

## Artículo original

# Prácticas habituales de las matronas en el parto en los hospitales públicos de Barcelona

Silvia Corchs<sup>1</sup>, Cristina Martínez<sup>2</sup>,  
Eva Vela<sup>3</sup> y Sonia Díaz<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Matrona. Vocal Matrona del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona (COIB).

<sup>2</sup> Enfermera. Responsable del Área de Investigación del COIB.

<sup>3</sup> Matrona. Miembro Vocalía Matronas, COIB

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer cuáles son las actividades y prácticas realizadas por las matronas, según el nivel de complejidad hospitalario nivel I (hospital comarcal), nivel II (hospital de referencia) y nivel III (de alta tecnología).

**Diseño:** Estudio descriptivo transversal.

**Personas y método:** Matronas de hospitales públicos de la provincia de Barcelona que trabajaban en sala de partos.

Como instrumento de recogida de datos se diseñó un cuestionario distribuido a todos los hospitales entre diciembre de 2004 y febrero de 2005. Las principales variables del estudio fueron sociodemográficas, actividades realizadas por las matronas y percepción del propio rol.

**Resultados:** Se estudiaron 135 matronas procedentes de 18 hospitales. La media de edad fue de 44,6 años (DE= 8,45), y la media de experiencia profesional de 19,9 años (DE= 10,24). Los partos eutócicos son atendidos por las matronas en un 43,6% (58) y en los hospitales de nivel I con un 81,1% (30). El hecho de efectuar el diagnóstico de parto y el control de dilatación ejercido por la matrona fue distinto según el nivel de hospital ( $p < 0,001$ ). Respecto a las actividades protocolizadas (control de la dilatación, realización de ventanas de monitorización cardiotocográfica), no se reflejaron diferencias entre los distintos niveles de atención hospitalaria. En cuanto a las actividades y la educación sanitaria en el puerperio, destaca la poca presencia de las matronas en las salas maternoinfantiles. Las

matronas definieron su rol como profesionales que ejercen por igual tareas autónomas como delegadas (63,4% (83), no existiendo variabilidad entre tipos de hospitales.

**Conclusión:** Las actividades realizadas por las matronas en el diagnóstico, atención al parto eutócico y control puerperal difieren entre los distintos niveles de atención hospitalaria, siendo menores cuanto mayor es el nivel del hospital.

**Palabras clave:** Matrona, parto, hospital, rol autónomo, actividades.

## ABSTRACT

**Title:** Usual practices of midwives in the management of labor in public hospitals of Barcelona, Spain

**Objective:** To determine the activities and practices of midwives according to the level of complexity of the hospital: level I (regional hospital), level II (referral hospital) and level III (high-technology hospital).

**Design:** A cross-sectional, descriptive study.

**Subjects and method:** Midwives at public hospitals in the province of Barcelona, Spain, who work in the delivery room.

For the data collection tool, a questionnaire was designed and distributed to all the hospitals between December 2004 and February 2005. The major study variables were concerned with sociodemographic information, the activities of the midwives and the self-perception of their role.

**Results:** 135 midwives from 18 hospitals were studied. The mean age was 44.6 years (standard deviation [SD] = 8.45) and the mean length of their professional experience was 19.9 years (SD = 10.24). In all, 43.6% (58) of the normal deliveries were performed by midwives and in level I hospitals, they managed 81.1% (30). The number of cases in which the diagnosis of the onset of labor and monitoring of dilation were performed by the midwife differed significantly depending on the level of the hospital ( $p < 0.001$ ). With respect to those activities that are carried out according to protocol (dilation monitoring, establishment of cardiotocographic monitoring windows), no differences were observed among the different levels of hospital facilities. In terms of health care activities and education during the puerperium, the limited presence of midwives in maternity wards was notable. The midwives defined their role as professionals who perform both autonomous and assigned tasks (63.4%) (83). There were no significant differences between the types of hospitals in this respect.

**Conclusion:** The activities of midwives in terms of diagnosis, management of normal deliveries and postpartum monitoring differ from one level of hospital to another, and are fewer as the level of the hospital increases

**Keywords:** Midwife, labour, hospital, autonomous role, activities.

Corchs S, Martínez C, Vela E, Díaz S. Actividades y prácticas habituales de las matronas en la atención al parto en los hospitales públicos de la provincia de Barcelona. *Matronas Prof.* 2006; 7 (3): 5-11.

## INTRODUCCIÓN

Como define la Confederación Internacional de Matronas, «la matrona está reconocida como un profesional responsable que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y puerperio, dirigir los nacimientos en la propia responsabilidad de la matrona y proporcionar cuidados al neonato y al lactante». En sus labores se incluyen competencias preventivas, promotoras y de identificación de problemas, ejerciendo también de agente consejera y educadora de la salud reproductiva de la mujer, la familia y la comunidad<sup>1</sup>.

Asimismo, el trabajo de la matrona está determinado por la consideración integral de las necesidades y deseos de las mujeres, y también por los factores ambientales, profesionales y culturales donde se realizan sus competencias<sup>2,3</sup>.

En Cataluña, la matrona desarrolla su trabajo en ambos niveles de atención. En el hospital, su tarea está muy ligada a los cuidados pre, intra y posparto. A nivel comunitario, la matrona realiza el seguimiento del embarazo, la educación sanitaria durante el embarazo y el posparto, las visitas en el puerperio, la planificación familiar y la actividad preventiva, actividades todas ellas incluidas en la cartera de servicios del programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (PASSIR) que se desarrolla desde 1991<sup>2-4</sup>.

Sin embargo, el común denominador entre los dos niveles de atención es el déficit de cobertura de estas profesionales en Cataluña, donde la ratio es de 1,62 profesionales por 1.000 habitantes<sup>5</sup>. Como indica el *Libro de las Profesiones Sanitarias*, esta situación ha sido producida, principalmente, por la falta de renovación de nuevas generaciones de matronas durante la década de los ochenta, la limitación por cuotas del acceso a la formación especializada y el aumento de inmigración joven con el consecuente incremento de las tasas de natalidad<sup>5</sup>. Este déficit de matronas contribuye a que a nivel asistencial la cobertura sea inferior a lo recomendable, lo que podría afectar, además, a la calidad de atención dispensada.

En el caso de la atención al parto, existen evidencias de que el modelo de atención propuesto por la OMS<sup>6</sup>, en el que se recomienda la práctica basada en la evidencia y en los cuidados de la matrona en la atención al parto normal<sup>7,8</sup>, no siempre se lleva a cabo<sup>9</sup>. La realidad es que, a menudo, el parto se trata como una situación de riesgo, con un gran despliegue de medios técnicos y no como un acontecimiento vital fisiológico donde la matrona dispensa los cuidados necesarios a la parturienta y al neonato<sup>7,8</sup>. Existe un incremento de intervención en el proceso de parto producido por el deseo de ofrecer a las mujeres una gestación y un parto más seguros. Este hecho, junto al uso fármacos, la presión asistencial, la praxis médica defensiva y el riesgo de demandas legales, han conseguido transformar las prácticas obstétricas, alterando la percepción del riesgo, favoreciendo la estandarización de los cuidados y la rea-

lización de intervenciones complejas en casos que deberían finalizar como partos normales<sup>10,11</sup>. Esta situación contribuye a aumentar las tasas de prácticas defensivas a niveles muy por encima de lo necesario, sin seguir los protocolos de intervención basados en la evidencia científica propuestos por la OMS<sup>6</sup>.

Ante este escenario, el profesional de la partería puede pasar de ejercer un rol autónomo en la atención a la mujer en proceso de parto, a uno de simple colaboración. Sin embargo, se desconoce cómo el contexto actual afecta la práctica real de las matronas a nivel hospitalario.

Debido a la falta de estudios que documenten cómo esta situación afecta a las matronas que desempeñan su actividad en los hospitales de Barcelona, la Vocalía de Matronas del COIB se propuso investigar sobre las actividades y prácticas que desarrollan a nivel hospitalario.

El objetivo general del estudio es conocer cuáles son las actividades y prácticas realizadas por las matronas, según el nivel de complejidad hospitalario nivel I (hospital comarcal), nivel II (hospital de referencia) y nivel III (de alta tecnología).

Se plantearon otros objetivos como conocer el perfil profesional de las matronas y las responsabilidades que tienen en la atención a la mujer en parto y explorar la definición de su rol en el ámbito hospitalario.

Se partió de la hipótesis que las actividades de las matronas varían en función del nivel tecnológico del centro.

## PERSONAS Y MÉTODOS

### Diseño

Estudio descriptivo transversal.

### Personas y emplazamiento

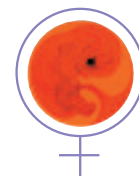
La población del estudio incluyó a todas las profesionales matronas que trabajaban en sala de partos de los 23 hospitales de la red de hospitales públicos de la provincia de Barcelona entre diciembre de 2004 y mayo de 2005. Los criterios de inclusión establecidos fueron: ser matrona y trabajar en un hospital público de la provincia.

### Variables

Las principales variables de estudio fueron:

1. Qué profesional realiza las actividades relacionadas con la atención al parto y el puerperio inmediato: obstetra, matrona, matrona residente, enfermera, auxiliar de enfermería, médico anestesista, pediatra en:

- La acogida a la mujer en el servicio de urgencias: confección de historia clínica, constantes vitales, maniobras de Leopold, valoración de la frecuencia cardíaca fetal (FCF), tacto vaginal, amnioscopia, monitorización, valoración emocional, informar a la familia, trámite de ingreso.
- La dilatación, expulsivo y alumbramiento: diagnóstico de falso parto, diagnóstico de pródromos, diagnóstico de parto, canalización de la vía intravenosa, monitorización cardiotocográfica, valoración de la monitorización cardiotocográfica.



fica, control de constantes, amniotomía, oxitocina, aumentar oxitocina y asistencia al parto eutócico.

- La anestesia peridural: indicación del procedimiento, personal colaborador, inyección del catéter, perfusión continua, retirada del catéter.
- El puerperio inmediato: primeros cuidados al neonato, controles posparto inmediato.
- El puerperio hospitalario: controles y alta a la puérpera.

2. Actividades y prácticas realizadas por las matronas de forma habitual en la dilatación, el expulsivo, el alumbramiento, el puerperio inmediato y el puerperio hospitalario. Se incluyen las siguientes:

- Tacto vaginal, enema rectal, rasurado perianal, colocación de la vía intravenosa, monitorización cardiotocográfica: interna, externa, continua, ventanas.
- Duración del expulsivo en mujeres nulíparas y múltiples según protocolos, episiotomía, alumbramiento dirigido.
- Inicio de la lactancia materna en sala de partos.
- Educación sanitaria y valoración emocional de la mujer y cómo se realiza en el puerperio hospitalario.

El papel de la matrona en la atención a la mujer en el parto:

- Tipo de seguimiento que realiza la matrona a la mujer en proceso de parto: siempre, habitualmente, ocasionalmente, nunca y la presencia o ausencia de matronas en la sala maternoinfantil de cada centro.
- Percepción del rol autónomo o delegado.
- Aspectos que dificultan el desarrollo de sus actividades de forma óptima: presión asistencial, presión de otros profesionales y normativa del centro mediante puntuación del 1 al 3.

Las características sociodemográficas y profesionales: nivel de atención hospitalario estableciendo como criterio tres categorías: nivel I (hospital comarcal), nivel II (hospital de referencia) y nivel III (de alta tecnología), según la clasificación del Servei Català de la Salut<sup>12</sup>; años de experiencia laboral como matrona y como enfermera; años desde finalización de la especialidad; turno de trabajo; otros ámbitos de trabajo.

### Recogida de datos

Como instrumento de recogida de datos, se elaboró un cuestionario realizado por el equipo investigador, que constó de 64 preguntas (62 cerradas y 2 abiertas), dividido en seis secciones, que exploraban: la acogida a la mujer en el servicio de urgencias; el trabajo de parto (dilatación, expulsivo y alumbramiento); el puerperio inmediato, el puerperio, el proceso; el papel de la matrona en la atención a la mujer en el parto y las características sociodemográficas y profesionales.

Se realizó una prueba piloto a 12 matronas para verificar la comprensión y adecuación del cuestionario, cuyas respuestas fueron excluidas del análisis final.

Un miembro del equipo investigador se citó con las responsables de sala de partos de los centros para presen-

tarles el proyecto, así como el procedimiento a seguir para entregar los cuestionarios entre el personal. Además, se facilitaron sobres franqueados para el envío de los cuestionarios, ya que éstos eran autocumplimentados. Se facilitó información por escrito sobre el estudio describiendo el circuito.

De ese modo, la matrona responsable, siguiendo indicaciones verbales y escritas, pasó la encuesta a todas las matronas que trabajaban en sala de partos, las recogió y envió. Se preservó el anonimato de las participantes en todos los casos.

### Análisis de los datos

Se efectuó un análisis descriptivo de cada una de las variables objeto de estudio. Se realizó estadística inferencial mediante ji al cuadrado, de Pearson para explorar la relación entre las variables cualitativas y los tres niveles de atención hospitalaria. Se utilizó el programa estadístico SPSS, versión 12.0.

### RESULTADOS

Se distribuyeron 264 cuestionarios en 23 hospitales; de éstos, fueron cumplimentados correctamente 135 (51,14%) pertenecientes a 18 hospitales (78,3%). De las profesionales que respondieron, 133 indicaron el nivel hospitalario del cual provenían; así, 36 (27,1%) pertenecían al nivel I, 22 (16,5%) al nivel II y 75 (56,4%) al nivel III. Participaron siete de los ocho hospitales comarcales, de los siete de nivel II lo hicieron tres y los ocho hospitales de nivel III.

El 96,2% (126) son mujeres con una media de edad de 44,6 años (DE= 8,45). Por grupos de edad, están distribuidas del siguiente modo: 21 (17,5%) tienen entre 25 y 34 años, 29 (24,2%) tienen entre 35 y 44 años, 56 (46,7%) entre 45 y 54, y 14 (11,7%) entre 55 y 60 años.

La media de experiencia profesional ejerciendo la especialidad de matrona es de 19,9 años (DE= 10,24). Por grupos de años de experiencia se reparten: 22 de ellas (17,7%) cuentan con <5 años de experiencia, 12 (9,7%) tienen entre 6 y 10 años, 35 (28,2%) entre 11 y 20, 43 (34,7%) entre 21 y 30, y 12 (9,7%) cuentan >30 años de experiencia.

Respecto al turno de trabajo, 44 trabajan en turno de día (34,1%), 39 en turno rotatorio (30,2%), 25 en turno de noche (19,4%), seis de tarde (4,7%) y las restantes 15 (11,6%) en otros turnos.

En cuanto a la compaginación de su trabajo con otros ámbitos, 41 (58,6%) trabajaban también en la atención primaria, el 32,9% en otros ámbitos como la atención privada y sólo dos de ellas lo hacían a domicilio (2,9%).

En relación con las actividades que las matronas manifestaron realizar en la atención a la mujer en parto, se observa que, de las diferentes actividades que constituye la llegada a urgencias, existe una distribución desigual según el nivel de hospital (tabla 1). De las actividades que más se responsabilizan estas profesionales destacan: las maniobras de Leopold (82,6%), la medición de la FCF

(83,7%), la monitorización cardiotocográfica (94,1%) y la valoración emocional (86,4%).

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las actividades realizadas por la matrona a la llegada a urgencias y el nivel de hospital donde se atiende a la mujer. Las matronas que desarrollan su actividad en los hospitales de nivel I tienen una autonomía mayor en actividades como la acogida de la mujer y la realización de la historia clínica, que las que tienen las que trabajan en los hospitales de nivel II o III (tabla 1).

En cuanto al tipo de actividad que las matronas realizan en el diagnóstico de parto, se observa que, en los hospitales de nivel III, las matronas ejercen menos esta actividad (28,9%) que en los hospitales de nivel I (86,8%) y de nivel II (85,0%) (tabla 1).

En el periodo de dilatación, las matronas de todos los hospitales realizan la mayoría de las actividades, siendo en todos los casos entre el 82 y el 100% (tabla 1).

La indicación de la administración de la anestesia peridural la efectúa la matrona en el 69,4% (93), observándose que no hay diferencias significativas por niveles de hospitales. Sin embargo, sí existen diferencias

en el rol de ayuda y colaboración con el anestesiista y el resto del equipo en cuanto a la administración, reinyección del catéter y retirada de éste. En los hospitales de nivel I, la matrona es la que ejerce este rol de colaboración en el 52,6% (20), en los hospitales de nivel II participan en el 25% (5) y en el caso de los hospitales de nivel III la participación de colaboración aumenta hasta el 61,8% (47).

Los partos eutócicos son atendidos en un 43,6% (58) por matronas; no obstante, este porcentaje varía según el nivel de hospital; así, son atendidos por éstas en el 81,1% (30) en los hospitales de nivel I, un 40,0% (8) en los de nivel II, un 26,3% (20) en el de nivel III.

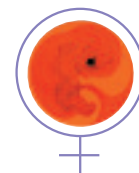
Los controles de las púerperas en sala de partos los realiza la matrona en el 48,5% de los casos (64) y la enfermera en el 46,9% (62).

En los hospitales estudiados, no hay matronas en el 70,5% (95) de las salas maternoinfantiles y varía según el nivel del hospital: en el nivel I es del 71,1% (27), en el nivel II, del 57,1% (12) y en el nivel III, del 74,7% (56). Los controles puerperales en la sala maternoinfantil son realizados en un 86,3% (115) por la enfermera y sólo en un

**Tabla 1. Actividades que realiza la matrona a la llegada de la mujer a urgencias de sala de partos, diagnóstico del parto y dilatación, según el nivel del hospital**

	Global		Nivel I (38)		Nivel II (21)		Nivel III (76)		p
	N	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Llegada a urgencias</b>									
Acogida a la mujer	89	65,9	35	92,1	18	85,7	36	47,4	0,000
Realizar historia clínica	27	20,3	22	59,5	1	5,0	4	5,3	0,000
Responsable historia clínica	47	35,9	28	77,8	7	33,3	12	16,2	0,000
Maniobras de Leopold	109	82,6	36	97,3	20	100	53	70,7	0,000
Valoración de la FCF	113	83,7	38	100	21	100	54	71,1	0,000
Tacto vaginal	90	66,7	34	89,5	21	100	35	46,1	0,000
Amnioscopia	50	38,8	16	43,2	13	65,0	21	29,2	0,015
Monitorización cardiotocográfica	127	94,1	37	94,7	20	95,2	58	77,3	0,014
Valoración emocional	114	86,4	38	100	21	100	55	75,3	0,002
Informar a la familia	82	61,2	31	81,6	14	70,0	37	48,7	0,027
Tramitar el ingreso	65	48,9	31	81,6	17	81,0	17	23,0	0,003
<b>Diagnóstico de parto</b>									
Diagnóstico de falso parto	26	19,3	12	31,6	7	33,3	7	9,2	0,000
Diagnostico de pródromos	51	37,8	20	52,6	15	71,4	16	21,1	0,000
Diagnóstico de parto	72	53,7	33	86,8	17	85,0	22	28,9	0,000
<b>Dilatación</b>									
Control de dilatación	125	92,6	37	97,4	21	100	67	88,2	0,077
Canalizar vía intravenosa	125	95,4	36	100	20	95,2	69	93,2	0,592
Control de monitorización	127	94,1	36	94,7	21	100	70	92,1	0,390
Valorar la monitorización	111	82,8	33	86,8	18	85,7	60	80,0	0,614
Control de constantes	123	91,8	36	94,7	17	85,0	70	92,1	0,434
Amniotomía	130	97,1	38	100	21	100	71	94,7	0,053
Oxitocina	133	99,3	38	100	20	100	75	98,7	0,061
Aumentar oxitocina	134	99,3	38	100	21	100	75	98,7	0,216





8,4% (11) por las matronas en el conjunto de hospitales (tabla 2).

Los resultados sobre las prácticas más habituales en el proceso del parto se describen a continuación:

La valoración del cuello uterino se realiza mediante tacto vaginal 68,9% (91) de forma horaria, y la administración del enema se realiza de forma habitual en el 89,6% (121).

En los hospitales de nivel I y II se practica la monitorización cardiotocográfica externa en un 75,4% (101), y en los de nivel III la interna en un 25,3% (19).

La monitorización cardiotocográfica se efectúa mediante ventanas en el 42,9% (36) de los partos normales, en un 32,1% (27) en casos específicos y nunca en el 25% (21).

Se realiza rasurado perineal en el 74,6% (100) de los casos cuando la mujer precisa episiotomía.

La episiotomía se efectúa de forma habitual en el 34,6% (59) y de forma ocasional en el 45,4% (47).

El alumbramiento dirigido se practica en el 43,5% (57) de forma ocasional y nunca en el 35,9% (47).

El traslado de la mujer a sala de partos se realiza tras la epidural en el 47,7% (63) de los casos, el 9,1% (12) en dilatación completa y el 35,6% (47) una vez alcanzada dilatación en plano III-IV. Se observan criterios diferentes por cada tipo de centro, el 50,0% (19) al administrar la anestesia epidural (nivel I); el 66,7% (14) cuando llega en dilatación completa (nivel II) y el 57,5% (42) al administrar epidural (nivel III).

En cuanto al tiempo máximo de expulsivo previsto para la mujer nulípara en parto, en el 54,0% (64) de los casos es de una hora o bien, en función de cada caso, en el 23,4% (29) de las ocasiones; sin diferencias estadísticamente significativas según nivel del hospital ( $\chi^2= 2,12$ ,  $gl= 6$ ,  $p= 0,908$ ). En el caso de multíparas, el tiempo de espera máximo es de más de una hora en el 43,9% (50) de los casos, sin diferencias entre hospitales ( $\chi^2= 3,03$   $gl= 6$ ,  $p= 0,805$ ).

La lactancia materna se fomenta siempre en la sala de partos en el 29,3% (39) de los casos. Su fomento es

distinto en relación con el nivel de hospital donde la mujer es atendida. Así, en los hospitales de nivel II es una práctica que se realiza siempre en el 57,1% (12) y, habitualmente, en el 33,3% (7), mientras que no es así en los hospitales de nivel I con un fomento de la práctica siempre del 13,9% (5) y, habitualmente, del 27,8% (10). Existen diferencias significativas en esta variable entre hospitales ( $p= 0,006$ ).

La educación sanitaria en sala de púerperas se efectúa siempre en un 30,2% (39) de los casos y, habitualmente, en el 47,2% (60).

La valoración emocional de la mujer en el proceso del parto se realiza siempre en el 58,1% (77) de los casos. Según reflejan las respuestas abiertas llevadas a cabo, se valora mediante la observación, recogida de información durante el proceso de la mujer y su pareja.

Las matronas atienden a la misma mujer durante todo el proceso del parto en el 46,2% (60) de los hospitales, sin diferencias entre hospitales.

Las matronas definen su rol como profesionales que ejercen por igual tareas autónomas como delegadas 63,4% (83), sin variabilidad entre tipos de hospitales.

Respecto a las dificultades de desarrollar el trabajo en el ámbito hospitalario, el 68,2% de las encuestadas valoró con 3 puntos la presión asistencial, siendo este porcentaje más elevado en los hospitales de nivel I (77,4%; 24). Respecto a la presión que otros profesionales ejercen sobre las matronas en el ámbito hospitalario, el 54,0% (54) le da una puntuación de 2. Por último, la normativa del centro se valoró con un 1 en el 51,2% (44).

## DISCUSIÓN

En el presente estudio se ha descrito el conjunto de actividades que las matronas refieren realizar en el ámbito hospitalario, teniendo en consideración los distintos niveles hospitalarios existentes. Aunque se trata de un estudio transversal delimitado a la provincia de Barcelona, los re-

**Tabla 2. Profesionales que realizan actividades en el puerperio en los hospitales**

	Nivel I		Nivel II		Nivel III	
	n	%	N	%	n	%
<b>Presencia de matronas en las salas maternoinfantiles</b>						
Exclusivamente hay matronas	2	5,3	6	28,6	4	5,3
Mixtas (otros profesionales y matronas)	7	18,4	3	14,3	15	20,0
No hay matronas	27	71,1	12	57,1	56	74,7
Otros	2	5,3	0	-	0	-
<b>Profesional que realiza el control puerperal en la sala maternoinfantil</b>						
Matrona	1	2,6	5	23,8	5	6,8
Enfermera	37	97,4	14	66,7	64	86,5
Auxiliar	0	-	1	4,8	4	5,4
Otros	0	-	1	7,8	1	1,4

sultados podrían ser aplicables al conjunto de provincias de Cataluña, al contar con una red de hospitales muy similares<sup>12</sup>. En cualquier caso, esta investigación ha permitido obtener una visión general de las actividades, responsabilidades, funciones aplicativas del rol (propio y de colaboración) y percepción profesional, entre otras características laborales de las matronas.

Además, ha permitido conocer el perfil de las matronas de la provincia de Barcelona. Se observa que el colectivo hospitalario cuenta con una edad media significativamente superior al del colectivo general de enfermería de la provincia<sup>13</sup> y una edad de ejercicio medio de casi 20 años. A nivel profesional, más de la mitad de ellas compagina al menos dos trabajos.

Por lo que refiere al trabajo de la matrona en el hospital, este estudio muestra que, en las actividades que se refieren al trabajo de parto y expulsivo, existe homogeneidad entre los diferentes centros. Parece estar claro cuáles son las actividades de las matronas, sus protocolos de actuación y responsabilidades en el nivel legal<sup>2</sup>.

Sin embargo, destacan diferencias significativas en la dirección y la conducción por la matrona del expulsivo en los partos eutócicos. El número es mayor cuanto menor es el nivel de complejidad del hospital, cuestión que se corresponde con la hipótesis de partida que planteaba diferencias de actividades en función de la complejidad del centro. Esta situación podría deberse a que, en los hospitales de alta tecnología, la matrona comparte competencias con otros profesionales.

El nivel de autonomía profesional de la matrona depende pues directamente de la complejidad del centro donde ejerce. Entendida la actividad autónoma como el instrumento que permite a la matrona cumplir su compromiso con la sociedad<sup>14</sup>, ofreciendo un cuidado actualizado, ético, fundamentado en la mejor evidencia y de alta calidad<sup>15</sup>, las dificultades en el desarrollo de su autonomía pueden afectar la calidad del cuidado dispensado a las mujeres y sus familias<sup>16,17</sup>.

El número de cesáreas y partos instrumentados en Cataluña se encuentra muy por encima de las recomendaciones de la OMS. El índice de cesáreas en 2002 alcanzó el 26,1% y es más elevado que el 10-15% recomendado<sup>6</sup> y del 19% que se marca como objetivo institucional a pesar de las indicaciones para racionalizar su uso<sup>12</sup>.

La educación sanitaria, instrumento básico para la promoción de la salud, no es una práctica que se realiza habitualmente, a pesar de los protocolos vigentes<sup>12</sup>. Esta situación lleva a la realización de actividades educativas puntuales, según el criterio clínico de la matrona.

Los factores sociales, emocionales y psicológicos son decisivos en la comprensión e instrumentación de la atención prenatal apropiada. Las matronas, en su mayoría y en todos los niveles hospitalarios, realizan la valoración emocional de la mujer. La forma de hacerlo es diversa pero, básicamente, coinciden en la metodología: observación, entrevista y valoración del lenguaje no verbal. Sería conveniente llevar a cabo estudios cualitativos en nuestro medio que permitan desarrollar instrumentos

de medida de calidad del proceso de los cuidados proporcionados por las matronas según las indicaciones de la OMS<sup>7</sup>.

El rol profesional de las matronas es definido por más de la mitad de las encuestadas como una profesional que ejerce por igual tareas autónomas como delegadas; asimismo, parece existir una cierta confusión en algunas matronas respecto a las competencias propias respecto a las de otros profesionales, influenciadas básicamente por el entorno donde ejercen y la realidad actual de falta de matronas. Todo ello podría revelar signos de fatiga y *burn-out* entre el personal de las matronas hospitalarias, al igual que ocurre en el colectivo enfermero<sup>18</sup>, cuestiones que, sin embargo, deberían indagarse con mayor profundidad en estudios de investigación específicos para la profesión.

En conclusión, este trabajo muestra la descripción de actividades de las matronas en los hospitales, el contexto del ejercicio en este ámbito y sus dificultades. Principalmente, nos preocupa el nivel de variabilidad entre centros y el abandono de competencias propias del colectivo ante la presión asistencial y las competencias compartidas entre profesionales, afectando la propia percepción del rol y la que la sociedad tiene de la profesión de matrona<sup>14</sup>. Cabe decir que, para la Vocalía de Matronas del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, este análisis deviene no sólo una fuente de conocimientos sobre la situación laboral, sino también el punto de inflexión en el diseño de un plan de mejora para el colectivo de matronas de nuestra provincia.

Como limitaciones del estudio, cabe señalar un escaso nivel de participación de las de nivel II. Este hecho podría haber sido consecuencia de un déficit de seguimiento en estos centros de nivel II en el circuito programado al no haber realizado visitas de presentación en cuatro de los centros. Asimismo, en este trabajo no han participado matronas residentes, pues se ha considerado que estas profesionales aún no ejercen su rol de forma completamente autónoma.

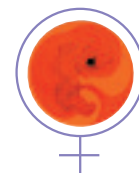
### Agradecimientos

A todas las matronas participantes, por su contribución en este estudio. A las responsables de cada hospital, por contribuir a la difusión de nuestra investigación. A todo el equipo de administración del COIB, en especial a Laura Rausell y Cova Picallo, por hacer de nuestra pregunta una realidad factible. A Sandra Cabrera y Enrique Limón, por sus aportaciones críticas y soporte conceptual. A Anna Schiaffino, por su vital apoyo en el análisis estadístico.

Este proyecto ha sido totalmente financiado por el COIB.

### Bibliografía:

1. Internacional Confederation of Midwives. Definición de Matrona 2005. [Consultado el 20/02/06] Disponible en: <http://www.internationalmidwives.org/pdf/ICM%20Definition%20of%20the%20Midwife%202005-SPA.pdf>
2. Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones



profesionales incorporada a la legislación española por Real Decreto. Diario Oficial n.º L 255 de 30/09/2005: 0022 – 0142.

3. Generalitat de Catalunya. Informe de Comitè d'Experts. La comadrona a Catalunya. Sèrie Informes i Dictàmens d'Assistència Sanitària 8. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1983.
4. Costa Sampere D. La cartera de servicios del PAM en Catalunya. *Matronas Prof.* 2000; 42-45.
5. Generalitat de Catalunya. Llibre Blanc de les Professions Sanitàries a Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2003.
6. WHO (World Health Organization). Care in normal birth. A practical guide. Ginebra: WHO, 1996.
7. Fulleton J, Thompson J, et al. Examining the evidence for the International Conference of Midwives essential competence for midwives practices. *Midwifery.* 2005; 21: 2-13.
8. Mead M, Kornbrot D. The influence of maternity units, intrapartum intervention rates and midwives risk perception for women suitable for midwifery-led care. *Midwifery.* 2004; 20: 61-71.
9. Alberola C, Gómez M A, Rodríguez M S. Cuidados a la mujer durante el trabajo de parto: ¿práctica habitual o práctica basada en la evidencia? *Matronas Prof.* 2005; 6 (3): 23-29.
10. Sarría-Santamera A, López-Madurga ET. Diferencias en la probabilidad de una cesárea asociadas con la dependencia del hospital, el volumen de casos y el riesgo obstétrico Aten Primaria. 2003; 32: 389.
11. Foradada CM. Reflexiones sobre la cesárea. *Matronas Prof.* 2006; 7(1): 5-13.

12. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2003.

13. Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. *Infermeres avui: com som i com voldríem ser. Conclusions de l'estudi sociològic 2004.* Barcelona: Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona; 2005.
14. Fernández Becerra M P, López García J. La matrona hospitalaria frente a la sociedad actual. VII reunión sobre Investigación Cualitativa en Salud. *Evidentia* 2005 sept-dic; 2(6). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n6/157articulo.php> (Consultado el 19/05/06).
15. International Confederation of Midwives [sede Web]. *Matrona: una profesión autónoma 2005* [Consultado el 02/06/06] Disponible en: <http://www.internationalmidwives.org/pdf/Midwifery%20-%20an%20autonomous%20profession%20SPA.pdf>
16. Pineda R, Sánchez Martínez G, García Ruiz-Castillo A, Sánchez Perruca MI. ¿Están satisfechas las mujeres en con la atención proporcionada por la matrona durante el parto? *Rev Enferm.* 2001 abr; 24(4): 290-299.
17. Cabrera Sanz, T. Acompañamiento en el parto. *Matronas Prof.* 2001 nov; (2): 9-11.
18. López-Soriano F, Bernal L. Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Rev Calidad Asistencial.* 2002; 17: 201-205.

#### Correspondencia

Silvia Corchs Cutura  
scorchs@coib.org

### Boletín de suscripción

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Año Especialidad \_\_\_\_\_ Centro de Trabajo \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Deseo suscribirme a **MATRONAS PROFESIÓN** y recibir gratuitamente los 4 números al año que se editen de esta publicación.

Para recibir la revista en su domicilio es imprescindible adjuntar fotocopia del título de matrona.

Remitir este boletín de suscripción a Ediciones Mayo, S.A. C/ Aribau 185-187, 2.ª planta, 08021 Barcelona, o enviar al fax: 93 202 06 43.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

EDICIONES MAYO, S.A., provista del CIF A-08735045, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), le informa que sus datos personales serán incorporados en un fichero de titularidad de esta entidad. Con el envío del formulario completado con sus datos, usted autoriza a EDICIONES MAYO, S.A. para que lleve a cabo el tratamiento de los datos para la gestión y secretaría de la suscripción.

Mediante su consentimiento previo, EDICIONES MAYO, S.A. podrá utilizar los datos para mantenerle informado acerca de las novedades de su interés en el campo de la salud y actividad profesional. Le rogamos que nos lo indique de forma expresa marcando con una cruz las siguientes casillas:

- Autorizo a EDICIONES MAYO, S.A. para que me envíe información en el campo de la salud.
- Autorizo a EDICIONES MAYO, S.A. para que a través de mi dirección de correo electrónico me envíe información en el campo de la salud.

EDICIONES MAYO, S.A. tratará los datos facilitados por usted de forma totalmente confidencial y según todas las medidas de seguridad establecidas por la Ley. Igualmente, los datos no serán cedidos a terceros ni utilizados para otros usos que no sean los estrictamente aquí descritos.

EDICIONES MAYO, S.A. le informa que usted puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y/o oposición respecto de los datos facilitados, dirigiéndose por escrito a Ediciones Mayo, S.A., C/ Aribau, 185-187, 2ª planta, 08021, Barcelona.

profesión

matronas

