



## Autores:

<sup>1</sup>María Eulàlia Juvé Udina

<sup>2</sup>Sara Farrero Muñoz

<sup>3</sup>David Monterde Prat

<sup>4</sup>María del Mar Sevillano Lalinde

<sup>5</sup>Carles Olivé Ollé

<sup>6</sup>Antonia Casado García

<sup>7</sup>Maribel Vila Coma

<sup>8</sup>Marisa Ridao March

<sup>1</sup>Coordinadora de Enfermería. Institut Català de la Salut

<sup>2</sup>Supervisora de Enfermería. UCI pediàtrica.

Hospital Universitari Vall d'Hebron

<sup>3</sup>Estadístico. Institut Català de la Salut.

<sup>4</sup>Enfermera. Urgencias. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

<sup>5</sup>Supervisor de Enfermería. Área General.

Hospital Universitario Joan XXIII

<sup>6</sup>Supervisora de Enfermería. Cirugía general y Digestiva.

Hospital Universitario de Bellvitge.

<sup>7</sup>Adjunta de Enfermería. Área hospitalización.

Hospital Universitario Dr. Josep Trueta (Girona).

<sup>8</sup>Directora de Enfermería. Hospital de Bellvitge.

## Dirección de contacto:

María Eulàlia Juvé Udina

C/ Gran Vía de les Corts Catalanes, 587.

08007 Barcelona

E-mail: ejuve@gencat.net

Aceptada su publicación el 27/10/2008.

## UMBRAL DE PERICIA REQUERIDO PARA LA EJECUCIÓN COMPETENCIAL ENFERMERA

### Resumen / Abstract

**Objetivo:** analizar la relación entre los elementos del instrumento COM\_VA® (competencia y valoración) de evaluación de competencias asistenciales con los niveles de pericia, de aprendiz a experto, mediante el establecimiento del umbral de competencia.

**Método:** estudio descriptivo transversal con una muestra de más de 400 enfermeras, que respondieron a un cuestionario estructurado en el que debían asociar a cada elemento competencial un nivel de pericia, siendo 1 aprendiz y 5 expertos. El análisis estadístico se realizó con la determinación de medidas de tendencia central (porcentajes, media, varianza, moda y desviación típica).

**Resultados:** los elementos competenciales que requieren un mayor grado de pericia se incluyen en las competencias: (4) contribuir a garantizar la seguridad y el proceso asistencial, (2) valorar, diagnosticar y abordar situaciones clínicas cambiantes, (3) ayudar al paciente a cumplir el tratamiento y (5) facilitar los procesos de adaptación y afrontamiento. El umbral mínimo identificado es de 2,3 (principiante) y el máximo de 3,9 (proficiente). Ninguno de los elementos competenciales se asocia a un umbral extremo (aprendiz/experto).

**Conclusiones:** el umbral de pericia identifica nivel mínimo necesario de interacción de conocimientos, habilidades y actitudes para la toma de decisiones en la práctica asistencial. Los elementos identificados con un mayor umbral de pericia se corresponden con contenidos competenciales que precisan de una desarrollada habilidad de juicio clínico, una marcada capacidad analítica, un amplio conocimiento disciplinar y una importante capacidad de juicio intuitivo.

### Palabras clave

Competencias; COM\_VA®; pericia; umbral; ejecución competencial; hospital; intuición; modelo de adquisición de habilidades.

### Expertise threshold required for nursing competency performance

**Objective:** to analyze the relationship between the elements of the COM\_VA® (COMpetencia [COMpetency] and VALoración [Assessment]) healthcare delivery competencies assessment tool and the levels of expertise, spanning from trainee to expert, by means of the establishment of the competency threshold.

**Method:** cross-sectional, descriptive study using a sample of over 400 nurses, who responded to a structured questionnaire in which they had to associate each competency element to a level of expertise, 1 corresponding to trainee and 5 to expert. The statistical analysis was carried out using central tendency measures (percentages, mean, variance, trend and typical deviation). Results: the competency elements which require a higher level of expertise are included in the following competences: (4) to contribute in guaranteeing safety and the healthcare delivery process, (2) to assess, diagnose and tackle changing clinical situations, (3) to help the patient comply with the treatment and (5) to facilitate adaptation and coping processes. The minimum threshold identified was 2,3 (beginner) and the maximum was 3,9 (proficient). None of the competency elements were associated with an extreme threshold (trainee/expert).

**Conclusions:** the expertise threshold identifies the necessary minimum level of interaction of knowledge, skills and attitudes for decision-making in healthcare delivery practice. The elements identified with a higher threshold of expertise correspond to competence contents which require developed clinical judgement ability, strong analytical capacity, broad disciplinary knowledge and an excellent capacity for intuitive judgement.

### Key words

Competencies; COM\_VA®; expertise; threshold; competency performance; hospital; intuition; skill acquisition model.

## INTRODUCCIÓN

Según Kane, un profesional es competente en la medida que “utiliza sus conocimientos, habilidades, actitudes y el buen juicio asociado a su profesión, para desenvolverse de forma eficaz en las situaciones que corresponden al campo de su práctica” (1). La competencia, en su acepción de pericia, implica las características y cualidades indicativas de una ejecución efectiva y en consecuencia, el reconocimiento de la aptitud para ejercer una profesión, amparado legalmente en el derecho a decidir en el marco del ámbito de responsabilidad disciplinar (2-5).

El Modelo de Adquisición de Habilidades (MAH) de los profesores Hubert y Stuart Dreyfus, desarrollado en el marco del programa de investigación en inteligencia artificial de la Universidad de California en la década de 1970, explicita que la adquisición de pericia es un proceso que depende de las características individuales y del contexto, y se desarrolla en 5 fases o niveles: aprendiz, principiante, competente, proeficiente y experto. Otras premisas incluidas en este modelo, definen que: (a) en todas las poblaciones o grupos la pericia suele distribuirse siguiendo una curva normal; (b) no todos los individuos llegan a ser expertos; y (c) los niveles más altos de pericia requieren *sine qua non*, práctica continuada y reflexiva (6). Esta conceptualización se basa en el análisis de centenares de actuaciones profesionales derivadas de los procesos de toma de decisión en el contexto de la práctica profesional real. En los estudios de los hermanos Dreyfus, este análisis se realizó en dos poblaciones: pilotos de aviación y jugadores de ajedrez.

En sus trabajos posteriores, la Dra. Benner estudió las actuaciones y la toma de decisiones en enfermeras hospitalarias. En su obra *From novice to expert*, esta investigadora describe con detalle la relación entre los elementos que se toman en consideración en el proceso de toma de decisiones, por parte de cada uno de los profesionales de Enfermería, en los distintos grados de pericia (7) (Cuadro 1).

Aunque en las bases de datos de ciencias de la salud consultadas (Medline, CINAHL, CUIDEN; último acceso: 27 de diciembre de 2007) existen abundantes referencias sobre las competencias enfermeras (8-16). Sólo algunos estudios de competencias (poblaciones de farmacéuticos y médicos) refieren el término umbral de competencia (17-22), y de ellos, únicamente los dos últimos establecen el umbral de pericia para la ejecución competencial (21,22).

Este estudio se enmarca en el Proyecto COM\_VA® (Competencia y Valoración), de definición y evaluación de competencias de la enfermera en el ámbito hospitalario, desarrollado en el marco del Plan estratégico de Enfermería de la División de Hospitales del Institut Català de la Salut (ICS). En este proyecto, el ámbito de responsabilidad asistencial enfermero se define en seis dominios competenciales básicos: (1) cuidar al enfermo; (2) valorar, diagnosticar y abordar situaciones clínicas cambiantes; (3) ayudar al paciente a cumplir el tratamiento; (4) contribuir a garantizar la seguridad y el proceso asistencial; (5) facilitar los procesos de adaptación y afrontamiento; y (6) trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cam-

**CUADRO 1. Características de los distintos niveles de pericia descritos en el Modelo de Adquisición de Habilidad**

Nivel	Características
<b>Aprendiz</b>	No tiene o tiene poca experiencia práctica Su actuación se basa en normas y protocolos No sabe priorizar No sabe identificar excepciones No sabe actuar ante imprevistos
<b>Principiante</b>	Ha afrontado suficientes situaciones reales para empezar a determinar los aspectos más significativos y recurrentes de cada caso Aún necesita guía y supervisión para establecer prioridades Su actuación sigue basándose en la norma Aún no es capaz de identificar aquello que es realmente importante, especialmente en situaciones clínicas complejas
<b>Competente</b>	Actúa de forma organizada, pues ya ha integrado la aplicación práctica de los estándares o protocolos Sabe priorizar Es capaz de cuestionarse sus prácticas
<b>Proeficiente</b>	Empieza a saber manejarse en situaciones imprevistas Es capaz de percibir las situaciones como un todo en su conjunto Esta comprensión holística, le permite una toma de decisiones es más completa, rápida y acertada Es capaz de percibir intangibles y anticiparse al problema empleando algunos de los elementos de juicio intuitivo
<b>Experto</b>	Tiene un enorme acopio de experiencia y reflexión sobre su práctica Basa la toma de decisiones en los principios del juicio intuitivo Es reconocido de forma natural por los demás como alguien excepcional Tiene una gran certeza perceptiva y seguridad de criterio

biante. Cada dominio está formado por cinco elementos competenciales (23,24).

El objetivo de este artículo es analizar la relación entre los elementos competenciales del instrumento COM\_VA<sup>®</sup> de evaluación de competencias asistenciales con los niveles de pericia descritos (de aprendiz a experto), mediante el establecimiento del umbral de competencia.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo transversal, que se llevó a cabo entre 2005 y 2006, en los ocho hospitales del ICS (Hospital Universitario (HU) Vall d'Hebron, HU de Bellvitge, HU Germans Trias i Pujol (Badalona), HU Arnau de Vilanova (Lleida), HU Dr. Josep Trueta (Girona), HU Joan XXIII (Tarragona), Hospital Verge de la Cinta (Tortosa), Hospital de Viladecans), como parte del proyecto COM\_VA<sup>®</sup>.

El umbral de competencia se definió como el nivel de pericia mínimo requerido para la ejecución competencial, expresado mediante un valor numérico, a partir del cual la ejecución profesional derivada de la toma de decisiones puede considerarse efectiva.

Se ofreció la posibilidad de participar a las enfermeras de los hospitales citados, estableciéndose como criterios de inclusión: 1) tener en vigencia un contrato de enfermera con la empresa (fijo, interino o eventual); 2) trabajar en el ámbito hospitalario; y 3) tener un mínimo de cinco años de experiencia profesional. La selección de participantes se efectuó mediante un muestreo aleatorio simple a partir del listado de solicitudes de admisión a las sesiones de trabajo (talleres).

Entre abril y noviembre de 2005 se realizaron múltiples talleres en las cuatro provincias catalanas. Entre otros, los objetivos de estas sesiones eran: 1) consensuar el documento COM\_VA<sup>®</sup> de definición de competencias; 2) formar a los participantes en los conceptos fundamentales del MAH y los trabajos de Benner; y 3) establecer las relaciones entre los elementos competenciales del instrumento con los niveles de pericia, de aprendiz a experto.

Para determinar esta relación, garantizando la homogeneidad de los participantes en cuanto al conocimiento del modelo, se empleó un método bifase:

- Fase 1. Identificación del nivel y del intervalo de pericia a partir del análisis de 10 casos (viñetas) que describían situaciones clínicas reales narradas por enfermeras (Cuadro 2). Los objetivos de esta primera fase eran establecer la validez lógica de los casos clínicos empleados e identificar la capacidad de cada participante para determinar los diferentes niveles de pericia descritos por Benner. Todos los participantes recibieron 5 horas de formación sobre el modelo. Después de entregar la documentación y explicar el ejercicio, uno de los investigadores leía cada caso y pedía a los participantes que respondieran a las preguntas, ofreciendo tiempo suficiente para una segunda lectura individual de cada caso, la reflexión y el registro de la respuesta (unos 5 minutos por caso). Al final del ejercicio, se ofrecía la posibilidad de discutir algunos de los casos con el grupo (escogidos por los propios participantes).
- Fase 2. Identificación del nivel mínimo (umbral) de pericia de cada uno de los elementos competenciales del instrumento COM\_VA<sup>®</sup>. Para ello, se empleó un cuestionario estructurado que contenía los elementos com-

CUADRO 2. Ejemplos de viñetas\* empleadas para la identificación del nivel y del intervalo de pericia

### CASOS 4/5.

(Enfermera 1) Hoy he comenzado mi turno repartiendo la medicación. Al entrar a una de las habitaciones he notado que el paciente reaccionaba de forma muy extraña. Era una situación muy confusa. Al salir de la habitación pensaba: todo esto es muy raro... creo que algo no acaba de ir bien... Entonces lo he comentado a mi compañera (enfermera 2)... ¿Cuáles son las constantes de enfermo? ¿y la diuresis?... me ha preguntado, como diciéndome "ve a comprobarlo enseguida". La verdad es que si no me lo hubiera dicho, habría continuado repartiendo la medicación a los demás enfermos.

### CASO 6.

Al principio me lo anotaba todo. Si tenía que despertar a un enfermo para tomarle la tensión, lo hacía y punto. ¡Era una máquina!... hasta que un día pensé: "eh, un momento, ¿qué ventaja tiene tomar la tensión a este enfermo?, ¿qué beneficios le aporta un descanso ininterrumpido? ¿realmente necesito ahora este dato?"

### CASO 10

La enferma había sufrido un IAM hacía 6 días. Llamó para decirme que no se encontraba bien. La TA bajó de forma súbita pero el pulso era regular. El médico de guardia no estaba en la unidad. Cogí a un residente y le dije: "ve enseguida a ver a esta paciente" pero no me hizo mucho caso. Volví a tomarle las constantes y la ausculté... oía claramente un sonido cardíaco anormal. Pedí a la auxiliar que se quedara con la enferma mientras "amenazaba" al residente que si no venía "YA" avisaría al jefe de la guardia. La vió, la auscultó y localizó al adjunto. Empezaron a discutir los dos en la habitación; uno decía que la auscultación era normal, el otro que no, les pedí que salieran, que entre tanto haría el ECG y les sugerí que quizás deberían considerar el traslado de la enferma a la unidad coronaria.

\*En cada caso los participantes debían responder a las siguientes preguntas:

1. ¿Reconoce la situación?
2. ¿Qué nivel de pericia le asignaría a la enfermera?

© ICS/E. Juvé. Se autoriza la reproducción con fines docentes o investigadores, no comerciales, citando este artículo. Los lectores interesados en la resolución de los casos pueden contactar con la primera autora.

petenciales y una escala numérica de 1 a 5, donde cada punto era indicador de un grado de pericia (1: aprendiz; 2: principiante, 3: competente, 4: proeficiente y 5: experto) o su intervalo correspondiente.

Los cuestionarios eran anónimos. Para posibilitar el análisis, fueron identificados con un número de casos seleccionados por cada participante de un listado de números aleatorios. La cumplimentación del cuestionario implicaba, tal como se informó verbalmente y por escrito, el consentimiento al estudio.

Los datos del estudio fueron procesados en una base de datos Acces (Microsoft Access 2000) y analizados mediante el paquete estadístico "r" versión 2.3.1. (*R Foundation for statistics*) (25).

Para los datos de la fase 1, la evaluación del nivel de conocimientos de los participantes en la identificación de la pericia, la estrategia de análisis incluyó, la descriptiva de la muestra, el análisis de la validez lógica de los casos clínicos (reconocimiento de la situación expuesta en la viñeta) mediante estadísticos descriptivos y determinación del número de casos correctamente clasificados (1 punto por caso correctamente clasificado en el nivel de competencia; 0,5 puntos por caso clasificado en el intervalo correcto; 0 puntos por caso mal clasificado). Así mismo, se empleó un modelo lineal en el que la variable de respuesta fue la puntuación obtenida en la identificación del grado de pericia y las variables explicativas, el sexo, la edad, la experiencia y el centro de trabajo.

En la fase 2, se determinó el nivel mínimo de pericia requerido para la ejecución de cada uno de los elementos competenciales del instrumento COM\_VA® a partir de los

datos de los participantes empleando estadísticos de tendencia central (media, varianza, moda y desviación típica). Para garantizar la fiabilidad de los resultados de esta fase sólo se incluyeron en el análisis las respuestas de los participantes cuya puntuación en el ejercicio de casos era de 6 o superior (con un mínimo de 3 casos con el nivel de pericia correctamente identificado). La robustez de este análisis se contrastó variando la rigidez de este criterio.

## RESULTADOS

La muestra de participantes incluyó 484 enfermeras, con una media de edad de 44,2 años; 21,4 años de experiencia profesional. La distribución por sexos, centros y puestos de trabajo se detalla en la Tabla 1.

### Fase 1. Validez lógica de los casos e identificación del intervalo de pericia

La media de reconocimiento de los casos clínicos presentados fue de un 94,7%, siendo el caso 5 el más reconocido por parte de los participantes (98,5%) y el caso décimo, el menos (87,7%). Estos resultados se consideraron indicadores de una adecuada validez aparente del instrumento empleado para valorar la integración del modelo.

En cuanto al establecimiento de la pericia, la media se sitúa en un 54% para el nivel y un 83% para el intervalo, siendo el caso clínico número 6, la situación en la que hay un mayor número de participantes que identifican correctamente el nivel (68%) y el caso número 4 para el rango de pericia (97,4%).

La media de casos correctamente identificados fue de 4,4 para el nivel de pericia y de 6,3 para el intervalo de pericia. Los resultados de los todos los casos se describen en la Tabla 2.

TABLA 1. Descripción de las muestras

	Muestra inicial (fase 1)			Muestra final (fase 2)		
<b>N</b>	484			329 (67% muestra 1)		
<b>Sexo (% mujeres)</b>	86,2 %			8,8 (7,6)		
<b>Edad (media, DE*)</b>	44,24 (7,5)					
<b>Experiencia (media, SD)</b>	21,40 (7,8)			20,9 (7,8)		
<b>Área de trabajo (n, %)</b>						
	Hospitalización	189	39 %	Hospitalización	140	42,6 %
	Críticos	52	10,7 %	Críticos	37	11,2 %
	Urgencias	33	6,8 %	Urgencias	19	5,8 %
	Área quirúrgica	28	5,8 %	Área quirúrgica	24	7,3 %
	Área ambulatoria	29	6 %	Área ambulatoria	20	6,1 %
	Otras-NS/NC	153	31,6 %	Otras-NS/NC	89	27 %
<b>Centro</b>						
	Viladecans	33	6,9 %	Viladecans	25	7,5 %
	Verge Cinta	78	16,4 %	Verge Cinta	56	17 %
	Arnau	38	8 %	Arnau	24	7,2 %
	Trueta	45	9,5 %	Trueta	32	9,7 %
	Joan XXIII	68	14,3 %	Joan XXIII	46	13,9 %
	Trias	57	12 %	Trias	41	12,4 %
	Bellvitge	63	13,4 %	Bellvitge	39	11,8 %
	Vall d'Hebrón	93	19,6 %	Vall d'Hebrón	61	18,5 %

\*DE: Desviación Estándar

TABLA 2. Análisis fase 1. Validación lógica de los casos y porcentaje de respuestas correctas para el nivel y el intervalo de pericia

	Reconoce la situación (%)	Identifica correctamente el nivel (%)	Identifica correctamente el intervalo (%)
Caso 1	95,5	40,7	88,9
Caso 2	95,5	50,4	73,8
Caso 3	89,0	49,9	76,6
Caso 4	90,2	58,4	97,4
Caso 5	98,5	59,1	87,9
Caso 6	97,9	68,3	89,2
Caso 7	97,9	10,2	75,1
Caso 8	97,7	34,8	96,5
Caso 9	97,7	37,6	86,3
Caso 10	87,7	36,6	61,7
<b>TOTAL</b>	<b>94,7</b>	<b>54,6</b>	<b>83</b>

En el análisis cruzado con las variables definidas, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación a los resultados generales, considerando  $p < 0,05$ .

### Fase 2. Asignación del nivel de pericia a los elementos competenciales del instrumento COM\_VA®

El análisis se realizó sobre las respuestas de 329 participantes que cubrieron adecuadamente la puntuación de corte establecida (puntuación  $> 6$  con un mínimo de 3 casos con correcta identificación del nivel de pericia). La media de edad de este grupo se sitúa en 43,7 años; 20,9 años de experiencia profesional y una distribución por sexos de 86% mujeres y 14% hombres.

La competencia que requiere mayor grado de pericia para una ejecución efectiva en su conjunto es la 5 –facilitar los procesos de adaptación y afrontamiento– ya que a todos sus elementos competenciales se les asignaron niveles de pericia de competente a proeficiente (3,4, DE=0,7) (Tabla 3).

Los elementos competenciales que requieren un mayor grado de pericia se localizan en las competencias: 4. contribuir a garantizar la seguridad y el proceso asistencial; 2. valorar, diagnosticar y abordar situaciones clínicas cambiantes; 3. ayudar al paciente a cumplir el tratamiento y 5. facilitar los procesos de adaptación y afrontamiento.

El umbral mínimo identificado es de 2,3 (nivel principiante) y el máximo de 3,9 (nivel proeficiente). Ninguno de los elementos competenciales se asocia a un umbral extremo (aprendiz/experto).

El umbral de pericia de cada elemento competencial se detalla por competencia y por ranking en las Tablas 4 y 5.

### DISCUSIÓN

El umbral de competencia es el grado de pericia mínimo necesario para asegurar un proceso de toma de decisiones correcto recogido en los términos del elemento competencial.

Algunos investigadores argumentan que el establecimiento del umbral de competencia es siempre un ejercicio cualitativo (26). En este estudio se han empleado métodos cuantitativos para identificar el nivel mínimo de pericia requerido para la ejecución competencial.

La determinación del umbral de competencia es una de las fórmulas recomendadas para reducir el impacto de las dos principales fuentes de sesgo de todo proceso de evaluación de competencias: la subjetividad y la socialización entre evaluador y evaluado (27).

El umbral de competencia podría emplearse como *Gold Standard* en los procesos de evaluación, como guía o

TABLA 3. Resultados agregados por dominio competencial

Dominios competenciales	Media (DE*)	Moda
C1 = Cuidar	3,06 (0,8)	3
C2= Valorar, diagnosticar y abordar situaciones clínicas cambiantes	3,38 (0,7)	4
C3 = Ayudar al enfermo a cumplir el tratamiento	2,96 (0,7)	3
C4= Contribuir a garantizar la seguridad y el proceso asistencial	3,3 (0,7)	4
C5= Facilitar los procesos de adaptación y afrontamiento	3,4 (0,7)	4
C6= Trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante	3,14 (0,7)	3

\*DE: Desviación Estándar

TABLA 4. Umbrales de pericia según elementos competenciales de cada dominio

Competencia	Elemento competencial	Media	DE*	Moda
<b>C1</b>	Establecer una relación terapéutica y ser presente	2,9	1	3
	Adecuar las actuaciones a los principios bioéticos	3,4	0,7	4
	Preservar la dignidad, la confidencialidad y la intimidad	2,7	1	3
	Suplir, ayudar o supervisar al enfermo en las actividades que contribuyen a mantener o mejorar el estado de salud (o a una muerte digna)	3,4	0,7	4
	Proporcionar información y apoyo emocional (a pacientes, familiares y/o allegados)	2,9	1	3
<b>C2</b>	Identificar el estado basal del enfermo y planificar los cuidados adecuados	2,5	0,9	3
	Identificar cambios significativos en el estado del enfermo y actuar en consecuencia	3,1	0,7	3
	Identificar precozmente señales de alarma: previsión de complicaciones antes de que se confirmen claramente las manifestaciones	3,9	0,6	4
	Identificar y ejecutar correctamente actuaciones en caso de extrema urgencia, con riesgo para la vida del enfermo o en caso de una crisis o complicación grave súbita	3,7	0,6	4
	Preparar con antelación y abrodar de forma ordenada y eficiente situaciones graves o de alta intensidad de cuidados casi-simultáneas o "en cadena" en diferentes enfermos	3,7	0,7	4
<b>C3</b>	Realizar de forma adecuada intervenciones o procedimientos básicos	2,3	0,9	2
	Realizar de forma adecuada intervenciones o procedimientos complejos	3,1	0,6	3
	Realizar de forma adecuada intervenciones o procedimientos de alta complejidad y/o realizar de forma adecuada cualquier procedimiento en situaciones complejas, y/o administrar de forma correcta multiterapia de alto riesgo en diferentes enfermos	3,7	0,6	4
	Administrar de forma correcta y segura los medicamentos	2,5	0,8	3
	Realizar correctamente los cuidados asociados a la administración de medicamentos	3,2	0,7	3
<b>C4</b>	Prevenir accidentes y/o abordar adecuadamente las respuestas emocionales que ponen en peligro la seguridad del paciente u otros a su alrededor	3,4	0,7	3
	Utilizar la documentación necesaria y cumplimentar adecuadamente los registros de enfermería	2,3	1	2
	Modificar los planes terapéuticos según el estado del paciente y actuar en consecuencia	3,6	0,6	4
	Comunicarse con el médico para sugerir, obtener y/o pactar modificaciones del plan terapéutico más acordes con el estado del enfermo	3,6	0,7	4
	Organizar, planificar y coordinar las necesidades de atención de múltiples pacientes simultáneamente y/o comunicarse con los servicios de soporte para adecuar las intervenciones clínicas al estado del enfermo	3,6	0,7	4
<b>C5</b>	Valorar el estado y los recursos del enfermo para afrontar el proceso	3,2	0,7	3
	Facilitar una interpretación adecuada de su estado y proporcionar pautas explicativas que favorezcan la recuperación de la sensación de control	3,5	0,7	4
	Enseñar al enfermo a realizar las actividades terapéuticas prescritas que pueda llevar a cabo por él mismo	3,1	0,8	3
	Valorar el estado y los recursos de la familia para afrontar el proceso y potenciarlos, si procede	3,4	0,6	4
	Influir en la aptitud de la familia/cuidador para afrontar el proceso. Enseñar a la familia/cuidador a realizar las actividades terapéuticas prescritas que puedan llevar a cabo por sí mismos	3,8	0,7	4
<b>C6</b>	Integrarse en el equipo de trabajo	2,3	1	2
	Crear cohesión y facilitar el trabajo en equipo (entre el equipo de Enfermería)	3,1	0,8	3
	Crear cohesión y facilitar el trabajo en equipo (con diferentes profesionales de múltiples disciplinas)	3,4	0,8	4
	Delegar tareas al personal auxiliar o de soporte en base a las normativas, el pacto en el servicio y la valoración de la capacidad para su ejecución	3,4	0,7	3
	Participar en el proceso de aprendizaje propio, de los nuevos miembros del equipo y de los alumnos de Enfermería	3,5	0,7	4

\*DE: Desviación Estándar

TABLA 5. Ranking de umbrales de pericia

Código*	Elemento competencial (sólo palabras clave)	Umbral de pericia
2.3	Anticipar complicaciones (antes de que aparezcan manifestaciones)	3,9
5.5	Afrontamiento familiar (ayuda)	3,8
3.3	Alta complejidad (intervenciones, situaciones, terapias)	3,7
3.4	Urgencias vitales	3,7
3.5	Intensidad de cuidados	3,7
4.3	Prescripción suplementaria/en colaboración	3,6
4.4	Comunicación en la prescripción en colaboración	3,6
4.5	Coordinación necesidades de atención (múltiples pacientes)	3,6
5.2	Afrontamiento individual (ayuda)	3,5
6.5	Autoaprendizaje y docencia	3,5
1.2	Principios bioética (adecuar actuaciones)	3,4
6.3	Cohesión y equipo (interprofesional)	3,4
1.3	Ayuda, suplencia, supervisión	3,4
5.4	Afrontamiento familiar (valoración)	3,4
6.4	Delegación	3,4
4.1	Prevención factores (seguridad)	3,4
1.5	Información y apoyo	3,4
5.1	Afrontamiento individual (valoración)	3,2
3.5	Cuidados asociados a la administración de medicamentos	3,2
5.3	Educación sanitaria	3,1
6.2	Cohesión y equipo (intraprofesional)	3,1
1.2	Cambios significativos en el estado (valoración)	3,1
3.2	Complejidad (intervenciones)	3,1
1.1	Relación terapéutica y presencia	2,9
1.3	Dignidad, confidencialidad, intimidad	2,7
3.4	Administración medicamentos	2,5
2.1	Valoración basal	2,5
6.1	Equipo (integración)	2,3
4.2	Registros	2,3
3.1	Baja complejidad (intervenciones básicas).	2,3

\*Código: el primer número corresponde al dominio y el segundo al elemento competencial

criterio de referencia. Este criterio puede ser útil también en la gestión de las personas para determinar lo que puede o debe esperarse de la ejecución de un profesional principiante, por ejemplo, a diferencia de una enfermera competente, proeficiente o experta, e incluso, para ajustar lo que se espera de la enfermera recién graduada.

El umbral de pericia identifica nivel mínimo necesario de interacción de conocimientos, habilidades y actitudes para la toma de decisiones en la práctica asistencial (28).

Los elementos identificados con un mayor umbral de pericia se corresponden con contenidos competenciales que precisan de una desarrollada habilidad de juicio clínico, una marcada capacidad analítica, un amplio conocimiento disciplinar y una importante capacidad de juicio intuitivo.

Aunque, tradicionalmente, algunas disciplinas científicas han otorgado mucho más valor a los principios y métodos analíticos, desdeñando la intuición y considerándola como la base de actuaciones irracionales, conocimientos infundados, e incluso, inspiración sobrenatural, la intuición, entendida como la facultad de entender las cosas instantáneamente y la capacidad de prever de forma concreta una certeza que aún no se ha manifestado claramente (29,30), no es una capacidad humana accidental. En pa-

labras de Benner, "el juicio intuitivo es lo que distingue los niveles más elevados de pericia (31). La práctica del profesional realmente experta se basa en gran medida, aunque no exclusivamente, en la intuición.

Los seis principios clave del juicio intuitivo descritos por Dreyfus incluyen: los patrones de reconocimiento, el análisis de similitudes, la integración del sentido común, un saber hacer extremadamente hábil, la capacidad de discriminar y asignar prioridades (*sense of salience*) y el razonamiento deliberativo (50). En la vida real y en la práctica profesional, estas propiedades actúan sinérgicamente para configurar los niveles más altos de pericia.

Una de las principales limitaciones de este estudio es que los resultados obtenidos se basan en el criterio de las enfermeras participantes y aunque los resultados de la integración del modelo obtenidos son adecuados, no podemos considerar que este trabajo establezca definitivamente los umbrales, por lo que sería conveniente iniciar líneas de investigación que permitieran corroborar estos resultados en base a evaluaciones competenciales realizadas sobre la ejecución enfermera en la práctica asistencial.

La determinación del umbral de pericia en la práctica clínica enfermera puede contribuir a garantizar una prestación de servicios más efectiva y segura para los enfermos y sus familias.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos especialmente la colaboración de las enfermeras participantes y las enfermeras miembros de los grupos nucleico, directivo y académico del proyecto. Asimismo deseamos agradecer el apoyo y las aportaciones críticas de los doctores Mateu Huguet, Eduard March, Eudald Ballesta, Joan Escarrabill y Ana Ochoa, de la Di-

visión Hospitalaria del Institut Català de la Salut (2005-2006).

Damos las gracias a la Sra. Cinta Gómez y Marta Mercader por el excelente soporte administrativo prestado. Finalmente, agradecer al Prof. Josep María Argimon sus consejos y asesoramiento.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kane, MT. The assessment of professional competence. *Edu & Health Professions* 1992;15:163-182.
2. Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias. (BOE núm. 280, 21 de noviembre de 2003). URL disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>
3. Eraut M. Developing professional knowledge and competence. Londres The Falmer Press; 1994.
4. Aswoth P. Being competent and having "competencies". *J Further & Higher Edu* 1992;16: 8-17.
5. Watson R, Stimpson A, Topping A, Porock D. Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature. *J Adv Nurs* 2002 39 (5): 421-31.
6. Dreyfus H, Dreyfus S. Mind over machine: the power of human intuition and expertise. New York: Ed. Routledge; 2001.
7. Benner P. Práctica progresiva en enfermería. Barcelona: Ed. Grijalbo; 1988.
8. Cowan DT. A Project to establish a skills competence matrix for EU nurses. *Brit J Nurs* 2005 14 (11): 613-17.
9. Liu M, Kunaiktikul W, Senaratana W, Tonmukayakul O, Eriksen L. Development of competency inventory for registered nurses in the people's republic of China: scale development. *Int J Nurs Stud* 2007;44(5): 805-13.
10. Cowan DT, Wilson-Barnett D, Norman IJ, Murrells T. Measuring nursing competence: development of a self-assessment tool for general nurses across Europe. *Int J Nurs Stud* 2007;21: 306-12.
11. Garbett R, Hardy S, Manley K, Titchen A, McCormack B. Developing a qualitative approach to 360-degree feedback to aid understanding and development of clinical expertise. *J Nurs Management* 2007;15(3): 342-7.
12. Doorenbos AZ, Schim SM, Benkert R, Borse NN. Psychometric evaluation of the cultural competence assessment instrument among healthcare providers. *Nurs Res* 2005;54 (4):324-31.
13. Gardner A, Hase S, Gardner G, Dunn SV, Carryer J. From competence to capability: a study of nurse practitioners in clinical practice. *J Clin Nurs* 2007;5: 89-92.
14. Gardner G, Carrey J, Gardner A, Dunn S. Nurse practitioner competency standards: findings from collaborative Australian and New Zealand research. *Int J Nurs Stud* 2006;43(5):601-10.
15. Dewing J, Traynor V. Admiral nursing competency Project: practice development and action research. *J Adv Nurs* 2005;14:659-703.
16. International Council of Nurses. ICN framework of competencies for generalist nurse. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2003.
17. Cahan A, Gilon D, Manor O, Paltiel O. Probabilistic reasoning and clinical decision-making: do doctors overestimate diagnostic probabilities? *QJM* 2003;96 (10): 763-9.
18. Cahan A, Gilon D, Manor O, Paltiel O. Clinical experience do not reduce the variance in physicians' estimates of pretest probability in a cross-sectional survey. *J Clin Epidemiol* 2005;58(11): 1211-6.
19. Fraser RC, Sarkhou ME, McKinley RK, Van der Vleuten C. Regulatory end-point assessment of the consultation competence of family practice trainees in Kuwait. *Europ J Gen Pract* 2006;12(3): 100-7.
20. Wijesinghe PR, Jayakody RL, De A Seneviratne R. An assessment of the compliance with good pharmacy practice in an urban and rural district in Sri Lanka. *Pharmacoepidem Drug Safety* 2007;16(2): 197-206.
21. Carraccio C, Englander R, Wolfsthal S, Martin C, Ferentz K. Educating the paediatrician of the 21st century: defining and implementing a competency-based system. *Paediatrics* 2004;113(2): 252-8.
22. Watkins JL, Etzkorn KP, Wiley TE, DeGuzman L, Harig JM. Assessment of technical competence during ERCP training. *Gastrointest Endosc* 1996;44(4): 411-5.
23. Juvé ME, Matud C, Arnau MJ, Fierro G, Marsal R, Reyes C y cols. ¿Cómo definen las enfermeras hospitalarias sus competencias asistenciales? *Nursing* 2007 25 (7) : 50-61.
24. Juvé ME. Validación de una herramienta de evaluación de competencias asistenciales de la enfermera en el ámbito hospitalario: resultados preliminares. (Ponencia) III Jornadas SCELE (Sociedad española de licenciados en enfermería) [Fecha de acceso: 27 de septiembre de 2008] URL disponible en: [http://www.scele.enfe.ua.es/web\\_scele/3\\_jornad.htm](http://www.scele.enfe.ua.es/web_scele/3_jornad.htm).
25. R Development Core team. R: a language and environment for statistical computing. R Foundation for statistical Computing; 2006. [Fecha de acceso: 27 de septiembre de 2008]. URL disponible en: <http://www.R-project.org>.
26. Van der Vleuten C, Shuwirth L. Assessing professional competence: from methods to programmes. *Med Edu* 2005;39: 319-17.
27. Juvé ME, Huguet M, Monerde D, Martí N, Cuevas B y cols. Programa COM-VA. Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias de la enfermera en el ámbito hospitalario. *Nursing* 2007;25(4): 56-61.
28. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med* 2005 142: 260-73.
29. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Madrid Ed. Espasa Calpe; 1992 XXI edición Tomo II p. 1184.
30. Fundació Enciclopedia Catalana. Gran Enciclopedia Catalana. Vol. 13. Barcelona: Ed. Fundació Enciclopèdia Catalana; 1993. p. 134.
31. Benner P, Tanner C. Clinical judgement: how expert nurses use intuition. *Am J Nurs* 1987 jan;87(1):23-31.

# Hipertienda 21

[www.enfermeria21.com/hipertienda21](http://www.enfermeria21.com/hipertienda21)

*descúbrela...*