



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

RUIZ_TORO_TFM

Máster en Humanización de la Asistencia Sanitaria: Pacientes, Familias y Profesionales

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE COMUNICACIÓN EFECTIVA DIRIGIDO AL PACIENTE INTERVENIDO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA UROLÓGICA

Autora

ROSARIO RUIZ TORO

Tutor/as: María Antonia Martínez Momblan
Llúcia Benito Aracil

Curso académico 2021-2022

Agradecimientos: A mis padres, por su apoyo incondicional
A Frank por estar
A mis remasterizadas, siempre
A mi tutora Maria Antonia, por guiarme
A Duyen, la luz de mi vida

RESUMEN	3
1. INTRODUCCIÓN	5
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	8
2.1 OBJETIVO GENERAL	8
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
2.3 HIPÓTESIS	9
3. METODOLOGÍA.....	9
3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	9
3.2 ÁMBITO DE ESTUDIO.....	9
3.3 SUJETOS DE ESTUDIO.....	10
3.5 INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....	12
3.6 MÉTODOS DE RECOGIDA DE DATOS.....	14
3.7 ANÁLISIS DE DATOS.....	14
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	15
4. DIFICULTADES Y LIMITACIONES.....	16
5. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA	16
6. PRESUPUESTO	17
7. CRONOGRAMA.....	18
8. BIBLIOGRAFIA	19
9. ANEXOS	23

RESUMEN

Nos encontramos, cada vez más, ante un modelo de cirugía que evoluciona hacia la cirugía mayor ambulatoria como en el caso de la cirugía urológica, que es una muestra de ello por a la diversidad de patologías de mediana complejidad a las que trata. La profesión de enfermería tiene un importante papel en este contexto de CMA garantizando el bienestar del paciente, y por ese motivo propongo implementar un programa de comunicación efectiva dirigido a este tipo de paciente, y cuyo objetivo sea evaluar el impacto de dicho programa a nivel de ansiedad, satisfacción, dolor y estancia media hospitalaria. Para ello se lleva a cabo un ensayo clínico caso-control en el quirófano de urología del hospital Clínic de Barcelona (sede Platón) donde se elegirán los sujetos de estudio a través de un muestreo probabilístico aleatorio simple. Para la recogida de datos se usarán 3 escalas, una para cada variable: EVA para el dolor, CUCACE para el nivel de satisfacción y APAIS para la ansiedad, la estancia media hospitalaria se consultará en las historias clínicas. Estos cuestionarios se recogerán por la enfermera de la sala antes y después de la cirugía y se usará el programa SPSS V 25.0 para hacer un análisis descriptivo de las variables. El programa de comunicación efectiva se implementará en la sala de hospitalización, en el momento del ingreso y será el personal de enfermería el encargado de llevarlo a cabo.

Palabras clave: Comunicación efectiva, cirugía urológica, ansiedad, satisfacción, dolor postoperatorio.

ABSTRACT

We are increasingly facing a model of surgery that is evolving towards major ambulatory surgery, as in the case of urological surgery, which is an example of this due to the diversity of pathologies of medium complexity that it treats. The nursing profession has an important role to play in this context of CMA, guaranteeing the well-being of the patient, and for this reason I propose to implement an effective communication program aimed at this type of patient,

the objective of which is to evaluate the impact of this program on anxiety, satisfaction, pain and average hospital stay. For this purpose, a case-control clinical trial will be carried out in the urology operating room of the Hospital Clínic de Barcelona (Plato site) where the study subjects will be chosen by simple randomized probability sampling. For data collection 3 scales will be used, one for each variable: VAS for pain, CUCACE for satisfaction level and APAIS for anxiety, the average hospital stay will be consulted in the medical records. These questionnaires will be collected by the ward nurse before and after surgery and SPSS V 25.0 software will be used to make a descriptive analysis of the variables. The effective communication program will be implemented in the hospital ward at the time of admission and the nursing staff will be in charge of carrying it out.

Key words: Effective communication, urological surgery, anxiety, satisfaction, postoperative pain.

1. INTRODUCCIÓN

El incremento del nivel cultural, del denominado "estado de bienestar" y de la longevidad de la población, junto a una mayor "oferta" asistencial, están comportando un progresivo aumento de la demanda quirúrgica, poniendo en evidencia la limitación de los recursos sanitarios. La cirugía mayor ambulatoria (CMA) surge con la finalidad de optimizar estos recursos, no solo agilizando los actos quirúrgicos y racionalizando los crecientes gastos sanitarios, sino también mejorando la calidad asistencial (1).

La CMA se define como la atención a procesos susceptibles de cirugía realizada con anestesia general, local, regional o sedación que requieren cuidados post-operatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que el paciente no necesita ingreso hospitalario y puede ser dado de alta pocas horas después del procedimiento (2). La urología es una de las especialidades con mayor proyección en el campo de la CMA, pues su alto porcentaje de patología de mediana complejidad, susceptible de ser intervenida sin ingreso, y el espectacular avance de su arsenal tecnológico han propiciado una evolución hacia procedimientos quirúrgicos cada vez menos invasivos, más simples y seguros, y, por lo tanto, con menos necesidad de hospitalización (3). El paciente que se interviene de un procedimiento quirúrgico por CMA evita tener que estar hospitalizado, lo que supone un mayor bienestar y comodidad, a su vez tiene menor riesgo de contraer una infección hospitalaria y se establecen procedimientos para garantizar el seguimiento del mismo en su domicilio. Cada vez son más los procedimientos que se pueden beneficiar de este tipo de cirugía gracias al avance de las técnicas quirúrgicas urológicas y anestésicas (4). En dicho contexto de CMA, la disciplina enfermera tiene un papel relevante en los cuidados pre, trans y postquirúrgicos que acompañan a toda cirugía urológica. Este rol enfermero se fundamenta en el cuidado desde una perspectiva humanista orientado al paciente y situando al mismo como eje central del proceso y estableciendo líneas de comunicación que garanticen la participación de los pacientes y familiares.

Desde la creación de la profesión de enfermería, se ha relacionado el trabajo asistencial de la enfermera con el cuidado personalizado, la amabilidad, la

cercanía y la escucha activa. Sin embargo, cuando hablamos del cuidado en el ámbito quirúrgico, se suele asociar a una práctica puramente técnica y mecánica, abandonando o descuidando el aspecto emocional de los pacientes (5). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), anualmente más de 4 millones de personas se someten a una intervención quirúrgica a nivel mundial y se estima que un promedio de 2'5 a 3'7 millones de personas (50-75%) padecen de algún grado de ansiedad previo a la cirugía (6).

Los estudios consultados establecen como aspectos de insatisfacción por parte de los usuarios, la mala infraestructura, la escasa implicación en la toma de decisiones de pacientes y familiares y la deficiente comunicación con los profesionales (7). En relación a este tema, las evidencias analizadas confirman que en los últimos años han existido iniciativas que han dirigido sus esfuerzos a proporcionar más protagonismo a los pacientes y familiares, entre ellas destacar el proyecto HUCI que tiene entre sus objetivos evaluar diferentes áreas de la UCI para implementar acciones de mejora que permitan aumentar la humanización de los cuidados adaptándonos a las necesidades de las personas (8). Tanto los profesionales como la ciudadanía demandan una transformación hacia un modelo comunicativo en el ámbito sanitario más orientado al paciente-usuario otorgando al encuentro sanitario un carácter más humano, que sitúe al paciente como el verdadero centro de comunicación(9). Esta comunicación centrada en el paciente se ha identificado como un componente esencial en la prestación de servicios de salud de calidad, y es por ello que la comunicación enfermera-paciente juega un papel importante en la mejora, no solo de la relación del paciente con la enfermera, sino también en la propia percepción del paciente sobre el proceso y el resultado del tratamiento (10). Otros estudios consultados ponen en valor disponer de habilidades de comunicación efectivas para comprender los síntomas clínicos y las necesidades psicológicas y emocionales de los pacientes (11).

Los estudios consultados determinan que las técnicas quirúrgicas representan en el paciente un acontecimiento de estrés y ansiedad, y que dichos problemas pueden tener repercusiones en aspectos psicológicos y físicos, antes, durante y después de la una intervención quirúrgica (12). En la misma línea, diferentes autores establecen que dicha ansiedad puede repercutir en el proceso de

recuperación así como en la percepción del dolor postoperatorio y en el grado de satisfacción del paciente (13). La ansiedad es el estado mental que conduce al ser humano a experimentar reacciones de incomodidad, angustia, miedo, preocupación o excitación, en este sentido, y basándose en la bibliografía consultada la ansiedad preoperatoria se asocia con mayor frecuencia de accidentes anestésicos, mayor vulnerabilidad a las infecciones, mayor estancia hospitalaria y mayores niveles de dolor postoperatorio (16).

En la bibliografía consultada se evidencia que el estado de ansiedad puede desencadenarse por experiencias estresantes, desconocimiento del proceso y ambiente hospitalario, o percepción de amenaza por de cambio de rol que experimentan durante el proceso quirúrgico (17). Algunos autores establecen que dicha ansiedad puede mejorar mediante la visita prequirúrgica estructurada donde el paciente-familia y profesional realizan un trabajo colaborativo y de participación antes, durante y después de la intervención, lo que además conllevaría a mejorar aspectos físicos de procedimiento quirúrgico (18). Para poder conseguir esto es importante establecer entre el profesional de enfermería y el paciente una relación en la que haya disposición al diálogo y la escucha, utilizando una terminología clara y comprensible que facilite la comunicación y que permita satisfacer las necesidades del paciente (19), ya que algunos autores mencionan que la satisfacción de estos pacientes se obtiene, entre otras cosas, como resultado de un trato humano, individualizado y afable(20).

Por todo lo expuesto anteriormente considero indispensable evaluar como un programa de comunicación efectiva por parte de la enfermera dirigido al paciente quirúrgico urológico puede disminuir la ansiedad preoperatoria, aumentar la satisfacción y disminuir el dolor postoperatorio y la estancia media hospitalaria cuando éste se va a someter a una cirugía mayor ambulatoria urológica.

La ansiedad preoperatoria y la satisfacción percibida por el paciente es un aspecto que preocupa claramente a la profesión enfermera tal y como queda reflejado en los numerosos estudios consultados en la bibliografía; por ello es importante abordar este tema desde una perspectiva humanista para implementar los conocimientos en relación con la disminución de dicha ansiedad, aumentar la satisfacción y disminuir el dolor postoperatorio a partir de una herramienta como es la comunicación efectiva enfermera-paciente.

Por todo lo dicho anteriormente, el estudio se plantea como pregunta de investigación: **Impacto de un programa de comunicación efectiva dirigido al paciente intervenido de cirugía mayor ambulatoria urológica.**

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el impacto de una comunicación efectiva en la fase prequirúrgica dirigida hacia el paciente tributario a una cirugía urológica en el Hospital Clínic de Barcelona (sede Platón) a nivel de ansiedad, satisfacción, dolor y estancia hospitalaria, en el período comprendido de Septiembre del 2022 a Junio del 2023.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar la efectividad entre el grupo control y el grupo intervención de una comunicación efectiva en pacientes intervenidos de cirugía urológica a nivel de ansiedad.
- Comparar la efectividad entre el grupo control y el grupo intervención de una comunicación efectiva en pacientes intervenidos de cirugía urológica a nivel de satisfacción.
- Comparar la efectividad entre el grupo control y el grupo intervención de una comunicación efectiva en pacientes intervenidos de cirugía urológica a nivel de dolor.
- Comparar la efectividad entre el grupo control y el grupo intervención de una comunicación efectiva en pacientes intervenidos de cirugía urológica a nivel de estancia media hospitalaria.

2.3 HIPÓTESIS

Una comunicación efectiva por parte de la enfermera dirigida al paciente que va a someterse a una CMA urológica disminuirá la ansiedad preoperatoria, así como el dolor postoperatorio, la estancia media hospitalaria, y aumentará el nivel de satisfacción.

3. METODOLOGÍA

3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizará un ensayo clínico aleatorio en el Hospital Clínic de Barcelona (sede Platón) durante el periodo comprendido entre septiembre del 2022 hasta Junio del 2023. En dicho diseño seleccionaremos 2 grupos:

- Grupo Control (GC): formarán parte de este grupo los pacientes a los que se realizará una visita prequirúrgica estándar, donde se dará información (Anexo I), pero no se realizará una comunicación efectiva por parte de la enfermera.
- Grupo Intervención (GI): será el grupo al que se aplicará un programa de comunicación efectiva el día de la entrevista preoperatoria. Esta intervención consistirá en una sesión de aproximadamente 20 minutos. (Anexo II)

3.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se llevará a cabo en el Hospital Clínic de Barcelona (sede Platón). El Hospital Clínic es un hospital comunitario que abarca la zona de Barcelona Esquerra, con una población de 540.000 habitantes y, al mismo tiempo, es un hospital terciario y de alta complejidad que desarrolla líneas de actividad para los pacientes de Cataluña, principalmente de las áreas del Vallès Oriental y Osona y, en determinados procedimientos concretos para pacientes de otras Comunidades en España. Consta de 760 camas y está conformado por 31 quirófanos donde trabajan 2030 enfermeras y 826 facultativos. En el año 2020

se realizaron 19.816 intervenciones, de las cuales, 7.022 fueron CMA. Nos centramos en el área quirúrgica de la sede Platón dónde se realizará el estudio ya que es donde trabajo. Esta área tiene una dotación de 8 quirófanos donde trabajan 30 enfermeras, 11 técnicos auxiliar de enfermería y 2 camilleros. Excluimos al personal facultativo porque muchos son trabajadores que ejercen en las 2 sedes de l'Eixample del hospital y no participarán en el estudio. El servicio de urología en Platón, en el que se centrará esta investigación, cuenta con 8 camas de las 28 totales que están ubicadas en la sala de la tercera planta del hospital, al lado de los quirófanos, dónde trabajan 8 enfermeras y 8 técnicos repartidos en 3 turnos y cuya colaboración será imprescindible para llevar a cabo el estudio.

3.3 SUJETOS DE ESTUDIO

La población de estudio serán todos los pacientes tributarios a una cirugía mayor ambulatoria urológica del Hospital Clínic de Barcelona (sede Platón) desde Septiembre del 2022 a Junio del 2023.

Como **criterios de inclusión** se contemplarán:

- Pacientes que se van a someter a una CMA urológica
- Personas de ambos sexos entre 35-75 años
- Que tengan firmado el consentimiento informado (CI)

Asimismo, se considerarán **criterios de exclusión**:

- Personas con deterioro cognitivo, demencia o enfermedad psiquiátrica.
- Pacientes con dificultad de comunicación (ya sea idiomática o por discapacidad)
- Analfabetismo

Por último, **criterios de retirada**:

- Pacientes que nieguen su consentimiento en el momento de entrar en el área quirúrgica

3.3.1 MUESTRA Y TÉCNICA MUESTRAL

El muestreo será probabilístico aleatorio simple de caso-control.

Para el cálculo del tamaño muestral contaremos con un índice de confianza (IC) de 95% y un margen del 5%. Partimos de una población de 920 pacientes calculando que se intervienen una media de 23 pacientes a la semana durante los 10 meses que durará el estudio. El tamaño de la muestra será de 272 pacientes.

3.4 VARIABLES DE ESTUDIO

3.4.1 Variables sociodemográficas (Anexo III): Se realizará un cuestionario para recoger los siguientes ítems: género, edad, nivel cultural, etnia.

3.4.2 Variables clínicas: Dificultad miccional, dolor al miccionar, disfunción eréctil, antecedentes de litiasis o cólico nefrítico, incontinencia urinaria, portador de sonda vesical.

3.4.3 Variable independiente: En este estudio la investigadora introduce un programa de comunicación efectiva que se implementará en la entrevista preoperatoria.

3.4.4 Variables dependientes:

I. Nivel de satisfacción:

Definición conceptual: Es la razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria (21). Algunos autores (22) han definido la satisfacción del paciente como las expectativas de calidad del cuidado que los pacientes esperan y la que obtienen.

Definición operativa: Mediremos la satisfacción a partir del *Cuestionario Calidad de los Cuidados de Enfermería (CUCACE)*.(Anexo IV)

II. Nivel de dolor:

III. Definición conceptual: El dolor es una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial (21).

Definición operativa: Evaluaremos el dolor con la *escala visual analógica* (EVA).(Anexo V)

IV. Nivel de ansiedad:

Definición conceptual: Se define como el estado en que una persona experimenta un sentimiento de incomodidad cuyo origen, con frecuencia, es inespecífico o desconocido para el individuo (23).

Definición operativa: Se medirá a través de la escala *The Amsterdam preoperative anxiety and information scale* (APAIS).(Anexo VI)

V. Estancia media hospitalaria:

Definición conceptual: La Estancia Media Hospitalaria (EMH) refleja el tiempo desde que un paciente ingresa en el hospital hasta que recibe el alta hospitalaria, ya sea porque regresa al domicilio, por traslado a otro centro asistencial, por fallecimiento o por alta voluntaria (24).

Definición operativa: Se expresa en días. Para el cálculo del indicador se efectúa el promedio de la duración de la estancia desde la fecha de ingreso hasta la fecha de alta del episodio que queremos estudiar.

3.5 INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Para evaluar las distintas variables se utilizarán diferentes escalas validadas para cada una de dichas variables.

La ansiedad se evaluará mediante la cumplimentación de la escala ***The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS)*** (25).

APAIS es un auto cuestionario de 6 preguntas desarrollado y validado para evaluar la ansiedad preoperatoria. La escala se divide en dos subescalas que exploran tres dimensiones, relacionando la ansiedad preoperatoria con la anestesia, la cirugía (Ítems 1, 2, 4,5) y la necesidad de información (Ítems 3, 6). Cada una de las preguntas se evalúa con una escala de Likert de 0 a 5 siendo 1

el valor más bajo (nada) y 5 el valor más alto (extremadamente). Los puntos de corte evidenciados por los autores de la escala original se sitúan en 11 incrementándose hasta 13 cuando se utiliza con fines de investigación.

Escala visual analógica (EVA). Se basa en una **escala horizontal, representada por una línea**, en la que paciente debe marcar el lugar que considera que se encuentra su dolor. Encontraremos la **ausencia de dolor a** dolor leve a la izquierda y el **máximo dolor** a la derecha de la línea. Posteriormente una vez se marque en la línea horizontal el nivel de dolor, se procede a la medición con una regla milimétrica (26).

Los resultados se evaluarán teniendo en cuenta **tres niveles de dolor** según los valores marcados:

- Los valores inferiores a 4 indican que el dolor es leve o leve-moderado
- En el caso que nos encontremos con una medición entre 4 y 6 centímetros, el dolor se considerará de moderado a moderado-grave
- Si los valores son mayores de 6 hablamos ya de un dolor que pasa de grave a insoportable.

Cuestionario de Calidad de Cuidados de Enfermería (CUCACE), versión en castellano validada por Alonso y cols, de la versión original *The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales (NSNS)*. El cuestionario, en su versión original, muestra fiabilidad alfa de Cronbach de 0,92 para la “experiencia con los cuidados de enfermería”; y 0,97 para “satisfacción con los cuidados de enfermería”. La validación al castellano realizada por Alonso y cols²⁵ muestra fiabilidad alfa de Cronbach de 0,85 para la “experiencia con los cuidados de enfermería”; y 0,97 para la “satisfacción con los cuidados de enfermería”, alcanzando un nivel de confiabilidad total de 0,90. Este cuestionario dividido en tres secciones: Variables sociodemográficas: nivel educativo, tipo de servicio, estrato socioeconómico y algunas preguntas de índole general. Las preguntas generales relacionadas con la atención recibida y la estancia en la unidad, presentan siete opciones de respuesta: Muy mala, Mala, Poca, Regular, Buena, Muy buena y Excelente. Experiencias con los cuidados de enfermería conformada por 26 preguntas, cada una con siete opciones de respuesta de 1-7(escala Likert), 14 formuladas en sentido positivo “completamente de acuerdo” y 12 en sentido negativo

“completamente en desacuerdo”. Es importante resaltar que las preguntas formuladas en sentido negativo deberán ser consideradas como positivas. Esta sección puntúa sobre 100, correspondiendo el máximo a la mejor atención posible. Satisfacción con los cuidados de enfermería consta de 19 preguntas todas en sentido positivo, cada una con 5 opciones de respuesta de 1-5 en la escala Likert: Muy satisfecho, Completamente satisfecho, Bastante satisfecho, Nada satisfecho y Poco satisfecho. Esta dimensión también puntúa sobre 100, y el máximo corresponde a la completa satisfacción.

3.6 MÉTODOS DE RECOGIDA DE DATOS

Durante la entrevista preoperatoria, en el momento del ingreso en la sala de hospitalización, se solicitará al sujeto de estudio que cumplimente un cuestionario con los datos sociodemográficos que se van a requerir para este estudio. Al mismo tiempo la enfermera se encargará de obtener el consentimiento informado (CI) (Anexo VII) firmado de aquellos pacientes, que, cumpliendo los criterios de inclusión, quieran participar en el estudio.

El cuestionario sobre la ansiedad se recogerá en la sala de hospitalización entre 1 hora y 30 minutos previos a la cirugía donde el personal de enfermería, previamente instruido por la investigadora en el manejo de las escalas, procederá a explicar el procedimiento y entregar el cuestionario a los pacientes que formen parte del grupo intervención (GI). En el post operatorio inmediato, entre 30 minutos y 2 horas posteriores a la cirugía, las enfermeras de la sala cumplimentarán la escala de dolor EVA, y, por último, en el momento del alta hospitalaria, el mismo personal de enfermería se encargará de la recogida de datos relacionados con la satisfacción del paciente.

3.7 ANÁLISIS DE DATOS

Se llevará a cabo un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio mediante el SPSS V (Statiscal Package for the Social Sciences) 25.0.

A partir del análisis univariante se estudiarán las variables cuantitativas. Para ello se determinarán los parámetros de centralización, haciendo referencia a la media, la moda y la mediana.

También se tendrán en cuenta las medidas de dispersión que permiten conocer cómo se distribuyen los datos entorno a la media: se incluyen la desviación estándar, la varianza, la desviación típica y el coeficiente de variación.

Por lo que respecta al análisis bivariante de datos apareados, se relacionará dos variables de tipo cualitativo y se utilizará la prueba de McNemar.

En el análisis de datos independientes para dos variables cualitativas se utilizará la prueba de chi cuadrado, y entre una variable cualitativa y una cuantitativa, se llevará a cabo la prueba de T de student.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este proyecto de investigación respeta todos los preceptos establecidos en la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal recogidos en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (LOPD) y la ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Se informará a todos los sujetos del estudio del objetivo del mismo, explicando la participación voluntaria. Para garantizar la confidencialidad de los participantes los nombres de estos, serán sustituidos por códigos alfanuméricos. Se hará entrega del consentimiento informado (CI) a cada uno de los sujetos de estudio, el cuál deberán cumplimentar, y se les explicará que tienen la posibilidad de abandonar el estudio o no contestar alguna de las preguntas sin que esto implique ninguna repercusión negativa.

La información recogida será estrictamente confidencial y sólo estará disponible para el investigador principal, garantizándose la intimidad y confidencialidad de los datos obtenidos. Los resultados del estudio son susceptibles de publicación, pero en ningún caso se identificará personalmente algún sujeto del estudio.

4. DIFICULTADES Y LIMITACIONES

Las dificultades que pueden aparecer en el desarrollo de este estudio es la elevada tasa de abandono que podemos encontrarnos y que podría comprometer los resultados globales de la investigación. Para minimizar este impacto hemos establecido en el cálculo muestral una tasa de abandono elevada, de un 15% que nos garantiza disponer de una muestra total representativa de la población de estudio.

La variable independiente hace referencia a un programa de comunicación efectiva que imparte el profesional en la fase prequirúrgica y que va dirigido al paciente. Dicha intervención debe ser consensuada por todos los profesionales que realizan esta visita para poder establecer acciones unificadas y minimizar variabilidades que podrían afectar a los resultados. Para solucionar esta dificultad se realizará, antes del estudio de investigación, dos sesiones de trabajo donde se determinarán los contenidos y recursos que se utilizarán en dicho programa de investigación

5. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA

Tal y como se puede observar en el estado actual del tema, una vez realizada la revisión bibliográfica, la implementación de un programa de comunicación efectiva dirigido al paciente que va a ser intervenido de CMA urológica puede ser una herramienta muy útil para disminuir la ansiedad preoperatoria, mejorar el dolor postoperatorio, aumentar la satisfacción y, en consecuencia, reducir la estancia media hospitalaria con la consiguiente disminución del gasto económico. Además esta intervención por parte del profesional de enfermería provoca una humanización de la atención quirúrgica que conlleva una mejora del bienestar de los pacientes ingresados.

6. PRESUPUESTO

En toda investigación es importante considerar los recursos económicos que requiere el proyecto, por ese motivo se debe saber con que recursos se cuenta y en función de estos, hacer un presupuesto para gestionar el proyecto y asegurar que se podrá desarrollar.

	1º año	2º año	TOTAL
Personal/ becario	0	0	0
Bienes y servicios	100€	100€	200€
Viajes	0	250€	250€
TOTAL	100€	350€	450€

7. CRONOGRAMA

Se plantea un cronograma que abarca un período de 1 año y 6 meses donde se llevarán a cabo las siguientes acciones:

	Jun- Sep. 2022	Sep. 2022	Oct. 2022	Nov. 2022	Dic. 2022	Ene. 2023	Feb. 2023	Mar. 2023	Abr. 2023	May. 2023	Jun. 2023	Jul- Nov. 2023
Presentación y aceptación CEIC UB												
Identificación e inclusión de sujetos de estudio												
Elaboración y recogida de datos												
Preparación y análisis de datos												
Elaboración del informe final												
Difusión de resultados												

8. BIBLIOGRAFIA

1. Castro CH de, de Castro CH, de Faria TE, Cabañero RF, Cabo MC. Humanización de la Atención de Enfermería en el Quirófano [Internet]. Vol. 13, Index de Enfermería. 2004. Available from: <http://dx.doi.org/10.4321/s1132-12962004000100004>
2. Cruz Rodríguez J, Reyes Pérez AD, Zurbano Fernández J, Rodríguez Fernández M del C, Ríos Cabrera MM, Monteagudo Ramírez JC. Aplicación de propuestas para el perfeccionamiento del proceso de atención en cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía. Medisur. 2021; 19(1):41-27.
3. López PC, Sáenz MC, Fajardo MJ, Moreno MJD, Navarro HP, Córcoles BM, et al. Cirugía ambulatoria en un Servicio de Urología: Análisis del periodo 2003 - 2006 [Internet]. Vol. 61, Archivos Españoles de Urología (Ed. impresa). 2008. Available from: <http://dx.doi.org/10.4321/s0004-06142008000300002>
4. Agudo Domínguez F, Pedrosa Romero C, Fernández Romero E, Claudio carrillo C, Sánchez Relinque A, Estudillo González F. Promoción de la seguridad clínica de cuidados en la CMA de Urología. Asociación Española de Enfermería en Urología. 2012 May; 122: 13-11.
5. Presentada T, La P, Ana B, Lechuga M, Optar P, Grado A, et al. "Calidad de interrelación de la enfermería según Peplau y satisfacción de pacientes quirúrgicos, servicio de cirugía Hospital Regional Honorio Delgado" Arequipa 2017 (Trabajo de investigación). Universidad nacional de San Agustín de Arequipa. 2017; 108-1.
6. Maguiña Duran PK, Elizabeth SCS, Verde Rivera CS. Factores que influyen en el nivel de ansiedad en el adulto en fase preoperatoria en un Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2018. Repositorio institucional - UPCH. 2018; 14-5.

7. Gordillo León F, Arana Martínez JM, Mestas Hernández L. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Rev clín med fam.* 2011 Oct;4(3):228–33.
8. La Calle GH, Lallemand CZ. [HUCI is written with H as in HUMAN]. *Enferm Intensiva.* 2014 Oct;25(4):123-4.
9. Maame Kissiwaa Amoah V, Anokye R, Boakye DS, Gyamfi N. Perceived barriers to effective therapeutic communication among nurses and patients at Kumasi South Hospital. *Cogent Med.* 2018 Jan 1;5(1):12-1.
10. Tetteh L, Aziato L, Mensah GP, Vehviläinen-Julkunen K, Kwegyir-Afful E. Burns pain management: The role of nurse-patient communication. *Burns.* 2021 Sep;47(6):1416–23.
11. Abal Crespo CM. Comunicación no verbal: Influencia en la calidad de la atención y el bienestar del paciente en quirófano. Análisis y propuesta de mejora. Universidade da Coruña 2018.
12. Méndez López Á. La entrevista prequirúrgica, un beneficio para el paciente. *Rev esp comun salud [Internet].* 2020 Jun 29;11(1). Available from: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/4803>
13. Graciano S. Prevalencia de ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía. *International journal of advanced research (IJAR).* 2020 Feb;(03):263-259.
14. Quintero A, Yasnó DA, Riveros OL, Castillo J, Borrález BA. Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. *Rev Colomb Cir.* 2017 Jun 20;32(2):115–20.
15. Rashid A, Riaz MN. Impact of preoperative surgical anxiety on postoperative surgical recovery among surgical patients: Role of surgical coping. *J Pak Med Assoc.* 2021 Oct;71(10):2313–6.

16. Moreno Fernández M. Influencia de la visita prequirúrgica de enfermería en la ansiedad del paciente. Revisión bibliográfica. Nuber científ. 2018; 3(23): 38-33.
17. Naranjo B. IC, Ricaurte G. GP, La comunicación con los pacientes. Invest. educ.enferm 2006; 24(1): 98-94.
18. Nuñez RC, Martínez MC, Villanueva NHL, Hernández RMA, Alemán AF, Del Carmen Vega Alanís M. Satisfacción con el cuidado de Enfermería del adulto mayor hospitalizado [Internet]. Vol. 5, Enfermería Universitaria. 2018. Available from: <http://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2008.1.439>
19. Real Academia Española. Diccionario esencial de la lengua española. Espasa-Calpe; 2006. 1631 p.224–30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2006.00439.x>
20. Álvarez de la Rosa AE, Olivares Ramírez C, Cadena-Estrada JC, Olvera Arreola SS. Satisfacción de los pacientes hospitalizados con la atención de enfermería. Enfermeria. 2012 Aug 31;11(2):68–72.
21. Marín MD, Cortes AL, Sanz YM, Serrano RM. Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía [Internet]. Vol. 14, Enfermería Global. 2015. Available from: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.14.1.185281>.
22. Información y estadísticas sanitarias 2021. Ministerio de sanidad.
23. Vergara-Romero M, Morales-Asencio JM, Morales-Fernández A, Canca-Sanchez JC, Rivas-Ruiz F, Reinaldo-Lapuerta JA. Validation of the Spanish version of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). Health Qual Life Outcomes. 2017 Jun 7;15(1):120.
24. Burón FD, Díez Burón F, Marcos Vidal JM, Baticón Escudero PM, Montes Armenteros A, Bermejo López JC, Merino Garcia M. Concordancia entre la escala verbal numérica y la escala visual analógica en el seguimiento del dolor

agudo postoperatorio. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 2011;58(5):279-82.

25. Alonso R, Blanco-Ramos MÁ, Gayoso P. Validación de un cuestionario de calidad de cuidados de enfermería. *Rev Calid Asist* . 2005;20(5):246-50.

9. ANEXOS

ANEXO I

Grupo Control: Pacientes que participarán en el estudio y que NO recibirán una intervención enfermera de comunicación efectiva previa una intervención quirúrgica. Se realizará un ingreso convencional que consiste en recibir al paciente cuando llega a la sala donde la enfermera recoge los datos a su ingreso, le tomará constantes y le indicará como debe prepararse para ir al quirófano proporcionando la bata y polainas que debe ponerse. Comprobará si es necesario rasurar la zona a intervenir e instaurará una vía venosa por la que se administrará la medicación preoperatoria que sea precisa. Informará al paciente que debe esperar en la habitación hasta que el camillero venga a recogerlo para acompañarlo al quirófano.

ANEXO II

Grupo Intervención: Pacientes que participarán en el estudio y recibirán una intervención enfermera de comunicación efectiva previa a una intervención quirúrgica. Se efectuará en el momento del ingreso en la sala de hospitalización y será el personal de enfermería de la sala el encargado de llevarla a cabo, habiendo recibido educación sobre la comunicación efectiva. Se realizará la misma intervención que en el grupo control, pero además se le explicará al paciente que una vez llegue al área quirúrgica, otro camillero lo acompañará a la zona de pre-anestesia, donde, una enfermera le repetirá el cuestionario que le han hecho al ingreso, sobre ayunas, alergias, comprobarán su nombre completo y su fecha de nacimiento para comprobar la veracidad de la información de la que ya disponen. Pasado unos minutos, éste mismo camillero lo llevará dentro de quirófano, donde le esperan las enfermeras quirúrgicas y el anestesista y entonces se acabará de decidir entre él mismo y el anestesista el tipo de anestesia más conveniente. La enfermera informará al paciente de la posición quirúrgica, según la intervención que se llevará a cabo y si al finalizar la misma le dejarán alguna sonda vesical, o si hay posibilidad de llevar algún drenaje y el tipo de vendaje o apósito, en caso necesario, tras la cirugía. Por último se le comunicará que al salir del quirófano permanecerá un tiempo en el área de recuperación post-anestésica donde le cuidarán dos enfermeras, y posteriormente regresará a su habitación acompañado de los camilleros que ya conoce.

ANEXO III

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

(Código Profesional.....)

Nombre: _____

NHC: _____

Edad: _____ Fecha: ___/___/ 2022 Hora: ___/___

Sexo: F V

Nivel de estudios:

Sin estudios Primarios Secundarios Universitarios

Etnia:

ANEXO IV

SECCIÓN 1: SU EXPERIENCIA EN LOS CUIDADOS DE LAS ENFERMERAS

Por favor, responda sólo una vez poniendo un círculo en la respuesta que crea conveniente.

1. Era fácil relacionarse con las enfermeras.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

2. Las enfermeras favorecían a unos enfermos sobre otros.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

3. Las enfermeras no me informaban suficientemente sobre mi tratamiento.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

4. Las enfermeras se despreocupaban fácilmente.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

5. Las enfermeras tardaban mucho tiempo en llegar cuando se las llamaba.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

6. Las enfermeras me daban información sólo cuando yo la necesitaba.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo

1 2 3 4 5 6 7
 7. Las enfermeras no parecían saber lo que yo estaba padeciendo.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

8. Las enfermeras apagaban las luces demasiado tarde por la noche.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

9. Las enfermeras me mandan hacer cosas antes de estar preparado.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

10. A pesar de lo ocupadas que estaban las enfermeras, ellas buscaban tiempo para mí.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

11. Yo veía a las enfermeras como amigas.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

12. Las enfermeras pasaban tiempo apoyando a los pacientes que se encontraban mal.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

13. Las enfermeras me visitaban regularmente para asegurarse de que estaba bien.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

14. Las enfermeras permitían que la situación las desbordase.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

15. Las enfermeras no tenían interés en mi como persona.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

16. Las enfermeras me explicaron lo que me estaba pasando.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

17. Las enfermeras me explicaban lo que iban hacerme antes de hacerlo.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

18. Las enfermeras le decían al siguiente turno lo que estaba pasando con mis cuidados.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

19. Las enfermeras sabían qué hacer sin depender de los médicos.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

20. Las enfermeras solían irse y olvidar lo que le pedían los pacientes.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

21. Las enfermeras se aseguraban de que los pacientes tuvieran intimidad cuando lo necesitaban.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

22. Las enfermeras tenían tiempo para sentarse y hablar conmigo.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

23. Los médicos y las enfermeras trabajan juntos como un equipo.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

24. Las enfermeras no parecían saber lo que sus compañeras estaban haciendo.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

25. Las enfermeras sabían lo mejor que hacer en cada momento.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

26. había un buen ambiente en la Unidad gracias a las enfermeras.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

SECCION 2: SUS OPINIONES SOBRE LA ATENCIÓN DE LAS ENFERMERAS

CÓMO CONTESTAR ESTAS PREGUNTAS

En este apartado le pedimos sus opiniones sobre los cuidados que ha recibido de las enfermeras durante su estancia en esta Unidad.

Para cada pregunta ponga un círculo en el número que mejor se adapte a su modo de pensar.

QUEREMOS SABER SU OPINIÓN SOBRE SU ENSTANCIA EN ESTA UNIDAD

		Nada satisfecho	Poco satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho	Completamente satisfecho
1	La cantidad de tiempo que las enfermeras pasan con usted.	1	2	3	4	5
2	La capacitación de las enfermeras para hacer bien su trabajo.	1	2	3	4	5
3	Había siempre una enfermera cerca si la necesitaba.	1	2	3	4	5
4	El número de enfermeras que conocían sus cuidados.	1	2	3	4	5
5	La rapidez con la que acudían cuando las llamaban	1	2	3	4	5
6	La manera en que las enfermeras le hacían sentir como en casa.	1	2	3	4	5
7	La cantidad de información que las enfermeras le daban acerca de su situación y tratamiento.	1	2	3	4	5
8	La frecuencia con la que las enfermeras comprobaban que se encontraba bien.	1	2	3	4	5
9	La amabilidad de las enfermeras.	1	2	3	4	5
10	La manera en que las enfermeras le explicaban las cosas.	1	2	3	4	5
11	La forma en que las enfermeras	1	2	3	4	5

	informaban a su familia.					
12	El modo de hacer su trabajo las enfermeras.	1	2	3	4	5
13	El tipo de información que las enfermeras daban acerca de su situación y tratamiento.	1	2	3	4	5
14	El trato que recibió de las enfermeras como persona.	1	2	3	4	5
15	La forma como las enfermeras escuchaban sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
16	La cantidad de libertad que le fue dada en la planta.	1	2	3	4	5
17	La disponibilidad de las enfermeras a responder a sus demandas.	1	2	3	4	5
18	El grado de intimidad que le proporcionaron las enfermeras.	1	2	3	4	5
19	La conciencia de las enfermeras sobre sus necesidades.	1	2	3	4	5

SECCION 3: DATOS PERSONALES

Estas preguntas están centradas en sus datos personales. Para entender sus respuestas necesitamos alguna información sobre su persona.

1. Diga si es hombre o mujer

Hombre 1

Mujer 2

2. ¿Cuántos años tiene?

Años _____

3. ¿Qué estudios hizo?

4. ¿Cuántas noches pasó en la Unidad?

Nº de noches _____

5. ¿Cómo valora usted la atención recibida de las enfermeras en esta Unidad?

Muy mala	Mala	Poca	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
1	2	3	4	5	6	7

6. En su conjunto, ¿cómo valoraría su estancia en esta Unidad?

Muy mala	Mala	Poca	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
1	2	3	4	5	6	7

7. ¿La atención de las enfermeras podría ser mejorada en algún aspecto?

Si 1

No 2

ANEXO V

Escala EVA para evaluar dolor



Consiste en una línea horizontal de 10cm, en el extremo izquierdo está la ausencia de dolor y en el derecho el mayor dolor imaginable.

ANEXO VI

La Escala Ámsterdam de Ansiedad y Necesidad de Información Previamente a una Intervención (APAIS)

1. Estoy preocupado por la anestesia.
 2. Pienso constantemente en la anestesia.
 3. Me gustaría contar con toda la información posible sobre la anestesia.
 4. Estoy preocupado por la intervención.
 5. Pienso constantemente en la intervención.
 6. Me gustaría contar con toda la información posible sobre la intervención.
-

El grado de acuerdo con estas afirmaciones se puntuará en una escala Likert de cinco puntos, siendo 1 = en absoluto y 5 = extremadamente.

ANEXO VII

Consentimiento informado

Título del Estudio: ¿Cuál es el efecto de una comunicación efectiva en el paciente que se va a someter a una cirugía mayor ambulatoria urológica?

Consentimiento informado- Información al paciente

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita, y realice las preguntas que considere oportunas.

Diseño del Estudio:

Los pacientes objeto del estudio proceden del Área quirúrgica del Hospital Clínic de Barcelona (sede Platón)

Implicaciones para los pacientes:

- La participación es totalmente voluntaria.
- El paciente puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.
 - Todos los datos de carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio. Riesgos de la investigación para el paciente:

Ninguno. Si requiere información adicional se puede poner en contacto con nuestro personal de enfermería perteneciente a este estudio de investigación del Hospital Clínic de Barcelona (sede Platón) teléfono: 933069900 extensión 3341 o en el correo electrónico: rruizt@clinic.cat

CONSENTIMIENTO INFORMADO. CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PACIENTE

Yo: _____ DNI/Pasaporte: _____

- He leído la hoja informativa que me ha sido entregada
- He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.

- He recibido respuestas satisfactorias.
- He recibido suficiente información en relación con el estudio.
- Entiendo que la participación es voluntaria y que soy libre de participar o no en el estudio.
- También se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.
- Entiendo que puedo abandonar el estudio y retirar mi consentimiento:
 - Cuando lo desee.
 - Sin que tenga que dar explicaciones.
 - Sin que ello afecte a mis cuidados sanitarios

Por todo ello presto libremente mi conformidad para participar en el proyecto de investigación **Impacto de un programa de comunicación efectiva dirigida al paciente sometido a cirugía mayor ambulatoria urológica** hasta que decida lo contrario.

Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Barcelona 2022

Firma del sujeto de estudio:

Firma del profesional:

Nombre y apellidos

Nombre y apellidos