

Morir antes de nacer. Experiencias de madres y padres en situación de muerte intraútero y de los profesionales en la atención al proceso de parto

Paloma Martínez Serrano

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Facultad de Medicina. Pabellón II. Planta Sótano. Av. Complutense s/n.
Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.
kolmek.paloma@gmail.com

Tutora

Consuelo Álvarez Plaza

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Facultad de Medicina. Pabellón II. Planta Sótano. Av. Complutense s/n.
Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.
calvarezpl@yahoo.es

Resumen: la pérdida de un hijo durante el embarazo ha pasado de ser considerada un hecho fugaz, personal, a reconocerse como uno de los eventos vitales más estresantes que un adulto puede experimentar en sociedades actuales occidentales. Se considera que los padres pueden estar en riesgo de desarrollar un trastorno por estrés postraumático y suponen un grupo de alto riesgo de duelo complicado. Los profesionales que atienden a estas parejas también encuentran dificultades para manejar adecuadamente esta situación. Este estudio pretende describir la experiencia de la madre y el padre en la atención recibida durante el proceso de parto en muerte intrauterina, así como la experiencia de los profesionales en dicho proceso. Se trata de un trabajo de investigación con abordaje cualitativo. Se llevarán a cabo entrevistas abiertas a los padres y grupos de discusión con los profesionales. La información obtenida nos permitirá crear una guía de actuación para profesionales.

Palabras clave: Muerte fetal. Duelo. Matronas. Parto.

Abstract: the loss of a child during pregnancy has gone from being considered a fleeting and personal fact, to be recognized as one of the most stressful life events that an adult can experience. It believes that parents may be at risk of developing post-traumatic stress disorder and became a high risk group for a complicated grief. The professionals who attend these couples also find it difficult to handle this situation properly. The aims of this study are to describe the experience of the mother and father in the care provided during a stillbirth as well as the experience of professionals in this process. This is a research with a qualitative approach. Open interviews will be

conducted to parents and discussion groups with professionals. The information obtained will allow us to create a guideline for professionals.

Keywords: Fetal death. Bereavement. Midwife. Childbirth.

INTRODUCCIÓN

En los países desarrollados como España, los avances en medicina y salud pública, así como los cambios sociales y económicos han contribuido a la disminución de la mortalidad perinatal e infantil de forma importante⁽¹⁾. La disminución de la mortalidad, junto a la extensión de las técnicas de planificación familiar, ha facilitado a las parejas la posibilidad de elegir el número de hijos y el momento de tenerlos. Nos situamos, por tanto, en una sociedad con bajas tasas tanto de natalidad como de mortalidad perinatal e infantil. La maternidad y paternidad pueden ser planificadas, lo que hace del embarazo y el futuro hijo algo único en una sociedad donde las pérdidas, infrecuentes, no se comprenden ni se aceptan en un contexto de alto desarrollo económico y social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la muerte fetal, intraútero o antenatal como “aquella que acontece antes de la expulsión o extracción completa de su madre de un producto de la concepción, con independencia de la duración del embarazo”. La clasificación de las muertes fetales no es uniforme en la literatura, variando entre investigadores, países y organizaciones. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) ha aceptado como muerte fetal tardía “aquella que incluye las muertes fetales a partir de los 1.000 gramos de peso y/o mayores de 28 semanas completas de gestación”⁽²⁾. La muerte perinatal incluye la muerte fetal tardía y la del neonato hasta los 7 días de vida.

Según los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística, en el año 2007 se registraron 1.511 muertes fetales tardías, de las cuales 195 tuvieron lugar en la Comunidad de Madrid⁽³⁾.

En cuanto a la etiología de la muerte fetal, se estima que un 25-40% son de origen fetal, un 25-35% placentarias, un 5-10% maternas y un 25-35% son de etiología desconocida⁽²⁾. En muchas ocasiones, es difícil establecer esta etiología, ya que más de un factor puede contribuir a la causa de la muerte fetal⁽⁴⁾.

La pérdida de un hijo durante el embarazo ha pasado de ser considerada como un hecho fugaz y personal⁽⁵⁻⁷⁾ a reconocerse como uno de los eventos vitales más estresantes que un adulto puede experimentar en sociedades occidentales y en la época actual⁽⁸⁻¹⁰⁾. Se considera que los padres pueden estar en riesgo de desarrollar un trastorno por estrés postraumático y suponen un grupo de alto riesgo de duelo complicado⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Podemos definir el duelo como la respuesta emocional a una pérdida^(1,13). Se trata de un proceso no racional ni intelectual. El modelo de duelo descrito por Bowlby y Parkes y modificado por Davidson se considera como el más adecuado para la muerte antenatal: (1) choque y obnubilación, (2) búsqueda de deseos, (3) desorientación y desorganización y (4) reorganización⁽⁹⁾.

Se trata de un duelo complejo, diferente al producido por otras pérdidas. Es un duelo que se vive como la pérdida de un sueño, de un proyecto de futuro, se vive con la sensación de fracaso biológico, de maternidad y paternidad frustradas, e incluso con pérdida de la estima personal⁽¹¹⁾. Se trata de un duelo que se vive en soledad. Se silencia incluso en el entorno familiar y de relaciones interpersonales, aún cuando para la mayoría de las mujeres la pérdida está en su memoria todos los días de su vida⁽¹³⁾. En muchas ocasiones la pareja es animada a conseguir otro embarazo lo más pronto posible para olvidar la pérdida, como si pudiera ser relegada a un hecho puramente anecdótico^(9,14) y en contra de la evidencia actual que nos indica, que antes que se produzca un nuevo embarazo, es preferible que el proceso de duelo se haya resuelto^(6,15). La pérdida antenatal puede incluso desvelar un suceso similar en otros miembros de la familia que eran desconocidos previamente por la pareja⁽¹³⁾.

La incompreensión del duelo también es social. Sólo aquellos recién nacidos con más de 24 horas de vida pueden ser inscritos en el Registro Civil, por tanto carecen de entidad jurídica, lo que según la literatura científica, supone un factor más en la complejidad de este tipo de duelo. Es un factor relevante para su buena resolución el que los padres sientan la pérdida como real y el duelo como verdadero^(6,11).

Se dan otros elementos comunes en las parejas que han sufrido una pérdida antenatal y que afectan a sus posteriores relaciones familiares. El enfrentarse a una gestación posterior tras una pérdida es difícil. La alegría inicial al conocer el nuevo estado de gestación es sustituida por las dudas, miedos e inseguridades provocando estrés y ansiedad en la pareja^(13,15-16). La necesidad de cuidados adecuados en las gestaciones posteriores se ha tratado ampliamente en la literatura, dejando de manifiesto la importancia de un plan de intervención y tratamiento para estas parejas^(11,13-14). Asimismo, se ha documentado el estrés cuando se tiene un hijo sano tras una muerte antenatal⁽¹⁷⁾ e incluso cómo se ve afectada la relación con otros hijos y entre la pareja^(1,6,14).

Las manifestaciones del duelo en la muerte perinatal ha sido objeto de amplia investigación desde los años 70. También se han identificado estrategias de cuidados para facilitar el proceso de duelo, con la recomendación de ampliar y fomentar la formación de los profesionales implicados en el proceso⁽²¹⁻²²⁾.

La mayor parte de los estudios se han centrado en el impacto de la pérdida perinatal en la mujer, ignorando incluso las reacciones y consecuencias que ésta tiene en el hombre⁽¹⁸⁾. En las últimas décadas, sin embargo, se ha contemplado la figura paterna poniendo de manifiesto un proceso similar al materno, y donde el papel

ejercido de protección de la pareja impide, en muchas ocasiones, expresar y manejar los propios sentimientos⁽⁷⁾. Por tanto, es fundamental considerar en todo el proceso no sólo a la mujer, sino también a la pareja.

En 1999 Gardner⁽¹⁹⁾ publicó el resultado de un largo trabajo de investigación donde reflejaba la perspectiva de los profesionales en la atención en la muerte perinatal. Hasta el momento la mayoría de las investigaciones se habían centrado en los padres y en los cuidados o intervenciones que podían ayudarlos, pero no se habían contemplado las necesidades y sentimientos de los profesionales en mayor contacto con ellos: matronas en el caso de muerte fetal. Estudios posteriores coinciden en la dificultad que en muchas ocasiones encuentran los profesionales, al no sentirse cómodos o no saber manejar adecuadamente la situación cuando se trata de la muerte perinatal^(10,20). Las principales necesidades expresadas son la falta de experiencia, insuficientes herramientas y habilidades de comunicación, y sentimientos de falta de capacidad para manejar la situación^(10,19). Como factores facilitadores para manejar los propios sentimientos destaca la oportunidad de compartir la experiencia con otros profesionales y el apoyo de otros miembros del equipo con más experiencia en este tipo de procesos. También es fundamental una formación continuada al respecto y la existencia de protocolos y guías de actuación^(10,19-21).

La asistencia a una pareja en el trabajo de parto en situación de muerte antenatal supone un proceso de gran estrés para todas las personas implicadas^(11,12,19). La atención a este proceso ha cambiado a medida que se ha profundizado más en sus implicaciones. La creencia de que la mejor actuación era sedar a la madre en el expulsivo para retirar al recién nacido inmediatamente, evitando toda conducta de apego y eliminando cualquier recuerdo del mismo, ha dejado paso a otro tipo de atención, donde la participación de la pareja en la toma de decisiones es fundamental para lograr una adecuada resolución del duelo^(5,7,11).

En España está extendida la idea de finalizar la gestación de forma inmediata ante el diagnóstico de muerte anteparto, a pesar de que las complicaciones, potencialmente graves como corioamnionitis o coagulopatías, no suelen aparecer hasta transcurridas 2-3 semanas de la muerte fetal. Sin embargo la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia recomienda esta intervención ante el aumento de ansiedad materna transcurridas más de 24 h del diagnóstico⁽²⁾.

De lo anteriormente descrito se desprende que, en el momento de recibir y asistir a una pareja en el proceso de parto, ésta se encuentra en la fase de choque y obnubilación según el modelo de Davidson. Nos encontramos por tanto al principio de la fase de duelo. El contacto con los profesionales que prestan cuidados en este momento es fundamental para facilitar el inicio del proceso⁽²²⁾.

La experiencia de parto debe ser lo menos traumática posible, y es deber de los profesionales el favorecer una experiencia de nacimiento que forme parte del proceso de duelo. Los aspectos que se consideran más beneficiosos para los padres se han

recogido en numerosas investigaciones. El primer lugar, resalta la importancia de recibir información de forma estructurada, paso a paso, para su mejor comprensión⁽²²⁾.

La empatía, respeto y comprensión hacia la pareja por parte de los profesionales que prestan cuidados en el proceso de atención al parto, así como una comunicación adecuada, es fundamental^(14,20,22). Una actitud distante y fría, no atendiendo a las necesidades de soporte es uno de los aspectos que más afecta de forma negativa a las parejas, y que posteriormente más se recuerda como aspecto no facilitador en la elaboración del proceso de duelo^(10,22). El papel de la matrona en la atención al proceso de parto es por tanto fundamental. Diferentes estudios resaltan los cuidados prestados por matronas como los más facilitadores en el proceso, frente a los prestados por los facultativos^(10,19).

Otro aspecto importante es la participación de la pareja en la toma de decisiones y el respeto al nacimiento por parte de los profesionales: recibir al recién nacido con el mismo cuidado y respeto que a cualquier otro, favoreciendo la creación del vínculo entre padres y recién nacido^(10,19). Se debe dar por tanto la oportunidad a los padres de ver, tocar y sostener al recién nacido el tiempo que ellos estimen oportuno⁽⁵⁾. Si así lo desean, se debe hacer partícipes también en este momento a otros familiares cercanos. El hecho de ver y tocar al recién nacido, de darle un nombre, hace que éste sea "real", facilita la aceptación por los padres y familiares, y por tanto la posterior conversación acerca del hijo⁽²²⁾, lo que contribuye a la elaboración de un adecuado proceso de duelo⁽²³⁾.

Asimismo, la creación y conservación de recuerdos como fotografías, toma de huellas o recogida de cabello también se han descrito como elementos positivos y facilitadores del proceso de duelo. Estas acciones deben ser aceptadas y elegidas libremente por la pareja para llevarse a cabo. Si bien es cierto que la negativa a ver o sostener al hijo puede vivirse como sentimiento de pérdida años después y contribuir a aumentar el estrés, la pareja no debe sentirse presionada para su realización⁽²⁴⁾, puesto que esto puede suponer una experiencia traumática⁽²³⁾. En el caso de la conservación de recuerdos es posible guardarlos y facilitarlos a la pareja si tiempo después lo solicitasen^(10,14,20).

Durante el período de puerperio hospitalario permanecer en las plantas de obstetricia, y convivir con otras parejas y sus recién nacidos, es un factor que afecta negativamente en la resolución del duelo⁽⁵⁾. Es importante, por tanto, que las instituciones sanitarias contemplen la posibilidad de facilitar otra ubicación para estas parejas.

Esclarecer la causa de la muerte fetal puede ser un factor facilitador del proceso de duelo⁽⁵⁾, sin embargo, no siempre es posible. La relación coste-efectividad hacen del estudio anatomopatológico de la placenta junto a la autopsia fetal, la prueba más aceptada⁽²⁾. Por tanto debe ofrecerse siempre a la pareja y requiere del consentimiento de los padres^(2,11).

Conocer las necesidades culturales y religiosas de las parejas que influyen en las manifestaciones del duelo, y las intervenciones que pueden contribuir a una mejor resolución del mismo ya fue contemplado por Gardner en 1999. En nuestro contexto cada vez es mayor la diversidad cultural y por tanto es de gran interés adquirir un conocimiento mayor para poder así adecuar los cuidados^(11,19,21).

Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como diversas sociedades científicas orientan sus recomendaciones acerca de la atención al parto hacia una menor intervención, permitiendo el desenlace del proceso de forma fisiológica, dando mayor importancia a los aspectos psicosociales y a la continuidad de los cuidados, y reservando mayores medidas de control e intervención para aquellos procesos que impliquen un mayor riesgo para la madre y el feto⁽²⁵⁻²⁷⁾. Estos aspectos se recogen en la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud de noviembre de 2007. Este documento impulsa la participación de las mujeres en su proceso de parto y promueve la investigación en torno al parto normal y el impacto de las prácticas sobre la salud física y psicoafectiva de las madres, los bebés y los padres⁽²⁸⁾.

Dentro de esta corriente de movimiento hacia una atención denominada más “humanizada”, destacan la contribución de las sociedades científicas que representan a las matronas, que luchan así mismo por adquirir un papel más autónomo dentro de sus competencias. El programa formativo de la Matrona en España se recoge en la Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo⁽²⁹⁾, dicho programa define un perfil competencial de la profesión de matrona en el que quedan reflejados, tanto los aspectos de atención al binomio madre-hijo durante el embarazo, parto y puerperio normal, como en estos mismos procesos cuando son disfuncionales participando y colaborando con el equipo asistencial.

La mayor parte de los estudios realizados en nuestro país por matronas, en el ámbito hospitalario, se centran en los aspectos relacionados con la atención al parto normal. Esto puede ser debido a que este proceso supone el campo de actuación por excelencia de la matrona en el hospital y donde puede desarrollar un rol más autónomo. Sin embargo, la matrona es un profesional esencial en la atención de los procesos de riesgo o disfuncionales, entre los que podemos incluir la atención al parto en la muerte intraútero. Las matronas combinan una alta cualificación científico-técnica con cualidades inherentes a la profesión enfermera, como la capacidad empática, de comunicación y exploración de otras facetas que se sitúan más cerca de los aspectos psicosociales de las personas a las que atienden.

De lo anteriormente dicho se desprende el papel clave que desempeña la matrona en la creación de un entorno donde la elaboración del duelo pueda llevarse a cabo de la forma más saludable, abierta y realista posible⁽⁶⁾, tomando como punto de partida la atención en el proceso de parto tras el diagnóstico de muerte intraútero.

JUSTIFICACIÓN

En nuestro medio se encuentran pocas referencias respecto a la atención en el proceso de parto en la muerte intraútero. La mayor parte de las aportaciones científicas al respecto provienen de otros países y se desarrollan en contextos diferentes al nuestro. Por otro lado, el abordaje, en la mayoría de los casos, comprende el proceso de duelo y/o atención en la muerte perinatal y no únicamente en la muerte anteparto, que es el problema a estudiar en esta investigación: situación de muerte intraútero y atención al proceso de parto.

El problema reviste una relevancia social importante, tanto para las parejas que lo viven, como para los profesionales implicados, que no cuentan con planes de actuación específicos. Además, el abordaje cualitativo ofrece una visión novedosa e interesante de una realidad de nuestro sistema sanitario cuyo conocimiento repercute en los padres que lo sufren, en su entorno social y en el equipo sanitario del que dependen en este proceso.

Los resultados de este estudio pueden aportar un mayor conocimiento sobre el problema y será de gran utilidad para detectar las necesidades de madres, padres y profesionales que se enfrentan a un proceso complejo y difícil como es la muerte intraútero.

Los profesionales implicados en la atención al proceso de parto en la muerte intraútero podrán contar con nuevas herramientas para planificar y mejorar la asistencia en estos casos, ya que esta investigación nos servirá de base para crear una guía de actuación para profesionales en el proceso de parto en la muerte intraútero.

BIBLIOGRAFÍA

1. Badenhorst W, Hughes P. Psychological aspects of perinatal loss. *Baillière's Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2007;21(2):249-59.
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) [sede web]. Muerte fetal anteparto. Prosego Junio 2008 [acceso el 26/01/2010]. Disponible en: www.prosego.com.
3. Instituto Nacional de Estadística [sede web] [acceso el 26/02/2010]. Disponible en: www.ine.es.
4. Silver RM, Varner MW, Reddy U, Goldenberg R, Pinar H, Conway D, et al. Work-up of stillbirth: a review of the evidence. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196(5):433-44.

5. Gold KL, Dalton VK, Schwenk TL. Hospital care for parents after perinatal death. ACOG. 2007;109(5):1156-66.
6. Powell A. Understanding grief. Grief and the concept of loss in midwifery practice. Part 2. Grief in obstetrics and midwifery. Prof Care Mother Child. 1997;7(3):76-8.
7. Samuelsson M, Radestad I, Segesten Kerstin. A waste of life: Fathers's experience of losing a child before birth. Birth. 2001;28(2):124-30.
8. Fienady V, Wilson T. Apoyo a madres, padres y familias después de la muerte perinatal (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 1 Art no. CD000452. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
9. Alvarado R. Muerte perinatal y el proceso de duelo. Acta Pediatr Mex. 2003;24(5):304-11.
10. Gold KJ. Navegating care alter a baby dies: a systematic review of parent experiences with heallth providers. J Perinatol. 2007;27:230-37.
11. Canadian Paediatric Society Statement. Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss. Paediatr Child Health. 2001;6(7):469-77.
12. Gold KJ, Kuznia AL, Hayward RA. How Pphysicians cope with stillbirth or neonatal death. Obstetrics & Gynecology. 2008;112(1):29-34.
13. Caelli K, Downie J, Letendre A. Parents' experiences of midwife-managed care following the loss of a baby in a previous pregnancy. J Adv Nurs. 2002;39(2):127-36.
14. Read S, Stewart C, Cartwright, Meigh S. Psychological support for perinatal trauma and loss. Br J Midwifery. 2003;11(8):184-8.
15. DeBackere KJ, Hill PK, Kavanaugh KL. The parental experience of pregnancy after perinatal loss. JOGNN. 2008;37:525-37.
16. Rozas MR, Francés L. Maternidad tras una muerte perinatal. Matronas Prof. 2001;2(3):29-34.
17. Armstrong DS. Perinatal loss and parental distress alter the birth of a healthy infant. Adv Neonatal Care. Aug 2007;7(4):200-6.

18. O'Leary J, Thorwick C. Fathers' perspectives during pregnancy, postperinatal loss. JOGNN. 2006;35(1):78-86.
19. Gardner JM. Perinatal death: uncovering the needs of midwives and nurses and exploring helpful interventions in the United States, England and Japan. J Transcult Nurs. 1999;10(2):120-30.
20. Roehrs C, Masterson A, Alles R, Witt C, Rutt P. Caring for families coping with perinatal loss. JOGNN. 2008;27:631-39.
21. Chan MF, Lou F, Zang Y, Chung YF, Wu LH, Cao F, et al. Attitudes of midwives towards perinatal bereavement in Hong Kong. Midwifery. 2007;23:309-21.
22. Säflund K, Sjogren B, Wredling R. The role of caregivers after a stillbirth: views and experiences of parents. Birth. 2004;31(2):132-37.
23. Radestad A, Surkan PJ, Steineck G, Cnattingius S, Oneöv E, Dickman PW. Long-term outcomes for mothers who have or have not held their stillborn baby. Midwifery. 2009;25:422-9.
24. Cacciatore J, Radestad I, Froen F. Effects of contact with stillborn babies on maternal anxiety and depression. Birth. 2008;35(4):313-20.
25. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto: una guía práctica. Ginebra: OMS; 1996.
26. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones sobre la asistencia al parto. Madrid: SEGO; 2007.
27. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Iniciativa parto normal. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
28. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
29. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Boletín Oficial del Estado, nº 129, (28-05-2009).

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis

Conocer las necesidades expresadas en la atención en el proceso de parto en la muerte intraútero nos puede aportar elementos para planificar mejor los cuidados prestados.

Objetivo general

Describir la experiencia de la madre y el padre en la atención recibida durante el proceso de parto en muerte intrauterina.

Describir la experiencia de los profesionales en la atención al proceso de parto en muerte intrauterina.

Objetivos específicos

- Conocer las acciones facilitadoras y no facilitadoras percibidas por los padres en la atención en el proceso de parto en muerte intrauterina.
- Conocer, con perspectiva de género, las necesidades de los padres en la atención recibida durante el proceso de parto en muerte intrauterina.
- Conocer las diferencias de género en la experiencia de los profesionales en la atención ofrecida durante este tipo de procesos.
- Identificar las principales limitaciones de los profesionales implicados en este tipo de procesos.

METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

Diseño

Se realizará un trabajo de investigación con abordaje cualitativo, utilizando como instrumentos para la recogida de información la entrevista y el grupo de discusión, por su idoneidad para la consecución de los objetivos del estudio.

Ámbito de estudio

Dado que la muerte intraútero no es un fenómeno que ocurra con frecuencia, la participación de varios centros en el estudio garantizará la muestra necesaria, y por tanto la saturación del discurso, así como la heterogeneidad de la muestra: ámbito urbano/rural, nivel socioeconómico, inmigración.

Participarán centros de Atención Primaria y Especializada ubicados en distintos lugares de la geografía de la Comunidad de Madrid: Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (Área 6), Hospital Universitario 12 de Octubre (Área 11), Hospital Universitario La Paz (Área 5), Hospital del Henares (Área 2) y Hospital de Fuenlabrada (Área 9 y Área 1 de Atención Primaria).

Participantes en el estudio y muestreo

La selección de los sujetos de estudio se hará en función de su relevancia e idoneidad en cada caso para ayudar al investigador en el desarrollo de la comprensión sobre el área estudiada. Se realizará un muestreo de conveniencia, por lo que los criterios para escoger la muestra pueden cambiar durante el desarrollo de la investigación, así como el número de personas necesarias para alcanzar la saturación de la muestra.

Se establecen dos grupos diferenciados de participantes:

1. Grupo de padres: madres y padres, ambos mayores de 18 años, que durante un embarazo controlado de bajo riesgo obstétrico y neonatal, han sido atendidos en el proceso de parto por muerte fetal tardía y cumplen los criterios de inclusión.

- **Criterios de inclusión**

- ✓ Mujeres y hombres mayores de 18 años.
- ✓ Diagnóstico de muerte anteparto con edad gestacional igual o mayor a 28 semanas (muerte fetal tardía).
- ✓ Embarazo controlado de bajo riesgo obstétrico y neonatal.
- ✓ Parto vaginal.
- ✓ Tiempo transcurrido desde el parto al menos 18 meses antes de la entrevista.
- ✓ Firmar el consentimiento informado (Anexo I y III).

- **Criterios de exclusión**

- ✓ No hablar español de forma fluida.
- ✓ No firmar el consentimiento informado.
- ✓ Embarazo de alto riesgo y/o riesgo neonatal elevado.
- ✓ Presencia de alteraciones psicopatológicas, enfermedades psiquiátricas o dificultades cognitivas graves.

2. Grupo de profesionales: matronas y auxiliares de enfermería que trabajan en los hospitales que colaboran en el estudio.

- **Criterios de inclusión**

- ✓ Matronas y auxiliares de enfermería que han atendido a parejas en proceso de parto con muerte fetal tardía.
- ✓ Firmar el consentimiento informado (Anexo II y III).

- **Criterios de exclusión**

- ✓ No firmar el consentimiento informado.
- ✓ No haber atendido ningún caso de estudio.
- ✓ Haber sufrido un proceso similar de forma directa (personalmente, en el entorno familiar cercano).

Debido a las formas de elección de los sujetos no se va a calcular un error de muestreo y por tanto no se podrán inferir los resultados sobre la población diana. Sin embargo, la recogida de datos podrá hacer una descripción de la realidad existente en los diferentes contextos seleccionados. La participación de los sujetos tendrá un carácter voluntario y para ello se solicitará la cumplimentación del formulario de consentimiento informado (Anexo III).

Captación de participantes en el estudio

Se utilizarán diversas estrategias para el acceso a los informantes.

- Para captar a los padres, se realizará un muestreo de conveniencia y por bola de nieve. En primer lugar, se contactará con padres que hayan pasado por la experiencia a través de profesionales que atienden el parto, el embarazo o realizan consultas en salud reproductiva de la mujer (consultas de seguimiento en los centros donde se realicen, consultas de embarazo, consultas en Atención Primaria). Tras una primera aproximación por parte de uno de los colaboradores, se solicitará permiso para que el investigador principal contacte por teléfono con ellos, solicitando así mismo un número de contacto y facilitando el número del investigador principal. Para ello se pedirá colaboración a distintos profesionales tanto de atención primaria como de especializada mediante carta y entrevista personal. Una vez en contacto con los participantes, el investigador principal explicará detenidamente la finalidad del estudio y concertará una cita para aclaraciones y para realizar la entrevista. Incluiremos en el estudio posibles informantes que conozcamos a través de otros participantes en el estudio.
 - ✓ Criterios de selección: se tendrá en cuenta la edad de los participantes, el tiempo transcurrido desde la muerte fetal y si han tenido o no hijos posteriormente.
- Captación de los profesionales: a través de los investigadores se intentará contactar, desde cada uno de sus centros de trabajo, con profesionales que hayan atendido a parejas en proceso de parto con muerte fetal tardía. Se explicará la finalidad del estudio y el tipo de participación que se requiere, y se solicitará un número de teléfono de contacto. Posteriormente se les citará para llevar a cabo el grupo de discusión.

- ✓ Criterios de selección: se tendrá en cuenta el sexo, edad y experiencia en el tema de estudio.

Métodos de recogida de datos

Se realizará mediante dos técnicas: entrevistas en profundidad para los grupos de padres y madres y grupos de discusión para los profesionales.

- **Entrevistas en profundidad**

Se llevarán a cabo entrevistas abiertas que serán grabadas con sistema de audio. El investigador ayudará al informante a describir su experiencia sin dirigir la exposición.

Las entrevistas se realizarán en un lugar que le resulte cómodo al informante, previa confirmación por parte del mismo, ya sea su domicilio familiar, una cafetería, otro lugar público o centro sanitario. Los datos se tomarán a través de descripciones verbales, transcripción de audio y documentos escritos.

Las entrevistas serán no directivas, no estandarizadas y abiertas, aunque su grado de estructuración podrá aumentar a lo largo de la investigación. Los datos serán transcritos literalmente para su posterior análisis.

Se obtendrá el consentimiento informado de las personas entrevistadas para el registro de los datos, especialmente cuando estos sean grabados en audio o video. Las grabaciones serán borradas después y no se usarán sus nombres verdaderos para mantener el anonimato en la elaboración de los informes. Tras las entrevistas se proporcionará una copia de la transcripción de los datos de los participantes y se concretará una nueva entrevista para la validación de los datos.

La persona que prepara, realiza las entrevistas y transcribe y analiza las notas será siempre la misma. Se solicitará ayuda de personas ajenas para la revisión y transcripción de las cintas y el análisis de datos, con el fin de garantizar la precisión del contenido. La revisión de las transcripciones por otros investigadores y por los propios entrevistados constituye además una estrategia de triangulación para controlar los sesgos.

- **Grupos de discusión**

Favorecerá lograr el descubrimiento de una estructura de sentido compartido. Esta técnica se muestra muy adecuada por la profusión de matices que permite conocer el fenómeno de estudio.

Se contemplará la formación de grupos de discusión, compuesto cada grupo de 7-10 profesionales que han atendido a parejas en proceso de parto con muerte fetal tardía. Los grupos estarán formados únicamente por matronas, por auxiliares de enfermería y mixtos. Además, se procurará heterogeneidad dentro de los grupos atendiendo a criterios de sexo, edad, experiencia profesional, centro de trabajo, número de partos atendidos con muerte fetal (uno o más de uno).

Se desarrollará en un lugar cómodo para los participantes, que podría ser en cualquiera de los centros colaboradores. Se estima una duración de 60-90 minutos por grupo. El texto producido por los grupos será grabado y transcrito en su totalidad.

Análisis de los datos

Se realizará transcripción literal de las entrevistas y grupos de discusión y se procederá a la codificación de los mismos para diferenciar las categorías emergentes. Tras esta primera fase de descripción de los datos se establecerá la relación entre los mismos y se interpretarán centrándose en la utilidad de los hallazgos para la práctica clínica⁽¹⁾.

La interpretación y triangulación del discurso se realizará a través de cuatro investigadoras (la investigadora principal y las tres colaboradoras con experiencia en investigación cualitativa) que permitan el control de los sesgos y el enlace dialéctico de los datos recogidos con los objetivos y la fundamentación teórica. Además, se complementará con el análisis de datos con el programa ATLAS.TI para los procesos automáticos que implica un análisis cualitativo.

Criterios de calidad⁽²⁾

- Adecuación epistemológica al objeto de estudio.
- Relevancia. La escasa documentación existente sobre la dimensión que se pretende explorar sobre la vivencia del proceso de parto por muerte intrauterina hace que los datos que podamos obtener en nuestra investigación sean de gran relevancia para el contexto socio-sanitario.
- Validez. La validez de este estudio está relacionada con la búsqueda de explicaciones en profundidad de este fenómeno, que serán generalizables desde el punto de vista lógico. Y transferibles desde el punto de vista del contexto en el que la investigación se lleve a cabo.
- Reflexividad. Corresponde al proceso de toma de conciencia autocrítica del investigador de sus propios paradigmas de partida, procedentes de su propio proceso de formación y del contexto en el que se realiza la investigación.

- Se llevará un diario de campo anexo a la estrategia de recogida e datos.

Todos estos criterios de evaluación están fundamentados en la responsabilidad del investigador acerca de su propio trabajo y complementados con diferentes técnicas de triangulación, fundamentalmente la triangulación de investigadores, que permitirán una revisión continua del proceso.

Consideraciones éticas

Todos los informantes entrevistados participarán de forma voluntaria. Se realizará un primer acercamiento por parte de un miembro del equipo en el que se le explicará el estudio. Si aceptan participar, se concretará otro día para proceder a la entrevista, en el caso del grupo de padres, y para realizar el grupo de discusión, en el caso del grupo de profesionales, en un espacio que asegure la confidencialidad de las entrevistas y los grupos de discusión.

La participación voluntaria implicará que los sujetos participantes habrán de expresar comprensión y consentir de forma oral y escrita (Anexo III), después de haber recibido la información suficiente sobre la naturaleza del estudio. Para ello, y previo al desarrollo de la entrevista los participantes recibirán información por escrito sobre el estudio y una copia del consentimiento informado en lengua castellana. Entre otras informaciones tendrán un teléfono de contacto del equipo investigador, la identificación y explicación de las estrategias que se pondrán en marcha para mantener la confidencialidad de la información compartida con el equipo investigador (cambio de los nombres y otros datos que puedan identificar a las participantes como su localización e identidad).

El estudio cumple los requisitos enunciados en los artículos 8 y 9 del capítulo IV de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. A pesar de no tratarse de un trabajo de tipo experimental, se presentará un modelo de consentimiento informado por escrito (Anexo) al utilizar datos de carácter personal. Dicho consentimiento será presentado en el Comité de Ética del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda para su aprobación.

Los datos recogidos de los participantes en el estudio estarán protegidos, restringiendo el acceso a los mismos, según se contempla en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de carácter Personal (BOE 298 de 14/12/1999).

Asimismo, se respeta lo establecido en la Ley Orgánica 1/1996, de Protección del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Se presentará el estudio para su aprobación en el Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Limitaciones del estudio

Dado que el problema de estudio no es un fenómeno que ocurra con frecuencia y que a priori no sabemos el grado de participación por parte de los padres, el estudio podría prolongarse en el tiempo hasta conseguir la saturación del discurso. Como estrategia de mejora en este punto se ha ampliado el área de captación a cinco hospitales de la Comunidad de Madrid, que cuentan con un número muy alto de partos al año, y con un centro de atención primaria, donde se atienden a una amplia población de puérperas.

La cercanía del investigador que realiza las entrevistas con el tema de estudio, por su vinculación profesional al ser matrona, se presenta como una de las posibles limitaciones del estudio, debido principalmente a la existencia de ideas preconcebidas. Sin embargo, su experiencia clínica y el conocimiento del tema le permitirán tener elementos suficientes para abordar el estudio, para el análisis e interpretación de la información e incluso su conocimiento y experiencia puede contribuir positivamente para la realización de la guía de práctica para profesionales.

La investigación cualitativa aplicada a la práctica clínica no da respuestas directamente extrapolables a otras poblaciones, pero producen datos que son de un gran valor social por su carácter contextualizado. Con la finalidad de asegurar una transferibilidad de los resultados a otros contextos y facilitar la comprensión de las situaciones identificadas en el estudio se pretende aportar abundantes datos sobre los escenarios y el contexto de la investigación para que los resultados puedan ser transferibles a contextos que compartan similitudes socio-culturales y demográficas con el lugar donde se ha generado esta información.

Plan de trabajo

Se estima que la duración del proyecto será de 24 meses (Anexo IV).

- **Fase de preparación** (2 meses): durante esta fase del proyecto se mantendrán reuniones por parte del equipo investigador y se prepararán aspectos logísticos.
- **Fase de ejecución** (16 meses): se realizarán las entrevistas y los grupos de discusión simultáneamente. Se irán analizando los datos según se van recogiendo para comprobar que se alcanza la saturación del discurso. Se triangularán los datos obtenidos en las entrevistas y los grupos de discusión, lo que permitirá el control de los sesgos y el enlace dialéctico de los datos recogidos con los objetivos y la fundamentación teórica.
- **Fase final de análisis y redacción del informe final** (6 meses): seis meses antes de la finalización del proyecto acabará la recogida de la información y triangulación de los datos.

Se escribirá la memoria final del proyecto, de donde se extraerá el borrador de la publicación de los datos para su difusión entre la comunidad científica.

APLICABILIDAD DE LA PROPUESTA

Los resultados de esta propuesta de investigación, cuya relevancia clínica quedó reflejada en el apartado de justificación, nos servirán para aplicar medidas de mejora en la atención a las madres y padres que sufren una muerte intraútero.

La información obtenida permitirá elaborar una guía de actuación o recomendaciones para profesionales que atienden a parejas en situación de muerte intraútero, así como la posible elaboración de instrumentos de medida de la calidad o adecuación de los cuidados en estos casos.

Con respecto a los profesionales que atienden este tipo de procesos, el conocimiento de las limitaciones y problemas que se plantean, nos permitirá realizar propuestas de mejora, tanto a nivel institucional como formativo.

En cuanto a la difusión de los resultados de la investigación, ya se ha comentado el escaso abordaje que ha tenido el tema en nuestro medio, no siendo así en otros países desarrollados donde pueden encontrarse referencias en revistas de alto impacto. Este estudio puede contribuir a reflejar el estado de la cuestión en nuestro medio en el ámbito tanto nacional como internacional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Burns N, Grove SK. Investigación en enfermería. 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.
2. Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. Rev Esp Salud Pública. 2002;76:473-82.
3. Husserl, E. Problemas fundamentales de la fenomenología. Madrid: Alianza;1994.
4. Vallés M. Técnicas de investigación social. Madrid: Síntesis; 2000.
5. Palacios-Ceña D, Corral I. Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. Enferm Intensiva. 2010.
6. Calderón C. El artículo original en la investigación cualitativa: aspectos que se deben tener en cuenta en su elaboración. Matronas Prof. 2003;4(12).

7. Todres L, Holloway I. Investigación fenomenológica. En: Gerrish K, Lacey A, coordinadores. Investigación en enfermería. 5ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2008. p. 224-37.
8. Blasco T, Otero L. Técnicas cualitativas para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (I). Nure investig. 2008:34.
9. Blasco T, Otero L. Técnicas cualitativas para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (II). Nure investig. 2008:34.
10. Lathlean J. Análisis cualitativo. En: Gerrish K, Lacey A, coordinadores. Investigación en Enfermería. 5ª ed. Madrid: MCGraw-Hill; 2008. p.417-33.

ANEXO I

HOJA DE INFORMACIÓN A MADRES Y PADRES

<p>MORIR ANTES DE NACER. EXPERIENCIAS DE MADRES Y PADRES EN SITUACIÓN DE MUERTE INTRAÚTERO Y DE LOS PROFESIONALES EN LA ATENCIÓN AL PROCESO DE PARTO</p>

Investigador Principal: Paloma Martínez Serrano. Matrona de la Unidad de Obstetricia del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (HUPHM).

Centro de Referencia: Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Centros colaboradores: Hospital Universitario La Paz, Hospital Universitario 12 de Octubre, Hospital del Henares, Hospital Universitario de Fuenlabrada.

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Nuestra intención es tan sólo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento. En ningún caso, su decisión afectará a la atención y cuidados que reciba por parte de los profesionales de la salud.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

La pérdida de un hijo durante el embarazo ha pasado de ser considerada un hecho fugaz y personal ha reconocerse como uno de los eventos vitales más estresantes que un adulto puede experimentar. Se considera que los padres pueden estar en riesgo de desarrollar un trastorno por estrés postraumático y suponen un grupo de alto riesgo de duelo complicado.

Según la literatura científica, la atención recibida durante el proceso de parto en estos casos puede contribuir de forma importante, tanto positiva como negativamente, en el proceso de duelo de los padres. Por otro lado, los profesionales que atienden a estas parejas encuentran dificultades para manejar adecuadamente esta situación.

Este estudio pretende describir la experiencia de la madre y el padre en la atención recibida durante el proceso de parto en muerte intrauterina, así como la experiencia de los profesionales en dicho proceso. Esto es debido a que este conocimiento nos permitirá conocer mejor las necesidades de los padres y las intervenciones profesionales que resultan facilitadoras en este proceso de duelo. Por otro lado el conocimiento en profundidad del tema permitirá a los profesionales contar con herramientas que les permitan una mejor planificación de los cuidados, y por tanto una mayor calidad de los mismos.

Los candidatos para participar en el estudio serán madres y padres mayores de 18 años que hayan pasado por un proceso de muerte intraútero en un embarazo controlado y de bajo riesgo, mayor de 28 semanas de gestación y que finalizara mediante parto vaginal. Es necesario que al menos hayan transcurrido 18 meses desde ese momento.

PROCEDIMIENTO DE ESTUDIO

En su caso, y tras la firma del consentimiento informado, la participación consistiría en mantener una entrevista con el investigador principal de este estudio acerca de su experiencia. Ésta será grabada con sistema de audio. Sus datos personales se mantendrán en el anonimato, para ello se le asignará un número u otro sistema de identificación que garantice totalmente la confidencialidad de la información.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Es posible que no obtenga ningún beneficio para su salud por participar en este estudio. Al igual que no se deriva ningún riesgo de su participación.

Sin embargo, como hemos comentado, un mayor conocimiento del tema nos permitirá en lo sucesivo una mejor planificación de los cuidados, mejorando la calidad de la asistencia recibida por otras parejas que tengan que pasar por el mismo proceso.

Permitirá asimismo, identificar las dificultades que tienen los profesionales e implantar medidas para corregirlas como es la creación de una guía de actuación para este tipo de procesos.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código, y solo el investigador principal podrá relacionar sus datos con su información.

ANEXO II

HOJA DE INFORMACIÓN A PROFESIONALES

<p>MORIR ANTES DE NACER. EXPERIENCIAS DE MADRES Y PADRES EN SITUACIÓN DE MUERTE INTRAÚTERO Y DE LOS PROFESIONALES EN LA ATENCIÓN AL PROCESO DE PARTO</p>

Investigador Principal: Paloma Martínez Serrano. Matrona de la Unidad de Obstetricia del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (HUPHM).

Centro de Referencia: Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Centros colaboradores: Hospital Universitario La Paz, Hospital Universitario 12 de Octubre, Hospital del Henares, Hospital Universitario de Fuenlabrada.

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Nuestra intención es tan sólo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

La pérdida de un hijo durante el embarazo ha pasado de ser considerada un hecho fugaz y personal ha reconocerse como uno de los eventos vitales más estresantes que un adulto puede experimentar. Se considera que los padres pueden estar en riesgo de desarrollar un trastorno por estrés postraumático y suponen un grupo de alto riesgo de duelo complicado.

Según la literatura científica, la atención recibida durante el proceso de parto en estos casos puede contribuir de forma importante, tanto positiva como negativamente, en el proceso de duelo de los padres. Por otro lado, los profesionales que atienden a estas parejas encuentran dificultades para manejar adecuadamente esta situación.

Este estudio pretende describir la experiencia de la madre y el padre en la atención recibida durante el proceso de parto en muerte intrauterina, así como la experiencia de los profesionales en dicho proceso. Esto es debido a que este conocimiento nos permitirá conocer mejor las necesidades de los padres y las intervenciones profesionales que resultan facilitadoras en este proceso de duelo. Por otro lado el conocimiento en profundidad del tema permitirá a los profesionales contar con herramientas que les permitan una mejor planificación de los cuidados, y por tanto una mayor calidad de los mismos.

Los candidatos para participar en el estudio serán matronas y auxiliares de enfermería que hayan atendido a parejas en proceso de parto con muerte fetal tardía.

PROCEDIMIENTO DE ESTUDIO

En su caso, tras la firma del consentimiento informado, la participación consistiría en participar en un grupo de discusión, donde se reunirán varios profesionales y hablarán sobre su experiencia. Esta conversación de grupo será grabada con sistema de audio. Sus datos personales se mantendrán en el anonimato, para ello se le asignará un número u otro sistema de identificación que garantice totalmente la confidencialidad de la información.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Un mayor conocimiento del tema nos permitirá en lo sucesivo una mejor planificación de los cuidados, mejorando la calidad de la asistencia recibida por otras parejas que tengan que pasar por el mismo proceso.

Permitirá asimismo, identificar las dificultades que tienen los profesionales e implantar medidas para corregirlas como es la creación de una guía de actuación para este tipo de procesos.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código, y solo el investigador principal podrá relacionar sus datos con su información.

ANEXO III

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO

<p>MORIR ANTES DE NACER. EXPERIENCIAS DE MADRES Y PADRES EN SITUACIÓN DE MUERTE INTRAÚTERO Y DE LOS PROFESIONALES EN LA ATENCIÓN AL PROCESO DE PARTO</p>

Investigador Principal: Paloma Martínez Serrano. Matrona de la Unidad de Obstetricia del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (HUPHM).

Centro de Referencia: Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Centros colaboradores: Hospital Universitario La Paz, Hospital Universitario 12 de Octubre, Hospital del Henares, Hospital Universitario de Fuenlabrada.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio cumple los requisitos enunciados en los artículos 8 y 9 del capítulo IV de la ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. También cumple lo expuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Igualmente, se respeta lo establecido en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Presentamos un modelo de consentimiento informado, pues aunque no es un trabajo de tipo experimental, es preciso solicitarlo para la utilización de datos de carácter personal.

Yo (nombre y apellidos) _____

- he leído la hoja de información que se me ha entregado.
- he podido hacer preguntas sobre el estudio.
- he recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con: _____

(Nombre del investigador/colaborador)

- comprendo que mi participación es voluntaria.
- comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - ✓ cuando quiera.
 - ✓ sin tener que dar explicaciones.
 - ✓ sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Por consiguiente:

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

FIRMA DEL PARTICIPANTE:

Fecha:

FIRMA DEL INVESTIGADOR:

Fecha:

ANEXO IV

CRONOGRAMA APROXIMADO

Mes/ Actividad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Reunión grupo trabajo	■	■																						
Realización entrevistas a padres			■	■	■			■	■	■			■	■	■									
Análisis datos entrevistas					■	■	■			■	■	■			■	■	■							
Realización grupos de discusión a profesionales					■			■			■			■										
Análisis datos grupos focales					■	■			■	■			■	■		■	■							
Triangulación					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■						
Redacción documento																				■	■	■	■	■

Recibido: 7 mayo 2011.

Aceptado: 29 agosto 2011.