CONOCIMIENTO enfermero
REVISTA CIENTÍFICA DEL CODEM ISSN 2605-3152
CODEM Colegio Oficial de Enfermería de Madrid

ESTUDIOS ORIGINALES

Programa de tutorización para enfermeras de hospital de día de oncología del Hospital Universitario 12 de Octubre

Tutoring program for oncology day hospital nurses at the University Hospital 12 October

Francisca Rebollo Cicuéndez

Enfermera de Práctica Avanzada de Oncología. Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid).

VIII Premios de Investigación CODEM 2024. Cuarto premio.

DOI: https://doi.org/10.60108/ce.373

Cómo citar este artículo: Rebollo Cicuéndez, F., Programa de tutorización para enfermeras de hospital de día de oncología del Hospital Universitario 12 de Octubre. Conocimiento Enfermero 28 (2025): 18-42.

Disponible en: http://www.conocimientoenfermero.es

Resumen

Introducción/justificación. La cronicidad del paciente oncológico requiere de una atención enfermera con competencias adecuadas a las necesidades. En ausencia de especialidad la evidencia dice que los programas de tutorización pueden ser una escalera clínica en la adquisición de los conocimientos, habilidades y aptitudes.

Objetivo. Evaluar la efectividad de un programa de tutorización en las enfermeras de hospital de día de oncología del Hospital Universitario 12 de Octubre.

Hipótesis. La implementación de un programa de tutorización aumenta las competencias y engagement en los profesionales de enfermería.

Material y métodos. Estudio cuasiexperimental mixto. De enero a diciembre, primera fase: desarrollo del programa formativo y recogida de datos; segunda fase: intervención a través de una plataforma formativa con diez módulos y unas rotaciones prácticas por las diferentes unidades del servicio.

Resultados. Se producen diferencias estadísticamente significativas de las competencias (0,007) y en cuanto al engagement no se puede decir que los cambios producidos sean debidos a la intervención. La experiencia vivida permite conocer al otro y las diferentes perspectivas del paciente.

Discusión. La formación continuada es una obligación, también un derecho que debe facilitarse desde las organizaciones estos programas con la ayuda de una enfermera de práctica avanzada podría ser de gran ayuda, este estudio señala un cambio en las competencias y la experiencia vivida arroja datos que dejan abiertas futuras líneas de investigación y áreas de mejora.

Palabras clave: enfermería; tutoría; mentoría; preceptoría/métodos; cuidados del paciente; compromiso laboral.

Abstract

Introduction/justification. The chronicity of cancer patients requires nursing care with competencies appropriate to their needs. In the absence of specialty, the evidence says that mentoring programs can be a clinical ladder in the acquisition of knowledge, skills and aptitudes.

Objective. To evaluate the effectiveness of a tutoring program in the nurses of the Oncology Day Hospital of the Hospital Universitario 12 de Octubre.

Hypothesis. The implementation of a tutoring program increases the competencies and engagement of nursing professionals.

Material and methods. Mixed quasi-experimental study. From January to December, first phase: development of the training program and data collection; second phase: intervention through a training platform with ten modules and practical rotations through the different units of the service.

Results. There were statistically significant differences in competencies (0.007) and in terms of engagement, it could not be said that the changes produced were due to the intervention. The lived experience allows us to get to know the other person and the different perspectives of the patient.

Discussion. Continuous training is an obligation, also a right that should be provided by organizations. These programs with the help of an advanced practice nurse could be of great help, this study points to a change in competencies and lived experience yields data that leave open future lines of research and areas for improvement.

Keywords: nursing; mentoring; mentorship; preceptorship/methods; patient care; work engagement.

1. Introducción

El número de cánceres diagnosticados en España en el año 2022 fue de 280.000 casos, aun siendo la primera causa de mortalidad está disminuido en los últimos años y ha aumentado la supervivencia, gracias a la prevención, el diagnóstico precoz, los avances terapéuticos y en hombres por ejemplo la disminución en el consumo de tabaco según los datos del Global Cancer Observatory (GCO), elaborado por la International Agency for Research on Cancer (IARC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que recoge a su vez los datos de GLOBOCAN. Además, el aumento demográfico y el envejecimiento de la población apuntan a un cambio de estrategia en el cuidado del paciente oncológico, la tendencia a la cronicidad necesita de profesionales cualificados [1].

Actualmente, no existe en España la especialidad de enfermería oncológica [2]. Esto hace que al llegar a una unidad de oncología las enfermeras tengan que aprender a contrarreloj o solicitar la ayuda de las compañeras más expertas, además estas unidades suelen tener elevadas cargas de trabajo. Por todo ello, el aprendizaje se centra en la administración de quimioterapia, descuidando otras áreas importantes para el paciente y generando estados de burnout en los profesionales [3]. De esta forma, tal y como apuntó Patricia Benner las enfermeras principiantes avanzadas, con menos de dos años de experiencia o enfermeras más expertas que se inician en una unidad desconocida para ellas, no dominan el entorno desde una perspectiva amplia y precisan del apoyo de otra enfermera al menos competente para proporcionar cuidados integrales al paciente [4].

Ya en 1965, Peplau, reconocía la importancia de la enfermería oncológica [5]. Conscientes de este problema, la Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO) y la European Oncology Nursing Society (EONS) destacan la importancia de la formación y la creación de estándares y normas que guíen la práctica de la enfermera de oncología. Ambas han tratado de definir el ámbito de la práctica de la enfermería oncológica y determinar los estándares que aseguren la calidad de los cuidados [6,7], uno de estos estándares es la formación permanente:

> "La práctica de la enfermería oncológica se define como la prestación de servicios enfermeros profesionales y competentes, al individuo, familia o comunidad, en todo el continuum salud-enfermedad, desde la prevención del cáncer a los cuidados del enfermo en situación terminal"

Entidades universitarias y educacionales están también haciendo esfuerzos en la creación de másteres y cursos especializados en oncología. Los sistemas educativos deben adaptarse continuamente para permitir a las enfermeras anticiparse al futuro al tiempo que satisfacen las necesidades actuales de atención tal y como señala el Consejo Internacional de Enfermería [8]. En este sentido ya no se trata sólo de desarrollar las competencias desde programas formativos, sino que esa adaptación debe ir más allá en un continuo acompañamiento y asesoramiento. Slater et al. [9], en una revisión resalta el desarrollo de una cultura de desarrollo continuo en el que las responsabilidades individuales de los profesionales al servicio de la sociedad junto con el compromiso de las organizaciones desarrollen modelos de tutorización en los que se incluyan la relación enfermera-paciente, los

resultados del paciente junto con colaboración práctica y desarrollo profesional.

Es necesario crear una cultura de cuidados oncológicos dentro de cada unidad para que las enfermeras puedan adquirir los conocimientos, aptitudes y habilidades con el apoyo y motivación pertinentes [8].

Según Mijares et al. [10], los programas de tutoría podrían ser esa escalera clínica de adquisición de competencias establecidas para aumentar los conocimientos, habilidades y aptitudes de las enfermeras sin sobrecargar al resto de compañeras y aumentando la autoconfianza, así como el compromiso laboral.

Estudios realizados por Sigma Theta Tau y la SEEO ponen de manifiesto el utilizar programas de tutoría únicos que abogan por un entorno de apoyo a las enfermeras donde se fomente el crecimiento profesional y personal. En ausencia de especialización oncológica tener un programa formal de tutoría puede ser de gran ayuda [6,11].

La palabra "mentor" señala una relación por la cual el conocimiento y la sabiduría se transmiten de un experto superior a un individuo más novato. La mentoría se define como el empoderamiento del colega y difiere de otros conceptos educativos como una enseñanza formal que simplemente denota la transmisión de conocimientos sin que el "maestro" adopte otros roles como el de entrenador o consejero para proporcionar orientación y asesoramiento en el desarrollo profesional del "estudiante". Se trata de un acompañamiento constante en el que guiar, impulsar, aconsejar, ayudar [12].

La evidencia dice que los programas de tutorización mejoran las competencias y el compromiso laboral en diversos estudios y revisiones de la literatura.

Así, Aparicio et al. [13], en una revisión de la literatura tiene por objetivo determinar si existe evidencia que respalde los programas de tutoría, éstos aumentan la satisfacción, mejoran las habilidades y competencias, así como el compromiso laboral. Para que ello sea posible es necesario que se lleven a cabo con grupos reducidos de aprendizaje y se puedan reducir las cargas de trabajo tanto para el mentor como para el tutorizado para que la retroalimentación por pares y el pensamiento crítico sean posibles [14,15]. Las competencias adquiridas y la comunicación en equipo son estadísticamente significativas ($p<0,054$).

En un estudio experimental llevado a cabo por Wua et al. [16] se examina la efectividad de un programa de pedagogía clínica basado en la web en comparación con uno presencial. Si además se combina con el apoyo continuo y un encuentro entre pares, la intervención obtiene resultados significativos ($p<0,005$). Esta modalidad de aprendizaje permite adaptar los ritmos de trabajo y compaginar el tiempo con la familia y el ocio [17].

Otros como el de Edward et al. [18], avalan el compromiso de la organización. Y en la mayoría de los casos, tal y como señala Taylor et al. [19], el mentor debe tener una capacitación formal.

2. Justificación

Aunque hay evidencia que respalda estos programas no existe tanto en el ámbito que nos ocupa de la oncología, es por esto por lo que dada la relevancia se nos plantea la siguiente **pregunta en formato PIO**:

> ¿Un programa de tutorización en las enfermeras de oncología aumentaría sus competencias y compromiso en la unidad?

El hospital de día de oncología médica del Hospital Universitario 12 de Octubre atiende una media diaria de 80 pacientes con diagnóstico de cáncer sólido. Los profesionales de enfermería cuidan a los pacientes a lo largo de todo el proceso, en la sala de tratamiento, las diferentes consultas de enfermería, la consulta de accesos venosos, la sala de extracciones y/o departamento de ensayos clínicos. La complejidad del paciente, la falta de especialización, la estructura organizativa de recursos humanos en cuanto a selección de personal por concurso-oposición o bolsas temporales de trabajo, hacen que las enfermeras no tengan las competencias totalmente adquiridas por la falta de conocimientos, la ansiedad que produce aprender a contrarreloj, la falta de tiempo para dar formación por parte de compañeras expertas, las cargas de trabajo que

igualmente dificultan la enseñanza... aspectos todos ellos que pueden derivar por un lado, en unos cuidados de calidad pero no de excelencia y por otro en estados de burnout profesional y fatiga por compasión [3]. A pesar de todo ello un estudio reciente realizado en la unidad respecto al manejo de los principales efectos inmunomediados [20] dejó de manifiesto la profesionalidad de la profesión por las palabras de gratitud de los pacientes cuando son guiados y cuidados por enfermeras que sí se implican en el cuidado. Por lo tanto, la complejidad del paciente deja de manifiesto que nuestra atención basada en la evidencia y la experiencia aporta unos cuidados de calidad tanto a la persona como a la familia.

En 2021, con la fin de conseguir los estándares que marca la práctica enfermera, se llevaron a cabo dentro de la unidad unas sesiones bajo el proyecto formativo "Caminando juntos: abriendo horizontes", acreditado por la Comisión de formación continuada de las profesiones sanitarias de la Comunidad de Madrid con 1 crédito CFC. El resultado obtenido fue por un lado la satisfacción de los participantes y por otro la necesidad de formación entre los asistentes [21]

Por otro lado, la seguridad del paciente aumenta cuando la formación del profesional es mayor evitando errores en la atención [22]. Según la estadística de incidentes de seguridad en el Hospital Universitario 12 de Octubre (HU12O) de la Comunidad de Madrid (CAM), el número de incidentes por factores ligados a la formación y al aprendizaje fue de 31 con una incidencia de 12,7% en 2021 [23].

Esta situación pone de manifiesto la necesidad de implementar intervenciones de tutorización entre los profesionales de enfermería pues nos encontramos con un volumen diario de paciente elevado donde las enfermeras sin especialidad formal adquieren conocimientos a través de la práctica diaria por las enseñanzas de las compañeras, la observación y la motivación personal. Las responsabilidades por unos cuidados de calidad construyen un ambiente laboral de supervivencia donde cada enfermera embulle en un horizonte limitado que no deja ver más allá, llegando al burnout y haciendo que el compromiso en la unidad merme.

Hay que destacar que la unidad cuenta con dos enfermeras de práctica avanzada que podrían tutorizar con un programa adecuado a las enfermeras de oncología [24].

En este contexto, se propone este proyecto que es aceptado en la convocatoria de becas de la actividad intensificadora de investigación enfermera 2022-2023 y cuya memoria se describe en el presente documento.

3. Objetivos

Objetivo principal:

- Evaluar la efectividad de un programa de tutorización en las enfermeras de oncología del Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos secundarios:

- Aumentar las competencias profesionales de las enfermeras de oncología.
- Mejorar el compromiso laboral de los profesionales de enfermería del hospital de día de oncología.
- Conocer la percepción de la seguridad en el paciente.

Hipótesis:

- La implementación de un programa de tutorización aumenta las competencias y grado de compromiso en los profesionales de enfermería del hospital de día de oncología.

4. Material y métodos

4.1. Diseño

Se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental longitudinal mixto, donde una muestra sin asignación aleatoria es estudiada antes y después de una intervención de tutorización.

4.2. Población y muestra

El estudio se desarrolló entre los profesionales de enfermería que atienden al paciente oncológico en el hospital de día de oncología del Hospital Universitario 12 de Octubre.

El tipo de muestreo utilizado en este estudio es de tipo no probabilístico. Los primeros participantes fueron reclutados por un muestreo intencional y en respuesta a los hallazgos emergentes de la investigación se seleccionaron por un muestreo teórico [25]. En este sentido, Martínez-Salgado [26], se refiere al muestreo no probabilístico intencional como aquel que permite trabajar con números pequeños de observación y aportan información profunda y detallada, de ahí la importancia del contexto, por este motivo no se emplea ningún cálculo para el tamaño de la muestra, así como tampoco se realizó una revisión bibliográfica puesto que la población de estudio era pequeña.

Inicialmente se reclutaron 27 participantes de los cuales 18 fueron los que completaron el estudio.

4.3. Criterios de inclusión

Todas las enfermeras que trabajan en hospital de día y que voluntariamente quisieran participar durante el periodo de reclutamiento que se estableció de enero a mayo, antes del inicio de apertura de plataforma on line.

4.4. Descripción de las variables del estudio

Las variables que se recogen en el estudio son las siguientes:

Variable independiente: Programa de tutorización compuesto por: a) una parte teórica en plataforma online; b) una práctica de rotaciones por las diferentes unidades del servicio. En todo el proceso se lleva a cabo un aprendizaje por pares tutorizado.

Variables dependientes:

- *Competencia profesional:* variable cualitativa politómica medida con escala ordinal.
- *Engagement o grado de compromiso con la unidad:* variable politómica médica con escala ordinal.
- *Percepción de la seguridad en el paciente*: variable politómica médica con escala ordinal.

Variables secundarias:

- Edad (en años): variable cuantitativa discreta.
- Sexo, tiempo egresado (en años). Variable cualitativa dicotómica.
- Tiempo en la unidad (en meses). Variable cuantitativa discreta.
- Estado civil. Variable cualitativa dicotómica.
- Tener hijos. Variable cualitativa dicotómica.

Variables extrañas: Según diferentes estudios, la motivación, la ansiedad o el estrés pueden influir en el desarrollo profesional de los participantes, sin embargo, en el presente estudio no se ha valorado el control de las mismas y por ello podemos considerar el sesgo debido a los instrumentos de medida o de información.

4.5. Recogida de datos

Se emplearon 3 cuestionarios validados.

- **Cuestionario de Cuevas et al., 2016** (Anexo 1). Según la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud [27] en el artículo 42 define competencia profesional como: "la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se le planteen", no existen instrumentos de medida que evalúen las competencias dentro del ámbito de la oncología por lo que se escoge para su evaluación el mapa competencial de Cuevas [28].

  El mapa competencial elaborado por Cuevas está constituido por 7 dominios y 28 competencias. Los niveles se evalúan utilizando una escala Likert con un rango de 1 (nunca), 2 (en ocasiones), 3 (con frecuencia), 4 (siempre).

  Dominio 1: Identificación con el hospital. Consta de 3 competencias. Hace referencia a la capacidad y voluntad de orientar los propios intereses y comportamientos hacia las necesidades, prioridades y objetivos del hospital.

Dominio 2: Orientación al paciente-familia. Consta de 4 competencias. Hace referencia al deseo de ayudar a las pacientes a satisfacer sus necesidades y resolver sus problemas.

Dominio 3: Trabajo en equipo y cooperación. Consta de 4 competencias. Hace referencia a la colaboración con otros, formando parte de un grupo que trabaja compartiendo procesos, tareas y objetivos.

Dominio 4: Flexibilidad. Consta de 5 competencias. Hace referencia a la habilidad de adaptación de distintas situaciones, personas o grupos en el trabajo, entendiendo y valorando posturas distintas o enfrentadas.

Dominio 5: Orientación al logro. Consta de 6 competencias. Hace referencia a la preocupación por hacer bien el trabajo o superar un estándar (mejorar los propios resultados), las metas personales o hacer bien las cosas de forma diferente para mejorar.

Dominio 6: Preocupación por el orden y la calidad. Consta de 3 competencias. Hace referencia a la preocupación permanente para reducir la incertidumbre del medio controlando el trabajo, la información utilizada, las funciones ejercidas y los roles desempeñados.

Dominio 7: Autocontrol. Consta de 3 competencias. Hace referencia a la capacidad de mantener bajo control las emociones, evitando reacciones negativas ante provocaciones u oposición por parte de otros o en situaciones de estrés.

- **Escala Utrecht de Engagement en el Trabajo** (Anexo 2).
  Concepto opuesto al burnout, es una escala tipo Likert que mide el vigor, la adsorción y la dedicación en 17 preguntas en la encuesta abreviada. Las preguntas se refieren a los sentimientos de las personas en el trabajo y se evalúan con una escala Likert con un rango de 0 (nunca), 1 (casi nunca), 2 (algunas veces), 3 (regularmente), 4 (bastantes veces), 5 (casi siempre), 6 (siempre) [29,30].

- **Medical Office Survey on Patient Safety Culture** (Anexo 3).
  Los datos comparativos de la "encuesta española" son los obtenidos en una encuesta española de ámbito nacional de 2011, mientras que los datos comparativos de la "versión original" son los proporcionados por la Agency for healthcare research and quality (AHRQ) en 2012 [31,32].

  Los niveles se evalúan con una escala Likert con un rango de la pregunta 1 a la 42 de 1 (muy en desacuerdo), 2 (en desacuerdo), 3 (indiferente), 4 (de acuerdo), 5 (muy de acuerdo) y de la pregunta 53 a 61 con un rango de 1 (nunca), 2 (casi nunca), 3 (a veces), 4 (casi siempre), 5 (siempre). La pregunta 43 se evalúa en una escala de o (mínima seguridad) a 10 (máxima seguridad. Las preguntas 44 a 51 se refieren a datos sociodemográficos y la 53 es de expresión libre.

Narrativas de los participantes

Expresan la experiencia vivida por los participantes durante las rotaciones prácticas. Se han anonimizado y eliminado cualquier nombre o alusión que pueda identificar a personas o a pacientes.

Indicadores de reacciones adversas en el paciente.

Obtenidas de programa informático oncosafety de administración de citostáticos.

4.6. Análisis de datos

Programa Excel para análisis estadístico

- Estadística descriptiva: Tabla de distribución de frecuencias expresado en porcentaje de la frecuencia relativa.
- Medidas de posición o tendencia central: media aritmética muestral.
- Medidas de dispersión: varianza.

Contraste de hipótesis:

- Se asigna un error estándar de la media del 5%, afirmando que con un 95% de probabilidad la población de estudio estará representada en la muestra.
- Significancia estadística de $p<0.05$
- Test de Wilcoxon.

Análisis cualitativo:

- A partir de narrativas y algunas preguntas abiertas de los cuestionarios se extrae información cualitativa para lo cual se realiza extracción de las transcripciones en un mapa conceptual según las diferentes categorías encontradas.
- Mediante triangulación se procede a la validación de los resultados.

4.7. Intervención

La intervención fue un programa estructurado en dos partes bien definidas, llevada a cabo de mayo a diciembre:

Parte teórica: desarrollada en una plataforma Moodle on line en colaboración con la unidad de formación. Los contenidos se establecieron en una guía didáctica en conjunto con el equipo colaborador, se repartieron en diez módulos con vídeos y documentos además de un foro de participación e interacción (Figura 1).

FIGURA 1. Diagrama de flujo del estudio.

Módulo I:	Enfermería basada en la evidencia
Módulo II:	Generalidades
Módulo III:	Hospital de día de oncología
Módulo IV:	Administración de tratamientos
Módulo V:	Accesos venosos
Módulo VI:	Cáncer familiar
Módulo VIII:	Ensayos clínicos
Módulo IX:	Urgencias oncológicas
Módulo X:	Trabajo Multidisciplinar

Puesto que el programa de tutorización no tenía en cuenta los años trabajados en la unidad y desde las enfermeras principiantes a las expertas la necesidad de formación es una constante, se dejó la libertad de que cada participante escogiese los módulos en función de sus necesidades de conocimiento. Entendiendo las cargas de trabajo no se establecieron tiempos ni obligatoriedad en el acceso a la plataforma. La plataforma se abrió de mayo a diciembre.

Parte práctica: con un sistema de rotaciones a través de las diferentes unidades del servicio, consulta de enfermería, unidad de consejo genético, consulta médica, consulta de accesos venosos.

4.8. Desarrollo del estudio

El proyecto fue aprobado por la unidad de investigación del hospital obteniendo una beca de intensificación de la actividad investigadora para enfermería.

Una vez aprobado por el comité de ética, se informó a la dirección de enfermería (supervisora y adjunta de enfermería de área), comenzando en enero de 2023 hasta diciembre de 2023.

Se informó a través de una charla al personal y a través de correo electrónico. Los participantes firmaron consentimiento informado. Antes de realizar la intervención rellenaron los tres cuestionarios que se dieron en sobre cerrado manteniendo el anonimato y asignándoles un número de identificación. Tras finalizar el programa tuvieron que rellenar nuevamente los cuestionarios conservando de la misma manera la confidencialidad.

De enero a mayo se reclutaron los participantes, y se definió la guía didáctica con los contenidos que se colgaron en plataforma en formato vídeo, pdf e infografías en diez módulos. Los contenidos se desarrollaron por el equipo investigador y colaboradores.

De mayo a diciembre se lleva a cabo el programa con la inscripción de los participantes en el curso Moodle y el inicio de rotaciones, así como la tutorización por pares. El acceso al curso se dejó a las necesidades de cada participante en función de sus intereses, motivaciones y disponibilidad en el aprendizaje. Estudios como el de Vázquez et al. [33], señalan como el desarrollo profesional depende de aspectos como la motivación y/o las organizaciones. Cada participante tuvo 5 días para rotar por la unidad, al finalizar éstas se pidió una narrativa que valorase su experiencia, ver lo que hace el "otro" amplía el horizonte de realidades infinitas y permite ver las diferentes perspectivas del paciente y de la unidad.

La tutorización fue llevada a cabo por una enfermera de práctica avanzada (investigadora principal), con competencia intrínseca dentro del rol desempeñado y 20 años de experiencia en la unidad, así como formación en oncología [34].

5. Resultados

Se reclutaron 27 participantes de los cuáles completaron el estudio 18. El índice de respuesta es del 66%. La tasa de incumplimiento-abandono es de un 33%, hay que tener en cuenta que el periodo de desarrollo del programa incluye los meses estivales y un momento de reestructuración de personal por adjudicaciones de plazas fijas, salvo estas excepciones habría que considerar el resto de los motivos que han dado lugar a las pérdidas.

La edad media es de 39,27 años, y el sexo es de 17 mujeres frente a un hombre.

La frecuencia de años egresada, así como en el hospital y en la unidad se refleja en la figura 2.

5.1. Competencias

Según Díaz [35] las competencias se estructuran en tres componentes: a) Conocimientos: se refieren a la adquisición sistemática de conocimientos, clasificaciones, teorías, etc. Está relacionado con materias científicas o áreas profesionales; b) Habilidades: implican el entrenamiento en procedimientos metodológicos aplicados relacionados con materias científicas o áreas profesionales (organizar, aplicar, manipular, diseñar, planificar, realizar, etc.); c) Actitudes y valores: elementos necesarios para el ejercicio profesional, se refiere a la responsabilidad, autonomía e iniciativa ante situaciones complejas.

No se han encontrado cuestionarios validados en el ámbito de la oncología que determinen cuáles son las competencias que debe tener una enfermera oncológica, por ello se decidió optar por la encuesta global de competencias de la enfermera generalista de Cuevas.

En general existe poca dispersión de los resultados, quedando los valores concentrados en las respuestas “con frecuencia” y “siempre” y poca variabilidad entre el antes y después. En el pre con una media de 3,9722222 y una DT 0,37373347, y en el post con una media de 3,52580952 y una DT de 0,2595707.

En el dominio orientación al logro, hay que destacar una mejora en las preguntas “acepta la apreciación y valoración de su trabajo” con un 94,4% de respuestas “siempre” junto con “quiere realizar el trabajo correctamente”.

El dominio de identificación con el hospital, se obtiene el mismo porcentaje de respuestas en la pregunta “se esfuerza en realizar su trabajo de forma adecuada en función de los procedimientos establecidos” con un 77,7% “siempre” tanto antes como después de la intervención y la pregunta “toma decisiones y ajusta sus prio-

FIGURA 2. Enfermería.

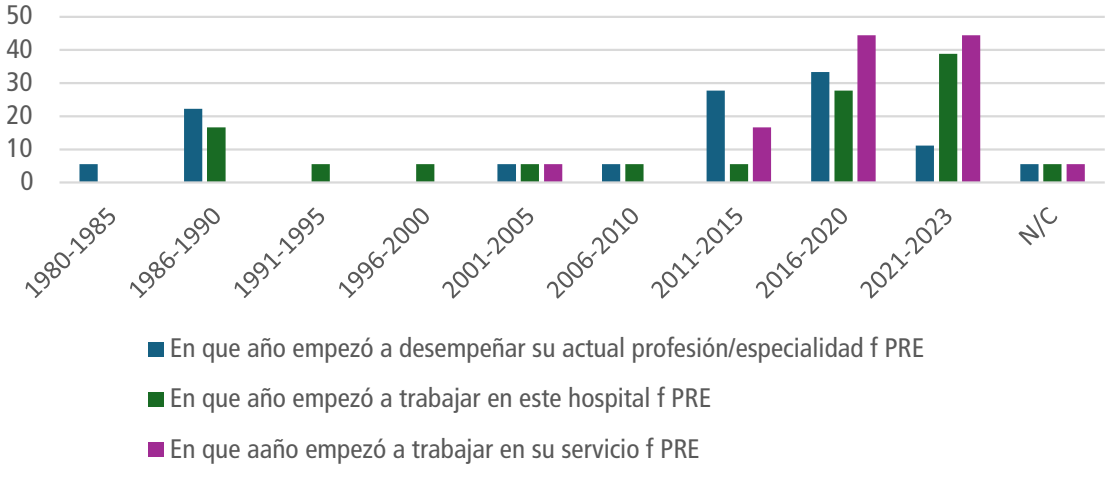

TABLA 1. Distribución de frecuencias en porcentaje de la frecuencia relativa con media su media y varianza.

		Nunca	En ocasiones	Con frecuencia	Siempre	N/C	Media	Varianza
Ofrece información útil y da servicio de forma cordial	PRE	0	0	22,22222	72,22	0	3,666666	0,352941
	POST	0	0	22,22222	72,22	5.55	3,555555	0.967320
Quiere realizar el trabajo correctamente	PRE	0	0	0	100	0	4	0
	POST	0	0	5,555555	94,44	0	3,944444	0,055555
Toma decisiones y ajusta sus prioridades a las necesidades del hospital	PRE	0	5,55555	38,88888	50	5,555	3,277777	1,035947
	POST	0	11,1111	61,11111	27,77	0	3,166666	0,382352
Acepta la apreciación y valoración de su trabajo	PRE	0	0	38,88888	61,11	0	3,888888	0,251633
	POST	0	0	5,55555	94,44	0	3,666666	0,005555
Se esfuerza en realizar su trabajo de forma adecuada en función de los procedimientos establecidos	PRE	0	0	22,22222	77,77	0	3,777777	0,183006
	POST	0	0	22,22222	77,77	0	3,777777	0,183006
Se compromete personalmente a subsanar los problemas pacientes-familia	PRE	0	5,55555	38,88888	55,55	0	3,5	0,382352
	POST	0	0	55,55555	44,44	0	3,444444	0,261437
Se anticipa a lo realmente el paciente espera de él.	PRE	0	5,55555	38,88888	50	5,555	3,277777	1,035947
	POST	0	0	72,22222	27,77	0	3,277777	0,212418

ridades a las necesidades del hospital" aumenta casi a la mitad el porcentaje de respuestas "con frecuencia".

El dominio orientación a paciente y familia, obtiene el mismo resultado antes y después de la intervención la pregunta "ofrece información útil y da servicio de forma cordial" y aumenta casi la mitad el porcentaje de respuestas de "se anticipa a lo realmente el paciente espera de él" (Tabla 1).

El resto de los dominios: flexibilidad, trabajo en equipo, preocupación por el orden y la calidad y autocontrol muestran una varianza entre 0,1 y 0,9.

La Prueba de test de hipótesis Wilcoxon muestra valores estadísticamente significativos (0,007), esto nos lleva a rechazar la hipótesis nula y afirmar que los cambios producidos no se deben al azar sino en cierta medida al efecto de la intervención (Tabla 2).

TABLA 2. Test de Wilcoxon.

n	18
W+	6,5
W-	14,5
W	6,5
Z	– 2,43278539
α	0,05
Valor crítico	1,96
p - α	0,00749159

5.2. Compromiso en la unidad

Schaufeli WB, Bakker AB [29], define engagement como: "... un estado mental positivo y satisfactorio frente al trabajo, el cual se caracteriza por el vigor, dedicación y absorción del individuo".

TABLA 3. Distribución de frecuencias en porcentaje de la frecuencia relativa con media su media y varianza.

		nunca	casi nunca	algunas veces	regular-mente	bastantes veces	casi siempre	siempre	N/C	Media	Varianza
En mi trabajo me siento lleno de energía	PRE	0	0	0	16,666	11,111	55,55	16,66	0	4,722	0,918
	POST	0	0	0	16,66	11,111	55,555	16,66	0	4,722	0,918
Mi trabajo está lleno de significado y propósito	PRE	0	0	0	5,555555	5,555555	33,33333	55,5555	0	5,388	0,722
	POST	0	0	0	0	22,222	27,777	50	0	5,277	0,683
Estoy orgulloso del trabajo que hago	PRE	0	0	0	5,5555	5,5555	27,777	61,11	0	5,444	0,732
	POST	0	0	0	0	16,666	16,666	61,11	0,55	5,5555	0,7320261
Me es difícil desconectarme de mi trabajo	PRE	6,6666	16,66	27,7	5,55555	22,22222	11,11111	11,1111	0	2.52941	4,13970
	POST	0	16,66	27,77	5,555555	22,22222	11,11111	11,1111	0,55	3,23529	3,31617

El compromiso con el trabajo se produce cuando existe un ambiente laboral cordial, se tiene el vigor y dedicación en las tareas que se realizan y éstas mejoran cuando se tienen las competencias.

Las respuestas obtenidas presentan una gran variabilidad, en las respuestas del pre con una media 4,40849673 y una DT de 0,80565683 y en las respuestas post con una media de 4,6503268 y una DT de 0,87516617, la más contestada es "regularmente" y "bastantes veces".

La pregunta "mi trabajo está lleno de significado y propósito" es la que mejora significativamente, se mantiene igual "estoy orgulloso del trabajo que hago" y "en mi trabajo me siento lleno de energía. "Me es difícil desconectarme de mi trabajo" es la que más variabilidad tiene con una varianza de 4,1 antes y 3,3 después con mayor porcentaje en respuestas en "algunas veces" (Tabla 3).

TABLA 4. Test de Wilcoxon.

n	18
W+	106
W-	65
W	65
Z	– 0,631292412
α	0,05
valor crítico	1,96
p - α	0,263924674

La Prueba de test de hipótesis Wilcoxon muestra valores con un nivel de significancia de 0,264 (p> 0,005), no podemos encontrar diferencias estadísticamente significativas y por lo tanto no se puede afirmar que los cambios producidos en el grado de compromiso sean debidos a la intervención. (Tabla 4)

5.3. Percepción de la seguridad en el paciente

La seguridad del paciente se define como la ausencia de daños prevenibles en los pacientes y la reducción hasta un mínimo aceptable del riesgo de causarles innecesariamente daños al atenderlos. En el contexto asistencial más amplio, consiste en un conjunto de actividades organizadas que permiten establecer procesos, sistemas de valores, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos de atención con los que reducir los riesgos de forma constante y sostenible, prevenir la aparición de daños evitables, reducir la probabilidad de causarlos y mitigar sus efectos cuando se producen.

Destacar de este cuestionario las preguntas "hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo" con un 38,8% de respuestas "muy desacuerdo" y un 55,5% de respuestas "en desacuerdo" antes de la intervención distribuyéndose más las respuestas en el post siendo mayoritariamente contestada como "indiferente". Similar a esta categoría está la pregunta " a ve-

ces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora"con un 55,5% "muy de acuerdo" antes y un 50% "de acuerdo" después.

Igual medida se obtiene "en esta unidad nos tratamos todos con respeto" con un 55,5% antes y después de la intervención.

TABLA 5. Test de Wilcoxon.

N	18
W+	72
W-	99
W	72
Z	– 0,73330949
α	0,05
Valor crítico	1,96
p - α	0,231684844

La Prueba de test de hipótesis Wilcoxon muestra valores con un nivel de significancia de 0,231 (p> 0,005), no podemos encontrar diferencias estadísticamente significativas y por lo tanto no se puede afirmar que los cambios producidos en el grado de compromiso sean debidos a la intervención y no a las variables extrañas (Tabla 5).

5.4. Análisis cualitativo de las narrativas

Para la presente memoria se realiza únicamente un análisis de contenido de la unidad de significado.

Los profesionales, establecieron sus narrativas, con una visión general seguido de la experiencia en cada una de las áreas, por lo que las narrativas muestran una estructura similar. Las áreas por las que se realizaron las rotaciones fueron: consulta de enfermería, consulta de accesos venosos, consulta de consejo genético, consulta médica y ensayos clínicos.

La unidad de significado se clasifica en las categorías: compromiso laboral, competencia profesional. Valoración global y motivación que se describen a continuación:

Compromiso laboral:

"…nos hace valorar la otra parte, ponernos en el otro lado". P1

"…he sido capaz de entender y valorar el esfuerzo y sacrificio que cada uno de los profesionales que conforman mi equipo…" P2

"…falta dar más voz al trabajo que se lleva a cabo …para poder tener más reconocimiento y comunicación…" P2

"…de esta manera podremos entender y ponernos en la piel de los demás cuando el trabajo no se da como uno quiere…" P2

"…ahora lo puedo entender aún mejor…" P3

"…la carga emocional que llevan las enfermeras de la consulta es elevada…" P7

"…tu proyecto de mentoring me ha ayudado mucho en mi incorporación al servicio y me parece que debería ser fundamental en cada unidad…" P7

"…me parecen interesantes las rotaciones, ya que permite conocer las diferentes perspectivas de los compañeros y del paciente…" P9

"…me agradó mucho la experiencia y veo la importancia que hay conocer la complejidad de los diagnósticos…" P9

Competencias:

"…me ayudó a reciclarme y a actualizarme… hay cosas nuevas y siempre se aprende…" P1

"…vi la labor tan importante que desempeña la consulta de enfermería. Atender al paciente, sobre todo la valoración y ayuda psicosocial". P1

"…he visto una enfermería empoderada con mucha fuerza…capaz de gestionar y hacer un seguimiento exhaustivo de sus pacientes". P2

"…pude aprender cómo gestionar situaciones e incluso aprender otros campos…" P2.

"…contesta enseguida y con evidencia científica actualizada…" P2.

"…me ha ayudado a comprender mejor el mecanismo de este dispositivo…" P3.

"…importante saber qué pasos se tienen que dar…"

"…tiene mucha importancia…conseguimos una prevención real de la enfermedad…" P4

"…y me encantó poder aprender su teoría…" P4

"…observé la complejidad del trabajo…" P5

"…me enseñó de una manera muy didáctica como poner un PICC…" P6

"…y me resolvió varias dudas sobre tratamientos y patologías…" P7

"…observas la importancia…ya que se pueden aplicar medidas de detección precoz…" P8

"…tuve la suerte de poder observar la canalización de tres dispositivos y considero que es imprescindible para poder comprender su manejo" P8

"…las rotaciones permiten el crecimiento profesional, mejora nuestra experiencia y genera nuevas habilidades." P9

"…debemos ser capaces de aportar información veraz y correcta…" P9

"…es el área más desconocida dentro de la unidad y hasta que no pasas por ella no valoras la importancia que tiene el seguimiento genético para adelantarte a posibles cánceres…" P10

"…una de las cosas que más me gustaron de trabajar con las compañeras fue ver con la higiene…esterilidad…canalización…" P10

Valoración global:

"me encantó todas y cada una de las rotaciones…" P1

"…es muy importante que rotemos por las consultas médicas ya que nos ayuda a entender cómo se pauta el tratamiento, qué hay que valorar …" P1

"…he conocido, valorado y vivido en primera persona el tremendo trabajo que hace cada uno de los profesionales que conforma el equipo. Es importante conocer todas las hojas que conforman el árbol de la oncología médica para poder tratar a nuestros pacientes como personas bio-psico-sociales que son. De esta manera podremos entender y ponernos en la piel de los demás cuando el trabajo no se da como uno quiere…" P2

"…gracias una vez más…por hacerlo posible" P3

"la semana de mi rotación, pase cinco días que me sorprendieron…" P5

"…me parece una enfermera de diez…" P5

"en conclusión, la rotación me encantó" P5

"gracias al programa de la intensificación, he vivido el servicio de hospital de día de oncología médica de una manera diferente y he visto en una semana, rotando por diferentes consultas como se trata a un paciente tan especial como es el paciente oncológico" P6

"…me ha llamado la atención la profesionalidad y la meticulosidad" P7

"…muchas gracias por tu esfuerzo y dedicación" P7

"La semana de intensificación es una experiencia que todos los profesionales deberían de disfrutar, ya que el servicio de oncológica es muy amplio, y poder conocer cómo trabajan los profesionales en los diferentes ámbitos nos ayuda a mejorar la atención a los pacientes." P8

"gracias por el esfuerzo de organizar este proyecto" P9

"…ojalá los médicos también lo realizasen…" P10

"…la experiencia es muy positiva para todo el equipo…" P11

Motivación:

"se aprende mucho, cada sitio nos aporta cosas nuevas para poder desempeñar bien nuestro trabajo, ya que todos y cada uno de nosotros formamos este gran equipo…" P1

"…el mentoring es una magnífica herramienta de aprendizaje para el crecimiento tanto personal como profesional en cualquier ámbito laboral." P2

"…es maravillo escuchar a los diferentes profesionales del hospital debatir entre ellos los casos complicados…" P2

"…orgullosa de poder contar con profesionales tan inteligentes a mi lado y con tanta sabiduría" P2

"no sabía de la importancia de farmacia hasta que me senté con ellas…" P2

"…me encantó esta mañana…" P4

"una gran experiencia principalmente por la visión holística…" P5

"… me encantó el trabajo que hacen, la dedicación, el cariño y la ayuda que ofrecen a cada paciente…" P7

"…es la parte que más me gustó…" P10

"me resultó muy interesante conocer las principales mutaciones…" P10

"…la idea del mentoring ha sido un plan increíble para poder ver las distintas partes de las que se compone la unidad de oncología médica…" P10

"...me ha servido para generar inquietudes y aspectos en los que continuar formándome..." P11

5.5. Criterios de rigor

Validez interna

Para garantizar la validez del estudio, se establecieron los mecanismos y estrategias necesarios para mantener el rigor metodológico, buscando conservar la relación y coherencia entre el título, el planteamiento del problema, la formulación de los objetivos, el planteamiento metodológico, la recolección de los datos y el análisis de la información.

El control de los sesgos de información, de selección de Hawthorne y de sociabilidad.

Validez externa

Si bien los hallazgos surgen en el contexto de dichos hallazgos pueden servir como referencia para otros estudios que tengan características similares a las de los contextos analizados.

Confiabilidad

Se garantiza empleando instrumentos de medida validados.

Objetividad

El criterio de objetividad aplicado a este estudio ha sido determinado por el enfoque utilizado para describir numéricamente las competencias de los profesionales en el cuidado al paciente con cáncer y el nivel en el que se ubican, con base en unas categorías teóricas predeterminadas. Para este propósito, se ha elaborado y desarrollado un instrumento que sirve como referencia al desarrollo de estudios posteriores en el área del cuidado del paciente con cáncer. Al criterio de objetividad se le adiciona la relevancia del estudio al analizar un fenómeno del cuidado en el contexto clínico, para lo cual se ha hecho una revisión de manera sistemática de documentos que versan sobre el tema.

Difusión

Se proyecta la difusión de los hallazgos en eventos académicos y científicos ante las comunidades profesionales interesadas en el cuidado del paciente con cáncer. Adicionalmente, se propone la elaboración y publicación de un artículo en una revista de enfermería nacional, con el fin de acercar la evidencia a los profesionales que se desempeñan en el ámbito clínico y académico.

6. Discusión

El Código deontológico de la Enfermería Española señala que "es solamente responsabilidad del profesional la actualización de sus propios conocimientos". El objetivo es evitar todo tipo de actuaciones que puedan causar daño a la salud e incluso la vida de las personas a las que se atiende. Este código añade también que "los enfermeros y enfermeras han de ser conscientes de la necesidad de una formación continuada" y puesta al día, así como del desarrollo de los conocimientos adquiridos de esta manera en su ejercicio profesional [36]. Sin embargo, las cargas de trabajo, la falta de tiempo y en muchas ocasiones la falta de motivación dificulta esta responsabilidad individual.

Por su parte la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias [37] definió la formación continuada como el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios... para aumentar sus competencias y poder adaptarse al cambio. Se trata de un pilar fundamental de las instituciones y como derecho de los profesionales éstas deben abogar por que sea una realidad. En este contexto el HU12 de Octubre ha instaurado la formación de los profesionales dentro del eje satisfacción de los profesionales del plan estratégico 2020-2024. Transforma el 12. También el II Plan estratégico de humanización de la asistencia sanitaria 2022-2025 contempla la formación una agencia para los profesionales.

Trabajar con la mejor evidencia disponible a partir de la investigación y la formación y en ausencia de especialidades en enfermería es un propósito responsable para todos los agentes del sistema sanitario.

En el estudio no se estableció obligatoriedad de acceso a la plataforma entendiendo que ésta

debía ser una ayuda para los participantes en su formación. El promedio de participantes se trata de una población joven que lleva trabajando entre 5 y 10 años en la unidad, el índice de participación y el acceso mayoritario a los módulos referentes a la administración de tratamientos contrasta con lo que dice la evidencia en cuanto a necesidad de disminuir las cargas de trabajo y compaginar modalidades web con presenciales [13,16]. El acceso a los contenidos se ha centrado en los más necesarios en el día a día aunque las rotaciones que abarca otras áreas distintas a la administración de tratamientos, dejan de manifiesto cómo conocer otros contenidos que no se emplean sí son fundamentales para poder dar cuidados de mayor calidad.

Estudios como el de López [38], en una revisión de la bibliografía destaca la necesidad de detectar las necesidades formativas y posteriormente adaptar los programas, tal y como se hizo en la unidad de oncología primero se pudieron detectar estas necesidades para posteriormente implementar un programa presencial y en web tutorizado por una enfermera de práctica avanzada [21].

Podemos afirmar que los cambios producidos han sido estadísticamente significativos en cuanto a las competencias adquiridas. Los conocimientos mejoran cuando el profesional puede anticiparse al futuro y tomar decisiones ofreciendo información útil entre otras, las aptitudes más positivas hacen que trate de encajar en el hospital y se esfuerce por realizar bien el trabajo y todo ello con las habilidades necesarias, estando orgulloso del trabajo que se hace y dándole el significado que merece [39].

Por su parte no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la percepción que se tiene de la seguridad y el grado de compromiso, no podemos afirmar que la intervención sea la responsable de los cambios producidos y en este sentido, variables extrañas que no se han controlado en el estudio podrían ser la responsable tal y como dejan entrever el no poder desconectar del trabajo o la escasez de personal que hacen soportar ratios de pacientes altos, estudios recientes señalan como el desgaste profesional en los profesionales de oncología es elevado [40].

Cualitativamente las vivencias de las enfermeras a través de la narración de su experiencia dejan datos reveladores en cuanto a la importancia de conocer lo que hace el "otro", da una perspectiva del paciente en cada paso por su unidad y ayuda a la comprensión de éste para poder ofrecer un cuidado centrado en la persona. Comprender el funcionamiento de todos los engranajes de la unidad aúna al equipo en la búsqueda de metas comunes de trabajo, en definitiva, permite construir el valor, visión, misión de la unidad y es el inicio del camino a un locus de conocimiento generador de cultura de cuidados en oncología [41].

No cabe duda de los beneficios reportados por el programa tal y como muestran las vivencias de los profesionales y de manera directa el impacto que esto supone en las organizaciones y en el paciente, habría que realizar estudios que científicamente pudiesen demostrar su impacto real. En ausencia de estos son numerosos los estudios que señalan que la formación aumenta la autoconfianza, asegura el desarrollo personal y profesional, integra a los trabajadores en la unidad y repercute en unos cuidados de calidad. Además, disminuye las bajas laborales por menor ansiedad, estrés burnout, y redistribuye mejor los recursos humanos. Futuras investigaciones en torno al programa podrían ir encaminadas en estas líneas y en otras como evaluar la experiencia del paciente con su enfermera, indicadores de reacciones adversas, extravasaciones, delimitar las competencias en oncología…

Limitaciones

Una de las primeras limitaciones ha sido no encontrar cuestionarios validados que puedan recoger los datos de cuáles son las competencias de una enfermera oncológica, por esto el sesgo de información en cuanto a recogida de datos es un aspecto a tener en cuenta. Que el investigador principal haya sido la enfermera de práctica avanzada encargada de la tutorización puede llevar al sesgo de sociabilidad y sesgo de Hawthorne.

El periodo de desarrollo ha tenido como barrera importante ser un momento de cambio

con incorporaciones y bajas derivadas de la última oposición y coincidiendo con época estival, en el que el número de sustituciones es un valor añadido.

El volumen de trabajo y la motivación han sido limitaciones que no se han podido controlar en el estudio.

Financiación

Contrato de una beca de intensificación del Instituto de Investigación del Hospital Universitario 12 de Octubre.

7. Conclusión

A falta de especialización en oncología, como obligación de los profesionales en su formación y siendo la Institución un pilar garante en que se pueda hacer efectivo dicho derecho, los programas de tutorización combinados en línea y on line pueden ser un modelo de capacitación que se adapta a las necesidades formativas de los profesionales y a su trabajo. Hay que decir que éstos requieren hacer un análisis contextual, y realizar un programa basado en la evidencia por un equipo multidisciplinar en el que el mentor debe tener también capacitación y disponer de los medios para que se pueda realizar [42]. Oncología cuenta con dos enfermeras de práctica avanzada que como competencia intrínseca del rol podrían desempeñar esta función [34].

Aplicabilidad de los resultados

Establecer un programa de tutorización podría mejorar las competencias enfermeras en oncología, así como su compromiso en la unidad y en definitiva en el hospital, esto se traduciría en una mayor seguridad del paciente al tener el profesional los conocimientos, habilidades y aptitudes en un marco de autoconfianza y satisfacción laboral que le involucre en la unidad para ayudar a ser actor principal de los cuidados oncológicos inmersa en la cultura organizacional de la institución.

Crear esta cultura de tutorización dentro de las organizaciones que pueda tener un impacto en el paciente es lo que trata de impulsar la estrategia del HU12O con la formación de los profesionales, pues es sabido que revierte en unos cuidados de calidad en los pacientes. Constituye una de las metas del Plan Estratégico “transforma el 12” 2020-2024 para conseguir la satisfacción de los profesionales, fomentando su compromiso y participación responsable en los resultados de la organización desarrollando un liderazgo compartido para impulsar la transformación del hospital a través de diferentes líneas de actuación como son capacita y entrena 12, investiga 12, rediseña e innova 12, entre otras (HU12O, 2023)

Resaltar, cómo en algunas Comunidades Autónomas se está impulsando la figura de la enfermera de práctica avanzada en el peldaño más alto de la escalera clínica y que dadas las competencias en mentoría y coaching podría asumir el rol de mentor en programas de tutorización. Según el Consejo Internacional de Enfermería, ésta es la enfermera que ha logrado una base de conocimiento experto, habilidades para la toma de decisiones clínicas complejas y competencias para ejercer un papel extendido.

La EPA, promueve intervenciones directas de cuidado avanzado basadas en una valoración integral, además de ser guía clínica profesional que brinda apoyo, consultoría y tutoría a estudiantes de Enfermería y demás miembros del equipo multidisciplinar [43].

Agradecimientos

A la Unidad de Investigación del Hospital Universitario 12 de Octubre por hacer que estas becas promuevan el crecimiento de la enfermería, especialmente a Santiago al que tengo profunda admiración como supervisor que fue de mi unidad y pionero de que en ésta iniciara el cambio a lo que es hoy.

A todos y cada uno de mis compañeros de hospital de día. Consciente de que el trabajo existente no deja el tiempo que se quisiera para buscar la mejor evidencia en los cuidados y de la importancia de esto, tras muchos años trabajando con esa necesidad me surgió la idea de poder

ayudarles y de que no sintieran el no crecimiento que a veces he sentido yo.

A mi familia, por las horas de trabajo en casa, no dedicándoselo a ellos.

A todos mis pacientes, a los que he acompañado en esa búsqueda de sentido de su experiencia vivida.

A todos los colaboradores del proyecto: Beatriz Antón Pascual, Recuerdo Aranda, Rocío García Carbonero, Carlos Garrido Caricol, Enrique González Billalabeitia, Gema González Monterrubio, Lara Iglesias Docampo, Ester Laje Fandiño, Elvira De La Torre, Miguel Morato Miguel, Nagwa Nassar Martínez, Mª Dolores Pérez Cárdenas, Santiago Pérez García, Claudia Salazar Rojo, Rodrigo Sánchez Bayona, Isabel Tuñón Cabezas.

Referencias bibliográficas

1. Sistema. El cáncer en cifras [Internet]. Seom.org. [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: https://seom.org/publicaciones/el-cancer-en-espanyacom
2. BOE-A-2005-7354 Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería [Internet]. Boe.es. [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-7354
3. Sanchez S, Cárdenas MD, Cascallana MN, De Las Heras MT, Tuñón I. Grado de Burnout de los profesionales sanitarios de los servicios de oncología del Hospital 12 de Octubre de Madrid. Biblioteca Las Casas. 2019.
4. Carrillo AJ, García L, Cárdenas CM, Díaz IR, Yabrudy N. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. Enfermería Global. 2013;32:346-61.
5. Lusk B, Cockerham AZ. Highlights from the history of advanced practice nursing in the united states. En Hamric and Hanson'Advanced practice Nursing. En: An integrative Approach. Elsevier; 2019.
6. Estándares [Internet]. Seeo.org. [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: https://seeo.org/la-seeo/estandares/
7. EONS - EONS - the European oncology nursing society [Internet]. EONS - The European Oncology Nursing Society - supporting cancer nurses in Europe with education, training, research and programmes about cancer nursing and oncology nursing. European Oncology Nursing Society; 2020 [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: https://cancernurse.eu/
8. Consejo Internacional de Enfermeras [Internet]. ICN - International Council of Nurses. [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.icn.ch/es
9. Slater P, Donovan L. El impacto de la educación de QuoCCA y los factores que mejoran la capacidad de la fuerza laboral y los resultados educativos Quality of Care Collaborative Australia. 2020.
10. Mijares AH, Radovich P. Structured mentorship and the nursing clinical ladder. Clin Nurse Spec [Internet]. 2020;34(6):276-81. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1097/nur.0000000000000558
11. Sigma theta tau international honor society of nursing (sigma) [Internet]. ICN - International Council of Nurses. [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.icn.ch/es/miembros/afiliados-especiales/sigma-theta-tau-international-honor-society-nursing-sigma
12. Marie Block L, Claffey C, Korow MK, McCaffrey R. The value of mentorship within nursing organizations. Nurs Forum [Internet]. 2005;40(4):134-40. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6198.2005.00026.x
13. Aparício C, Nicholson J. Do preceptorship and clinical supervision programmes support the retention of nurses? Br J Nurs [Internet]. 2020;29(20):1192-7. Disponible en: http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2020.29.20.1192
14. Christiansen A, Bell A. Peer learning partnerships: exploring the experience of pre‐registration nursing students. J Clin Nurs [Internet]. 2010;19(5-6):803-10. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02981.x
15. Clair-Smith L, Branum L, Bryant C. Retroalimentación entre pares: un enfoque novedoso para la calidad, la colaboración y la revisión por pares de la enfermería. J Nurs Adm. 2016;46:321-8.

16. Wu XV, Selvam UP, Wang W, Ang ENK, Devi KM, Chan YS, et al. A web-based clinical pedagogy program to promote professional development for nurse preceptors: A quasi-experimental study. Nurse Educ Pract [Internet]. 2022;59(103288):103288. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103288
17. Liang J-C, Wu S-H, Tsai C-C. Autoeficacia y actitudes de las enfermeras en Internet hacia el aprendizaje continuo basado en la web. Educadora de Enfermería Hoy. 2011;31(8):768-73.
18. Edward K-L, Ousey K, Playle J, Giandinoto J-A. Are new nurses work ready – The impact of preceptorship. An integrative systematic review. J Prof Nurs [Internet]. 2017;33(5):326-33. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.03.003
19. Taylor LM, Eost-Telling CL, Ellerton A. Exploring preceptorship programmes: Implications for future design. J Clin Nurs [Internet]. 2019;28(7-8):1164-73. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14714
20. Ocronos R. Conocer la experiencia del paciente en la consulta de Enfermería oncológica [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022 [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: https://revistamedica.com/conocer-experiencia-paciente-consulta-enfermeria
21. Ocronos R. Diseño e implantación de un programa de formación en Hospital de Día de Oncología Médica del Hospital Universitario 12 de Octubre: primera valoración de las necesidades formativas detectadas [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022 [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: https://revistamedica.com/programa-formacion-hospital-dia-oncologia-medica
22. Manzo BF, Brasil CLGB, Reis FFT, Corrêa A dos R, Simão DA da S, Leite Costa AC. Segurança na administração de medicamentos: Investigação sobre a prática de enfermagem e circunstâncias de erros. Enferm Glob [Internet]. 2019;18(4):19-56. Disponible en: http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.344881
23. H12o.es. [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: https://h12o.es/intranet
24. Hamric AB, Spross JA, Hanson CM. Advanced practice nursing: An integrative Approach. Saunders, London; 2005.
25. Vinckx M-A, Bossuyt I, Dierckx de Casterlé B. Understanding the complexity of working under time pressure in oncology nursing: A grounded theory study. Int J Nurs Stud [Internet]. 2018;87:60-8. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.010
26. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. Cien Saude Colet [Internet]. 2012;17(3):613-9. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012000300006
27. BOE-A-2003-10715 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Boe.es. [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715
28. Santos C, González M, Gentil B. La Gestión de Competencias en Enfermería. Madrid: Difusión avances de enfermería. 2006.
29. Wilmarschaufeli.nl. [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/Test%20Manuals/Test_manual_UWES_Espanol.pdf
30. Winstanley J, White E. The Manchester clinical supervision scale © [Internet]. The Wiley International Handbook of Clinical Supervision. Wiley; 2014. p. 386-401. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1002/9781118846360.ch17
31. Agency for healthcare research and quality (AHRQ). Choice (Middletown) [Internet]. 2011;49(03):49-1494-49-1494. Disponible en: http://dx.doi.org/10.5860/choice.49-1494
32. Gob.es. [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosPercepcionOpinion/profesionales/docs/Encuesta_seguridad_FIS.pdf
33. Vázquez-Calatayud M, Errasti-Ibarrondo B, Choperena A. Nurses' continuing professional development: A systematic literature review. Nurse Educ Pract [Internet]. 2021;50(102963):102963. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102963

34. Ferrell B, McCabe MS, Levit L. The institute of medicine report on high-quality cancer care: Implications for oncology nursing. Oncol Nurs Forum [Internet]. 2013;40(6):603-9. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1188/13.onf.603-609
35. Alianzaeditorial.es. [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.alianzaeditorial.es/libro.php?id=1292640&id_col=100508&id_su
36. CODEM. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid [Internet]. Codem.es. [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.codem.es/codigo-deontologico
37. BOE-A-2003-21340 Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias [Internet]. Boe.es. [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340
38. Rodrigo L. Formación continuada en organizaciones sanitarias. Revisión bibliográfica sobre su evaluación [The evaluation of continuous training in healthcare organisations. A bibliographic review. Revista de enfermeria. 2012;35(7-8):22-34.
39. Prat Martínez M. La toma de decisiones como competencia enfermera para cuidar a pacientes crónicos con necesidades complejas. 2021.
40. Hernández García M del C. Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. Psicooncologia (Pozuelo De Alarcon) [Internet]. 1970;14(1):53-70. Disponible en: http://dx.doi.org/10.5209/psic.55811
41. Nielsen A, Lasater K, Stock M. A framework to support preceptors' evaluation and development of new nurses' clinical judgment. Nurse Educ Pract [Internet]. 2016;19:84-90. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2016.03.012
42. Blegen MA, Spector N, Ulrich BT, Lynn MR, Barnsteiner J, Silvestre J. Preceptor support in hospital transition to practice programs. J Nurs Adm [Internet]. 2015;45(12):642-9. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1097/nna.0000000000000278
43. Troncoso V, Bernardita, Galiano G. Enfermeras de práctica avanzada y su función de mentoring / Mentoring in advanced practice nursing.

ANEXO 1. Cuestionario de Cuevas et al., 2016. Encuesta global de competencias de la enfermera generalista.

	1	2	3	4
1. IDENTIFICACIÓN CON EL HOSPITAL				
Se esfuerza por adaptarse y encajar bien en el hospital.				
Acepta las normas del hospital y se preocupa por la imagen que éste refleja.				
Toma decisiones y ajusta sus prioridades a las necesidades del hospital.				
2. ORIENTACIÓN AL PACIENTE-FAMILIA				
Escucha y responde adecuadamente adaptándose al interlocutor, a las preguntas, quejas o problemas planteados por éstos.				
Ofrece información útil y da servicio de forma cordial.				
Se compromete personalmente a subsanar los problemas de pacientes-familia.				
Se anticipa a lo realmente el paciente espera de él.				
3. TRABAJO EN EQUIPO Y COOPERACIÓN				
Participa en los objetivos comunes del equipo realizando la parte del trabajo que le corresponde.				
Valora la experiencia e ideal del resto del equipo, manteniendo una actitud abierta a aprender de los otros.				
Actúa para desarrollar un ambiente amistoso de trabajo, un buen clima y espíritu de cooperación.				
Anima y motiva a los demás, reconociéndoles públicamente sus méritos.				
4. FLEXIBILIDAD				
Asume sus errores.				
Muestra predisposición a adaptarse a los cambios.				
Acepta las decisiones que toma el responsable del equipo.				
Adapta su comportamiento en función de la situación o la persona.				
Adapta su estrategia para adaptarse a las necesidades del hospital.				

5. ORIENTACIÓN AL LOGRO				
Se responsabiliza de la información, tratándola de forma confidencial.				
Quiere realizar el trabajo correctamente.				
Acepta la apreciación y valoración de su trabajo.				
Busca formas de conseguir los objetivos de servicio y del hospital.				
Realiza cambios en su manera de actuar para mejorar su rendimiento.				
Planifica adecuadamente su trabajo, de acuerdo con las necesidades asistenciales y las del equipo.				
6. PREOCUPACIÓN POR EL ORDEN Y LA CALIDAD				
Se esfuerza en realizar su trabajo de forma adecuada en función de los procedimientos establecidos.				
Comprueba la calidad de su propio trabajo y la exactitud de la información.				
Observa cómo sus compañeros llevan a cabo las tareas y aprende de ellos o les aporta sugerencias para mejorar la calidad del trabajo común.				
7. AUTOCONTROL				
Controla sus impulsos emocionales.				
Mantiene el control en situaciones difíciles y se enfrenta a ellas eficazmente.				
Controla el estrés con efectividad. Utiliza técnicas o planifica actividades para controlar el estrés.				

Nota: Los niveles se evalúan utilizando una escala Likert con un rango de 1 (nunca), 2 (en ocasiones), 3 (con frecuencia), 4 (siempre).

ANEXO 2. Escala de Uwes.

Las siguientes preguntas se refieren a los sentimientos de las personas en el trabajo. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta y decida si se ha sentido de esta forma. Si nunca se ha sentido así conteste '0' (cero), y en caso contrario indique cuántas veces se ha sentido así teniendo en cuenta el número que aparece en la siguiente escala de respuesta (de 1 a 6).

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Regular-mente	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

1. _____ En mi trabajo me siento lleno de energía
2. _____ Mi trabajo está lleno de significado y propósito
3. _____ El tiempo vuela cuando estoy trabajando
4. _____ Soy fuerte y vigoroso en mi trabajo
5. _____ Estoy entusiasmado con mi trabajo
6. _____ Cuando estoy trabajando olvido todo lo que pasa alrededor de mí
7. _____ Mi trabajo me inspira
8. _____ Cuando me levanto por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar
9. _____ Soy feliz cuando estoy absorto en mi trabajo
10. _____ Estoy orgulloso del trabajo que hago
11. _____ Estoy inmerso en mi trabajo
12. _____ Puedo continuar trabajando durante largos períodos de tiempo
13. _____ Mi trabajo es retador
14. _____ Me "dejo llevar" por mi trabajo
15. _____ Soy muy persistente en mi trabajo
16. _____ Me es difícil 'desconectarme' de mi trabajo
17. _____ Incluso cuando las cosas no van bien, continuo trabajando

ANEXO 3. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

Por favor, señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente

Sección A: Su Servicio/Unidad

Por favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo

	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
1. El personal se apoya mutuamente.					
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.					
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.					
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.					
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.					
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.					
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.					
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.					
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.					
10. No se producen más fallos por casualidad.					
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.					
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".					
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.					
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.					
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.					
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.					
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".					
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.					

19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

Sección B: Su Hospital

Indique, por favor, su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a su hospital

23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad

Con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/unidad de trabajo

34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE

36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE

Sección D: Información complementaria

43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad.

MÍNIMA SEGURIDAD ○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10 MÁXIMA SEGURIDAD

44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?	En el año …
45. ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital?	En el año….
46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?	En el año….
47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital?	..... horas/semanas
48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?	.....incidentes
49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?	1 ☐ **SI** 2 ☐ **NO**

50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? Marque una sola respuesta.

1 ☐ Anestesiología/Reanimación	12 ☐ Pediatría
2 ☐ Cirugía	13 ☐ Radiología
3 ☐ Diversas Unidades	14 ☐ Rehabilitación
4 ☐ Farmacia	15 ☐ Salud Mental/Psiquiatría
5 ☐ Laboratorio	16 ☐ Servicio de Urgencias
6 ☐ Medicina Interna	17 ☐ UCI (cualquier tipo)
7 ☐ Obstetricia y Ginecología	18 ☐ Neurología
8 ☐ Admisión	19 ☐ Traumatología
9 ☐ Nefrología	20 ☐ Hemodiálisis
10 ☐ Urología	21 ☐ Medicina nuclear
11 ☐ Oncología	22 ☐ Otro, por favor, especifique……

51. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad . Marque una sola respuesta.

1 ☐ Gerencia/Dirección	7 ☐ Farmacéutico Residente
2 ☐ Administración	8 ☐ Fisioterapeuta
3 ☐ Auxiliar de Enfermería	9 ☐ Médico
4 ☐ Dietista	10 ☐ Médico Residente
5 ☐ Enfermero(a)	11 ☐ Técnico (por ejemplo EKG, Laboratorio, Radiología)
6 ☐ Farmacéutico/a	12 ☐ Otro, por favor, especifique:……

52. ¿Tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés?

Anexo: Información adicional sobre su Servicio/Unidad*

	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.					
54. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc).					
55. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde.					
56. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.					
57. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.					
58. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente.					
59. Antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado.					
60. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital. (Contestar sólo si en su unidad se atienden pacientes probablemente terminales).					
61. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento. (Contestar sólo si en su unidad se manejan tratamientos con quimioterapia).					

*Ítems no incluidos en el cuestionario original de la AHRQ y elaborados específicamente para medir algunos de los indicadores del estudio "Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente", disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf

Muchas gracias por su colaboración