

### **Cómo citar este documento**

Vázquez González, Antonia; Aponte Tomillo, Inmaculada; Moya Meléndez, Raquel; Nuño Morales, Pastora; Pérez Torres, Ignacio. Información a la familia del paciente traumatológico grave. Biblioteca Lascasas, 2013; 9(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0736.php>

## **INFORMACIÓN A LA FAMILIA DEL PACIENTE TRAUMATOLÓGICO GRAVE**

### **AUTORES**

Antonia Vázquez González, Inmaculada Aponte Tomillo, Raquel Moya Meléndez, Pastora Nuño Morales, Ignacio Pérez Torres

### **CENTRO DE TRABAJO**

U.G.C. Cuidados Críticos y Urgencias, H.U. Virgen del Rocío, Sevilla, España.

### **RESUMEN**

En el ámbito de las emergencias, el personal sanitario se ve con frecuencia expuesto a situaciones complejas en el que la información, la comunicación y el consentimiento de los pacientes no se pueden llevar a cabo por las características de éstos y por la ausencia de familiares. La Ley de Autonomía del Paciente reconoce el derecho al paciente y/o familiar a ser informado en cualquier ámbito de la asistencia sanitaria. Por ello se plantea la realización de un estudio para conocer las características de la información que se da a los familiares del paciente traumatizado grave (TG) en las urgencias de este hospital, cómo se da esa información, dónde, la conducta y las expectativas de la familia ante esta situación, sus demandas, etc.

Palabras claves: Información, atención, urgencias, paciente traumatizado grave.

## 1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA DE ESTUDIO

Los Servicios de Urgencias Hospitalarios se han convertido en uno de los servicios públicos sanitarios más demandados de nuestra sociedad actual. El hospital de Traumatología y Rehabilitación del HU Virgen del Rocío, tiene una unidad de urgencias muy especializada, en ella se atienden a pacientes con patologías pertenecientes a las especialidades de traumatología, neurocirugía, cirugía maxilofacial, cirugía plástica y rehabilitación. Es un hospital de tercer nivel y hospital referente en neurotraumatología y cirugía plástica en el ámbito de grandes quemados. La Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias de Adultos de Traumatología, atiende desde patologías banales hasta al paciente emergente, es decir, con riesgo vital inminente. Están dotadas con grandes recursos materiales y su personal sanitario tiene estrechamente establecido su mapa de competencias para desarrollar su labor asistencial.

La actividad asistencial en el hospital de Traumatología en cuanto a la atención urgente es muy elevada, en la Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias en el año 2010 se atendieron un total de 82.096 pacientes, con una media diaria de 224 pacientes. Dentro del total de urgencias del año 2010, como actividad más significativa la Unidad de Urgencias, es la atención a pacientes con riesgo vital inmediato en la Sala de Emergencias, que corresponde a 761 pacientes.<sup>1</sup>

La atención a estos pacientes, por su riesgo vital emergente, se hace compleja. La actuación sanitaria se realiza adaptándose a las pautas y criterios de calidad definidos en el Proceso Asistencial Integrado del Trauma Grave de la Consejería de Salud.<sup>2</sup> En este proceso se reflejan todas las actuaciones sanitarias que se deben de realizar para disminuir la morbi-mortalidad del paciente crítico traumatológico y garantizar una adecuada calidad de la atención prestada. Nuestro hospital está altamente cualificado técnicamente para atender a estos pacientes.

El Proceso Asistencial Integrado del Trauma Grave no solo incluye al paciente en sí, debe incluir la atención a la familia, sobre todo en momentos de vulnerabilidad en casos de pacientes emergentes. Esta situación de atención a la familia del paciente con Trauma Grave no se encuentra protocolizada en las Unidades de Urgencias o Emergencias Traumatológicas del HU Virgen del Rocío. La información a la familia constituye una de las situaciones más difíciles o estresantes a las que se enfrentan los profesionales sanitarios de la Unidad de Gestión en la atención al paciente emergente.

La ley de Autonomía del Paciente reconoce el derecho al paciente y/o familiar a ser informado en cualquier ámbito de la asistencia sanitaria.<sup>3</sup> En el ámbito de las emergencias, el personal sanitario se ve con frecuencia expuesto a situaciones complejas en el que la información, la comunicación y el consentimiento de los pacientes no se pueden llevar a cabo por las características de éstos y por la ausencia de familiares.

Estos pacientes son trasladados desde el lugar del accidente por un equipo de emergencias extrahospitalario, normalmente inconsciente y sin identificar.

El Servicio de Atención al Usuario (SAU) es el encargado de localizar a los familiares por vía telefónica o a través de las fuerzas de seguridad del estado.

La familia cuando llega al hospital, situación con un abanico amplio en función del desplazamiento, presenta un cuadro de ansiedad e incertidumbre muy elevado por la falta de información, ya que el SAU únicamente les comunica, previa aseguración de la identidad del paciente, que un familiar suyo ha tenido un accidente y se encuentra ingresado en el hospital.

El SAU indica a los familiares del paciente con Trauma Grave, que aguarden en la sala de espera hasta que el médico termine de asistir al paciente traumatizado grave y pueda ofrecerles alguna información.

Una vez estabilizado el paciente en la Sala de Emergencias, es trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos o al quirófano, en un tiempo aproximado de 45 a 90 minutos después del ingreso, el médico responsable de la atención inicial al paciente con Trauma Grave informa a los familiares sobre el proceso, causas, diagnóstico provisional y actitud terapéutica inmediata.

Esta información tiene lugar de manera indistinta, en función de la disponibilidad de consultas, horarios, demanda asistencial, etc., en una consulta médica o en el propio pasillo de la Sala de Emergencias. Los contenidos y el desarrollo del proceso de información son variables en función de las habilidades, empatía, sensibilidad, etc. del profesional encargado de informar a la familia. Ante esta situación, la información y el manejo adecuado de esta familia es importante para tratar al paciente en su integridad.

Una vez informados se indica a la familia que pase a la sala de espera del servicio correspondiente.

Los Servicios de Urgencias presentan unas características especiales siendo la principal de éstas, el carácter súbito e imprevisto con que sobreviene la enfermedad y su desenlace, lo cual lleva consigo una gran carga emocional en sus allegados, que necesariamente influyen en cómo se deben dar las malas noticias. La calidad de la información emitida, malas noticias, al ser el servicio que es, entraña una serie de dificultades que requieren un conjunto de actitudes y habilidades para informar adecuadamente al acompañante o familiar del paciente.<sup>4</sup>

Nomen D, define mala noticia como “aquella información (un diagnóstico negativo, las consecuencias de un grave accidente, la muerte o amputación de algún miembro...) capaz de alterar de manera drástica la visión que un persona puede tener respecto a su futuro”.<sup>5</sup>

Las palabras y actitudes del personal de urgencias tienen una enorme trascendencia en los familiares durante el proceso de la información, ellos prestan gran atención a qué se les dice, como se les dice y con frecuencia recordaran esas palabras toda su vida. Se ha descrito que son varios factores los más importantes a la hora de dar malas noticias: la actitud del médico, la claridad del mensaje, el tiempo empleado en la información y el espacio físico donde se informa.<sup>6</sup>

Otro aspecto de importancia a la hora de informar es la edad del paciente, no presenta las mismas características atender a un anciano, que no suelen pedir mucha información y lo aceptan como final de su ciclo de vida, que atender a una persona joven politraumatizada que se teme por su vida o que pueda sufrir grandes secuelas.<sup>7</sup>

El personal sanitario, a lo largo de su formación profesional, pre y postgrado, no se ha previsto de una formación específica en comunicación, esto se traduce en una tarea compleja y desagradable, fuente de ansiedad. Esto ha conllevado, entre otras cosas, a un aumento de reclamaciones en los servicios de urgencias relacionadas con la calidad de la información.<sup>8</sup>

Según el estudio de Berta Ortiga, el segundo motivo de reclamaciones en los servicios de urgencias corresponde a la insatisfacción con la asistencia (trato e información), solamente precedido por la demora en los tiempos de atención.<sup>9</sup>

La comunicación eficaz requiere formación, un esquema de funcionamiento bien definidos y comprometido por parte de todos los profesionales implicados.<sup>10</sup> Jones y Buttery<sup>11</sup> indicaban, que las personas prefieren que sean una enfermera quién se haga cargo de este tipo de comunicación. Bibliografías y expertos opinan que debe ser el médico el encargado de dar este tipo de información por su responsabilidad y pronóstico sobre el diagnóstico del paciente.<sup>12</sup>

En la bibliografía encontramos que la American Hospital Association, da una serie de directrices para informar del estado del paciente.<sup>13</sup>

Los oncólogos Walter F, Baile, Robert Buckman y colaboradores, elaboran un protocolo para comunicar malas noticias.<sup>14</sup>

Existen otros estudios que hablan de la comunicación e información de malas noticias de familiares de pacientes en UCI, oncológicos, etc.<sup>14-16</sup> pero hay muy poco escrito sobre la transmisión de la información a la familia del paciente grave en las urgencias hospitalarias.

Para poder ofrecer una información adecuada, con un enfoque humano y protocolizado como el elaborado por Baile-Buckman, antes citado, y en un entorno que garantice la intimidad de los familiares que han de recibir una mala noticia,<sup>17-20</sup> y que venga a cumplimentar las expectativas que manifiestan los familiares de pacientes con Trauma Grave, según se recoge en el Proceso Asistencial Integrado del Trauma Grave:<sup>2</sup>

-Que me informen adecuadamente, en un despacho y de forma clara, con mayor frecuencia durante las primeras horas del ingreso, así como en los momentos críticos y siempre que haya un cambio de la situación clínica y/o de la ubicación.

-Permanecer con el paciente siempre que sea posible.

-Información y facilitación de los trámites burocráticos (administrativos, legales y laborales).

-Que me permitan aportar información que considere importante.

-Que me informen de lo que tiene mi familiar, de su gravedad y de las pruebas que se le van a realizar.

Es necesario en primer lugar disponer de información básica sobre el proceso de información en emergencias del Trauma Grave y conocer la opinión de los familiares del mismo.

Por ello se plantea la realización de un estudio para conocer las características de la información que se da a los familiares del paciente traumatizado grave en las urgencias de este hospital, cómo se da esa información, dónde, la conducta y las expectativas de la familia ante esta situación, sus demandas, etc.

A partir de la información que se obtenga, se pueden derivar hipótesis de trabajo que nos permitan en un segundo tiempo elaborar protocolos sobre esta materia que garanticen pautas de actuación para dar, de manera más humana y eficaz una mala noticia, aprendiendo de la misma manera habilidades de comunicación que puedan mejorar significativamente esta tarea.

## 2. BIBLIOGRAFÍA

1. Memoria 2010. HHUU Virgen del Rocío. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;2011.Disponible en:  
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hhuuvr/extranetservicioandaluzdesalud/hhuuvr/extranet/cmshuvr2/galerias/documentos/hospital/memorias/2010.pdf> [Consulta: 1 de Octubre 2011]
2. Muñoz Sánchez MA, Rodríguez Díez A, Castañeda Guerrero M, Echevarría Ruiz de Vargas C, Fernández Cubero JM, García Tello C et al. Atención al Trauma Grave .Proceso Asistencial Integrado. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2006.
3. Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE, num. 274, (15-11-2002).
4. Núñez S, Marco T, Burillo-Putze G, Ojeda J. Procedimientos y habilidades para la comunicación de malas noticias en urgencias. Med Clin (Barc), 2006; 127(15):580-3.
5. Nomen D. Los procesos comunicativos. En: Nome, L. Tratando el proceso de duelo y demorar. Barcelona: Pirámide; 2008.
6. Kozzier B, Erb G, Wilkinson J. Fundamentos de Enfermería. México: McGraw-Hill; 1999.
7. Llubia C, Canet J. Unidades de Cuidados Críticos: la difícil tarea de la información. Med Clin (Barc). 2000; 114 (4):114-3.
8. García Díaz F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. Med Intensiva. 2006; 30:452-9.
9. Ortiga B, Salazar A, Masip J, Rodríguez E, Escarrabill J, Corbella J. Reclamaciones en un servicio de urgencias: estudio de 13 años en un hospital universitario. Rev Calidad Asistencial. 2006; 21(1):25-30.
10. Jagim M. 1 - La comunicación en el servicio de urgencias. In: Lorene N, Ms, Rn, Cen, Laura M. Criddle MRCCCC, eds. Sheehy. Manual de urgencia de enfermería (Sexta edición). Madrid: Elsevier España, 2007:3-14.

11. Buttery JI. Sudden Death: survivors' perceptions of their emergency department experience. *Journal of Emergency Nursing*. 1981;7:14-17.
12. Calero Martín de Villodres, P. Compartir las malas noticias. *Index de Enfermería*. 2011; 20(1-2):130.
13. Hughes G. Practice brief. Defining the designated record set. *J Ahima. American Health Information Management Association*. 2003 Jan; 74(1):64A-64D.
14. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP, SPIKES-A sixstep protocol for delivering bad news: Applications to the patients with cancer. *The Oncologist* 2000; 5: 302-311.
15. Carrillo Esper R, Contreras Carreto NA, Remolina Schlig M, Ramírez Rosillo FJ. Comunicando malas noticias en la Unidad de Terapia Intensiva "Premium non nocere". *Medicina Crítica y Terapia Intensiva*. 2007, oct-dic; XXI(4):194-199.
16. Villa López B. Recomendaciones sobre como comunicar malas noticias. *Nure investigación*. 2007, nov-dic; 31. Disponible en: [http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/pdf\\_protocolo\\_31.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/pdf_protocolo_31.pdf) [Consulta: 20 de Septiembre de 2011].
17. Plowright CL. Needs of visitors in the intensive care unit. *Br J Nurs*. 1995; 4(18): 1081-3.
18. Kuttner, L. Talking with families when their children are dying. *Med Principles and Practice* 2007;16(suppl 1);16-20.
19. Carter BS. *Palliative Care for Infants, Children and Adolescents*. Baltimore: The John Hopkins University Press;2004.
20. Mack JW. The Day one talk. *J Clin Oncol*. 2004; 22:563-566.

### 3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué opina la familia del paciente traumatizado grave sobre la información que le presta el personal sanitario en la parte emergente/urgente del proceso?

### 4. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Conocer la calidad y características de la información que se le presta a los familiares del paciente neurotraumatológico grave que ingresa en las urgencias hospitalarias del Hospital de Rehabilitación y Traumatología HU Virgen del Rocío.

Objetivos Específicos:

- Conocer la opinión de los familiares sobre la información recibida en los episodios de urgencias.
- Identificar la presencia de factores relacionados con la comunicación de “malas noticias”.
- Analizar la eficacia de una estandarización y/o protocolización del proceso de información de “malas noticias” en la mejora de la percepción por parte de los familiares de pacientes con traumatismo grave.

### 5. METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

#### 5.1. Ámbito de Estudio

Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias de Adulto. Hospital de Rehabilitación y Traumatología HU Virgen del Rocío perteneciente al Sistema Sanitario Público de Andalucía.

#### 5.2. Población de Estudio

Familiar directo o de primer grado de consanguinidad de los pacientes que ingresen en sala de emergencias la Unidad de Gestión Clínica y Urgencias de HU Virgen del Rocío con diagnóstico de traumatizado grave durante el período comprendido entre Enero a Junio 2012. Siguiendo los siguientes criterios de inclusión: mayores de 18 años, tiempo transcurrido del episodio no superior a dos meses, voluntariedad en el estudio, cada participante decidirá si aceptaba la participación en el estudio; será un acto voluntario y no se ofrecerá remuneraciones económicas ni de otro tipo. Se protegerá la privacidad de los participantes y la confidencialidad de la información evitando el uso de nombres propios, para lo cual se diseñará un sistema de numeración que identificara cada una de los instrumentos de medidas que vayamos a utilizar.

#### 5.3. Metodología

Con el fin de comprender el significado de la experiencia vivida cuando se produce el aviso de un familiar que ha sufrido un accidente donde está en juego su vida, se realizó una investigación cualitativa con un abordaje de tipo

fenomenológico, y una investigación cuantitativa. Estudio con metodología mixta, metodología cuantitativa tipo observacional descriptivo transversal basado en un cuestionario validado y una metodología cualitativa basada en grupos focales y entrevistas en profundidad.

El proyecto incluye cuatro etapas:

#### 1º Etapa:

- Diseño del cuestionario: Será diseñado por el equipo investigador con el objetivo de conocer y describir de forma objetiva y medible cómo se lleva a cabo la información en los primeros momentos del accidente, la calidad de las primeras informaciones del paciente en el servicio de urgencias una vez estabilizado y/o trasladado éste.
- Identificación de la población del estudio: Identificar todos los pacientes que ingresan en la sala de emergencias durante el período citado anteriormente y de éstos seleccionaremos al familiar más allegado e implicado en el cuidado del paciente a través de una visita hospitalaria o mediante entrevista telefónica.
- Administración del cuestionario: Una vez transcurrido la fase aguda y habiéndose producido bien el alta del paciente o bien el éxitus, se le enviará por correo postal al familiar, previa captación telefónica, un cuestionario en un sobre cerrado y con un carta de información del estudio. En el cuestionario estarán recogidas variables cuantitativas divididas en cuatro bloques: en el primer bloque las preguntas van referidas a datos socio-demográficos, en el segundo bloque referidas a las características de la información recibida en la etapa prehospitalaria, el tercer bloque aborda las características de la información recibida a la llegada de la familia al servicio de urgencias y un cuarto bloque referidas al cuestionario en sí. En cada bloque se incluirán preguntas sobre quien ha proporcionado la información, dónde se les ha informado, en qué ambiente se ha desarrollado el proceso, si consideran que la información recibida, la forma y lugar de hacerlo han sido los adecuados. Se preguntará además si creen que ha sido suficiente la información, el apoyo y el trato recibido.
- Realización de grupos focales y de entrevistas en profundidad:

Grupo focales: pasado un mes del alta contactaremos de nuevo con el familiar para realizar el grupo focal. Éstos se llevarán a cabo por dos investigadores, un investigador modera el grupo y el otro observa y toma notas. Se comenzará con una bienvenida y presentación de los participantes, y una explicación de la finalidad del grupo. Se preparará un guión de preguntas, comenzando por los aspectos más objetivos, hasta llegar a los más subjetivos, facilitando la integración de todos los miembros siguiendo un orden preestablecido. Se finalizará con un breve resumen de las respuestas obtenidas.

Entrevistas en profundidad: más tarde, como medida complementaria y para la triangulación de las fuentes de información, como medida de garantía de calidad, se realizarán entrevistas en profundidad a las personas que se consideren más significativas.

Se realizará un análisis de contenido de la información, apoyado por el software Atlas.ti. El primer paso del análisis será hacer una transcripción fiel de las entrevistas y se realizará inmediatamente, para no perder de vista ningún

aspecto que de importancia al estudio; en la interpretación se mostrará el punto de vista de los participantes y la profundidad que el investigador le dará a cada uno de los hallazgos buscando tener un reflejo de la realidad siendo acordes con lo que expresen los participantes ubicándolas dentro de su contexto y comparándolas con la grabación inmediatamente ésta se termine, guardarlas impresas y en medio magnético.

#### 2º Etapa:

- Análisis de los resultados cuantitativos y cualitativos sobre la información recibida a los familiares de los pacientes traumatizados graves: se realizará el análisis del cuestionario de variables dicotómicas en su mayor parte, con un intervalo de confianza del 95%. Análisis descriptivo, mediante determinaciones de medias y medianas y varianzas y rangos intercuartílicos de las variables cuantitativas. El nivel de significación estadística, se establecerá en  $p < 0,05$ . El análisis estadístico se realizará con el paquete Statistical Package for Social Sciencies (SPSS Ins., Chicago, IL, EE.UU.) versión 18.0. Se analizará también el contenido de la transcripción de los grupos focales y entrevistas en profundidad.

#### 3º Etapa:

- Elaboración de un protocolo sobre los Criterios de Calidad en la Información al Paciente Traumatizado Grave: el grupo investigador elaborará un protocolo de las pautas de actuación que se tiene que llevar a cabo cuando el paciente emergente/urgente entre en el servicio de urgencias y se realice un primer contacto con el familiar desde el Servicio de Atención al Usuario (SAU). Este protocolo estará realizado en función de los resultados de este estudio (necesidades y expectativas de familiares ante esta situación), en función de lo recogido en el Proceso Asistencial Integrado del Trauma Grave de la Consejería de Salud del SSPA, y en función de la bibliografía existente sobre cómo dar malas noticias.
- Difusión del protocolo anteriormente citado al personal sanitario de la UGC. Cuidados Críticos y Urgencias HU Virgen del Rocío: ésta difusión se llevará a cabo mediante sesiones clínicas de la unidad, previa presentación y aceptación del protocolo por los jefes de la unidad y por correo electrónico del protocolo a cada miembro sanitario de la unidad.

#### 4º Etapa:

- Administración del segundo pase del cuestionario.
- Realización de grupos focales y de entrevista en profundidad.
- Análisis de los resultados cuantitativos y cualitativos sobre la información recibida a los familiares de los pacientes traumatizados graves.

Establecidas las modificaciones y correcciones del protocolo inicial, se volverán a realizar las fases 1 y 2 descritas anteriormente, es decir, se volverá a realizar una nueva selección de familias de pacientes atendidos en la sala de emergencias por traumatismos, a los que se le administrará los cuestionarios y se volverán a realizar los grupos focales y entrevistas en profundidad a fin de analizar los cambios que se hayan podido producir en relación a la percepción de los familiares del proceso de comunicación de malas noticias.

## 6. DURACIÓN DEL ESTUDIO Y CRONOGRAMA PREVISTO.

La duración del estudio es de 3 años. Se realizará un cronograma de actividades que incluya el plan de trabajo. El equipo consta de cinco investigadores.

-Año 2012

Primer Semestre

1ª Etapa:

- 1º. Presentación del proyecto de investigación al responsable de la Unidad Clínica de Gestión.
- 2º. Elaboración y validación del cuestionario.
- 3º. Identificación de los familiares de los pacientes ingresados en sala de emergencias, a través de una visita hospitalaria o mediante entrevista telefónica.

2ª Etapa:

- 1º. Entrega del cuestionario y carta de información a los miembros del estudio.
- 2º. Seleccionar a los familiares que van a participar en el grupo focal y en las entrevistas en profundidad según los criterios establecidos.
- 3º Realización de grupos focales y entrevistas en profundidad.

Segundo Semestre

3ª Etapa:

- 1º Análisis estadístico cuantitativo del cuestionario.
- 2º Análisis de los grupos focales entrevista en profundidad.

-Año 2013

Primer Semestre.

4ª Etapa:

- 1º Obtención de resultados, discusión y conclusión del estudio.
- 2º Realización del informe del estudio.
- 3º Puesta en común de resultados a todo el grupo investigador.

5ª Etapa:

- 1º Realización del protocolo de atención a los familiares del paciente TG en las urgencias hospitalarias.

Segundo Semestre

6ª Etapa:

- 1º Implantación del protocolo de comunicación a las familias.
- 2º Identificación, captación de muestras y distribución del cuestionario.

- 3º Realización de grupos focales y entrevista en profundidad.
- 4º Análisis de la información.

-Año 2014

7ª Etapa:

- 1º Presentación de resultados e informes a los responsables de la unidad de gestión clínica y a la dirección del centro.
- 2º Difusión de los resultados y protocolos en seis sesiones clínicas que abarquen a todo el personal de la unidad.
- 3º Preparación de informes de investigación y manuscritos para publicación.

AÑO 2012	MESES											
ETAPAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Etapa 1ª												
Etapa 2ª												
Etapa 3ª												

AÑO 2013	MESES											
ETAPAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Etapa 4ª												
Etapa 5ª												
Etapa 6ª												

AÑO 2014	MESES											
ETAPAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Etapa 7ª												

## 7. PLAN DE DIFUSIÓN Y DIVULGACIÓN

Dada la naturaleza del estudio propuesto, la información que se genere, de la que existen muy pocos antecedentes en la literatura, se va a intentar dar a conocer en eventos nacionales e internacionales sobre emergencias, bioética, calidad o seguridad del paciente y la familia.

Los artículos originales que se generen se intentaran publicar en algunas revistas de la especialidad con factor de impacto alto, tipo Evidentia o Emergencia que actualmente del primer decil en factor de impacto del espacio científico iberoamericano y algunas con un FI relevante del JCR, como por ejemplo en Journal of Advance Nursing.

## 8. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

El proyecto se va a desarrollar siguiendo los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki, declaración sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos realizadas en Helsinki (1964), y sucesivamente revisadas en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002), Seúl (2008), incluyendo la solicitud de consentimiento informado a todos los pacientes que se incluyeron en el mismo. Ha sido presentado por el Comité Ético del HU Virgen del Rocío.

Se garantizará en todo momento la confidencialidad de los datos y de los participantes en el estudio cumpliendo la legislación sobre la protección de datos española (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre).

## 9. PRESUPUESTO ECONÓMICO

CONCEPTOS	PRESUPUESTO			
	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	TOTAL
Equipamiento Inventariable: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordenador portátil gama media</li> <li>• Grabadoras digitales (3)</li> <li>• Impresora gama media</li> </ul>	1100 1200 300			
Material fungible: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fungibles</li> <li>• Impresión de 2 pósteres</li> </ul>	300 100	300 100	300 100	
Material Bibliográfico: (libros y revistas) Artículos y/o libros no disponibles en el BVSSPA y/o US	150	150	150	
Formación y difusión de resultados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscripciones a congresos nacionales 2 pax</li> <li>• Inscripciones a congresos europeos 2 pax</li> </ul>		1200	2000	
Contratación de servicios externos y arrendamiento de equipamiento de investigación: Servicios de transcripción de al menos 6 grupos focales y 10 entrevistas en profundidad	2300		2300	
Viajes y dietas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para congresos nacionales 2 pax</li> <li>• Para congresos europeos 2 pax</li> </ul>		1200	3200	
<b>TOTAL</b>	<b>5450</b>	<b>2950</b>	<b>8050</b>	<b>16450</b>