



MEMORIA

Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO Y SALUD REPRODUCTIVA

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

PROGRAMA COORDINADO DE CUIDADOS EN LA PÉRDIDA GESTACIONAL

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- Nombre de la entidad: Gerencia de Atención Especializada de Ávila
- Domicilio social: Avda Juan Carlos I, s/n. 05071
- CCAA: Ávila
- Datos de contacto de la persona responsable del proyecto:
Nombre y apellidos: Maria Teresa Rioja Fernández
E-mail: medinapozal@gmail.com
Teléfonos: 920337293/635575053

4. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda.

	Estatal
	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
X	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

5. PERÍODO DE DESARROLLO

- Fecha de inicio: Primera intervención en 2011
- Actualmente en activo: Sí
- Prevista su finalización: Está prevista su continuidad como actividad asistencial e ir implementando actividades, recursos e iniciativas dentro del programa como líneas de mejora



6. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA	Calidad Asistencial y Gestión de servicios
	Formación de profesionales

7. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

En el año 2011, un grupo de matronas del Complejo Asistencial de Ávila tomamos conciencia de una necesidad que expresaban las mujeres/familias que atravesaban, o habían experimentado una pérdida perinatal. Al explorar el tema, se identificó una falta de conocimientos y de recursos para enfrentar la pérdida perinatal por parte de los/las profesionales implicados/as que atendían este tipo de situación. No existía una línea común de cuidados, no se conocía la comunicación verbal y no verbal que facilitaba una atención adecuada en estas situaciones, no se disponía de ninguna herramienta documental como referencia para los/las profesionales... Nos dimos cuenta de que se adoptaban actitudes poco adecuadas que nos generaban ansiedad, impotencia y frustración, lo cual comprometía nuestra competencia profesional.¹

Algunas de las matronas comenzamos a realizar cursos y talleres formativos y a adquirir capacidades para dar una mejor respuesta a este tipo de atención. Nuestro objetivo al iniciar este programa parte de una exploración previa sobre el tema, a través de la cual nos concienciamos en que acompañar y cuidar a los padres que han sufrido una pérdida no es algo que deba improvisarse. Por eso consideramos que la formación es la llave que nos permite a las/los profesionales de la salud gestionar de un modo constructivo el duelo perinatal.²

Con la formación recibida y los recursos aportados, se diseñó un material de apoyo inicial para el manejo de la pérdida perinatal.³ Gracias a ello, se han ido incorporando cuidados adecuados en

¹ Papel de la matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. Cad. Aten Primaria. 2013. Volumen 19. 113-117

² Gómez B. Eficacia de las intervenciones destinadas a madres y familiares tras una pérdida perinatal. Evidentia. 2005; 2(4): 91-5.

³ Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal. Umamanita; 2009.



estos procesos con la intención de favorecer una vivencia saludable del duelo en las familias y mejorar nuestra competencia y satisfacción profesional.⁴

Los lazos afectivos entre la madre y su futuro/a hijo/a se desarrollan conforme avanza la gestación, por lo que cabría esperar que el duelo fuera menor cuando la pérdida fetal se da en edades tempranas de gestación. No obstante, los estudios indican que no existe relación entre la intensidad del duelo y la duración del embarazo en el momento de la pérdida. Por ello, actualmente consideramos que no hay que excluir a los abortos como procesos susceptibles de duelo disfuncional y considerar el síndrome post aborto en la mujer o dentro de la pareja.⁵

Así, nuestro programa incluye a partir de ahora, la atención a las pérdidas acaecidas en cualquier momento del embarazo, adaptando los cuidados que se ofrecen a la edad gestacional en la que se produce el suceso, con el objetivo último de ofrecer la atención especial que requiere cada una de las pérdidas. Y siempre individualizando el procedimiento de atención a cada proceso, de acuerdo a las circunstancias personales de la mujer/pareja.

Otro aspecto que hemos incluido en el plan de cuidados de nuestro programa es la atención al padre que sufre la pérdida. Hasta el momento, la atención se ha centrado en la mujer, considerando que debía ser la principal destinataria y dejando al padre en un segundo plano como mero acompañante. Creemos fundamental que ambos sean objeto de los cuidados, ya que el padre sufre de igual modo la pérdida y relegarle a un papel de acompañante o de apoyo para la mujer, le deja en una situación de desigualdad. Por lo tanto, el programa pretende ofrecer un enfoque de género acorde a la normativa vigente sobre igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.

Estos años previos en los que hemos ido incorporando progresivamente cuidados específicos en las situaciones de muerte perinatal, nos han servido para sensibilizarnos sobre el carácter multiprofesional que implica la atención a este tipo de fenómenos y como incentivo para redactar una guía de cuidados en la que apoyarnos y coordinarnos todos y todas los/las

⁴ JM. Experiencias y vivencias de los padres y profesionales ante la pérdida perinatal. Biblioteca Lascasas. 2007; 3(1): 1-27.

⁵ Plan de cuidados de enfermería para la pérdida perinatal y el aborto. Cristóbal Rengel Díaz. Enfermería Docente 2010;91:37-43



profesionales sanitarios implicados/as en ambos niveles de atención, (primaria y especializada), así como con grupos de población sensibilizados y/o que participan en su manejo.⁶⁷⁸⁹

Además, a través de un cuestionario referente a este tipo de situaciones, pudimos conocer la opinión/percepción de los diferentes perfiles profesionales que atienden estas situaciones en nuestro centro hospitalario.

Después de consultar con el servicio de codificación y de anatomía patológica, pudimos constatar que el número de pérdidas gestacionales acaecidas en nuestro centro de referencia desde el año 2011, suponen un total de 410. La mayoría de ellas corresponden a abortos.

Las situaciones de pérdida gestacional atendidas desde entonces hasta la actualidad por parte de las matronas, suponen un total de 16, que son las que aparecen registradas en el libro de partos por corresponderse con las de más de más de 500 gramos y/o 22-24 semanas de gestación. Por lo tanto, nuestra práctica ha ido dirigida a todas las situaciones de pérdida gestacional con estos criterios, contemplando la oferta de cuidados basados en la evidencia en todos los casos. Si bien, se han respetado al máximo cuestiones éticas y culturales, favoreciendo la autonomía y libre elección de la mujer/pareja en la toma de decisiones respecto a dichos cuidados.

Las matronas prestamos también cuidados en las situaciones de aborto que se atienden en el servicio, pero la incorporación de un abordaje especial, por ser posterior, aún no puede evaluarse.

⁶ García-Martínez C, Yagüe-Frías A. Duelo perinatal. Revista de Enfermería. 1999; 10: 17-20.

⁷ Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. Revista de la Asociación de Neuropsiquiatría 31(109):53-70,

⁸ La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. Sonia María Pastor Montero. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.19 no.6 Ribeirão Preto Nov./Dec. 2011

⁹ Atención Profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Pedro Santos redondo. Servicio Extremeño de Salud, 2015



OTRA BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES CONSULTADAS.

Pastor-Montero S, Vacas-Jaén AG, Rodríguez-Tirado MB, Macías-Bezoya Montalvo G. Muerte perinatal y el proceso de duelo. Cambios-Órgano oficial de difusión científica. 2004; 3(6): 167-170.

García-Martínez C, Yagüe-Frías A. Duelo perinatal. Revista de Enfermería. 1999; 10: 17-20.

Consejería de Sanidad y Consumo. Mortalidad perinatal e infantil en la región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.

OMS. Neonatal and perinatal mortality, Country, regional and global estimates, 2004. Ginebra: OMS; 2007.

Actuación de la Matrona ante la muerte perinatal. Protocolo asistencial. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Marzo 2011

<http://www.umamanita.es>

<http://www.petitsambllum.org>

<http://www.alfinlibros.com>

8. OBJETIVOS

Objetivo General:

Mejorar la asistencia prestada por los/las profesionales a la mujer, su pareja y familia ante situaciones de pérdida perinatal para favorecer la elaboración de un duelo saludable.

Objetivos específicos:

1. Dotar de una herramienta útil a los/las profesionales implicados/as en el proceso obstétrico ante una situación de pérdida perinatal
2. Consensuar pautas de actuación con los/las profesionales de otras unidades sanitarios y no sanitarios.
3. Promover la formación de profesionales.
4. Mantener comunicación con grupos de población implicados/afectados
5. Incluir a la pareja en el plan de cuidados, dotando de un enfoque de género al proceso.
6. Mejorar los cuidados ofrecidos en la pérdida gestacional.

9. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

La población diana está formada por las mujeres/pareja que sufren una pérdida en cualquier momento de la gestación en el área de salud de Ávila. Los/las profesionales implicados son las matronas de atención primaria y especializada y el resto de profesionales sanitarios y no sanitarios implicados en la atención del proceso: obstetras, pediatras, personal de enfermería, administrativos, celadores, personal de limpieza...



10. METODOLOGÍA

Desde hace varios años se vienen realizando cursos y talleres formativos por parte de las matronas en relación al duelo perinatal. Asimismo, recopilando recursos y recomendaciones para atender en el paritorio, de forma adecuada, las pérdidas gestacionales tardías. Este tipo de cuidados se comienzan a ofrecer paulatinamente desde el año 2011 por parte de las matronas, que desde entonces, han atendido a 16 mujeres. Desde la incorporación de cuidados para la mejora de la atención, se ha constatado una evolución favorable en la calidad asistencial prestada, ya que se incorporan cuidados que según la actual evidencia disponible, favorecen la elaboración de un duelo saludable en la mujer/pareja. Secundariamente, el programa ha supuesto una mejora en la competencia y satisfacción profesional de los/las implicados/as en los cuidados de estos procesos. No hay que obviar que este tipo de abordaje implica un gran impacto emocional para las personas que prestan cuidados. Asimismo se ha evidenciado la necesidad de coordinar los cuidados con el resto de perfiles profesionales implicados/as y de formalizar un documento común para unificar la atención prestada.

PLAN DE ACCIÓN

- Formación y capacitación continuada de algunas de las matronas, asistiendo a cursos/talleres organizados por asociaciones profesionales, congresos, sindicato profesional y desde el propio centro de referencia.
- Incorporación paulatina de cuidados en la atención prestada durante los años previos a la elaboración del documento formalizado
- Entrevista con diferentes perfiles profesionales y con familias afectadas para conocer su opinión/percepción antes de la elaboración del documento final
- Para la elaboración del documento se realiza una búsqueda bibliográfica y dos de las matronas del servicio asisten a un curso formativo en Segovia para actualizar conocimientos, habilidades y recursos.
- Se incluye el tema de la pérdida perinatal en una jornada formativa ofrecida por nuestro centro hospitalario en la plataforma Fosa de la Gerencia regional, que fue impartida por los residentes de matrona de nuestro dispositivo docente y dirigida a los/las profesionales de diferentes perfiles, tanto de primaria como de especializada
- Dos de las matronas recopilan y seleccionan el material disponible y redactan el documento de cuidados.
- Se realiza una revisión por diferentes perfiles profesionales: enfermeras de planta de hospitalización, auxiliares de enfermería del servicio de partos y planta de hospitalización,



residentes de matrona, obstetras, así como matronas de atención especializada y primaria.

- Se contacta con perfiles no sanitarios: administrativos, celadores y limpieza para conocer su percepción, opinión y aportaciones.
- Se acuerda una sesión clínica multiprofesional e interniveles para presentar el documento.
- Para recabar información sobre el proceso vivido por parte de las mujeres usuarias/parejas, se contacta con familias que desde 2011 habían sufrido pérdidas y sido atendidas en nuestro centro, para contemplar sus experiencias, aportaciones y sugerencias.
- Se contacta con grupos de apoyo y matronas expertas para la formación de un grupo de apoyo en la ciudad de Ávila y para poder ofrecer recursos a las familias afectadas
- Se elaboran dípticos informativos para abortos y pérdidas fetales con sitios y recursos de ayuda para la mujer/familia. Pendiente de aprobación y edición por parte de la comisión de cuidados del centro de referencia.
- Se elabora el material para señalización y recomendaciones para profesionales.
- Se concreta la forma de registro del programa para posteriores evaluaciones.
- Se envía el documento definitivo a la comisión de cuidados del Complejo Asistencial de referencia. Está pendiente de su aprobación y edición.
- Recogida de resultados de la atención prestada desde el 2011 hasta el momento de presentación de esta memoria y del plan de acción para implantar el programa coordinado.
- Actualmente se continúa con la incorporación paulatina de mejoras en el programa coordinado de cuidados.

EI DOCUMENTO DE CUIDADOS INCLUYE

- Procedimiento para la atención de las pérdidas de menos de 20 semanas o menos de 500 gramos de peso y un segundo procedimiento para las pérdidas que superan este límite
- Recomendaciones para los profesionales que van a llevar a cabo ambos procedimientos de cuidados y dípticos informativos para familias
- Plan de seguimiento y una entrevista a largo plazo para valorar la situación de duelo y posibles sugerencias y aportaciones de los padres ante la atención recibida para establecer líneas de mejora.
- Anexos: señalización para utilizar en caso de pérdidas tardías, datos y registros que deben recogerse para la evaluación continuada del programa, burocracia y documentación específica, dípticos para padres con Información sobre redes y grupos de apoyo

11. EVALUACIÓN

INDICADORES

Indicadores de proceso

- Formación de profesionales:
 - N° de cursos/talleres específicos realizados por las matronas del servicio
 - N° de matronas que han realizado cursos/talleres específicos/n° total de matronas del servicio
 - N° de actividades formativas relacionadas ofrecidas por el centro de referencia
- Coordinación:
 - se establecen referentes del programa y se organizan reuniones de coordinación periódicamente para consensuar pautas de actuación
 - se contacta con nivel de atención primaria para consensuar actuaciones
- Contactos con grupos de interés:
 - Contactos con asociaciones o grupos de apoyo
 - Contactos con personas afectadas y atendidas en nuestro servicio
- Redacción de un documento que contemple el programa de cuidados dirigido a los/las diferentes perfiles profesionales

Indicadores de resultado

- Cobertura del programa:
 - N° total de casos de pérdidas perinatales/ no total de casos pérdida a los que se aplicaron cuidados especiales
- Resultado de la implantación de cuidados
 - N° de mujeres que recibieron anestesia epidural durante el proceso
 - N° de mujeres a las que no se practicó episiotomía
 - N° de mujeres a las que se entregó recuerdos de su hijo/a (huellas, fotografía, gorrito, pulsera...)
 - N° de mujeres que recibieron acompañamiento continuado por parte de su pareja
 - N° de mujeres/parejas que permanecieron en una sala individual/entorno favorable durante el proceso
 - N° de mujeres y/o familias a las que se ofreció ver/tocar a la criatura tras el parto
 - N° de mujeres a las que se asignó una habitación individual en la planta
 - N° de mujeres/familias que permanecieron con la criatura fallecida durante el puerperio inmediato
 - N° de mujeres a las que se proporcionaron recomendaciones para padres e información sobre recursos (lecturas/webs) y grupos de apoyo



RESULTADOS

1. Indicadores de proceso

- 6 cursos/talleres específicos realizados por las matronas del servicio hasta el momento
- 9 Matronas han realizado cursos/talleres específicos/ 12 matronas del servicio
- 2 actividades formativas relacionadas ofrecidas por el centro de referencia
- 3 reuniones de coordinación mantenidas en el último año
- 1 puesta en común con matronas de atención primaria en el último año.
- 9 referentes de coordinación: una auxiliar de enfermería del servicio de paritorio, una enfermera de la planta de hospitalización con especialidad de matrona, una especialista del servicio de anatomía patológica, una obstetra, dos matronas del servicio de paritorio, dos matronas de atención primaria, una mujer con experiencia previa en duelo perinatal atendida en nuestro servicio.
- Contactos con asociaciones o grupos de apoyo: SI
- Contactos con personas afectadas y atendidas en nuestro servicio: SI
- Redacción de un documento para la coordinación de cuidados: SI

2. Indicadores de cobertura e implantación

- 16 casos de pérdidas perinatales/ 16 casos a los que se aplicaron cuidados especiales
- 10/16 mujeres recibieron anestesia epidural durante el proceso
- 12/16 mujeres no se les practicó episiotomía
- 12/16 mujeres se entregaron recuerdos
- 16 mujeres recibieron acompañamiento continuado por parte de su pareja
- 16 de mujeres/parejas en una sala individual/entorno favorable durante el proceso
- 16 de mujeres y/o familias a las que se ofreció ver/tocar a la criatura tras el parto
- 4 mujeres/familias permanecieron con su criatura fallecida durante el puerperio inmediato
- 16 mujeres a las que se asignó una habitación individual en la planta
- 6/16 mujeres se les proporcionó información sobre recomendaciones para padres e información sobre grupos de apoyo/ lecturas/webs



3. Resultados del cuestionario de opinión para profesionales sobre los cuidados prestados en relación al duelo (ANEXO 1)

4. Resultados de las reuniones mantenidas con familias afectadas

Se han mantenido entrevistas con tres familias afectadas y atendidas en el período indicado. Muestran satisfacción con la atención recibida y coinciden en la necesidad de mejorar la continuidad de la atención al alta hospitalaria y de disponer de recursos, como grupos de apoyo en el proceso de duelo.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las actitudes y conductas del personal sanitario tienen consecuencias directas sobre la familia. El nivel de satisfacción profesional por la atención prestada para afrontar una situación de duelo está condicionado por el contexto organizacional o el medio ambiente en el que la atención fue prestada.

Es mayor cuando:

- Se ha ofertado una atención primaria de apoyo sensible,
- Se ha mostrado flexibilidad,
- Las necesidades individuales han sido abordadas,
- La situación ha sido tratada en un ambiente de comprensión,
- Se ha favorecido la creación de recuerdos especiales, y
- Se ha escuchado y compartido la pena.

El nivel de satisfacción es menor cuando:

- Se sienten abrumada/o emocionalmente,
- Cuando existen dificultades para comunicarse abiertamente y compartir información con las mujeres/parejas
- Cuando existe un compromiso emocional e imposibilidad de asegurar un apoyo continuo en la atención.

La atención integral a la familia sólo se puede lograr cuando los profesionales tienen sus necesidades de formación atendidas. De lo contrario, el cuidado de una familia que ha experimentado una muerte perinatal crea una situación de estrés entre el personal sanitario difícilmente abordable y que favorece la adopción de conductas de evasión y elusión del tema.



En cuanto a la formación de profesionales, se establecen como líneas de mejora:

- Disponer del documento de coordinación ya elaborado y pendiente de aprobación por la comisión de cuidados del centro de referencia. Este documento pretende ser una herramienta para favorecer la continuidad y consenso en los cuidados prestados en relación al duelo y además ser un recurso que favorezca la competencia de las/los profesionales en estas situaciones.

- Disponer de talleres/sesiones formativas multiprofesionales de forma periódica.

En cuanto a la coordinación se establecen como líneas de mejora:

- Sistematizar reuniones multiprofesionales e interniveles de forma periódica
- Contactar con la matrona de atención primaria al alta hospitalaria en las pérdidas tardías y en cual las que se detecte necesidad de seguimiento.
- Conocer la valoración, aportaciones y sugerencias de las familias afectadas en relación a la atención recibida a través de la entrevista disponible en el documento
- Formación de un grupo de apoyo en la ciudad de Ávila

La posibilidad que ofrece mantener comunicación a nivel poblacional a través del seguimiento de las familias afectadas y con grupos de apoyo, posibilita el establecimiento de líneas de mejora adaptadas a las necesidades y demandas de las personas.

Teniendo en cuenta los cuidados en paritorio que favorecen un duelo saludable, los resultados de cobertura e implantación del programa evidencian lo siguiente:

- Se asegura un entorno adecuado, acompañamiento y habitación aislada en todas las situaciones.
- Se ofrece ver y/o tocar a la criatura en todos los casos, ya que todo el personal conoce que este aspecto favorece la elaboración del duelo. Únicamente en cuatro casos la familia ha permanecido con la criatura durante el puerperio inmediato en paritorio, ya que es una opción ofrecida de más reciente incorporación. Posiblemente no todas las parejas lo deseen, pero se ha constatado, por la evidencia disponible, que es una medida que reconforta a las familias y que posibilita la asistencia religiosa, si la demandan.
- Se ofrece analgesia en todos los casos, preferentemente epidural, tal y como la bibliografía recomienda. De las seis mujeres que no la tuvieron, tres acudieron en período expulsivo o alumbramiento, una fue una cesárea urgente, una tenía problemas de coagulación y otra la rechazó. En tres de estos casos, para el manejo del dolor se utilizaron sedantes y opiáceos. Hay que tener en cuenta que es contraproducente una sedación excesiva por



que favorece la pérdida con la realidad y esto interfiere en la posterior elaboración del duelo. Por lo tanto, es una medida que debemos tener en cuenta en el futuro.

- Sólo se han tenido que realizar dos episiotomías en las situaciones atendidas. Teniendo en cuenta la cesárea y partos precipitados/extrahospitalarios, es una medida que se tiene en cuenta sistemáticamente para favorecer la recuperación física en estas situaciones donde el aspecto emocional es tan impactante.
- Se facilita algún tipo de recuerdo a las familias en todos los casos, exceptuando pérdidas muy precoces, que se corresponden con el impreso de las huellas de la criatura y su pulsera identificativa. Se ha ido incorporando en los casos más recientes, añadir el gorrito de la criatura con su nombre, un mechón de pelo, fotografía...atendiendo al deseo individual de los padres. En este sentido, se debe registrar adecuadamente el tipo de recuerdos facilitados y en caso de que la familia no desee disponer de ellos en el momento del nacimiento, reservarlos en la historia clínica, ya que en muchos casos pueden desear recuperarlos posteriormente. Posiblemente y ante la petición de una de las familias de una fotografía días después del suceso, el servicio de anatomía patológica, realizará fotografía de forma sistemática a todas las criaturas fallecidas para disponer de ella en la historia.
- Sólo en tres de los casos se facilita a los padres información escrita sobre recomendaciones para el duelo, recursos y grupos de apoyo. El documento elaborado recientemente, con un díptico específico para padres, asegura que se tenga en cuenta esta medida a partir de ahora.

Como líneas de mejora en la prestación de cuidados, se han establecido:

- Evitar la sedación excesiva en los casos en que la analgesia epidural no se realice
- Ofrecer permanecer con la criatura durante el puerperio inmediato
- Facilitar la información escrita a las familias al alta a través de los dípticos elaborados
- Incorporar cuidados especiales en las pérdidas que corresponden a los abortos, tal y como se contempla en el documento elaborado, incluyendo aspectos tanto físicos como emocionales y teniendo en cuenta que el duelo, tal y como evidencian los estudios actuales, no se limita a ninguna edad gestacional.
- Mejorar el sistema de registro de los cuidados prestados, incluyendo los prestados en los abortos.



El abordaje multiprofesional de la pérdida perinatal es fundamental. En nuestro centro hospitalario hay una sensibilización en este sentido, como lo demuestra el hecho de que actualmente se está trabajando en la actualización para la atención médica, legal y burocrática de la pérdida perinatal. Dicha actualización, coordinada por los servicios de anatomía patológica, pediatría y obstetricia, se encuentra en fase de finalización y ha incluido, como algoritmo, el documento de cuidados que aquí se presenta.

Esta práctica se plantea como una actividad ilimitada en el tiempo, susceptible de revisiones periódicas para incluir mejoras y que no requiere recursos diferentes a los ya existentes. La implantación de cuidados adecuados que favorezcan un duelo saludable es una práctica rentable, puesto que previene en la mujer pareja manifestaciones patológicas, tal y como demuestra la evidencia. Se incide de este modo en aspectos que deben ser prioritarios en los sistemas sanitarios, como son la promoción y prevención, se mejora la calidad asistencial y se evitan gastos innecesarios derivados de situaciones patológicas.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados al buscador o plataforma de difusión diseñada para difundir las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimenta el buscador o plataforma de difusión a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.