

## **“CUANTIFICAR LOS TIEMPOS REALES PARA UN CUIDADO DE CALIDAD”.**

**Mercedes Arocha.**

Matrona HUMIGC

Desde los inicios de la profesión de enfermería, no se han tenido suficientemente en cuenta una serie de actividades y tareas importantes en nuestra práctica diaria que, repercuten directamente sobre los pacientes, y en el caso concreto de las matronas, sobre la gestante y la mujer de parto. La tendencia a valorar como más importante todo aquello que se puede cuantificar de forma objetiva y de lo que se obtiene un resultado, ha relegado a un segundo lugar, minimizar e incluso a ignorar la actividad como proceso.

### **Lo que no se puede contar o medir, no existe.**

Tratar de cuantificar todas las actividades que una matrona lleva a cabo con una mujer de parto, es una tarea necesaria que contribuirá a clarificar y valorar los indicadores de proceso y no sólo los del resultado. Todos sabemos y somos conscientes de las dificultades que existen actualmente a la hora de llevar cabo una investigación cualitativa. En los últimos años se vienen elaborando numerosos trabajos donde se analizan datos cualitativos, pese a la reticencia de muchos expertos en programas de salud. Es probable, por no decir seguro, que la labor más importante nunca se va poder cuantificar ni reflejar siquiera en documento escrito alguno.

El principal objetivo de esta ponencia estaría encaminado a objetivizar dichas tareas y actividades, con el fin de cuantificar el tiempo dedicado a cada una de ellas para proporcionar un cuidado de calidad en el área de paritorio del Hospital Universitario Materno-Infantil de G. C. (HUMIGC).

El déficit crónico de matronas, es un problema estructural que como sabemos, se viene arrastrando desde la paralización institucional que tuvo nuestra especialidad en los años 80. Si sumamos a ello, distancia e insularidad, el problema crece de forma exponencial, de hecho a comienzos de este siglo, las matronas del paritorio inician un estudio de cargas de trabajo donde se objetivó y se demostró la carencia de matronas.

La población total de la isla de Gran Canaria según el último censo del 2006 es de unos 807.000 habitantes, de los cuales, el 51.8% corresponde a población femenina. Los últimos datos de tasa de natalidad y fecundidad son muy semejantes a la media nacional. La tasa de natalidad en España es de 10.06 y en Gran Canaria de 10.14.

El Índice sintético de fecundidad de la isla, es de 1.18 comparada con la total española de 1.30.

El HUMIGC es la única maternidad pública de la isla de Gran Canaria y está ubicada en la capital. Es un hospital de tercer nivel, universitario y monográfico, referente para toda la provincia de Las Palmas, pues muchos embarazos de alto riesgo con ingreso hospitalario, procedentes de las islas de Lanzarote y Fuerteventura son controlados allí.

Inaugurado en Octubre de 1982, actualmente se encuentra en plena reforma y ampliación.

Los tiempos que tenemos cuantificados corresponden al año 2001. Debemos tener en cuenta que, si bien la media de partos ha disminuido en casi dos partos diarios, el número de gestosis se ha visto incrementando por el diagnóstico precoz de las mismas. Las inducciones por gestosis en el año 2001, fueron de 2 a 8 diarias.

Nº de partos (2001: 7882 - 21,3 partos diarios y 2006: 7263 - 19.9 diarios)

Espontáneos. 2001: 69.85%, 2006: 63.75%

Inducidos: 2001: 30.15% y 2006: 36. 25%. El incremento se debe principalmente a las inducciones por bolsa rota. Supera tres veces las recomendaciones de la OMS.

## **11.- Discusión.**

Las matronas del HUMIC llevamos a cabo una labor asistencial continuada. Los turnos de 12 horas, que realizamos desde hace 18 años, han contribuido a mejorar la calidad, pues garantiza que la relación de la parturienta sea menos cambiante, reduciéndose el contacto con menos profesionales y facilita dispensarle un trato más personalizado. En términos laborales y ergonómicos ha supuesto otra ventaja, pues al ser un turno consensuado por todo el personal de enfermería, se consiguen mejores resultados tanto en el absentismo como en la dinámica de las actividades cotidianas.

Las nuevas tecnologías, como la tele-vigilancia han contribuido a mejorar en algunos aspectos las condiciones de trabajo, pero no debemos llamarnos a engaño, la posibilidad de controlar gráficas desde otro ámbito en momentos puntuales, no es la mejor manera de llevar a cabo una adecuada actividad asistencial, una máquina nunca va a sustituir a un elemento humano. Consideramos que la mejor situación para la parturienta es tener a la matrona el mayor tiempo posible a su lado, o al menos, el que ella le requiera para encontrarse más segura.

Recuperar ámbitos de actuación debe ser una prioridad para el futuro. Debido a el déficit estructural de matronas antes argumentado, se ha visto cada vez más limitada nuestra actividad en muchos campos de la especialidad.

En el área hospitalaria, la atención inmediata del recién nacido, la lactancia materna el control postparto, es en la actualidad, llevado a cabo por enfermería no especializada. La nueva unidad docente e incorporación de las EIR ha supuesto simultanear la labor asistencial y docente sin considerar por parte de la administración esta actividad exclusiva que estamos proporcionando de forma voluntaria, no retribuida y que nos ocupa gran parte del tiempo diario en el paritorio.

El incremento en el número de inducciones, como ha quedado reflejado, ha incrementado también la estancia media de la gestante en el paritorio. Esto ha redundado en tres hechos fundamentales:

-A más tiempo más actividad asistencial.

-Bloqueo del paritorio pues al ser la sala de inducción y parto el mismo habitáculo, en ocasiones y no precisamente aisladas, hay gestantes pendientes de inducción esperando horas en incluso días para ser atendidas en el

paritorio. En otras ocasiones las mujeres en trabajo de parto tienen que ser asistidas en una sala común, situación poco deseable para todas.

-Incremento de corioamnionitis, por lo que los tratamientos con antibióticos también han aumentado.

El apoyo a la lactancia materna se ha visto menoscabado tanto por una infraestructura deficiente, como por la falta de tiempo por parte de la matrona para dedicarse de forma individualizada a esta tarea. Se han llevado a cabo diferentes estudios sobre lactancia materna. No hemos conseguido aumentar de forma significativa el número de madres que lactan, que permanece estancado; tras el parto la promoción y ayuda a la lactancia, no se lleva a cabo de forma continuada ni por personal especializado, todo ello, independientemente del grado de información y la motivación de la gestante sobre las ventajas de la leche materna que, no suelen ser muy conocidas.

La incorporación activa de la pareja en el proceso del parto, ha supuesto una mayor complejidad en las tareas asistenciales pues el género masculino, salvo excepciones, no se ha preparado para este nuevo evento en su vida y le cuesta asumir ese nuevo rol, que no deja de ser una situación novedosa en la historia de la maternidad. A diario tenemos que dar respuesta a una serie de preguntas, apenas atraviesan el umbral del paritorio: ¿le queda mucho?, ¿por qué le duele? ¿no puede hacer nada para el dolor? ¿Por qué la está haciendo sufrir? Es muy difícil intentar cambiar la mentalidad hedonista del no dolor en el poco tiempo en que la señora espera la epidural o se produce el parto.

Otra situación que sin ser nueva, tenemos que afrontar a diario, es la barrera lingüística, pues la creciente inmigración de gestantes de países no hispanoparlantes: Rumania, Ucrania, China, Corea, Sahara, Marruecos... , añade estrés a su situación como parturienta y a los profesionales que la tratan. Muchas veces tenemos que adivinar que es lo que le está pasando a la parturienta. No existen consentimientos informados en su idioma y ella tiene que aceptar todo lo que se le hace, esté o no de acuerdo, o no aceptarlo con lo cual pone al profesional en una situación comprometida.

Existe un vacío legal, como en tantas ocasiones, entre el derecho escrito y la práctica diaria, dado que según el derecho de los pacientes, éstos deben ser informados con un lenguaje claro y que entienda.

Una situación novedosa que sigue sin resolverse, es la recogida de células madre, proceso que está en pleno auge. Determinadas empresas privadas implican a familiares y profesionales de la sanidad pública en este caso, las matronas, sin tener un adiestramiento previo para ello. Además se sienten moralmente obligadas a realizar un trabajo privado dentro de una empresa pública, como es en este caso el SCS, mientras que la empresa que ha hecho el contrato con su cliente, se mantiene al margen.

Finalmente todo lo expuesto anteriormente en esta discusión queda expresado en *papel mojado* pues no contamos con un soporte informático adecuado que nos permita contemplar y analizar todas estas variables cualitativas que son por otro lado, las más importantes dentro de las actividades realizadas por las matronas. Los datos recogidos en la actualidad, además de ser incompletos no reflejan en modo alguno la actividades cotidianas pues los principios fundamentales de la investigación cualitativa están orientados a reconocer múltiples realidades, a comprender la complejidad y significado de la experiencia humana, y por último a considerarse al investigador como parte del proceso.

## **12.-Conclusión: Retos para el futuro.**

Nivel asistencial- Recuperar ámbitos de actuación tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria.

En Atención Primaria: participar activamente en todos los programas de la mujer desde la adolescencia hasta el climaterio.

En Atención Hospitalaria recuperar la atención inmediata del recién nacido, las unidades de púerperas y control de gestantes, unidades de ginecología...

Nivel investigador- Fomentar la formación continuada y la tarea investigadora. Estimular la investigación facilitándonos tiempos y herramientas para ello.

Nivel docente- Combinar teoría y práctica en las unidades docentes y reconocimiento de forma institucional a esta actividad.

Nos gustaría presentar para próximos congresos estudios basados en investigación cualitativa aunque somos conscientes del reto que ello supone.

Nuestro objetivo a medio-largo plazo será el definir nuestras funciones como personal de enfermería especializado en obstetricia hasta llegar a equipararnos a las directivas de la Comunidad Europea con la finalidad de llegar a conseguir nuestra autonomía e independencia como profesionales, que hoy por hoy no tenemos.

**Mercedes Arocha.**

Matrona HUMIGC

[calimeroprimer@terra.es](mailto:calimeroprimer@terra.es)