados 9,7% y tienen hijos el 77,4%. Nuestra muestra lleva una media de 10 años, ejerciendo la profesión de matrona. La dotación media de personal de matrona durante el turno diurno es de 4,97 y en el turno nocturno es de 4,90. Realizando su labor profesional dentro de la atención especializada, concretamente en la unidad de paritorio. El 100% de la muestra, conocen cuáles son sus competencias, así como las actividades profesionales que realizan dentro de la unidad. Si nos centramos en su promoción profesional, el 16,1% ha ejercido puestos de gestión sanitaria, frente al 83,9% que a lo largo de su carrera profesional únicamente ha ejercido de matrona dentro del ámbito hospitalario. Siendo el puesto de gestión más representativo el de supervisora de la unidad de paritorio con un 12,9%.

Al adentrarnos en las cargas de trabajo a las que se ven sometidas las matronas entrevistadas, el 61,3% de la muestra consideran que sus cargas de trabajo no son adecuadas, frente al 38,7% que sí las consideran adecuadas. El 90,3% reconoce el haber sentido sobrecarga en el trabajo, pues el 32,1% y el 28,6% de la muestra, expresan el aumento de trabajo y la mala organización, como factores de la sobrecarga percibida, al afirmar: *"La sobrecarga es experimentada por la falta de dotación de personal, estoy sola para todo lo que suceda en el servicio, trabajamos realizando multitud de tareas y actividades al mismo tiempo y además a esto hay que sumarle la falta de planificación de procesos programados, el aumento de la patología materna- fetal y la estructura organizativa actual debido a la pandemia sanitaria"*. Para 100%, esta sobrecarga de trabajo genera consecuencias para la gestante, el futuro hijo y para ellos mismos como profesionales de la salud (Tabla 1).

Al plantear la ratio matrona/ gestante, el 80,6% de las matronas de nuestra muestra, piensan que dicha ratio no se encuentra bien establecida para prestar cuidados de calidad, por lo que

manifestaron "En las condiciones actuales de trabajo no es posible cumplir el one to one, lo que supone una merma importante en la atención individualizada de la madre-hijo". El 100% de los entrevistados/as, consideran que es necesario la medición de las cargas de trabajo a la que se encuentran expuestas. El 80,6% reconoce no conocer ninguna herramienta que mida cargas de trabajo, y creen en la utilidad de la misma un 96,8%. Consideradas útiles para adecuar plantillas de trabajo, ratios y necesidad de personal, pues el 100% de las matronas de la muestra opinan que la aplicación de una herramienta de medición de cargas de trabajo dentro del servicio de paritorio, podría generar rentabilidad para fijar la ratio matrona/ gestante, al exponer: "Estas herramientas de medición permitirían medir de forma objetiva la necesidad de personal que requiere el servicio para prestar cuidados de calidad y justificaría nuestro trabajo ya que actualmente no tenemos ningún registro donde contemplar el total de actividades realizadas en nuestra jornada laboral, distintos a los debidos al proceso de parto".

Al cruzar las variables sociodemográficas con las socio-clínicas y laborales (Tabla 2), hemos obtenido en la asociación entre el ejercicio en el pasado de la profesión de enfermería y la sobrecarga actual en el ejercicio de la partería, una significación de $p=0.046$. Además, los profesionales que consideran no adecuadas sus cargas de trabajo sienten esa sobrecarga con una significación de $p=0.022$.

Encontramos una relación entre en las consecuencias y repercusión psicológica que la sobrecarga de trabajo tiene sobre los profesionales de salud (matronas) con una $p=0,0032$. La afectación psicológica experimentada por este perfil profesional, está ligada a las ratios actuales matrona- gestante; dichas ratios tienen una influencia directa en la carga de trabajo percibida, con un nivel de significación de $p=0,029$. Las matronas entrevistadas consideran necesario utilizar las herramientas de medición de cargas de trabajo, para permitir adecuar las plantillas, las ratios, y adecuar la necesidad de personal con una $p=0,004$. Pues expresan que se encuentran sometidas a sobrecarga en su trabajo diaria.

En relación a los datos obtenidos en el trabajo de campo, con un tiempo de 120 horas de observación, encontramos discrepancia entre el volumen de tiempo medido real de las distintas intervenciones NIC, y el tiempo consensuado por este grupo internacional taxonómico. Pues aquellas intervenciones que han requerido más presencia por parte de la matrona, durante la medición real, fueron las propias de la actividad asistencial y del cuidado directo e indirecto de madre-hijo, con tiempos que rondan desde los 60 minutos a los 48 minutos. A continuación mostramos la discrepancia de los datos obtenidos en la medición de tiempos reales con los extraídos de tiempos consensuados por la NIC (Tabla 3).

Tabla 1 - Consecuencias de la Sobrecarga de Trabajo de las Matronas

Consecuencias	Tipos	n	%
Gestante	Merma de la atención de calidad.	28	90,3
	Merma de la calidad de la atención unida a la mala organización del servicio.	2	6,5
	Mala atención por agotamiento	1	3,2
Recién Nacido	No poder prestar los cuidados inmediatos y el inicio de la lactancia materna.	7	22,6
	Situación de no adaptación a la vida extrauterina.	6	19,4
	Merma en la calidad de la atención.	16	51,6
	No inicio del contacto piel con piel.	1	3,2
Profesional	Sobrecarga física-Mental.	6	79,4
	Afectación psicológica.	21	67,7
	Estrés y trabajo Obsoleto.	1	3,2
	Burnout.	2	6,2

Tabla 2 - Cruce de variables socioclínicas y cargas de trabajo

Datos Socioclínicos	Sí, sobrecarga en el trabajo		No, sobrecarga en el trabajo		p
	n	%	n	%	
Sí, ha ejercido la profesión de enfermería	27	93,1	2	6,9	,046
No, ha ejercido la profesión de enfermería	1	50	1	50	,046
Las cargas de trabajo son adecuadas	9	75	3	25	,022
Las cargas de trabajo no son adecuadas	19	100	0	0	,022
Las cargas de trabajo tienen consecuencias en la gestante	28	90,3	3	9,7	
Las cargas de trabajo no tienen consecuencias en la gestante	0	0	0	0	
Las cargas de trabajo tienen consecuencias en el recién nacido	27	90	3	10	,739
Las cargas de trabajo no tienen consecuencias en el recién nacido	1	100	0	0	,739
Las cargas de trabajo tienen consecuencias en las matronas	28	90,3	3	9,7	
Las cargas de trabajo no tienen consecuencias en las matronas	0	0	0	0	
La ratio matrona/gestante es adecuado	4	66,7	2	33	,029
La ratio matrona/gestante no es adecuado	24	96	1	4	,029
Sí, es necesario medir las cargas de trabajo	28	90,3	3	9,7	
No, es necesario medir las cargas de trabajo	0	0	0	0	
Las herramientas de medir cargas de trabajo son útiles	27	90	3	10	,739
Las herramientas de medir cargas de trabajo no son útiles	1	100	0	0	,739
Las herramientas para medir cargas de trabajo son rentables para fijar la ratio	28	90,3	3	9,7	
Las herramientas para medir cargas de trabajo no son rentables para fijar la ratio	0	0	0	0	

Tabla 3 - Cuantificación de la media de tiempos que requiere cada Intervención intervenciones de enfermería (NIC) en Comparación con los datos de la intervenciones de enfermería (NIC), en minutos

NIC	Tiempos Medidos	Tiempos NIC
1801. Ayuda al autocuidado: Baño e higiene.	3	15
6540. Control de infecciones.	38	38
2300. Administración de medicación.	4	15
2380. Manejo de la medicación	4	23
2314. Administración de medicación: intravenoso (IV)	4	15
4200. Terapia intravenosa (IV)	4	15
2313. Administración de medicación: intramuscular (IM)	15	15
2304. Administración de medicación: oral	15	15
2318. Administración de medicación: vaginal	15	15
2311. Administración de medicación: inhalatoria	15	15
2214. Administración de analgésicos: intraespinales	3	23
2319. Administración de medicación: interespinal	3	15
7820. Manejo de muestras	2	15
5510. Educación para la salud	12	23
5568. Educación parenteral: lactante	12	38
5244. Asesoramiento en la lactancia	12	38
5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento	12	23
1100. Manejo de la nutrición	12	15
3740. Tratamiento de la fiebre	9	23
4190. Punción Intravenosa	5	15
4235. Flebotomía: vía canalizada	5	15
4238. Flebotomía: muestra venosa	5	15
4035. Muestra de sangre capilar	3	15
3620. Sutura	14	23
1750. Cuidados perineales	14	15
6680. Signos vitales	2	15
6771. Monitorización fetal electrónica: antes del parto	60	60
6772. Monitorización fetal electrónica: durante el parto	60	60
840. Cambio postural	1	23
6482. Manejo ambiental: confort	1	15
7140. Apoyo a la familia	12	60
5250. Apoyo en la toma de decisiones	12	23
5270. Apoyo emocional	12	23
5420. Apoyo espiritual	12	23
4920. Escucha activa	12	23
5440. Aumentar los sistemas de apoyo	12	38
5340. Presencia	12	23
5460. Contacto	12	15
6710.Fomentar el apego	12	22
6800. Cuidados de embarazo de alto riesgo	12	60
7310. Cuidados de enfermería al ingreso	12	23
6520. Análisis de la situación sanitaria (valoración de enfermería)	12	53
6574. Identificación del paciente.	12	20
7960. Intercambio de información de cuidados de salud	1	15
7920. Documentación	15	15
6656. Vigilancia al final del embarazo.	12	60
7650. Delegación	2	15
8100. Derivación	23	23
6720.Parto	38	60
6830. Cuidados intraparto	55	60
6834. Cuidados intraparto: parto de alto riesgo	55	60
6972. Reanimación: feto	1	60
5294. Facilitar el duelo: muerte perinatal	38	38
1770. Cuidados post mortem	23	23
6750. Asistencia al parto por cesárea	48	38
2880. Coordinación preoperatoria	48	38
2930. Preparación quirúrgica	48	53
7710. Colaboración con el médico	14	23
2870. Cuidados postanestesia	29	53
6824. Cuidados del lactante recién nacido	2	60
6974. Reanimación neonatal.	6	53
6930. Cuidados posparto	5	60
7370. Planificación para el alta	5	53
8140. Tránsito de cuidados del paciente	4	38
6850. Inducción al parto.	60	60
7840. Manejo de suministros	8	23
7980. Informe de incidencias	1	23
7880. Manejo de la tecnología	3	15
7660. Revisión del carro de emergencias	8	15
6486. Manejo ambiente: seguridad	3	38
6489. Manejo ambiente: seguridad trabajador	3	60

Continuará

Continuación de la Tabla 3

NIC	Tiempos Medidos	Tiempos NIC
8020. Reunión multidisciplinar sobre cuidados	6	60
7830. Supervisión de personal: Gestión de calidad	60	60
7640. Desarrollo de vía clínica	60	60
8700. Desarrollo de un programa	60	60
7800. Control de calidad	60	60
7726. Perceptor estudiante	23	60
7222. Perceptor empleado	23	60
8120. Recogida de datos para la investigación	23	23
6140. Parada cardiaca	38	38
6320. Reanimación	23	23
4030. Administración de hemoderivados	60	60
580. Sondaje vesical: intermitente	2	15
6630. Aislamiento	3	60
1480. Masaje	12	15
5880. Técnicas de relajación	12	38
1380. Aplicación de calor o frío	12	15
2400. Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (APC)	3	23
1410. Manejo del dolor: agudo	29	38
4026. Disminución de la hemorragia: útero postparto	53	53
6860. Supresión de las contracciones	60	60
6870. Supresión de la lactancia materna	23	23
1052. Alimentación con biberón	38	38
4021. Disminución de la hemorragia: útero anteparto	53	53
6522. Exploración mamaria	15	15
2910. Manejo del instrumental de quirófano	60	60

La media de tiempo para la realización de cada una de las intervenciones NIC, medido en el estudio es de 20 minutos, frente a los 33 minutos que determina la propia NIC. Al realizar la correlación de ambas muestras, encontramos significación estadística con $p=0,000$, lo que nos determina la discrepancia en la determinación de ambos tiempos.

DISCUSSÃO

Las matronas entrevistadas han expresado su preocupación y necesidad de adecuar las plantillas de profesionales a las demandas asistenciales actuales, debido a la sobrecarga de trabajo que el 90,3% de la muestra llevan experimentando. La adecuación de este personal sanitario tiene como fin, mejorar no solo la calidad del cuidado prestado al binomio madre - hijo, sino también la calidad laboral del propio personal sanitario, asegurando el modelo de cuidados durante el parto propuesto por la OMS en 2018. Este modelo enfermero global de ámbito internacional, enmarca los cuidados esenciales durante el parto permitiendo una atención centrada en la mujer, basándose en todo momento en los derechos humanos. Lograr una "experiencia de parto positiva", implica una experiencia que cumpla o supere las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer, ya que estas directrices no son específicas a ningún país o región, y reconocen las diferencias que existen a nivel mundial en cuanto al nivel de servicios de salud disponibles dentro de cada país y entre ellos⁽¹⁵⁾. Las matronas de nuestro estudio confirman que la ratio matrona/ gestante no se encuentra bien establecido, obstaculizando en multitud de ocasiones, el poder prestar un cuidado individualizado, continuo y de empoderamiento de la gestante sobre su propio proceso de parto, como se ratifica en otros estudios⁽⁵⁾. Y como determina el estudio de Hausman (2005), los ratios permite hacer una aproximación objetiva del volumen de trabajo, ya que la mayor presión asistencial y el gran número de tareas a realizar en paritorio, fue una de las razones principales para que no pudiesen prestar un soporte continuo a las mujeres⁽⁴⁾.

Debido a la mayor presión asistencial, surge la insatisfacción tanto por parte de los propios profesionales sanitario como de los usuarios del servicio de salud. Situación que se evidencia en varios estudios desarrollados en matronas australianas, suecas y noruegas, en los que se concluye que la prevalencia de agotamiento laboral o burnout experimentado por este personal, es del 57%, 39,5% y 20% respectivamente⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Más tarde en 2017, se estudió la relación entre el burnout y las cargas de trabajo de las matronas, demostrado una asociación positiva, pues el 42,6% de las matronas consultadas consideran que las ratios de matronas no son adecuadas al volumen de trabajo que manejan⁽¹⁸⁾.

Además, la ciencia⁽¹⁹⁻²⁰⁾ afirma que el bienestar emocional de las matronas tiene implicaciones considerables para la atención segura de la maternidad, así como en la satisfacción de la mujer. Coinciden los resultados de estos estudios con otros que afirman que, la sobrecarga de trabajo, el cuadro insuficiente de personal, y los factores inherentes a la gestión de la institución, se reflejan en el quehacer profesional, adoptando acciones mecanizadas, repetitivas, y estrictamente burocráticas, sin atender a las características individuales de cada paciente⁽⁷⁾. Además la evidencia científica determina la existencia de una asociación entre la densidad de profesionales de la salud y los índices de mortalidad materna, mortalidad infantil y tasas de inmunización, pues la predicción del número necesario para atender las necesidades de los usuarios no ha sido tarea fácil⁽¹⁷⁾. Sin embargo, las maternidades no cuentan con el mismo número de efectivos las 24 horas del día, ni todos los días del año, habiéndose demostrado que en los momentos en los que se cuenta con menos personal, el riesgo de muerte perinatal se incrementa un 45%⁽¹⁸⁾.

En el ámbito asistencial del paritorio, el tiempo real que las matronas dedican al cuidado de la madre- hijo durante el proceso de parto, se cifran tiempos de actividades alrededor de 60 minutos, coincidiendo estas cifras con los cuidados imprescindibles, establecidos en las recomendaciones de la OMS en su Modelo (Trabajo de parto respetado y atención durante el parto; Apoyo emocional

de un acompañante de su elección; Comunicación efectiva de parte del personal; Estrategias para el alivio del dolor; Vigilancia regular del trabajo de parto, documentación de eventos, auditoría y comentarios; Ingesta de líquido y alimentos por vía oral; Movilidad en el trabajo de parto y posición de su elección en el parto; Plan de derivación preestablecido; Continuidad de la atención⁽¹⁵⁾. Esto se puede ratificar en el estudio de Tabatabaee y Daghighbin(2020)⁽²¹⁻²³⁾.

Pero encontramos 25 intervenciones en las que su tiempo ha sido menor, no por ser menos importantes, sino por deficiencias infraestructurales como la falta de tiempo de la matrona para dedicarse de forma individualizada a esa intervención NIC. Al comparar los tiempos reales en la ejecución de las intervenciones NIC por las matronas en la unidad de partos con las consensuadas por el grupo NIC, encontramos importantes diferencias, ya que los tiempos que dicta la NIC son establecidos por consenso entre un grupo de matronas, sin tener en cuenta los imprevistos o desviaciones del proceso normal de parto, mientras que los tiempos medidos son reales, pues se han determinado en una unidad de partos, teniendo en cuenta todas las peculiaridades de la asistencia directa e indirecta que pudieran ocurrir.

Al analizar la comparación de los tiempos en la ejecución de las intervenciones NIC, por parte de la muestra de matronas del estudio de campo, con los consensuados con la NIC, encontramos discrepancias, debidas al propio método de obtención de los datos. El tiempo máximo medido, 60 minutos, se asignan a intervenciones relacionadas con el parto (la monitorización fetal electrónica: antes y durante el parto, inducción al parto, supervisión de personal: gestión de calidad; desarrollo de vía clínica, desarrollo de un programa y control de Calidad, administración de hemoderivados, supresión de las contracciones y, manejo del instrumental del quirófano).

Nos encontramos ante la inexistencia de estudios e investigaciones similares, que pudieran permitir la comparación con nuestro estudio. Aunque encontramos estudios de este tipo, pero en otras unidades y con otro tipo de pacientes. En este sentido, las futuras líneas de investigación deberán centrarse, en la generación o adaptación de una herramienta validada, que permita cuantificar el trabajo realizado por este perfil profesional.

Limitaciones del Estudio

Los tiempos medios en este trabajo, reflejan la carga de trabajo de las matronas en un entorno de cuidados específico, en una organización sanitaria determinada y durante un tiempo de observación limitado al periodo del estudio.

Contribuciones para el área de la Enfermería, Salud, o Política Pública

Esta investigación contribuye en el conocimiento de los componentes que generan la carga de trabajo de las matronas, para mejorar la gestión de recursos humanos y la planificación del personal necesario para satisfacer la demanda de atención a la parturienta, siempre acorde a las demandas reales de cuidados.

CONCLUSIONES

Las matronas manifiestan una sobrecarga continuada durante su actividad asistencial. Durante un turno, se pueden llegar a identificar 96 Intervenciones enfermeiras en cada parto. Medirlas permite visibilizar el trabajo en cada parto, de forma individualizada. Los tiempos obtenidos en 25 de las Intervenciones distan siempre en cifras inferiores, de los propuestos por el grupo de trabajo NIC, ya que se obvia el consenso y se cuantifican el tiempo real.

Esto se traduce en una sobrecarga que repercute en el cuidado de madre- hijo durante el proceso de parto y en la salud psíquica de los profesionales. Por ello, consideran imprescindibles la medición real de sus cargas de trabajo, mediante un instrumento que cuantifique el tiempo que dedican en la ejecución de cada una de las actividades, no el número de partos diarios atendidos en la unidad, pues este tipo de gestión resulta actualmente insuficiente.

El soporte teórico de este estudio está basado en la interrelación entre el modelo de cuidados durante el parto, el Proceso de Atención Enfermero realizado por las matronas y el uso de la Clasificación Internacional de Intervenciones que emplean para poner de manifiesto todo el trabajo realizado. Por ello, se considera imprescindible cuantificar la carga de trabajo, a la que se encuentran expuestas las matronas para ayudar a la cuantificación real de la carga asistencial y del número de matronas que deberían componer los equipos multidisciplinares.

RECONOCIMIENTO

Agradecer a todas las matronas que han participado en este estudio, poniendo parte de su tiempo al servicio de la ciencia. Además de reconocer públicamente las facilidades aportadas tanto por la dirección como por los profesionales del servicio de paritorio del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia, España).

Y no puedo olvidar a mis compañeras investigadoras, sin ellas nada de esto sería posible.

REFERENCIAS

1. Braña M, Campo Ugido R, Fernández Méndez E, Villa Santoveña M. Propuesta de una nueva escala de valoración de cargas de trabajo y tiempos de enfermería (VACTE©). 2007;18(3):115–25. [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(07\)74393-6](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(07)74393-6)
2. Federación de Asociación de Matronas de España. Informe de situación de las matronas en España [Internet]. 2014[cited 2019 Nov 7]. 10p. Available from: <http://www.federacionmatronas.org/wpcontent/uploads/2018/01/informe-situacion-matronas-espana2014-mod3.pdf>
3. Asociación Española de Matronas. Informe del estado actual de las matronas en España: competencias de las matronas reguladas en el ordenamiento español y europeo [Internet]. 2017[cited 2019 Nov 7]. 22p. Available from: <https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2018/02/DOCUMENTO-COMPETENCIAS.pdf>

4. Hausman BL. Risky business: framing childbirth in hospital settings. *J Med Humanit*. 2005;26(1):23–38. <https://doi.org/10.1007/s10912-005-1050-3>
5. Llobera R. Humanización de la atención obstétrica: qué opinan las matronas. *Matronas Prof* [Internet]. 2018[cited 2019 Nov 7];19(1):12-20. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6444676>
6. Velho M, Oliveira M, Santos E. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(4):652-9. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000400023>
7. Ferrús-i-Estopà L. Recomendaciones para la dotación de enfermeras en las unidades de hospitalización: factores que influyen en la práctica enfermera. *Cataluña: Colegio Oficial de Enfermería*; 2006. 117p.
8. Hellin-Gil MF, López-Montesinos MJ, Llor AMS, Bas MPF, Soler MLM. Valoración de dos escalas de medición de cargas de trabajo de profesionales de enfermería. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2017[cited 2019 Nov 7];6(1):18–29. Available from: http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/download/1788/pdf_2
9. Criado CB. Cómo calcular el ratio enfermera-paciente. *Rev Esp Pediatr* [Internet]. 2016[cited 2019 Nov 7];72(1):83-7. Available from: <http://secip.com/wpcontent/uploads/2018/05/Ratio-Enfermera-paciente-C-Bravo.pdf>
10. García GMA, Castillo FL. Categorización de usuarios: una herramienta para evaluar las cargas de trabajo de enfermería. *Rev Med Chile*. 2015;128(2):177–83. <https://doi.org/10.4067/S00349887200000200007>
11. Valls-Matarín J, Salamero-Amorós M, Roldán-Gil C. Análisis de la carga de trabajo y uso de los recursos enfermeros en una unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2015;26(2):72–81. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2015.02.002>
12. Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad (ES). Informe sobre profesionales de cuidados de enfermería: oferta necesidad (2010-2025) [Internet]. 2012[cited 2019 Nov 7]. Available from: [https://www.msbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/21-NecesidadesEnfermeras\(2010-2025\).pdf](https://www.msbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/21-NecesidadesEnfermeras(2010-2025).pdf)
13. Consejo de Enfermería de La Comunidad Valenciana (CECOVA). Situación y Expectativas de Futuro de las Matronas de la Comunidad Valenciana: documento de consenso. Valencia: CECOVA; 2013; 51p.
14. Possari JF, Gaidzinski RR, Lima AFC, Fugulin FMT, Herdman TH. El uso de la clasificación de Intervenciones en enfermería para identificar la carga laboral de un equipo de enfermería de un centro quirúrgico. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(5):781-8. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0419.2615>
15. Organización Mundial de Saúde (OMS). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar [Internet]. OMS; 2018[cited 2022 Nov 7]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
16. Henriksen L, Lukasse M. Burnout among Norwegian midwives and the contribution of personal and work-related factors: a cross-sectional study. *Sex Reprod Healthc Off J Swedish Assoc Midwives*. 2016;9:42–7. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.08.001>
17. Creedy DK, Sidebotham M, Gamble J, Pallant J, Fenwick J. Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australian midwives: a cross-sectional survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):13. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1212-5>
18. Cabello Alcalá P, Ruiz Porras D, Mena García M, López García D, López Morales MÁ. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional entre las matronas de paritorio. *Nurse Investig* [Internet]. 2017[cited 2019 Nov 7];14(91):10. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6279753>
19. Ministerio de Sanidad y Política Social (ES). Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Guías Práctica Clínica en el SNS [Internet]. 2010[cited 2019 Nov 7]. 173p. Available from: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracticaClinicaParto.pdf>
20. Rodrigues CCFM, Santos VEP, Sousa P. Patient safety and nursing: interface with stress and Burnout Syndrome. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(5):1083–8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0194>
21. Bonfim D, Laus AM, Leal AE, Togeiro Fugullin FM, Gaidzinski RR. Application of the workload indicators of staffing need method to predict nursing human resources at a family health service. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:9. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1010.2683>
22. Fernández-García E, Fernández-García A, Gutiérrez-Martín MJ, García-Calvo L, Varona-Iglesias S, Del Campo-Sanz Y. El papel de la matrona en la prevención de muertes intrauterinas durante el periodo de preconcepción y antenatal. *Matronas Hoy* [Internet]. 2020[cited 2019 Nov 7];7(3):29–40. Available from: <https://www.enfermeria21.com/revistas-articulo/>
23. Tabatabaee SS, Daghighbin E. Estimación de la matrona necesaria en la sala de maternidad del hospital mediante el método indicador de carga de trabajo de la necesidad de personal. *Res Square* [Preprint]. 2020. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-17278/v1>