

**EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UN
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN ENFERMERA
SOBRE EL NIVEL DE ANSIEDAD EN GESTANTES
CON ALTO RIESGO DE PARTO PRETÉRMINO**

Olga Ros Pérez

Tutor/a: Dra. Helena Viñas Llebot

Dra. Esther Crespo Mirasol

Curso académico 2019-2020



ÍNDICE

RESUMEN	I
ABSTRACT	II
1.- INTRODUCCIÓN	1
1.1.- Antecedentes.....	1
1.2.- Estado actual del tema	2
1.3.- Justificación	3
1.4.- Pregunta	5
2.- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	6
2.1.- Hipótesis.....	6
2.2.- Objetivos.....	6
2.2.1.- Objetivo general	6
2.2.2.- Objetivos específicos	6
3.- METODOLOGÍA	6
3.1.- Diseño del estudio	6
3.2.- Ámbito del estudio	7
3.3.- Sujetos del estudio	7
3.3.1.- Criterios de selección de los sujetos.....	7
3.3.2.- Tamaño de la muestra	8
3.3.3.- Técnica de muestreo.....	8
3.4.- Variables del estudio	8
3.5.- Instrumentos de medida	9
3.6.- Procedimiento de recogida de datos	10
3.7.- Prueba piloto	12
3.8.- Análisis de datos	12
4.- ASPECTOS ÉTICOS	13
5.- DIFICULTADES Y LIMITACIONES.....	13
6.- APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA.....	14
7.- PRESUPUESTO	14
8.- CRONOGRAMA.....	15
9.- BIBLIOGRAFÍA	16
10.- ANEXOS	21

RESUMEN

Objetivo

Determinar la efectividad de un programa de intervención enfermera sobre el nivel de ansiedad en gestantes con alto riesgo de parto pretérmino en el Hospital Clínico de Barcelona (HCB).

Ámbito de estudio

El estudio se realizará en el Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología, en concreto, en la consulta de prematuridad y sala de hospitalización de obstetricia del HCB sede Maternidad.

Metodología

Estudio cuantitativo con diseño cuasi experimental de tipo antes-después, con dos grupos, uno experimental que recibirá la intervención enfermera y un grupo control que recibirá el cuidado habitual. La muestra estará formada por un total de 84 gestantes con alto riesgo de parto pretérmino.

Implicaciones para la práctica

Este estudio pretende proporcionar a los profesionales herramientas para mejorar su práctica clínica diaria, procurando una mejor atención y cuidados a las gestantes con riesgo de parto pretérmino y a sus familias, así como disminuir su ansiedad.

Palabras clave

Embarazo de alto riesgo, Ansiedad prenatal, Cuidados de enfermería, Recién nacido prematuro, Depresión, Parto prematuro

ABSTRACT

Objective

Determine the effectiveness of a nursing intervention program in relation to the degree of anxiety of pregnant women at high risk of preterm birth at the Hospital Clínic de Barcelona (HCB).

Setting

The study will be carried out at the Clinical Institute of Gynecology, Obstetrics and Neonatology, particularly, in the prematurity outpatient care service and obstetrics hospitalization room at the maternal area of Hospital Clínic de Barcelona.

Methodology

Quantitative study with quasi-experimental design of type before-after, with two groups, one experimental that will receive the nurse intervention and a control group that will receive the usual care. The sample will consist of a total of 84 pregnant women at high risk of preterm birth.

Implications for practice

This study aims to provide professionals with tools to improve their daily clinical practice, providing better care to pregnant women at risk of preterm birth and their families, as well as reduce their anxiety.

Keywords

High-Risk Pregnancy, Prenatal Anxiety, Nursing Care, Premature Newborn, Depression, Premature Birth

1.- INTRODUCCIÓN

El embarazo es una experiencia única en la vida de una mujer y de su familia. En la mayoría de los casos se desarrolla sin incidencias. Sin embargo, en ocasiones los embarazos pueden presentar complicaciones que aumentan el riesgo de un parto pretérmino. Esta es la complicación más frecuente en medicina materno-fetal y su incidencia global es de 15 millones de casos por año (1).

La ansiedad es un estado fisiológico del individuo consistente en una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente o se relaciona con la anticipación a peligros imprevisibles y no definibles. Cierta grado de ansiedad se considera un estado emocional normal y adaptativo ante situaciones percibidas como amenaza. Cuando el nivel de ansiedad sobrepasa cierta intensidad, duración o frecuencia hablamos de ansiedad patológica (2,3).

Las intervenciones de enfermería deberían ir dirigidas no sólo a las necesidades físicas sino también a las psíquicas, sociales y emocionales que puedan surgir durante el embarazo, el parto, el postparto y la crianza del recién nacido (4).

1.1.- Antecedentes

Los avances en medicina materno-fetal y neonatología han mejorado la supervivencia y el pronóstico de los recién nacidos prematuros, pero a pesar de ello no ha disminuido la prevalencia del parto pretérmino en las últimas décadas, situándose ésta en el 11% del total de partos. La prematuridad es una de las principales causas de mortalidad en menores de cinco años y la causante también de numerosas discapacidades en el neurodesarrollo en todo el mundo. La prevalencia mundial de prematuros extremos es del 5%, muy prematuros un 15%, prematuros moderados un 10% y prematuros tardíos un 85% (5).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2018) se considera prematuro un recién nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. Los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional: prematuros extremos (menos de 28 semanas), muy prematuros (28 a 32 semanas), prematuros moderados (32 a 34 semanas), prematuros leves o tardíos (34-36 semanas) (6).

Durante el embarazo muchos esfuerzos van encaminados a intentar optimizar el desarrollo fetal para lo que hay numerosas prestaciones (monitorización del bienestar físico y biológico), pero no siempre se monitoriza de la misma forma el bienestar psicológico materno (7) que puede tener consecuencias tanto en la madre como en el feto.

1.2.- Estado actual del tema

En España 1 de cada 13 nacimientos se produce de forma prematura. Los datos del Instituto Nacional de Estadística del año 2016 establecen éstos en un 6.62% (8). Los indicadores de salud perinatal en Catalunya del año 2017 muestran una prevalencia de 7,1% recién nacidos prematuros < 37 semanas, de ellos el 11,9% eran entre 22-31 semanas y el 88,1% entre 32-36 semanas (9).

Los datos del Hospital Clínico de los años 2016-2017 muestran 746 partos pretérminos de los 6227 realizados, lo que supone un 12% del total de nuestro hospital (Anexo 1). Los efectos de la prematuridad en los recién nacidos, sus padres y la sociedad hacen del parto pretérmino un problema de salud pública relevante. La investigación del parto pretérmino es una de las prioridades de la OMS para los próximos años (10). Es también uno de los objetivos clave en la estrategia global de reducción de las muertes neonatales de Naciones Unidas (11).

Una de las complicaciones que aumenta el riesgo de nacimiento pretérmino es la amenaza de parto prematuro que puede tener un origen multifactorial.

Aproximadamente un 30% de las mujeres con amenaza de parto pretérmino tendrán un parto pretérmino. En la mayoría de los casos se desconoce la causa desencadenante (idiopática), pero en otras ocasiones puede ser secundaria a múltiples factores (gestación múltiple, polihidramnios, infección intraamniótica, rotura prematura de membranas, complicaciones maternas como preeclampsia o fetales como el retraso de crecimiento intrauterino, así como antecedente de parto pretérmino previo) que podrían explicar la aparición de dinámica uterina (12-15). Una revisión sistemática y un meta-análisis realizado por Philips et al revela que el riesgo de parto pretérmino recurrente es del 30%. El antecedente de aborto durante el segundo trimestre (>16 semanas) constituye otro importante factor de riesgo de parto pretérmino (16). Los embarazos múltiples constituyen el 15-20% de todos los partos pretérmino (13, 17, 18) (Anexo 2).

Actualmente existen numerosas estrategias de cribado antenatal para identificar y manejar embarazos de riesgo. La atención está orientada desde el modelo clásico biomédico. Sin embargo, en la mujer embarazada y su familia a menudo surgen dudas relacionadas con la incertidumbre de lo que significa tener un hijo prematuro, el proceso de parto, cuál será su supervivencia e incluso la atención que recibirá después del nacimiento. Debido a su situación clínica estas gestantes no tienen la oportunidad de acudir a las clases de preparación y educación maternal por lo que el diagnóstico y el desconocimiento pueden provocarles ansiedad y estrés añadido (19, 20).

1.3.- Justificación

Las cifras de parto pretérmino se han mantenido invariables en las últimas décadas a pesar de la existencia de intervenciones pre-concepcionales o antenatales como por ejemplo la transferencia de un único embrión en las técnicas de reproducción asistida (21). Sin embargo, estas intervenciones sí han logrado mejorar las cifras de supervivencia y morbilidad de los recién nacidos prematuros (22).

Dennis et al realizaron una revisión sistemática y un metaanálisis de artículos publicados hasta el año 2016 estableciendo que la prevalencia de los síntomas de ansiedad en el embarazo recogidos mediante cuestionarios autoinformados fue del 18,2% para el primer trimestre, del 19,1% para el segundo trimestre y del 24,6% el tercer trimestre (23). Otros autores refieren cifras similares con incidencias en torno al 20% (24 - 26). Estos datos confirman que es uno de los trastornos mentales con mayor prevalencia durante el embarazo. Durante el periodo del embarazo se ha vinculado la ansiedad con los miedos relacionados con la propia salud materna y la del niño y la aprensión al parto y el nacimiento. Existe evidencia de los efectos adversos que pueden producirse en el desarrollo inmunológico y neurodesarrollo fetal de las madres con estados elevados de ansiedad. (2,12 ,27, 28).

La detección temprana de los trastornos de ansiedad durante el embarazo y su correcto abordaje podrían ser claves para evitar efectos adversos. Durante el período prenatal las mujeres están frecuentemente en contacto con profesionales de la salud que pueden ser los más indicados para su detección temprana (29). Si los síntomas de ansiedad son evaluados se puede facilitar su reconocimiento y realizar las intervenciones de salud adecuadas (30).

Otro factor emocional relacionado es el vínculo materno-fetal. En esta línea, Pisoni et al (31) evaluaron gestantes hospitalizadas con riesgo de parto pretérmino y observaron que éstas desarrollan menos apego al feto y mayores niveles de ansiedad y depresión en comparación con el grupo de mujeres con embarazo normal o fisiológico. La ausencia de tratamiento de la ansiedad en gestantes puede tener efectos adversos sobre la propia mujer como preeclampsia, aborto espontáneo (32), retraso en el inicio de la lactancia tras el nacimiento (33), ansiedad y depresión postparto (29). Con respecto al feto también se ha relacionado con retraso del crecimiento intrauterino y prematuridad (34, 35), puntuación del test de Apgar más bajos (29) y trastornos afectivos y cognitivos en la edad adulta (36).

En conclusió, se puede afirmar que la asociación entre la ansiedad materna durante el periodo de gestación y menores niveles de vínculo materno-fetal presenta implicaciones graves para la salud mental y social de lactantes y niños (2, 37, 38). Una atención de calidad a la gestante debe incluir la valoración de su salud mental. Los servicios de salud deberían investigar los factores de riesgo de sufrir ansiedad, estrés o depresión durante el embarazo utilizando instrumentos de valoración adecuados e incluirlo en sus protocolos (39). Asimismo, la promoción del bienestar emocional y el apego para futuras madres y padres puede ayudar a mejorar la salud materna, la salud perinatal y el resultado neonatal (31).

La enfermera es un profesional fundamental en el trabajo multidisciplinario de la salud, siendo responsable de la atención de enfermería en sus diferentes niveles de apoyo, con competencia técnica para desempeñar funciones preventivas, promocionales, protectoras y rehabilitadoras. El cuidado a la gestante y a la puérpera es una de las funciones que incluyen las consultas en enfermería obstétrica (40,41). La combinación de información oral y escrita sobre prematuridad disminuye significativamente el nivel de ansiedad (42) en las gestantes. Un estudio cualitativo reveló que una visita prenatal a la UCI neonatal durante un embarazo de alto riesgo produce en los padres una disminución del nivel de ansiedad, aumentando sus conocimientos y generando confianza en los profesionales de salud (43).

Por ello sería interesante poder valorar los efectos de una intervención enfermera para disminuir la ansiedad y mejorar el vínculo materno-filial de las gestantes con riesgo de parto pretérmino.

1.4.- Pregunta

¿Qué efectividad tiene la aplicación de intervenciones enfermeras de forma antenatal sobre la ansiedad de las gestantes diagnosticadas de alto riesgo de parto pretérmino?

2.- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1.- Hipótesis

Las embarazadas de alto riesgo de parto pretérmino que realizan el programa de prematuridad tendrán menor nivel de ansiedad que las embarazadas que no lo realizan.

2.2.- Objetivos

2.2.1.- Objetivo general

Determinar la efectividad del programa de prematuridad en relación con el grado de ansiedad de las gestantes atendidas con alto riesgo de parto pretérmino en el Hospital Clínico de Barcelona (HCB).

2.2.2.- Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de las gestantes y los factores de riesgo de parto pretérmino.
- Identificar el nivel de calidad de salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambientales de las gestantes.
- Evaluar el nivel de ansiedad de las gestantes con riesgo de parto pretérmino.
- Determinar el grado de satisfacción de las gestantes de alto riesgo de prematuridad en relación con el programa de prematuridad.

3.- METODOLOGÍA

3.1.- Diseño del estudio

Se trata de un estudio cuasi experimental de tipo antes-después con un diseño de grupos no equivalentes con dos grupos, uno experimental que recibirá la intervención del programa de prematuridad y un grupo control que recibirá el cuidado habitual.

3.2.- Àmbit del estudi

El estudi se realitzarà en la consulta de prematuritat y en la sala de hospitalització de obstetricia (grup intervenció) y en la consulta de la unitat de prematuritat (grup control) del Institut Clínic de Ginecologia, Obstetricia y Neonatologia (ICGON) del Hospital Clínic de Barcelona (sede maternidad).

Este centro es un hospital universitario que pertenece a la red de hospitales de agudos de la provincia de Barcelona, miembro del sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT).

3.3.- Sujets del estudi

La muestra estará formada por mujeres gestantes con alto riesgo de parto pretérmino que ingresen o realicen el seguimiento de su embarazo en el ICGON del HCB y que cumplan los criterios de selección.

3.3.1.- Criterios de selección de los sujetos

Criterios de inclusión:

- Gestantes mayores de 18 años.
- Gestantes entre las 23 y 36 semanas de gestación.
- Gestantes con alto riesgo de parto pretérmino y que acuden a la consulta de prematuridad o que requieran ingreso hospitalario.
- Gestantes que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Gestantes con barrera idiomática.
- Gestantes con éxitus fetal en la gestación actual.
- Gestantes con antecedentes personales de patología mental y/o patología mental actual.
- Gestantes hospitalizadas que precisen reposo absoluto.

3.3.2.- Tamaño de la muestra

Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, se ha realizado el cálculo de la muestra mediante la calculadora de tamaño muestral GRANMO <https://www.imim.cat/ofertadeserveis/software-public/granmo/>

Según la bibliografía (12-23), se estima que la prevalencia de los síntomas de ansiedad en las gestantes es de hasta el 25%, asumiendo que en la subpoblación de gestantes con riesgo de parto pretérmino las cifras sean superiores. Aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta inferior al 0.2 en un contraste bilateral se requieren 42 mujeres en el primer grupo y 42 en el segundo para detectar una diferencia igual o superior al 20%. Estimando un 15% de pérdidas de seguimiento, será suficiente una muestra consecutiva de 84 sujetos para realizar el estudio con una confianza del 95%.

3.3.3.- Técnica de muestreo

La técnica de muestreo será no probabilística consecutiva tanto para las mujeres que acudan a la consulta de prematuridad o ingresen en la planta de obstetricia como para las que se visiten en la unidad de prematuridad por riesgo de parto pretérmino y cumplan los criterios de selección.

3.4.- Variables del estudio

3.4.1.- Variable independiente o de intervención

La variable de exposición es la intervención enfermera del programa de prematuridad.

3.4.2.- Variables sociodemográficas

- Edad: De 18-24 años, 25-29 años, 30-34 años, 35- 39 años y > 40 años.
- Lugar de origen: Europa - Latinoamérica - Asia - Magreb - África - Otras.
- Nivel de estudios: Sin estudios - Primarios - Secundarios - Superiores.

- Ocupación: Empleada - Autónoma - Ama de casa - Estudiante - No trabaja.
- Familia: Sola - Pareja - Núcleo familiar - Otros.

3.4.3.- Variables de antecedentes personales y obstétricos

- Hábitos tóxicos: Tipo y consumo (Tabaco – Alcohol – Drogas)
- Ejercicio físico: Tipo de ejercicio y frecuencia (Nunca - 3-4 veces al mes- 1-2 veces/semana - 3-4 veces/semana - diariamente).
Realizan el programa de preparación a la maternidad (Sí / No).
- Paridad: partos a término- pretérmino - abortos - recién nacidos vivos.
- Patología de parto pretérmino: embarazos gemelares - antecedentes de cirugía fetal - historia de parto pretérmino previo - diagnóstico de preeclampsia - diagnóstico de retraso de crecimiento - diagnóstico de amenaza parto prematuro - diagnóstico de rotura prematura de membranas.
- Grado de riesgo de parto pretérmino: Alto - Muy alto.
- Semanas de gestación en las que se realiza la intervención: De 23-28 semanas - 29-32 semanas - 33-36 semanas.

3.4.4.- Variables dependientes

- Nivel de ansiedad. Esta variable se medirá mediante el test de STAI. Ansiedad leve, moderada y alta.
- Nivel de calidad de salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Esta variable se medirá mediante el test de WHOQOL-BREF.
- Grado de satisfacción de las gestantes con el programa intervención.

3.5.- Instrumentos de medida

Se utilizarán los siguientes instrumentos de medida:

1.- Hoja de registro de datos (Anexo 3): Diseñado *ad hoc* para recoger las variables sociodemográficas y de antecedentes personales y obstétricos.

2.- Inventario de Ansiedad de Estado-Rasgo (STAI) (*Versión original: Spielberger CD. 1927; Validación española Seisdedos Cubero, 1982*) (Anexo 4). Se trata de un cuestionario autocomplimentado con escala de puntuación tipo Likert que evalúa la ansiedad de dos maneras distintas: como estado (20 ítems) y como rasgo (20 ítems). Se considera la escala más válida para medir la sintomatología ansiosa en las embarazadas.

3.- Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF (Anexo 5): Versión original: OMS. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF. Validada al español por Lucas R. Versión española del WHOQOL. Madrid: Ediciones Ergon. 1998

El instrumento WHOQOL-BREF ofrece un perfil de calidad de vida, siendo cada dimensión puntuada de forma independiente. Consta de 26 ítems y produce un perfil de 4 dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. El cuestionario debe ser autocomplimentado.

4.- Encuesta de satisfacción (Anexo 6): nos permitirá evaluar el grado de satisfacción de la intervención en las participantes. Se basa en una encuesta *ad hoc* con 9 preguntas cerradas valoradas mediante una escala tipo Likert y una pregunta abierta. Se realizará de manera autocomplimentada.

3.6.- Procedimiento de recogida de datos

La captación de la muestra se realizará de la siguiente forma:

Grupo experimental: desde la consulta de prematuridad cuando acudan derivadas por el/la obstetra y aquellas que ingresen en la sala de hospitalización de obstetricia.

Grupo control: desde la consulta de la unidad de prematuridad.

La responsable de la consulta de prematuridad informará del estudio a las gestantes que deseen participar y cumplan los criterios de selección, explicándoles en qué consiste dicho estudio y facilitándoles la hoja informativa (Anexo 7) y el consentimiento informado (Anexo 8). A continuación, la investigadora recogerá los datos sociodemográficos, antecedentes personales y obstétricos de las participantes y se les proporcionará el cuestionario STAI para la valoración del nivel de ansiedad y el WHOQOL-BREF para valorar la calidad física, psicológica, relaciones sociales y ambiental.

Tras la recogida de datos, las participantes que entren en el grupo intervención iniciarán las visitas del programa de prematuridad que consta de tres intervenciones individualizadas (una por semana), con una duración aproximada de 30 minutos. En las gestantes hospitalizadas dadas de alta se continuará la intervención en la consulta de prematuridad.

1º intervención: la enfermera se centrará en educación sanitaria sobre:

- Salud emocional de la gestante.
- Información sobre cuidados a los recién nacidos prematuros.

2ª intervención: se realizará una visita guiada a la unidad neonatal promoviendo la interacción con el personal de enfermería de la unidad.

3ª intervención: se realizará educación sanitaria sobre:

- Lactancia materna.
- Método canguro.
- Cuidados centrados en el desarrollo.

Al finalizar la intervención en el grupo experimental se entregarán nuevamente la escala de medición de ansiedad y la encuesta de satisfacción.

Las participantes que formen parte del grupo control, tras la recogida de datos y rellenar el cuestionario STAI y de calidad de vida WHOQOL-BREF, recibirán

el cuidado habitual que consistirá en la entrega de un tríptico informativo sobre la unidad neonatal. En una visita posterior se pasará nuevamente la escala de medición de ansiedad STAI.

3.7.- Prueba piloto

Realizaremos una prueba piloto en la que se incluirán mujeres que cumplan con los criterios de selección. Nos servirá para valorar si los cuestionarios y escalas son fácilmente comprensibles y las participantes los cumplimentan correctamente. Utilizaremos una muestra de 15 mujeres durante 2 meses y valoraremos las dificultades y si es necesario hacer alguna modificación.

3.8.- Análisis de datos

El programa estadístico utilizado para analizar los datos será el SPSS 26.

Se realizará un análisis descriptivo de la muestra. Para las variables cualitativas se aplicarán frecuencias y porcentajes de cada una de sus categorías.

Si las variables cuantitativas siguen una distribución normal se describirán mediante la media y la desviación estándar y en caso contrario se aplicará el cálculo de la mediana y rangos intercuartílicos.

Para el contraste de las hipótesis y detectar las diferencias utilizaremos un nivel de confianza del 95% ($p > 0,05$) aplicando la prueba de Kolmogorov Smirnov para comprobar si se trata de una distribución normal y utilizar pruebas paramétricas o no paramétricas.

Las pruebas estadísticas que se utilizarán para las comparaciones intergrupales se elegirán en función de la unidad de medida de las variables consideradas. Si siguen una distribución normal se compararán con el test de Chi-cuadrado y la T-Student y en caso de no seguir una distribución normal las variables se compararán con el test de Chi-cuadrado, Kruskal-Wallis o Mann-Whitney.

4.- ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto de investigación debe respetar el Código Deontológico de Enfermería Española y las normas de la Declaración de Helsinki (64ª Asamblea General, Brasil 2013).

Nos basaremos en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. En todo momento se mantendrá el anonimato de los participantes y se les informará de que pueden abandonar su colaboración en la investigación cuando deseen sin que ello represente ningún perjuicio en la atención recibida. Será necesario la firma del consentimiento de los participantes en el proyecto (Anexo 8).

Para realizar el proyecto de investigación será necesario solicitar permiso a la Dirección de Enfermería del ICGON y a la coordinación de la unidad y solicitar la aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica del HCB.

5.- DIFICULTADES Y LIMITACIONES

Las dificultades y limitaciones que nos podríamos encontrar podrían ser:

- Que las gestantes citadas en consultas no acudan a todas las sesiones programadas. La investigadora contactará con ellas para tratar de minimizar esta limitación.
- Que el parto se produzca antes de finalizar la intervención.
- Abandono del estudio por parte de las participantes.

6.- APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA

Este estudio permitirá a los profesionales mejorar su práctica clínica, procurando una mejor atención y cuidados a las gestantes con riesgo de parto pretérmino y a sus familias, así como disminuir su ansiedad.

Estas intervenciones enfermeras individualizadas pretenden proporcionar la información y educación sanitaria necesarias sobre el proceso de un embarazo de alto riesgo, los cuidados y necesidades de un recién nacido prematuro, resolver las dudas y dar soporte psicoemocional.

7.- PRESUPUESTO

Adquisición de bienes y contratación de servicios		
1	Material fungible	300€
2	Licencia del programa informático SPSS	600€
3	Ordenador portátil y licencia office	500€
4	Colaboración de estadístico para realizar el análisis	1200€
Congresos y difusión		
5	Inscripción a congresos	600€
6	Publicación del artículo (+ traducción)	1800€
Total del presupuesto		5000€

8.- CRONOGRAMA

	Año 2020						Año 2021					
	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago
Documentación y permisos												
Prueba piloto												
Recogida datos (Intervención)												
Captación de la muestra												
Análisis de datos												

	Año 2021				Año 2022							
	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago
Recogida datos												
Análisis estadístico												
Interpretación de resultados												
Difusión												

9.- BIBLIOGRAFÍA

1. Purisch SE, Gyamfi-Bannerman C. Epidemiology of preterm birth. *Semin Perinatol.* 2017;41(7):387–91.
2. Serrano V, Campos P. Asociación entre la ansiedad materna y el parto pretérmino en Lima, Perú. *Rev. Cubana Obstet Ginecol [Internet].* 2016 [citado 22 Nov 2018]; 42(3):309-20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2016000300006&lng=
3. Balakrishna R, Teixeira M. Early intervention for increased antenatal anxiety associated with fetal development risk. *Community Pract.* 2015 Apr;88(4):42-6.
4. Martínez JM, Rodríguez M. Contribución de la educación maternal a la salud maternoinfantil. *Revisión Bibliográfica. Matronas Prof.* 2014; 15(4): 137-41.
5. Torchin H, Ancel PY. Epidemiology and risk factors of preterm birth. *Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction.* 2016 Dec;45(10):1213-30. DOI: 10.1016/j.jgyn.2016.09.013.
6. Organización Mundial de la Salud. (2018). Datos y cifras de nacimientos prematuros, Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
7. Ashby B, Scott S, Lakatos P. Infant Mental Health in Prenatal Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews.* 2016;16(4):264-8.
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal estadístico del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>.
9. Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública; Indicadors de salut perinatal a Catalunya, 2017. Barcelona: 2018.

10. Yoshida S, Martines J, Lawn JE, Wall S, Souza JP, Rudan I, et al. Setting research priorities to improve global newborn health and prevent stillbirths by 2025. *Journal of global health*. 2016;6(1):010508.
11. Lawn JE, Blencowe H, Kinney MV, Bianchi F, Graham WJ. Evidence to inform the future for maternal and newborn health. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*. 2016;36:169-83.
12. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Agència de Salut Pública de Catalunya. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya 3^a ed Barcelona 2018.
13. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*. 2008;371(9606):75-84.
14. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics TACoO, Gynecologists. Practice bulletin no. 130: prediction and prevention of preterm birth. *Obstet Gynecol*. 2012;120(4):964-73.
15. McManemy J, Cooke E, Amon E, Leet T. Recurrence risk for preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;196(6):576 e1-6; discussion 6-7.
16. Edlow AG, Srinivas SK, Elovitz MA. Second-trimester loss and subsequent pregnancy outcomes: What is the real risk? *Am J Obstet Gynecol*. 2007;197(6):581 e1-6.
17. Romero R, Espinoza J, Kusanovic JP, Gotsch F, Hassan S, Erez O, et al. The preterm parturition syndrome. *BJOG*. 2006;113 Suppl 3:17-42.
18. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Mathews TJ, Osterman MJ. Births: final data for 2008. *Natl Vital Stat Rep*. 2010;59(1):1, 3-71.
19. Duque DAA, Souza MD, Fernandes BM, de Castro Fiedrich DB. Experiences of pregnant women assisted in secondary health care. *J Nurs UFPE on line [Internet]* 2016 [acceso 6 de junio de 2019];10(12):4612-8.
20. Dagklis T, Tsakiridis I, Chouliara F, Mamopoulos A, Rousso D, Athanasiadis A et al. Antenatal depression among women hospitalized due

- to threatened preterm labor in a high-risk pregnancy unit in Greece. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2017;31(7):919-25.
21. Newnham JP, Dickinson JE, Hart RJ, Pennell CE, Arrese CA, Keelan JA. Strategies to prevent preterm birth. *Frontiers in immunology*. 2014;5:584.
22. Sociedad Española de Neonatología
https://www.seneo.es/images/site/publicaciones/libros/Libro_Seg_RN1500.png
23. Dennis C, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. 2017;210(5):315-23.
24. Brunton R, Dwyer R, Saliba A, Kohlhoff J. Pregnancy anxiety: A systematic review of current scales. *Journal of Affective Disorders*. 2015;176:24-34.
25. Field T. Prenatal anxiety effects: A review. *Infant Behavior and Development*. 2017;49:120-8.
26. Yazdanimehr R, Omid A, Sadat Z, Akbari H. The Effect of Mindfulness-integrated Cognitive Behavior Therapy on Depression and Anxiety among Pregnant Women: a Randomized Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences*. 2016;5(3):195-204.
27. Janighorban, M., Allahdadian, M., Mohamadi, F., Dadkhah, A., Eslami, A. Need for Consultation and Training during Bed Rest in Women with High Risk Pregnancy Experience: a Qualitative Study. *International Journal of Pediatrics*, 2016; 4(5): 1705-14
28. Nagle K, Green J, Walker K. The link between brain development, neonatal outcomes and maternal stress states. 2020.
29. Nath S, Ryan E, Trevillion K, Bick D, Demilew J, Milgrom J et al. Prevalence and identification of anxiety disorders in pregnancy: the diagnostic accuracy of the two-item Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-2). *BMJ Open*. 2018;8(9): e023766.

30. Adhikari K, Patten S, Williamson T, Patel A, Premji S, Tough S et al. Assessment of anxiety during pregnancy: are existing multiple anxiety scales suitable and comparable in measuring anxiety during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2020:1-7.
31. Pisoni C, Garofoli F, Tzialla C, Orcesi S, Spinillo A, Politi P et al. Complexity of parental prenatal attachment during pregnancy at risk for preterm delivery. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2015;29(5):771-6.
32. Nakano Y, Oshima M, Sugiura-Ogasawara M, Aoki K, Kitamura T, Furukawa T. Psychosocial predictors of successful delivery after unexplained recurrent spontaneous abortions: a cohort study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004;109(6):440-6.
33. Fahlquist J. Experience of non-breastfeeding mothers. *Nursing Ethics*. 2014;23(2):231-41.
34. Kafalı H, Derbent A, Keskin E, Simavli S, Gözdemir E. Effect of maternal anxiety and music on fetal movements and fetal heart rate patterns. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2010;24(3):461-4.
35. Arranz A, García M, Montenegro G, Camacho A, Parés S, Goberna J, et al. La influencia del estrés o ansiedad de la gestante en el peso fetal o neonatal: revisión bibliográfica. *Matronas Prof*, 2017;18(2):69-77.
36. Rubertsson C, Hellström J, Cross M, Sydsjö G. Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Archives of Women's Mental Health*. 2014;17(3):221-8.
37. Göbel A, Stuhmann L, Harder S, Schulte-Markwort M, Mudra S. The association between maternal-fetal bonding and prenatal anxiety: An explanatory analysis and systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2018;239:313-27.

38. O'Connor T, Monk C, Fitelson E. Practitioner Review: Maternal mood in pregnancy and child development - implications for child psychology and psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013;55(2):99-111.
39. Estévez D. Las matronas y el cuidado de la salud mental perinatal. *Matronas Prof*. 2019;20(3):112-8.
40. Amorim TV, Souza IEO, Moura MAV, Queiroz ABA, Salimena AMO. Perspectivas de los cuidados de enfermería en el embarazo de alto riesgo: revisión integradora. *Enfermería Global*. 2017;16(2):500-14
41. Rodrigues A, Rodrigues D, Viana A, Cabral L, Da Silveira M. Cuidado de enfermagem na gestação de alto risco: revisão integrativa. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2016;15(3):472.
42. Dekens C, Fontaine C, Carpentier E, Barcat L, Gondry J, Tourneux P. Évaluation de l'anxiété maternelle liée aux modalités d'informations sur la prématurité chez les patientes présentant un risque d'accouchement prématuré. *Archives de Pédiatrie*. 2017;24(11):1076-82.
43. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Preterm Labour and Birth. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2015 Nov. (NICE Guideline, No. 25.)
www.nice.org.uk/guidance/ng25

10.- ANEXOS

ANEXO 1:

Recién nacidos pretérmino en Hospital Clínic de Barcelona en 2016-17.

Pretérminos en HCB en los años 2016-17	
Prematuros tardíos:	52%
Prematuros moderados:	20%
Muy prematuros:	15%
Prematuros extremos:	5%

ANEXO 2:

Factores de riesgo pretérmino

Factores de riesgo parto pretérmino	
Obstétricos	<ul style="list-style-type: none"> • Historia de parto pretérmino previo • Antecedente aborto segundo trimestre de la gestación (> 16 semanas) • Embarazo múltiple
Sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> • Hábito tabáquico • Bajo peso materno pregestacional (IMC <19.8) • Periodo intergenésico corto (periodo entre parto y concepción de la siguiente gestación <18 meses) • Raza afro-americana y afro-caribeña • Estrés materno

ANEXO 3:
Hoja de registro de datos

Antecedentes sociodemográficos				
Edad (años)	De 18 a 24	De 25 a 29	De 30 a 34	
	De 35 a 39	> 40		
Lugar de origen	Europea	Latinoamericana	Asiática	
	Magrebí	Africana	Otras	
Nivel de estudios	Sin estudios	Primarios	Secundarios	Superiores
Ocupación	Empleada	Autónoma	Ama de casa	
	Estudiante	No trabaja		
Familia	Sola	Pareja	Núcleo familiar	
	Otros			
Hábitos tóxicos	Tabaco	Alcohol	Drogas	
Ejercicio físico	Nunca	3-4 veces/mes	1-2 veces/semana	
	Diariamente	Preparación a la maternidad		Sí No
Antecedentes obstétricos				
Paridad	Término: ____	Pretérmino: ____	Abortos: ____	Vivos: ____
Patología de parto pretérmino				
	embarazos gemelares		Sí	No
	antecedentes de cirugía fetal		Sí	No
	historia de parto pretérmino previo		Sí	No
	diagnóstico de preeclampsia		Sí	No
	diagnóstico de retraso de crecimiento		Sí	No
	diagnóstico de amenaza parto prematuro		Sí	No
	diagnóstico de rotura prematura de membranas		Sí	No
Grado de riesgo de parto pretérmino			Alto	Muy alto
Semanas de gestación en las que se realiza la intervención				
	De 23 a 28 semanas	De 29 a 32 semanas	De 33 a 36 semanas	

ANEXO 4:

Inventario de Ansiedad de Estado-Rasgo (STAI)

(Validación española Seisdedos Cubero N., 1982)

Ansiedad- Estado

Instrucciones: A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1.-Me siento calmado	0	1	2	3
2.-Me siento seguro	0	1	2	3
3.-Estoy tenso	0	1	2	3
4.-Estoy contrariado	0	1	2	3
5.-Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6.-Me siento alterado	0	1	2	3
7.-Estoy preocupado por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8.-Me siento descansado	0	1	2	3
9.-Me siento angustiado	0	1	2	3
10.-Me siento confortable	0	1	2	3
11.-Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12.-Me siento nervioso	0	1	2	3

13.-Estoy desasosegado	0	1	2	3
14.-Me siento muy atado (como oprimido)	0	1	2	3
15.-Estoy relajado	0	1	2	3
16.-Me siento satisfecho	0	1	2	3
17.-Estoy preocupado	0	1	2	3
18.-Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19.-Me siento alegre	0	1	2	3
20.-En este momento me siento bien	0	1	2	3

Ansiedad- Rasgo

Instrucciones: A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1.-Me siento bien	0	1	2	3
2.-Me canso rápidamente	0	1	2	3
3.-Siento ganas de llorar	0	1	2	3
4.-Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
5.-Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
6.-Me siento descansado	0	1	2	3
7.-Soy una persona tranquila, serena, sosegada	0	1	2	3
8.-Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3

9.-Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
10.-Soy feliz	0	1	2	3
11.-Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
12.-Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
13.-Me siento seguro	0	1	2	3
14.-No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
15.-Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
16.-Estoy satisfecho	0	1	2	3
17.-Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
18.-Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
19.-Soy una persona estable	0	1	2	3
20.-Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

ANEXO 5:**ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF**

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted: haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

Sexo: Hombre Mujer

¿Cuándo nació? Día/ Mes/ Año

¿Qué estudios tiene? Ninguno Primarios Medios Universitarios

¿Cuál es su estado civil? Soltero/a Divorciado/a Separado/a
En pareja Casado/a Viudo/a

¿En la actualidad, está enfermo/a? Sí No
Si tiene algún problema con su salud, ¿Qué piensa que es?

_____ Enfermedad/Problema

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor **conteste todas las preguntas**. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida **durante las dos últimas semanas**. **Por** ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4.

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy Insatisfecha	Un poco insatisfecha	Lo normal	Bastante satisfecha	Muy satisfecha
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor 1 (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta que punto tiene la oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecha y cuánto, en varios aspectos de su vida.

		Muy Insatisfecha	Poco	Lo normal	Bastante satisfecha	Muy satisfecha
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las	1	2	3	4	5

	condiciones del lugar donde vive?					
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su ayuda

ANEXO 6:**ENCUESTA VALORACIÓN DEL PROGRAMA DE PREMATURIDAD**

Puntúe de 0 al 10 los siguientes ítems, considerando que 0 es nada y 10 es mucho.

1-¿Se sintió acompañada durante el proceso de su embarazo por la enfermera de prematuridad?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2- ¿Pudo hacer preguntas a la enfermera?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3- ¿La enfermera resolvió sus dudas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4- ¿Recibió información suficiente, clara y concisa en relación a los cuidados que necesitará su bebé cuando ingrese en la unidad neonatal?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5- Estar acompañada por una enfermera referente desde el diagnóstico de gestación de alto riesgo cree que ha podido contribuir en sentirse más tranquila y segura de sí misma?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6- ¿El realizar una visita a la unidad neonatal le ayudó a disminuir sus miedos y preocupaciones?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7- ¿Conocer los cuidados que necesitará su bebé cuando nazca le ayudó a resolver sus dudas y preocupaciones?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8- ¿Recibir información sobre lactancia materna y método canguro le ayudó para conocer los futuros cuidados que necesitará su bebé?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9- Cómo valora en general la atención recibida por parte de la enfermera de prematuridad?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10- Valore la atención recibida:

- **¿Qué le ha sido más útil del programa de prematuridad?**
.....
.....

- **¿Qué cree que faltaría añadir al programa de prematuridad?**
.....
.....



ANEXO 7:

HOJA INFORMATIVA

Título del estudio: Evaluación de la efectividad de un programa de intervención enfermera sobre el nivel de ansiedad en gestantes con alto riesgo de parto pretérmino.

Investigador principal: Olga Ros Pérez

Lugar: Hospital Clínico de Barcelona. Sede Maternidad

Participación voluntaria: La participación en el estudio es voluntaria y puede decidir abandonar su colaboración en cualquier momento, sin necesidad de justificación.

Propósito de la investigación: El propósito de este estudio de investigación es analizar la efectividad de un programa de intervención enfermera individualizado para ofrecer apoyo y educación sanitaria a las gestantes con el fin de disminuir la ansiedad en los embarazos con riesgo de parto pretérmino.

Beneficios de su participación en el estudio: Los resultados que se obtengan con la realización de este estudio nos ayudará a mejorar la calidad de nuestra atención, e implantar las medidas de mejora necesarias.

Procedimiento: Se solicitará su participación cumplimentando tres cuestionarios y acudiendo a visitas individuales. A través de cuestionarios estandarizados valoraremos los niveles de ansiedad a los que usted está expuesta durante el embarazo de riesgo.

Privacidad y confidencialidad: Los resultados obtenidos de este estudio de investigación serán utilizadas para la difusión científica. Sus datos serán tratados con la más absoluta confidencialidad según lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

ANEXO 8:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sra. con DNI:

Acepto participar en el estudio de investigación “Evaluación de la efectividad de un programa de intervención sobre el nivel de ansiedad en gestantes con alto riesgo de parto pretérmino”

- He leído y entiendo la hoja de información que se me ha entregado y he podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando desee sin necesidad de dar explicaciones y sin que repercuta en la atención recibida.
- Doy libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Lugar y fecha

Nombre y firma participante

Nombre y firma investigadora