



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

# **COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA GESTIONAR CUIDADO DIRECTO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

**Diana Carolina Díaz Mass**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Enfermería  
Programa de Maestría en Enfermería  
Bogotá, Colombia  
2019



# **COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA GESTIONAR CUIDADO DIRECTO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

**Diana Carolina Díaz Mass**

Tesis de investigación presentada como requisito parcial para optar al título de:  
**Magister en Enfermería con énfasis en Gestión del Cuidado.**

Directora:

PhD. en Enfermería

VIRGINIA INÉS SOTO LESMES

Línea de Investigación:

Gestión para el cuidado y la práctica de enfermería

Grupo de Investigación:

Cuidado y práctica de Enfermería, salud familiar, enfermería familiar y medición en salud

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Programa de Maestría en Enfermería

Bogotá, Colombia

2019



*(Este estudio está dedicado a todos los profesionales de enfermería, que han dedicado su práctica clínica al cuidado de los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos).*

*“El futuro pertenece al competente.  
Pertenece a los que son muy, muy buenos en  
lo que hacen.  
No a los que tienen buenas intenciones”*

*Brian Tracy.*

## **Agradecimientos**

La autora manifiesta sus agradecimientos:

A Dios, por permitirme culminar con éxito este reto personal y profesional.

A mis padres y a mí familia por su apoyo incondicional, comprensión y motivación para cumplir este objetivo.

A mi directora de tesis, profesora Virginia Soto Lesmes por su profesionalismo, orientación y paciencia en el desarrollo de la misma.

A mis profesores por aportarme sus conocimientos durante estos años de estudio.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia por permitirme seguir creciendo como profesional y como ser humano, y aportar al desarrollo de la profesión de Enfermería a través de la investigación.

A la Enfermera Gloria Visbal Illera por su voto de confianza y su impulso para que emprendiera este camino y saliera de mi zona de confort.

## Resumen

**Objetivo:** Determinar las competencias del profesional de enfermería para la gestión del cuidado directo en las Unidades Polivalentes de Cuidados Intensivos Adultos derivada de una revisión integrativa de la literatura desde el año 2000 hasta 2017.

**Metodología:** Se realizó una revisión integrativa de la literatura publicada entre el año 2000 a 2017. La búsqueda se efectuó en ocho bases de datos: *Ovid- Nursing, Global Health-Ovid, MEDLINE, Web of Science, SC IELO, SCOPUS, Science Direct, y EBSCO*; se incluyeron estudios con diferentes diseños. La evaluación de los artículos se llevó a cabo mediante lectura crítica empleando las plantillas: CASPe, STROBE Statement y de la Joanna Briggs Institute. Se determinó el nivel evidencia y grado de recomendación mediante la herramienta del CEBM. A partir de los hallazgos comunes se determinaron las categorías y subcategorías.

**Resultados:** Se incluyó un total de 14 artículos. Se identificó como categoría central: *Juicio Clínico de Enfermería*, y 3 subcategorías: *a) Competencias para la interacción con el paciente y su familia, b) Competencias para la interacción con recursos humanos y materiales, y c) Competencias para las intervenciones terapéuticas de Enfermería.*

**Conclusiones:** El Juicio Clínico de Enfermería es la competencia central para la gestión del cuidado directo en unidades de cuidados intensivos porque permite a la enfermera tomar decisiones en situaciones cambiantes a partir del pensamiento crítico y el razonamiento clínico para la resolución de problemas, la priorización y el logro de resultados en salud.

**Palabras clave:** Competencia clínica; Enfermería de Cuidados Críticos; Cuidados Críticos; Unidades de Cuidados Intensivos

## Abstract

**Objective:** The present study was designed to determine nurses' competences for the direct care in Polyvalent Intensive Care Unit derived from an Integrative Review from 2000 to 2017.

**Methods:** An integrative review of articles published from 2000 to 2017 was carried out. The search was implemented in eight databases: Ovid-Nursing, Global Health-Ovid, MEDLINE, Web of Science, SCIELO, SCOPUS, Science Direct, and EBSCO; studies with different designs were included. The evaluation of the articles was carried out with a critical reading using the tools: CASPe, STROBE and The Joanna Briggs Institute. In addition, the level of evidence and grade of recommendation was determined using the CEBM tool. Based on the common findings, the categories and subcategories were determined.

**Results:** A total of 14 articles was included. The following was identified as a central category: Clinical Nursing Judgment, and 3 subcategories: a) Competencies for interaction with the patient and their family, b) Competencies for interaction with human and material resources, and c) Competencies for therapeutic interventions in Nursing.

**Conclusions:** Clinical Nursing Judgment is the central competence for managing direct care in the intensive care units because it allows the nurse to make decisions in changing situations based on critical thinking and clinical reasoning for the problem solving, prioritization and achievement of health outcomes.

**Keywords:** Clinical Competence; Critical Care Nursing; Critical Care; Intensive Care Units



# Contenido

	<b>Pág.</b>
Resumen VII	
Lista de figuras.....	XI
Lista de tablas.....	XII
Introducción.....	13
<b>1. Marco de Referencia .....</b>	<b>15</b>
1.1.1 Área temática .....	15
1.1.2 Fenómeno de estudio .....	15
1.2 Planteamiento del problema .....	15
1.2.1 Pregunta problema .....	19
1.3 Justificación .....	20
1.3.1 Significancia disciplinar, teórica y social .....	20
1.4 Objetivos.....	22
1.4.1 Objetivo general.....	22
1.4.2 Objetivos específicos.....	23
1.5 Definición de conceptos.....	23
1.5.1 Competencias.....	23
1.5.2 Gestión .....	23
1.5.3 Cuidado .....	23
1.5.4 Cuidado directo.....	24
1.5.5 Gestión del cuidado .....	24
1.5.6 Unidad de cuidados intensivos .....	24
1.5.7 Unidad de cuidados intensivos polivalente.....	24
1.5.8 Revisión integrativa .....	24
1.5.9 Niveles de Evidencia .....	24
1.5.10 Grados de recomendación.....	25
<b>2. Marco Conceptual .....</b>	<b>26</b>
2.1 Competencias en Enfermería .....	26
2.2 Competencias en Enfermería en Cuidados Intensivos.....	27
2.3 Competencias en enfermería para la gestión del cuidado.....	30
2.4 Gestión del cuidado .....	30
<b>3. Marco de Diseño.....</b>	<b>32</b>
3.1 Tipo de estudio .....	32
3.2 Etapas de la revisión integrativa .....	33
3.3 Consideraciones éticas.....	38
3.4 Conflicto de interés .....	40
<b>4. Resultados.....</b>	<b>41</b>
4.1 Caracterización de la producción científica .....	43
4.1.1 Publicaciones por año.....	43
4.1.2 Publicaciones por país de origen .....	44
4.1.3 Idioma de publicación .....	45
4.1.4 Abordaje metodológico de los artículos .....	46
4.2 Evaluación de la calidad de los estudios.....	47

X Competencias Del Profesional De Enfermería Para Gestionar Cuidado Directo  
En Unidad De Cuidados Intensivos

---

4.3	Análisis e integración de los hallazgos .....	53
4.3.1	Categoría Central: Juicio Clínico de Enfermería .....	60
▪	Subcategoría 1: Competencias para la interacción con el paciente y su familia	62
▪	Subcategoría 2: Competencias para la interacción con recursos humanos y materiales	63
▪	Subcategoría 3: Competencias para las intervenciones terapéuticas de Enfermería	66
<b>5.</b>	<b>Conclusiones, recomendaciones y limitaciones .....</b>	<b>70</b>
5.1	Conclusiones.....	70
5.2	Recomendaciones.....	71
5.3	Limitaciones .....	72
A.	Anexo: Niveles de evidencia y grado de recomendación. CEBM 2009 .....	74
B.	Anexo: Aval Comité de Ética- Facultad de Enfermería-Universidad Nacional de Colombia.....	76
	Bibliografía.....	77

## Lista de figuras

	Pág.
<b>Ilustración 1.</b> Diagrama PRISMA: Proceso de búsqueda y selección de artículos .....	37
<b>Ilustración 2.</b> Desarrollo etapas de Revisión Integrativa.... <b>¡Error! Marcador no definido.</b>	
<b>Ilustración 3.</b> Publicaciones por año .....	43
<b>Ilustración 4.</b> Publicaciones por país de origen.....	44
<b>Ilustración 5.</b> Idioma de publicación .....	45
<b>Ilustración 6.</b> Ejemplo de lectura crítica de artículo .....	49
<b>Ilustración 7.</b> Competencias para la Gestión del Cuidado Directo en UCI, según la autora .....	61

## Lista de tablas

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1.</b> Ecuaciones de búsqueda.....	34
<b>Tabla 2.</b> Publicaciones incluidas .....	42
<b>Tabla 3.</b> Abordaje metodológico de los artículos.....	46
<b>Tabla 4.</b> Ponderación ítems instrumentos lectura crítica .....	48
<b>Tabla 5.</b> Consolidado de la evaluación de calidad de los estudios según los instrumentos de lectura crítica.....	50
<b>Tabla 6.</b> Consolidado de la evaluación del nivel de evidencia y grado de recomendación de los estudios.....	52
<b>Tabla 7.</b> Propiedades del concepto.....	54

# Introducción

El fenómeno de las competencias del profesional de enfermería para gestionar cuidado directo en Unidad de Cuidados Intensivos es un tema que ha cobrado importancia en los últimos años, debido a factores como el envejecimiento de la población a nivel mundial, el incremento de la demanda en atención crítica y el interés por el mejoramiento continuo de la calidad de la atención de salud prestada, en especial de la atención de enfermería, como un elemento determinante para la competitividad de las instituciones de salud.

Las competencias del profesional de enfermería para gestionar cuidado directo en unidades polivalentes de cuidados intensivos adultos son un factor esencial para asegurar una atención sanitaria calificada y rentable, por lo que se considera un aspecto esencial de la práctica de enfermería que afecta a los pacientes, familias e incluso a otras enfermeras; además de ser un elemento básico para una práctica ética y responsable (1).

En este sentido, contar con profesionales de enfermería competentes para el desempeño de la práctica clínica desde el área de cuidado crítico resulta indispensable. No obstante, la literatura muestra que la acreditación de la formación académica formal no garantiza que un profesional sea competente, pues ante una situación real puede no demostrarlo.

Juvé (2) señala en el tema de competencias, que unas se entienden desde las características y cualidades individuales, y otras desde la responsabilidad en la práctica profesional, la delimitación del campo de actuación de un grupo profesional.

A pesar de la importancia de este fenómeno, ha sido poco explorado y descrito en la literatura, especialmente en el contexto colombiano. El enfoque de los estudios realizados se ha centrado en los niveles de gestión del cuidado estratégico y táctico mediante la elaboración de un catálogo comprensivo de las competencias directivas que se ponen habitualmente en práctica, y no desde el nivel de gestión operativo para el análisis de las competencias para la gestión del cuidado directo que deben ponerse en práctica para asegurar la calidad asistencial y lograr óptimos resultados en los pacientes (3).

Teniendo en cuenta lo anterior, resulta obligatorio realizar una revisión integrativa de literatura empleando la enfermería basada en la evidencia (EBE), con el objetivo de identificar cuáles son las competencias del profesional de enfermería para gestionar cuidado directo desde el nivel operativo a partir de una construcción no solo de las habilidades y destrezas si no del conocimiento sustantivo de enfermería.

El presente trabajo de investigación, abordó el fenómeno de las competencias del profesional de enfermería para gestionar cuidado directo en unidades polivalentes de cuidados intensivos adultos, a través de una revisión integrativa de literatura; metodología que tomó como insumo las investigaciones científicas, organizándolas, sintetizándolas y analizándolas de forma individual con el fin de ahondar y recopilar conocimiento en este fenómeno de enfermería.

Se incluyó un total de 14 artículos con diferentes tipos de diseño. A los cuales se les realizó ordenamiento, lectura crítica y evaluó el nivel de evidencia y grado de recomendación. Para el análisis de los resultados, a partir de los hallazgos, de las concepciones de los diferentes referentes teóricos identificados en la evidencia científica, y el concepto de competencias para la gestión del cuidado directo en UCI adoptado por la autora en el contexto de esta investigación, se determinó una categoría central y 3 subcategorías a través de la agrupación de los hallazgos comunes.

Los estudios incluidos en un 71% fueron principalmente con abordaje cualitativo, el diseño que predominó fue el exploratorio, seguido por el descriptivo y la revisión de literatura. De igual modo, el 71% de los estudios presentó un nivel de evidencia 5 y un grado de recomendación D, el 21% un nivel de evidencia 3a con un grado de recomendación B y el 8% restante un nivel de evidencia 4c con un grado de recomendación C, lo que indica que el nivel de producción del conocimiento relacionado con el fenómeno de estudio aún está en fase de descripción y exploración.

En el análisis de los hallazgos comunes reportados por la literatura, se identificó el Juicio Clínico de Enfermería como la categoría central para la gestión del cuidado directo en UCI. A partir de esta categoría se determinaron 3 subcategorías: a) Competencias para la interacción con el paciente y su familia, b) Competencias para la interacción con recursos humanos y materiales, y c) Competencias para las intervenciones terapéuticas de Enfermería, de las cuales se derivan competencias específicas.

# 1. Marco de Referencia

El marco referencial aborda el área temática de estudio y la relevancia que para enfermería tiene el estudio del fenómeno de las competencias del profesional de enfermería para gestionar cuidado directo en Unidades Polivalentes de Cuidados Intensivos Adultos.

## 1.1.1 Área temática

Competencias y Gestión del cuidado en Enfermería.

## 1.1.2 Fenómeno de estudio

Competencias del profesional de enfermería para gestionar cuidado directo en Unidades Polivalentes de Cuidados Intensivos Adultos.

## 1.2 Planteamiento del problema

El planteamiento problemático de las competencias del profesional de enfermería para gestionar cuidado directo en Unidad de Cuidados Intensivos se sustenta en la importancia que tienen las competencias en enfermería como un factor esencial para garantizar una atención en salud segura y de calidad (1).

El talento humano que labora en las unidades de cuidados intensivos (UCI) tiene un papel importante en los desenlaces, complicaciones y los eventos adversos; así como en los costos de la atención (4). Las enfermeras competentes en las unidades de cuidados intensivos tienen un impacto significativo en los resultados fisiológicos y psicológicos de los pacientes, por ejemplo, en las intervenciones de enfermería basada en la evidencia y la actividad ética (5).

En los últimos años, en nuestro país se ha presentado un incremento sostenido en el número de instituciones de salud de cuarto nivel que cuentan con unidades de cuidados intensivos. En 2009, el número de camas de UCI era de 0,2 por cada 1.000 habitantes (6), para el año 2013 el incremento fue de 1,31 camas por cada 1.000 habitantes, de las cuales el 0,11 correspondían a cuidado intermedio y a cuidado intensivo el 0,14 (7).

Aunque existe incremento, este no se compara con la oferta de atención crítica en países desarrollados, en donde para el año 2003 por ejemplo en Estados Unidos el número de camas de UCI era 2.8 camas por 1.000 habitantes, en España era de 3.1 camas por 1.000 habitantes o Reino Unido que contaba con 3.7 camas por 1.000 habitantes (8).

El crecimiento marcado en el número de unidades de cuidados intensivos aunado al aumento de la población anciana (por encima de 60 años) en Colombia, la cual para 2025 se estima que sea cercana al 12.8% (población 6.606.000) (9), han generado una tendencia hacia el incremento de la demanda de atención crítica.

Razón por la cual, la normativa colombiana ha establecido gradualmente los requisitos mínimos para la habilitación de los servicios de cuidados intensivos, dentro de los cuáles se contempla explícitamente el talento humano necesario para las unidades de cuidados intensivos, todo esto con el fin de brindar servicios de calidad y garantizar la seguridad de los pacientes (10).

Es por esto, que el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Ley 1164 de 2007 o Ley del Talento Humano en Salud (11) establece que uno de los principios por los cuales se debe regir el Talento Humano en Salud, es: “La Calidad... se reconoce en la calidad dos componentes interrelacionados: el ejercicio idóneo de competencias propias de cada profesión en salud... y la satisfacción y mejoramiento de la salud de los usuarios de los servicios”; define las competencias como “una actuación idónea que emerge en una tarea concreta, en un contexto determinado... se logra con la adquisición y desarrollo de conocimientos, destrezas, habilidades, aptitudes y actitudes que se expresan en el ser, saber, el hacer y el saber-hacer”.

Con esta ley a largo plazo, lo que está buscando el gobierno es la certificación y recertificación del talento humano en salud, sin embargo, aún no es una obligatoriedad en nuestro país a diferencia de lo que ocurre en países como Estados Unidos, donde las enfermeras deben certificarse y recertificarse para obtener ascensos en su trabajo y para mantener vigente sus licencias.

La resolución 0002003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social, establece como estándar de habilitación para el talento humano de enfermería que labora en las



---

unidades de cuidados intensivos adultos que las enfermeras deben tener formación académica posgradual en áreas como “Especialización en medicina crítica y cuidado intensivo o certificado de formación del control del paciente de cuidados intensivo adultos” (10).

Cabe mencionar, que el gobierno nacional con la implementación de la Política de Atención Integral en Salud-PAIS y la adopción del nuevo Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE (12), también está liderando el desarrollo, actualización y fortalecimiento de los perfiles y competencias del talento humano en salud desde los diferentes niveles de atención, es de particular interés por parte del gobierno determinar claramente las competencias de cada uno de los miembros del equipo de trabajo, en especial de enfermería porque los profesionales juegan un papel fundamental en la implementación y sostenimiento de este modelo. Además, está conformando grupos de riesgo para la atención de las condiciones de salud que se consideren prioritarias para el Sistema. Específicamente, en el caso de la atención crítica, la atención está dirigida a las enfermedades con tratamientos de alto costo y en la ruta integral de atención en los niveles de alta complejidad en las unidades de cuidados intensivos.

La demanda de atención crítica y las políticas nacionales han creado la necesidad de formar profesionales de enfermería competentes para la gestión del cuidado directo de pacientes críticos. Kane (13), afirma que “un profesional es competente en la medida en que utiliza los conocimientos, las habilidades, las actitudes y el buen juicio asociados a su profesión, con la finalidad de poder desarrollarla de forma eficaz en las situaciones que corresponden al campo de su práctica”.

Así mismo, Boyatzis (13), hace referencia que las competencias son “características subyacentes en una persona, que están casualmente relacionadas con una actuación de éxito en su trabajo”.

Entonces, la sola formación académica formal y en especial la posgradual de los profesionales de enfermería en el área de cuidado crítico no le da el carácter de competente que debe demostrar; dado que la literatura muestra que un profesional puede acreditar ser competente, pero ante una situación real no demostrarlo: no demostrar el saber, el saber estar, el saber hacer y el buen juicio enfermero, es no responder a la exigencia de ser competente (13).

Ahora bien, desde Enfermería la gestión del cuidado es inherente a la práctica (14), por tanto, involucra las competencias que debe alcanzar para gestionar ese cuidado.

En consecuencia, Milos, et al (15), definen gestión del cuidado de enfermería: “como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control para la provisión de cuidados oportunos, integrales que aseguren la continuidad de la atención según lineamientos estratégicos de la institución mediante una adecuada administración de los recursos humanos y materiales”.

Además, Cisneros (16) señala que “la intervención de enfermería es la gestión del cuidado por tanto su preparación requiere competencias para garantizar la calidad de servicio”.

La práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones, realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona (14).

En el tema de Competencias en Enfermería, la literatura muestra que se ha abordado desde diferentes puntos de vista, por ejemplo Juvé, Benner y los hermanos Dreyfus (2), las define desde dos acepciones: La primera entendida desde las características y cualidades individuales indicativas de una ejecución efectiva y diferenciada, que las define como “la suma de conocimientos, habilidades y actitudes, que permiten al profesional tomar las decisiones más apropiadas en cada caso y en cada situación” lo cual determina la capacidad resolutoria del profesional de enfermería. La segunda entendida en el sentido del ámbito de responsabilidad en la práctica profesional, la delimitación del campo de actuación de un grupo profesional, diferenciándolo así de otros, que las define como el “marco de referencia, unos estándares o normas que guían la práctica, comunes para todos los profesionales de una disciplina determinada y que permiten establecer el área de responsabilidad, el compromiso y la garantía del servicio que cada profesión ofrece a la sociedad” (2).

En síntesis, la Gestión del cuidado, involucra competencias, juicio clínico, uso del conocimiento propio de enfermería, modelos conceptuales y teorías de enfermería para garantizar una práctica segura, autónoma y de calidad (17). En el contexto colombiano, no se encuentra evidencia sobre un perfil o mapa por competencias propuesto desde las

---

asociaciones de enfermería, entidades gubernamentales o empleadores, que direccionen específicamente la gestión del cuidado directo de enfermería en las unidades de cuidado intensivo, actualmente existe una descripción del perfil general y las competencias profesionales transversales y específicas por profesión (18). Ahora bien, en un estudio realizado por Palominos, et al (19), identificaron el liderazgo, el trabajo en equipo, la toma de decisiones y resolución de problemas, la priorización de la atención, entre otras; como algunas de las competencias transversales y específicas que deben tener los profesionales de enfermería de cuidados críticos pediátricos para atender las necesidades de los pacientes y sus familiares, demostrando la gran relevancia de estas debido a que los cuidados complejos y sofisticados que requieren estos pacientes solamente pueden ser proporcionados por profesionales de enfermería altamente calificados.

El enfoque de algunos estudios realizados se ha centrado más en la elaboración de un catálogo comprensivo sobre qué competencias directivas se ponen habitualmente en práctica, que en el análisis de las competencias para la gestión del cuidado directo que deben ponerse en práctica para asegurar la calidad asistencial y lograr óptimos resultados en los pacientes (3).

Teniendo en cuenta lo anterior, resulta obligatorio realizar una revisión integrativa de literatura empleando la enfermería basada en la evidencia (EBE), con el objetivo de identificar cuáles son las competencias del profesional de enfermería para gestionar el cuidado a partir de una construcción no solo de las habilidades y destrezas si no del conocimiento sustantivo de enfermería.

La EBE permite la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente (20). Además, es un enfoque dirigido a la solución de problemas surgidos en la práctica clínica, en el que la toma de decisiones está basada en la mejor evidencia existente (21).

La presente investigación se centró en las competencias del profesional de enfermería para gestionar cuidado directo en las unidades polivalentes de cuidados intensivos adultos.

### **1.2.1 Pregunta problema**

¿Cuáles son las competencias del profesional de enfermería para gestionar cuidado directo en las Unidades Polivalentes de Cuidados Intensivos Adultos?

## 1.3 Justificación

El profesional de enfermería, indistintamente del diagnóstico del paciente o del contexto clínico donde se desenvuelve, debe estar apto para cuidar a los pacientes, incluyendo a los que están internados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), en los cuales es común enfrentarse al binomio vida y muerte (22).

En consonancia con este hecho, el papel del profesional de enfermería en UCI consiste en asociar a la fundamentación teórica (imprescindible) el trabajo, el discernimiento, la iniciativa, la habilidad de enseñanza, la madurez y la estabilidad emocional (23). Partiendo de estas consideraciones, el profesional de enfermería necesita, además de la calificación adecuada, movilizar habilidades profesionales específicas durante la ejecución de su trabajo, que le permitan desarrollar sus funciones eficazmente, aliando conocimiento técnico científico, dominio de la tecnología, humanización, individualización del cuidado y consecuentemente calidad en la asistencia prestada (24).

En pocas palabras, necesita demostrar *competencia*, entendida como el conjunto de capacidades técnicas, cualidades, habilidades profesionales y conocimientos aplicables a situaciones concretas de trabajo que la organización considera relevantes para que el profesional se desarrolle con éxito en su rol (25).

El rol que juega el profesional de enfermería en UCI como gestor de cuidado directo de enfermería, implica que el cuidado de la salud se brinde de una manera racional, oportuna, equitativa, económica, que minimice los riesgos tanto al usuario, al equipo de salud, como a la institución y a la comunidad, y que maximice el beneficio generado por la actividad (26).

Autores como Meleis (27) señalan que “la gestión de cuidados se ejerce no solamente con los recursos que ofrecen las teorías de la administración, sino también con las relaciones y concepciones propias de la disciplina: el cuidado de la persona”.

### 1.3.1 Significancia disciplinar, teórica y social

Esta investigación contribuirá desde el punto de vista **disciplinar** a enriquecer la práctica de enfermería y la ciencia del cuidado, en lo referente a mejorar la calidad de la atención

---

de enfermería directa y de las intervenciones asistenciales en la unidad de cuidados intensivos.

Este estudio recopilará la evidencia científica existente acerca de las competencias para gestionar el cuidado directo en UCI polivalentes adultos, a partir de la enfermería basada en la evidencia y del conocimiento sustantivo de enfermería, lo que brindará herramientas al personal de enfermería que trabaja en la UCI para tener un elevado nivel de preparación y capacidad de responsabilidad clínica para resolver con prontitud diversas situaciones agudas con las que se ve enfrentado en su actividad diaria asistencial, respondiendo a las necesidades que plantean tanto los pacientes críticos como sus familiares (28).

Dado que el paciente crítico, es aquel que cuya condición clínica lo ha llevado a un estado de gravedad que amenaza actual o potencialmente la vida, pero que es susceptible de recuperación (29). Por lo cual, requiere gran vigilancia, cuidados complejos y sofisticados, que solo puede proporcionar un equipo de profesionales altamente cualificado (28).

Adicionalmente, la evidencia científica recopilada servirá como base para crear a futuro un perfil o mapa de competencias de la enfermera que gestiona cuidado directo en UCI, lo que servirá para unificar las competencias que deben tener los profesionales de enfermería en el país, validadas ante los Ministerios de Educación y de Salud y Protección social.

Desde lo **teórico**, se describirá y explorará el fenómeno de las competencias en enfermería y la gestión del cuidado, que en el contexto colombiano ha sido poco explorado y descrito.

Estudiar las competencias en enfermería desde el ámbito de gestión del cuidado, concretamente del cuidado directo en unidad de cuidados intensivos. Como reitera Benner (2), favorecerá a los profesionales de enfermería para que alcancen la expertiz mediante la práctica continua y reflexiva. Lo que a futuro podrá generar la implementación de un modelo de gestión por competencias.

Así mismo, el concepto de gestión del cuidado, aunque ha sido investigado por diversos autores aún no está normatizado. Algunos autores como Kérouac (30) menciona que “es un proceso heurístico (es decir, innovador) dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud”.

Adicionalmente, proporcionará conocimientos para alinear los currículos de enfermería hacia el enfoque por competencias que necesitan los enfermeros egresados de programas de pregrado y posgrados para desarrollar la práctica asistencial.

Finalmente, desde lo **social** se contribuirá con la formación y contratación de profesionales más competentes, lo que se verá reflejado en la disminución de la incidencia de eventos adversos, infecciones, muertes de los pacientes críticos.

Los profesionales de enfermería contribuyen al logro de los resultados de los pacientes, reduciendo la morbilidad y mortalidad, las complicaciones, los errores y los costos generales (31).

Los pacientes críticos requieren vigilancia y cuidados complejos de parte de un equipo de profesionales de la salud altamente calificados, incluyendo enfermeras, que por lo tanto también necesitan conocimientos especializados, habilidades y experiencia (32).

Pronovost, et al (33), en un análisis de 2075 incidentes realizado en 23 adultos y pediátricos en unidad de cuidados intensivos, encontró numerosos factores importantes del sistema y humanos asociados con el daño de los pacientes. Los factores contribuyentes frecuentes incluyeron la capacitación y la educación (49%), y el conocimiento, las habilidades y la competencia (32%).

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo general**

Determinar las competencias del profesional de enfermería para la gestión del cuidado directo en las Unidades Polivalentes de Cuidados Intensivos Adultos derivada de una revisión integrativa de la literatura desde el año 2000 hasta 2017.

## 1.4.2 Objetivos específicos

- Evaluar los niveles de evidencia de los artículos científicos sobre competencias del profesional de enfermería relacionados con la gestión del cuidado directo en Unidades Polivalentes de Cuidados Intensivos Adultos.
- Describir a partir de los hallazgos de la búsqueda de literatura científica las competencias del profesional de enfermería para la gestión del cuidado directo en Unidades Polivalentes de Cuidados Intensivos Adultos.

## 1.5 Definición de conceptos

A continuación, se reseñan los conceptos considerados en el siguiente estudio como marco para su desarrollo.

### 1.5.1 Competencias

Gómez del Pulgar (34), define las competencias como la *“intersección entre conocimientos, habilidades, actitudes y valores, así como la movilización de estos componentes para transferirlos al contexto o situación real creando la mejor actuación/solución para dar respuesta a las diferentes situaciones y problemas que se planteen en cada momento, con los recursos disponibles”*.

### 1.5.2 Gestión

Conjunto de acciones que se llevan a cabo para lograr un objetivo, meta o propósito; en cuyo resultado influye la utilización de los recursos (35).

### 1.5.3 Cuidado

Es un acto de vida cuyo significado está en desarrollar las capacidades del ser humano en su cotidianidad, en el proceso de vida – muerte, y en estado de salud o enfermedad con el objeto de compensar, o suplir, la alteración de sus funciones o enfrentar el proceso de muerte (35).

### **1.5.4 Cuidado directo**

El cuidado directo o asistencial, es el que se realiza directamente sobre los pacientes a través de la interacción con estos (36). Está mediado por la relación intersubjetiva y por la comunicación (37).

### **1.5.5 Gestión del cuidado**

Es la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control para la provisión de cuidados oportunos, integrales que aseguren la continuidad de la atención según lineamientos estratégicos de la institución mediante una adecuada administración de los recursos humanos y materiales (15).

### **1.5.6 Unidad de cuidados intensivos**

Unidad especializada en la atención del paciente críticamente enfermo por un talento humano multidisciplinario altamente capacitado, bajo la dirección del intensivista (29).

### **1.5.7 Unidad de cuidados intensivos polivalente**

Unidades estructurales de soporte en las que confluyen pacientes de diferentes patologías, procedencias y especialidades, y que requieren diferentes niveles de cuidados (38).

### **1.5.8 Revisión integrativa**

Método que combina literatura empírica o teórica para proporcionar una comprensión integral de un determinado fenómeno, permitiendo la inclusión de los estudios que adoptan diferentes metodologías (estudios explicativos-cuantitativos y la comprensión-cualitativa) a fin de capturar el contexto, los procesos y los elementos subjetivos del fenómeno (39).

### **1.5.9 Niveles de Evidencia**

El nivel o grado de evidencia clínica es un sistema jerarquizado, basado en las pruebas o estudios de investigación, que permite evaluar la fortaleza o solidez de la evidencia



asociada a los resultados obtenidos de una estrategia terapéutica. En otras palabras, son herramientas, instrumentos y escalas que clasifican, jerarquizan y valoran la evidencia disponible, de forma tal que en base a su utilización se pueda emitir juicios de recomendación (40).

### **1.5.10 Grados de recomendación**

Forma de clasificación de la sugerencia de adoptar o no la adquisición o puesta en marcha de tecnologías sanitarias según el rigor científico de cada tipo de diseño de investigación (40).

## 2. Marco Conceptual

El presente marco conceptual, da una mirada al fenómeno de investigación, desde la evidencia científica disponible, permitiendo conocer la naturaleza del mismo y los vacíos investigativos.

### 2.1 Competencias en Enfermería

Las competencias en enfermería son un conjunto de saberes combinados que no se transmiten (41). Son el marco de referencia, estándares o normas que guían la práctica, comunes para todos los profesionales de una disciplina determinada (2).

Estas son concebidas desde dos acepciones:

La primera entendida desde las características y cualidades individuales indicativas de una ejecución efectiva y diferenciada, que las define como “la suma de conocimientos, habilidades y actitudes, que permiten al profesional tomar las decisiones más apropiadas en cada caso y en cada situación” (2).

La segunda entendida en el sentido del ámbito de responsabilidad en la práctica profesional, la delimitación del campo de actuación de un grupo profesional, diferenciándolo así de otros, que las define como el “marco de referencia, unos estándares o normas que guían la práctica, comunes para todos los profesionales de una disciplina determinada y que permiten establecer el área de responsabilidad y el compromiso y la garantía del servicio que cada profesión ofrece a la sociedad” (2).

Desde el ámbito sanitario, se expresa que las competencias son la capacidad del profesional de enfermería para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de la profesión para resolver las situaciones planteadas en la práctica (42).

En síntesis, puede decirse que las competencias en enfermería son un marco de referencia emergente que facilita el quehacer profesional, permitiendo así una sinergia en el equipo inter y multidisciplinario (43).

---

## 2.2 Competencias en Enfermería en Cuidados Intensivos

La identificación de las competencias de los profesionales de enfermería que laboran en cuidados intensivos ha sido un tema de estudio que ha tomado fuerza en los últimos años.

En 2005, la Asociación Nacional de Enfermeras Pediátricas de Estados Unidos definía al profesional de enfermería de cuidados intensivos, como un profesional capacitado para la práctica avanzada en estos cuidados, cuyo papel principal era *“satisfacer en forma especializada las necesidades fisiológicas y psicológicas de los pacientes con complejas condiciones de salud, tanto agudas, como crónicas”* (44). Por su parte, autores como Urbina, et al (45) en el mismo año iniciaron la identificación de las competencias genéricas y específicas de los profesionales de enfermería en al área de cuidados intensivos neonatales; determinando las siguientes competencias:

### Competencias generales

- Desarrollar el trabajo en equipo
- Mantener los principios éticos, morales, políticos e ideológicos.
- Solucionar problemas inherentes a la profesión.
- Desarrollar una adecuada información y comunicación con familiares y demás miembros del equipo de salud.
- Dominar las bases científicas de la profesión para realizar atención integral de enfermería en la solución de problemas y toma de decisiones, con flexibilidad y creatividad mental.
- Realizar atención integral aplicando el Proceso de Atención de Enfermería como método científico de la profesión.
- Realizar acciones de Enfermería encaminadas a la solución de problemas de urgencia y ambulatorios.

Competencias específicas

- Mantener cumplimiento de las normas higiénico-epidemiológicas en el servicio.
- Preparar recepción del recién nacido de acuerdo con las necesidades afectadas.
- Desarrollar adecuada relación padre-hijo durante la hospitalización.
- Realizar técnicas y procedimientos específicos dirigidas a la atención del recién nacido.
- Identificar precozmente signos y síntomas en el paciente ventilado.
- Valorar conducta de enfermería relacionada con el peso y las mensuraciones.
- Dominar procedimientos y precauciones en la administración de medicamentos por diferentes vías.
- Realizar atención de enfermería al recién nacido con manipulación gentil.
- Realizar cateterismo epicutáneo con la técnica adecuada.
- Medir signos vitales al neonato con la técnica adecuada.
- Dominar procedimientos y precauciones en la alimentación al recién nacido.
- Dominar procedimientos y precauciones en las diferentes tomas de muestras.
- Desarrollar habilidades específicas en el traslado intra y extrahospitalario del recién nacido.

No obstante, a pesar de los avances obtenidos hasta este punto en el tema de competencias en enfermería en cuidado crítico, el enfoque adoptado por los autores seguía reflejando la concepción tradicional de la competencia que la define a través de acciones, tareas o comportamientos discretos y fragmentados; el cual había sido criticado por ser una representación simplificada de la ocupación como menciona Scholes, et al (46).

En este sentido, los profesionales de enfermería no sólo deben poseer habilidades técnicas, sino que también deben ser capaces de responder a la alta y creciente exigencia ética, conceptual y valórica que demandan los cuidados críticos. Contar con profesionales de enfermería competentes es de vital importancia para atender las necesidades, tanto del paciente crítico como de sus familiares, ya que estos requieren una vigilancia permanente y cuidados muy complejos y sofisticados que solamente pueden ser proporcionados por un personal altamente calificado (47).

Posteriormente, empezaron a surgir visiones más amplias acerca de las competencias y su clasificación. Se empieza a hablar acerca de la competencia clínica y profesional en enfermería de cuidados intensivos y críticos como una base específica de conocimientos, de habilidades, de actitud y valores, y de experiencia en cuidados intensivos y críticos (48).

Autores como Benner, et al (49), a partir de la identificación de 31 competencias en situaciones reales de práctica determinó 9 dominios (áreas de práctica formadas por una serie de competencias con intenciones, funciones y significados similares) (50) de la práctica de enfermería en el cuidado de pacientes críticamente enfermos:

- Diagnosticar y controlar las funciones fisiológicas de soporte vital en pacientes inestables.
- Controlar una crisis mediante la habilidad práctica.
- Proporcionar medidas de confort a los pacientes en estado crítico.
- Cuidar a la familia del paciente.
- Prevenir los peligros por causas tecnológicas.
- Afrontar la muerte: cuidados y toma de decisiones en pacientes terminales.
- Comunicar las diferentes perspectivas y discutir las.
- Asegurar la calidad y solventar la crisis.
- Poseer el conocimiento práctico hábil del liderazgo clínico y la formación, y el consejo de los demás.

Es así, como actualmente se favorece un enfoque holístico de la competencia, que establece que la enfermera que actúa en UCI necesita, además de la calificación adecuada, movilizar habilidades profesionales específicas durante la ejecución de su trabajo, que le permitan desarrollar sus funciones eficazmente, aliando conocimiento técnico científico, dominio de la tecnología, humanización, individualización del cuidado y consecuentemente calidad en la asistencia prestada (24).

## **2.3 Competencias en enfermería para la gestión del cuidado**

La intervención de enfermería es la gestión del cuidado por tanto su preparación requiere competencias para garantizar la calidad de servicio” (16).

El profesional de enfermería demuestra competencia en la gestión del cuidado cuando aplica en forma efectiva una combinación de conocimientos, habilidades y juicio clínico en la práctica diaria (51).

La gestión del cuidado es una labor rigurosa que requiere de análisis, deducción, discernimiento y conocimiento; es decir, la aplicación del “juicio enfermero”, sustentado en el ser, saber y quehacer de la Enfermería como profesión y disciplina. Lograr dichas competencias debería permitir a los profesionales posicionarse como gestores de cuidados en sus lugares de trabajo y actores de cambio, tanto en sus esferas de desempeño como en su ciudad, región o país (52).

## **2.4 Gestión del cuidado**

El concepto de *gestión del cuidado* ha sido explorado por diversos autores. Sin embargo, en la actualidad no existe un consenso frente a la definición del término (16).

Kérouac (30) menciona que “es un proceso heurístico (es decir, innovador) dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud”.

La gestión del cuidado contribuye a la calidad, cuando su objetivo esencial es el satisfacer las necesidades de las personas (53).

Milos, et al (15), definen gestión del cuidado de enfermería: “como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control para la provisión de cuidados oportunos, integrales que aseguren la continuidad de la atención según lineamientos estratégicos de la institución mediante una adecuada administración de recursos humanos y materiales”.

Además, Cisneros (16) señala que “*la intervención de enfermería es la gestión del cuidado por tanto su preparación requiere competencias para garantizar la calidad de servicio*”.

De acuerdo a lo anterior, se puede decir que: La *gestión del cuidado* es un proceso creativo y dinámico donde convergen los métodos administrativos y la práctica clínica para alcanzar los objetivos de salud de la persona enmarcado en los lineamientos de una organización.

## 3. Marco de Diseño

### 3.1 Tipo de estudio

Este estudio comprendió una *Revisión Integrativa de Literatura*, un método que combina literatura empírica o teórica para proporcionar una comprensión integral de un determinado fenómeno, revisión de los métodos, teorías y/o estudios empíricos sobre el tema en particular, y permite la integración de opiniones, conceptos o ideas a partir de las investigaciones utilizadas, permitiendo la inclusión de los estudios que adoptan diferentes metodologías (estudios explicativos-cuantitativos y la comprensión-cualitativa) a fin de capturar el contexto, los procesos y los elementos subjetivos del fenómeno (39).

Puede incluir literatura teórica, literatura de investigación, o ambas cosas. Así mismo, estudios de metodología, una revisión teórica o los resultados de diferentes estudios de investigación con amplias implicaciones clínicas. También, puede contener investigación cuantitativa o cualitativa, o ambas (54).

Las revisiones integrativas según Whitemore y Knaff (55) son críticas de un área de investigación sin un análisis estadístico o una síntesis de la teoría, se consideran la categoría más amplia de revisión.

La revisión integrativa se refiere a una investigación más amplia de un tema, por lo que su enfoque, propósito y alcance son probablemente diferentes a los de la revisión sistemática. Por lo cual se eligió este modelo de investigación ya que proporciona un resumen basado en cuanto al tema de investigación, permite obtener conclusiones generales, expone los problemas no resueltos y proporciona una dirección para futuras investigaciones, adicionalmente esta metodología enfoca los resultados de las búsquedas para integrar los hallazgos de estudios individuales (56); y así dar rigurosidad y comprensión de la revisión y definir los límites de enfoque.



---

## 3.2 Etapas de la revisión integrativa

Para el desarrollo de este estudio, se aplicaron las seis etapas de la revisión integrativa de literatura propuestas por Mendes, et al (56), quienes tomaron como referencia a diversos autores de este método:

1. Identificación del tema y selección de la hipótesis o cuestión de investigación para la elaboración de la revisión integrativa.
2. Establecimiento de criterios de inclusión y exclusión de estudios/ muestreo o búsqueda en la literatura.
3. Definición de la información a extraer de los estudios seleccionados/ categorización de los estudios.
4. Evaluación de los estudios incluidos en la revisión integrativa
5. Interpretación de los resultados
6. Presentación de la revisión/ síntesis del conocimiento.

A continuación, se describe el desarrollo de cada una de estas etapas:

En la primera etapa, se identificó el tema de investigación del presente estudio con base en los vacíos encontrados en la literatura en el área de competencias para la gestión del cuidado y se formuló el problema de investigación a partir de la pregunta problema: ¿Cuáles son las competencias del profesional de enfermería para gestionar cuidado directo en las Unidades Polivalentes de Cuidados Intensivos Adultos?, para dar respuesta al interrogante se determinó realizar una revisión integrativa de la literatura desde el año 2000 hasta 2017.

Durante la segunda etapa, para la búsqueda y selección de los artículos se emplearon las *Bases de datos relacionadas con enfermería y ciencias de la salud*: Ovid- Nursing, Global Health-Ovid, MEDLINE, Web of Science. Y *Bases de datos interdisciplinarias*: SCIELO, SCOPUS, Science Direct, EBSCO; disponibles de la Universidad Nacional de Colombia y

la Fundación Universidad del Norte de Barranquilla en su servicio de bibliotecas e inter-bibliotecario.

La búsqueda se limitó a artículos publicados en las bases de datos entre los años 2000 a 2017, debido a que durante este período de tiempo se efectuaron diversas reformas en las normativas colombiana que rigen al talento humano en salud, especialmente en enfermería y esto generó debate con relación al tema de las *competencias* de los profesionales de enfermería desde el Ministerio de Salud y Protección Social, y las diferentes organizaciones académicas, científicas y gremiales de Enfermería. Al mismo tiempo, que se empezó a explorar e incorporar la *gestión del cuidado* como elemento central de la práctica de enfermería.

Las ecuaciones de búsqueda específicas fueron realizadas empleando la combinación de palabras claves correspondientes a Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y operadores booleanos:

**Tabla 1.** Ecuaciones de búsqueda

<i>DeCS</i>	Operador booleano	<i>DeCS</i>
<i>Clinical competence</i>	<b>AND</b>	<i>Nursing care</i> <i>or</i> <i>Critical care</i>

Fuente: Elaboración propia. Basada en la consulta realizada de los términos DeCS. (Biblioteca Virtual en Salud, 2019).

Los términos *management* y *professional competence* fueron excluidos de la búsqueda por conducir a artículos que tenían como objetivo identificar o describir las competencias de los profesionales de enfermería que laboran en unidades de cuidados intensivos pero desde perfiles administrativos y/o describir la competencia desde el punto de vista profesional, definido como la capacidad de una enfermera para realizar de manera aceptable las tareas relacionadas con la profesión en general y no con el cuidado directo del paciente.

El proceso de búsqueda se refinó empleando los siguientes filtros: año: de 2000 a 2017; tipo de publicación/documento: artículo; tipo de acceso: texto completo; categoría de revista: revistas de enfermería, campos de búsqueda: título/resumen, especies: humanos;

---

edades: adultos mayores de 19 años; tema: Critical care nurse, Competence, Nurs, Adult, Clinical Competence; e idioma: inglés, español, portugués.

Igualmente se seleccionaron los artículos que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

*Criterios de inclusión:*

- Artículos originales relacionados con los conceptos (Competencias para la gestión del cuidado de enfermería) en cuidados intensivos publicados entre el año 2000 al 2017.
- Artículos originales relacionados con los conceptos (Competencias para la gestión del cuidado de enfermería), considerados clásicos.
- Artículos con enfoque cualitativo, cuantitativo y/o mixto que aporten evidencia empírica.
- Revisiones sistemáticas y/o narrativas con metodología sistemática.
- Artículos escritos en español, inglés y/o portugués.

*Criterios de exclusión:*

- Artículos originales relacionados con los conceptos (Competencias para la gestión del cuidado de enfermería) aplicados a profesionales diferentes a enfermería.
- Artículos editoriales, de opinión y literatura gris que no aporten evidencia empírica.
- Artículos duplicados

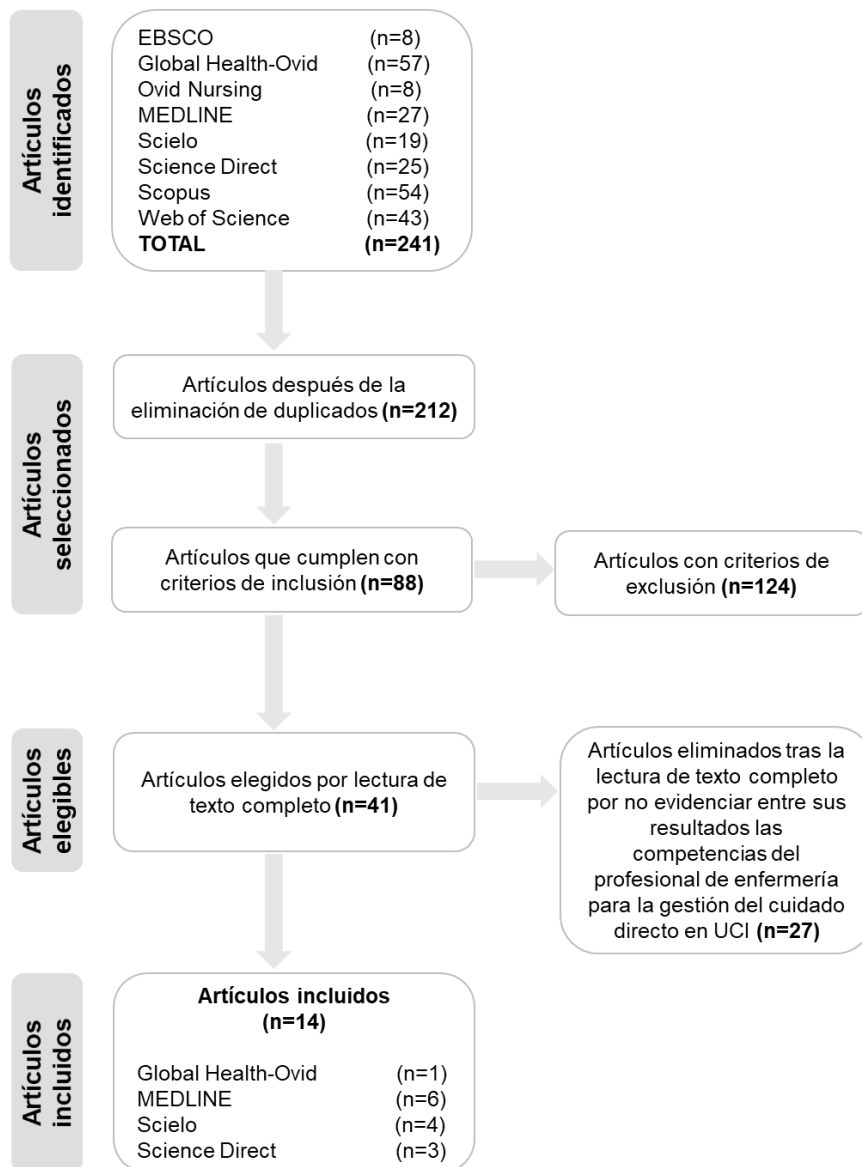
Con el fin de disminuir los sesgos de publicación, se realizó la búsqueda previa de literatura gris, la cual fue excluida. Igualmente, se garantizó el respeto por la propiedad intelectual, dando crédito a los investigadores de todos los artículos seleccionados para realizar la investigación, se prestó especial atención a la normatividad vigente para citar cada artículo. Para el control de sesgos de selección, se siguieron los criterios de inclusión y exclusión de artículos arriba descritos, y se verificó la confiabilidad y validez de las fuentes mediante la lectura crítica de los diferentes artículos empleando las plantillas del Critical Appraisal

Skills Programme en español (CASPe), las listas de chequeo de la Strengthening the reporting of observational studies in the epidemiology STROBE Statement, y las listas de verificación de la Joanna Briggs Institute (57).

En la tercera etapa, se realizó el proceso de búsqueda en las bases de datos indexadas y selección de los estudios, inicialmente se obtuvo un récord de publicaciones científicas que correspondió a 241 artículos, de los cuales quedaron 88, el resto fueron eliminados por duplicidad o por no cumplir de forma estricta con los criterios de inclusión; posteriormente a estos artículos se le realizó lectura de texto completo eligiéndose un total de 41 artículos. A estos se les realizó nuevamente lectura de texto completo y comprensiva, eliminándose 27 artículos que no evidenciaban en sus resultados elementos acerca de las competencias para la gestión del cuidado de los profesionales de enfermería que laboran en UCI, finalmente se incluyeron 14 artículos, distribuidos de la siguiente manera en las bases de datos seleccionadas: Global Health-Ovid: 1; MEDLINE: 6; Scielo: 4; Science Direct: 3. Una vez definido el número de artículos científicos, se procedió a organizar cada una de las publicaciones extrayendo los datos (base de datos; revista, país y año de publicación; título, autor(es); objetivo; abordaje y diseño metodológico y muestra; resultados; y competencias identificadas para la gestión del cuidado directo en UCI por el profesional de enfermería) establecidos en la ficha bibliográfica diseñada para tal fin por el investigador del estudio.

A continuación, se presenta el proceso de búsqueda de artículos en el diagrama PRISMA:

**Ilustración 1.** Diagrama PRISMA: Proceso de búsqueda y selección de artículos



Fuente: Adaptado del Diagrama de flujo de PRISMA 2009 (58).

En la cuarta etapa, a los artículos incluidos se les realizó ordenamiento y lectura crítica empleando las siguientes plantillas:

- Critical Appraisal Skills Programme en español (CASPe), las cuales se encuentran disponibles libremente desde el sitio web de CASPe (<http://redcaspe.org>). Este permiso se encuentra expreso en el libro de Cabello (59) denominado *Lectura crítica de evidencia clínica*, en su aparte de “tablero de dirección”.

- Listas de chequeo de la Strengthening the reporting of observational studies in the epidemiology STROBE Statement, las cuales se encuentran disponibles libremente desde el sitio web <https://www.strobe-statement.org/index.php?id=available-checklists>.
- Listas de verificación de The Joanna Briggs Institute (57), las cuales se encuentran disponibles libremente desde el sitio web [https://joannabriggs.org/critical\\_appraisal\\_tools](https://joannabriggs.org/critical_appraisal_tools)

Las plantillas fueron seleccionadas de acuerdo al abordaje metodológico de cada estudio. Estas permitieron evaluar la consistencia y especificidad de los estudios incluidos, mediante la valoración del rigor metodológico, validación, relevancia y confiabilidad.

Para evaluar el nivel de evidencia y el grado de recomendación de los artículos, se empleó la metodología de la *Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford (CEBM)*, caracterizada por valorar la evidencia según el área temática y el tipo de estudio de acuerdo a los criterios establecidos (60) (ver anexo A).

En la quinta etapa, a partir de los hallazgos, de las concepciones de los diferentes referentes teóricos identificados en la evidencia científica, y el concepto de competencias para la gestión del cuidado en UCI desde la dimensión de cuidado directo adoptado por la autora para el contexto de esta investigación, se determinó la categoría central, 3 subcategorías y sus propiedades a través de la agrupación de los hallazgos comunes.

Finalmente, en la sexta etapa, derivado de la revisión integrativa de literatura se describieron los resultados dando respuesta a cada uno de los objetivos planteados en la presente investigación; se determinaron las limitaciones, las conclusiones y recomendaciones finales.

### **3.3 Consideraciones éticas**

En el presente estudio se realizó una Revisión Integrativa de la literatura, de acuerdo con la resolución 8430 de 1993 (61) esta investigación es *sin riesgo*, debido a que no se realizó

---

ninguna intervención, y dando cumplimiento a los requisitos de la institución, se contó con el aval del comité de ética de la Universidad Nacional de Colombia (ver anexo B).

Para el análisis y lectura crítica de artículos se empleó las plantillas del Critical Appraisal Skills Programme en español (CASPe), las cuales son de libre acceso y están disponibles desde el sitio web de CASPe, <http://redcaspe.org>. Este permiso se encuentra expreso en el libro de Cabello (59) denominado Lectura crítica de evidencia clínica, en su aparte de “tablero de dirección”. Las listas de chequeo de la Strengthening the reporting of observational studies in the epidemiology STROBE Statement, las cuales se encuentran disponibles libremente desde el sitio web <https://www.strobe-statement.org/index.php?id=available-checklists>. Y Listas de verificación de The Joanna Briggs Institute (57), las cuales se encuentran disponibles libremente desde el sitio web [https://joannabriggs.org/critical\\_appraisal\\_tools](https://joannabriggs.org/critical_appraisal_tools).

Adicionalmente, se empleó una ficha bibliográfica elaborada por el autor de este estudio para extraer la información relevante de cada artículo.

Esta investigación utilizó como insumo la información obtenida a partir de artículos científicos publicados, para generar nuevas interpretaciones del fenómeno de estudio que contribuirán al cuerpo de conocimientos de enfermería, para esto se dió cumplimiento al reglamento de propiedad intelectual según *Acuerdo 035 de 2003* de la Universidad Nacional de Colombia (62), el cual define la propiedad intelectual como *“Un derecho complejo de dominio especial sobre las creaciones del talento humano que se concede a los autores o inventores y que a la vez permite a la sociedad hacer uso de esas creaciones. La propiedad intelectual comprende: el derecho del autor y los derechos conexos...”*

También se siguieron las consideraciones éticas para este tipo de estudios:

Se garantizó el respeto por la propiedad intelectual, dando crédito a los investigadores de los artículos que fueron empleados en el presente estudio, en todas las citas y referencias de acuerdo a las normas Vancouver vigentes.

Para la muestra de artículos se tomaron los que cumplían con los criterios de inclusión y los aspectos éticos (valor social o científico, validez científica, validez ética, honradez intelectual, selección de sujetos, consentimiento informado, conflicto de intereses, confiabilidad de instrumentos y resultados, divulgación).

Durante todo el desarrollo de la investigación se contó con el apoyo permanente de un asesor asignado por la Universidad Nacional de Colombia que garantizó la originalidad de este estudio y que el análisis e interpretación de los resultados fuera correcto, veraz y confiable.

Por otra parte, se llevó a cabo la publicación de los resultados de esta investigación a la comunidad científica con el fin de cualificar el cuidado de enfermería lo que redundará en el beneficio del paciente. Como mecanismo de difusión o socialización de resultados, esta investigación contempla la elaboración y posible publicación de un artículo en revista indexada. De igual manera, se pretende presentar los resultados en ponencias, paneles y congresos de investigación en enfermería.

Otro de los aspectos éticos que tuvo en cuenta la presente investigación, fue que se acogió a la política ambiental de la Universidad Nacional de Colombia según Acuerdo 016 de 2011 (63), manteniendo el uso responsable de los recursos en especial el uso de papel.

Para el desarrollo de la investigación se siguió un cronograma de actividades y se estableció un presupuesto para la misma.

### **3.4 Conflicto de interés**

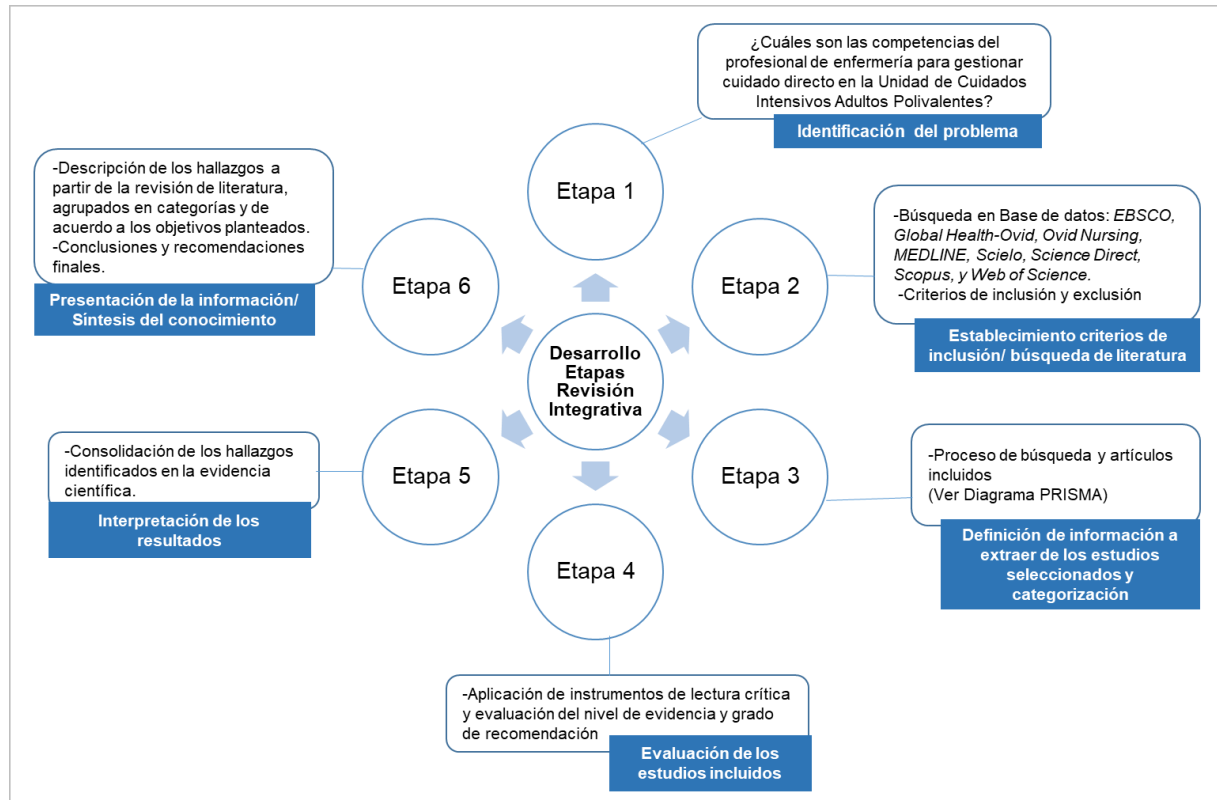
No se declaró ningún tipo de conflicto de interés.



## 4. Resultados

A continuación, se señalan puntualmente los principales aspectos desarrollados de las etapas de la revisión integrativa de literatura, descritas en detalle en el marco de diseño, específicamente en el numeral 3.2.

**Ilustración 2.** Desarrollo etapas de Revisión Integrativa



Fuente: Elaboración propia.

En la anterior ilustración se enuncian los principales aspectos planteados en las diferentes etapas desarrolladas; de este modo, en adelante, se presentan concretamente las etapas 4, 5 y 6, correspondientes a la evaluación, interpretación y presentación de resultados.

En la cuarta etapa, se organizó y caracterizó cada una de las publicaciones incluidas, luego se evaluó el nivel de evidencia y grado de recomendación de acuerdo a lo planteado en el marco de diseño.

**Tabla 2.** Publicaciones incluidas (n=14)

No. Ficha	Título	Autores	Año	País
Ficha 1	Comparison of nurse competence in different hospital Work environments (64).	Riitta Meretoja, Helena Leino-Kilpi, Anna-Maija Kaira	2004	Finlandia
Ficha 2	Competence profiles of recently registered nurses working in intensive and emergency settings (65).	Salonen A.H. , Kaunonen M. , Meretoja R. & Tarkka M.-T.	2007	Finlandia
Ficha 3	Competence in intensive and critical care nursing: A literature review (48).	Riitta-Liisa "A"ari, Suominen Tarja, Leino-Kilpi Helena	2008	Finlandia
Ficha 4	La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico según Patricia Benner (66).	A. Arreciado Marañón; M.J. Estorach Querol y S. Ferrer Francés	2011	España
Ficha 5	Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos: una revisión integradora.(24)	Henriques Camelo Silvia Helena	2012	Brasil
Ficha 6	Competence requirements in intensive and critical care nursing — Still in need of definition? A Delphi study (67).	Riitta-Liisa Lakanmaa, Tarja Suominen,, Juha Perttilä, Pauli Puukka, Helena Leino-Kilpi	2012	Finlandia
Ficha 7	Comparison of self-assessed competence and experience among critical care nurses (68).	Jerry O'leary	2012	Estados Unidos
Ficha 8	Teamwork as a nursing competence at Intensive Care Units (69).	Silvia Helena Henriques Camelo, Lucieli Dias Pedreschi Chaves	2013	Brasil
Ficha 9	Perfil Profesional de los Enfermeros que trabajan en Unidades de Cuidados Intensivos de un hospital universitario (70).	Silvia Helena Henriques Camelo, Vânea Lucia dos Santos Silva, Ana Maria Laus, Lucieli Dias Pedreschi Chaves	2013	Brasil
Ficha 10	Basic competence in intensive and critical care nursing: development and psychometric testing of a competence scale (71)	Riitta-Liisa Lakanmaa, Tarja Suominen, Juha Perttila, Marita Ritmala-Castre'n, Tero Vahlberg and Helena Leino-Kilpi	2014	Finlandia
Ficha 11	Basic Competence of Intensive Care Unit Nurses: Cross-Sectional Survey Study (5).	Riitta-Liisa Lakanmaa, Tarja Suominen, Marita Ritmala-Castrén, Tero Vahlberg, and Helena Leino-Kilpi	2015	Finlandia
Ficha 12	Diferencias y similitudes entre las competencias de una supervisora de enfermería y una enfermera clínica especialista (72).	M. del Barrio-Linares, y M.J. Pumar-Méndez	2015	España
Ficha 13	Competências clínicas do enfermeiro assistencial: uma estratégia para gestão de pessoas.(73)	Gisele Knop Aued; Elizabeth Bernardino; Aida Maris Peres; Maria Ribeiro Lacerda; Clémence Dallaire; Ester do Nascimento Ribas	2016	Brasil
Ficha 14	Seeing beyond monitors—Critical care nurses' multiple skills inpatient observation: Descriptive qualitative study.(74)	Mika Alastalo, Leena Salminen, Riitta-Liisa Lakanmaa, Helena Leino-Kilpi	2017	Finlandia

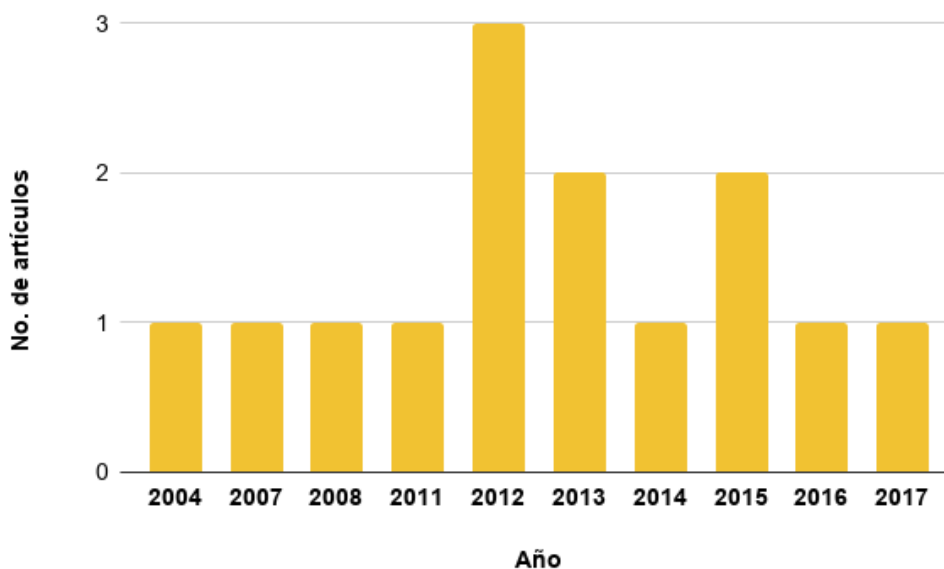
Fuente: Elaboración propia.

## 4.1 Caracterización de la producción científica

A continuación, se presenta la caracterización de los artículos incluidos en la revisión integrativa de literatura.

### 4.1.1 Publicaciones por año

Ilustración 3. Publicaciones por año



Fuente: Elaboración propia.

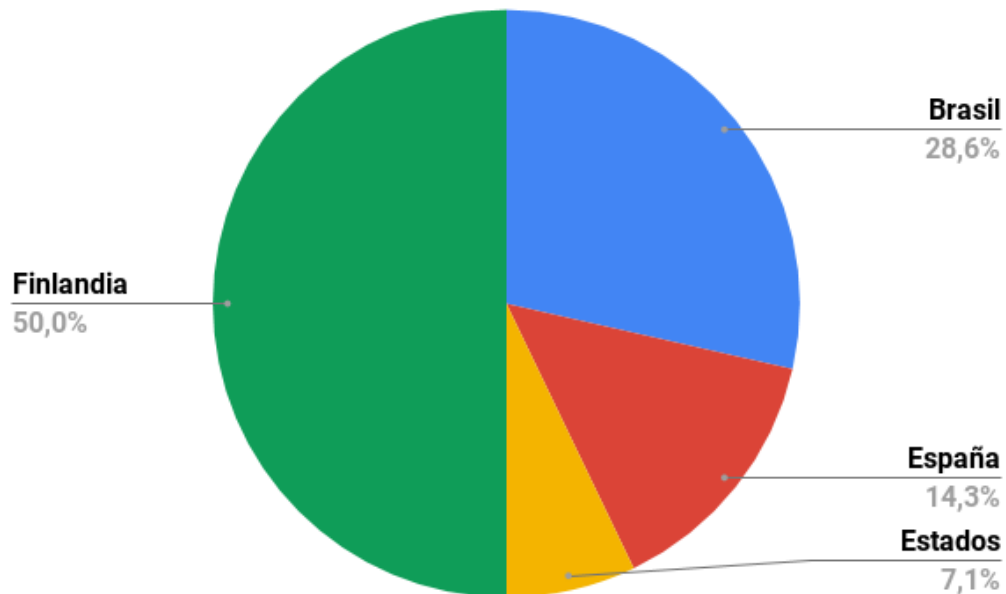
A partir del año 2004 a 2017 se hallaron publicaciones relacionadas con el tema de investigación, se evidenció que el mayor número de publicaciones se encuentran concentradas entre los años 2012 al 2015. Esto puede estar relacionado con los cambios en las políticas de salud a nivel internacional que se han presentado en la última década con el objetivo de dar respuesta a las necesidades de salud de la población, mediante modelos de atención centrados en el paciente, donde la calidad de la atención de enfermería tiene un papel fundamental. En este sentido, garantizar la cualificación (con el desarrollo de competencias profesionales y clínicas) del recurso humano a cargo del cuidado directo de los pacientes, es un aspecto esencial.

### 4.1.2 Publicaciones por país de origen

Los hallazgos muestran que las publicaciones provienen de 4 países diferentes, sin embargo, llama la atención que el 50% de los artículos encontrados fueron en Finlandia, siendo el país que lidera el número de publicaciones, seguido por Brasil con el 29%. Los otros 2 países (España y Estados Unidos) concentran el 21% de las publicaciones.

Entre los países latinos, se encuentra Brasil. En el caso de Colombia, no se encontró ninguna publicación en las bases de datos consultadas, esto puede estar ligado a la falta de evidencia en nuestro contexto nacional sobre un perfil o mapa por competencias propuesto desde las asociaciones de enfermería, entidades gubernamentales o empleadores, que direccionen específicamente la gestión del cuidado directo de enfermería en las unidades de cuidado intensivo, como se indicó al inicio de esta investigación.

**Ilustración 4.** Publicaciones por país de origen



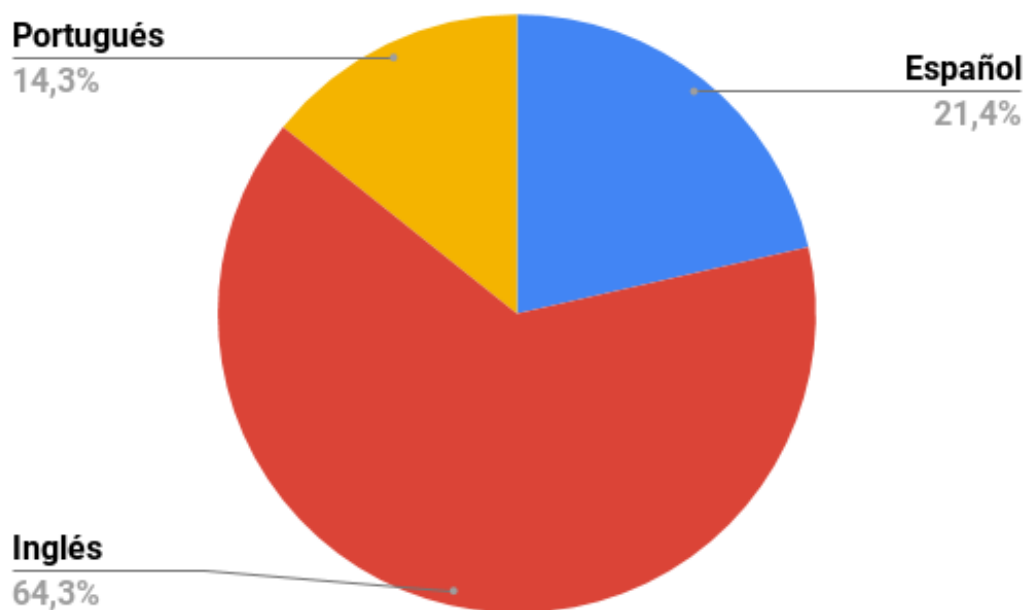
Fuente: Elaboración propia.

### 4.1.3 Idioma de publicación

El idioma de publicación que predominó fue el inglés, representado por el 64% de los artículos, el 36% restante se distribuyó equitativamente entre los artículos publicados en portugués y español.

Se evidenció que, aunque la lengua materna de los países de donde provienen la mayoría de las publicaciones no es el inglés, este fue el idioma que prevaleció. Esto puede estar relacionado con las exigencias de publicación de las revistas académicas indexadas y con la facilidad que proporciona este idioma para el acceso a los artículos por parte de investigadores internacionales.

**Ilustración 5.** Idioma de publicación



Fuente: Elaboración propia.

#### 4.1.4 Abordaje metodológico de los artículos

**Tabla 3.** Abordaje metodológico de los artículos

Abordaje	Diseño	No. de artículos
Cualitativo	Estudio de caso	1
	Estudio de método Delphi	1
	Estudio descriptivo	2
	Estudio exploratorio	3
	Revisión de literatura	2
	Revisión integradora	1
<b>Subtotal</b>		<b>10 (71%)</b>
Cuantitativo	A cross-Sectional studies (estudio transversal)	1
	Estudio descriptivo comparativo	1
	Estudio descriptivo correlacional	1
	Estudio de validación de instrumento	1
<b>Subtotal</b>		<b>4 (29%)</b>
<b>Total</b>		<b>14 (100%)</b>

Fuente: Elaboración propia

El 71% de los artículos incluidos tiene un abordaje metodológico cualitativo, el diseño que predominó fue el exploratorio, seguido por el descriptivo y la revisión de literatura. Mientras que el 29% restante tiene un abordaje metodológico cuantitativo, empleando diseños de estudios transversal, de validación de instrumento, descriptivo comparativo y correlacional.

## 4.2 Evaluación de la calidad de los estudios

**Objetivo específico No.1. Evaluar los niveles de evidencia de los artículos científicos sobre competencias del profesional de enfermería relacionados con la gestión del cuidado directo en Unidades Polivalentes de Cuidados Intensivos Adultos.**

La evaluación de la calidad de los artículos se realizó mediante la aplicación de instrumentos de lectura crítica y herramientas para evaluar el nivel de evidencia y grado de recomendación de acuerdo con lo establecido en el marco de diseño.

En relación con la lectura crítica de los artículos, se emplearon las siguientes plantillas:

### *Estudios con abordaje cualitativo*

- Plantilla para estudios cualitativos de CASPe: 6 artículos
- Plantilla para revisión de literatura de CASPe: 3 artículos
- Plantilla para reportes de casos de JBI: 1 artículo

### *Estudios con abordaje cuantitativo*

- Plantilla para estudios Cross Sectional studies de STROBE: 4 artículos

Para determinar el porcentaje de calidad general de cada artículo a partir de la aplicación de las plantillas antes mencionadas, se le asignó un puntaje a cada ítem de la plantilla sobre un total de 100 puntos; de tal forma que los ítems afirmativos sumaban puntos a este porcentaje y los ítems negativos o que no se cumplían en su totalidad puntuarían un valor de 0 o menor del establecido para el ítem respectivamente (Ver tabla 4).

**Tabla 4.** Ponderación ítems instrumentos lectura crítica

Plantilla	No. Ítems	Valor máximo asignado a cada ítem	Observaciones
Cross sectional studies de STROBE	22	4,5	*Los ítems que cumplían parcialmente con los aspectos establecidos en este, se les asignó una calificación menor (de 2,25 o 3) del valor máximo establecido para cada ítem. *Los ítems que <i>No aplican</i> se les asignó la calificación máxima (4,5) para no afectar el porcentaje global de cumplimiento del artículo. *Los ítems que No cumplían con los aspectos establecidos en el ítem se les asignó una calificación de cero (0).
Revisión de literatura de CASPe	10	10	*Los artículos que no arrojaban una calificación máxima en las primeras preguntas, denominadas de eliminación serían descartados de acuerdo a lo que establece la plantilla de CASPe. *Los ítems que cumplían parcialmente con los aspectos establecidos en este, se les asignó una calificación menor (de 5) del valor máximo establecido para cada ítem. *Los ítems que No aplican se les asignó la calificación máxima (10) para no afectar el porcentaje global de cumplimiento del artículo. *Los ítems que No cumplían con los aspectos establecidos en el ítem se les asignó una calificación de cero (0).
Estudios cualitativos de CASPe	10	10	*Los artículos que no arrojaban una calificación máxima en las primeras preguntas, denominadas de eliminación serían descartados de acuerdo a lo que establece la plantilla de CASPe. *Los ítems que cumplían parcialmente con los aspectos establecidos en este, se les asignó una calificación menor (de 5 u 8) del valor máximo establecido para cada ítem. *Los ítems que No aplican se les asignó la calificación máxima (10) para no afectar el porcentaje global de cumplimiento del artículo. *Los ítems que No cumplían con los aspectos establecidos en el ítem se les asignó una calificación de cero (0).
Reporte de casos de JBI	8	12,5	*Los ítems que cumplían parcialmente con los aspectos establecidos en este, se les asignó una calificación menor del valor máximo establecido para cada ítem. *Los ítems que No aplican se les asignó la calificación máxima (12,5) para no afectar el porcentaje global de cumplimiento del artículo. *Los ítems que No cumplían con los aspectos establecidos en el ítem se les asignó una calificación de cero (0).

Fuente: Elaboración propia.

La sumatoria de los puntajes obtenidos en cada ítem correspondió al porcentaje de cumplimiento general.



## Ilustración 6. Ejemplo de lectura crítica de artículo

### FICHA 1: *Comparison of nurse competence in different hospital work environments*

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*

A cada ítem se le asignó un puntaje de 4,5 sobre un total de 100 puntos de la lista de chequeo, la sumatoria de los puntajes de cada ítem corresponde al porcentaje de cumplimiento general.

	Item No	Recomendación	Comentarios	Puntaje
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract  (Indica el diseño del estudio con un término de uso común en el título o el resumen)	En el título el autor menciona que el estudio es una “ <b>Comparación/Comparison</b> ” de las competencias en diferentes entornos de trabajo. (Ver título) En el resumen habla que “las <b>correlaciones</b> entre la edad y la duración de la experiencia laboral y el nivel general de competencia autoevaluado fueron positivas”. (Ver resumen en el ítem de resultados) Estos términos dan cuenta que es un estudio de abordaje cuantitativo con un diseño descriptivo comparativo, porque, aunque el investigador le corre pruebas de correlación entre la edad, la experiencia y la competencia, no compara con otro concepto, por ejemplo, con la calidad de la atención. <b>Por lo tanto si da cuenta y hay coherencia entre el título y el diseño del estudio.</b>	4,5
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found  (Proporciona en el resumen un resumen informativo y equilibrado de lo que se hizo y lo que se encontró)	En el resumen del estudio el autor indica: <b>*Objetivo:</b> Comparar el nivel de competencia de las enfermeras practicantes a partir de autoevaluaciones con la frecuencia de uso de los elementos de competencia en diferentes entornos de trabajo hospitalarios. <b>*Cómo realizaron el estudio, detallando la población, la muestra y los instrumentos empleados:</b> “Analizamos las autoevaluaciones de competencia de 593 enfermeras registradas que trabajan en salas de hospitalización, unidades de emergencia / ambulatorias o de cuidados intensivos o en salas de cirugía. El instrumento utilizado fue un cuestionario de 73 ítems probado previamente que consta de siete categorías de competencia. El nivel de competencia se evaluó en una escala de Escala analógica visual (VAS) de 0 a 100 y la frecuencia de uso de elementos de competencias en la práctica clínica se evaluó en una escala de cuatro puntos” (Ver ítem de métodos) <b>Detalla los hallazgos de la investigación:</b> “Las enfermeras informaron que su nivel general de competencia era bueno. Se sentían más competentes en las categorías de Gestión de situaciones, Funciones de diagnóstico y Función de ayuda (VAS - significa 68–69), y menos competentes en Asegurar la categoría de calidad (VAS - mean 56).” (Ver ítem de resultados) <b>Por lo tanto el resumen sí presenta equilibradamente el método y los hallazgos.</b>	

Fuente: Elaboración propia.

Dado que más la mitad de los ítems que contienen cada plantilla evalúa los aspectos relacionados con la coherencia entre los objetivos del estudio y los resultados, muestra, tipos de participantes, aspectos éticos de la investigación, aplicabilidad de los resultados, entre otros. Se determinó que los artículos que obtuvieran un porcentaje de cumplimiento general; igual o superior al 80% se consideraban artículos de buena calidad, y en este sentido serían incluidos en esta revisión integrativa de literatura. En seguida, se presenta el consolidado de la evaluación de calidad para cada artículo según el instrumento de lectura crítica utilizado:

**Tabla 5.** Consolidado de la evaluación de calidad de los estudios según los instrumentos de lectura crítica

No. Ficha	Título	Abordaje metodológico	Diseño	Instrumento lectura crítica	Porcentaje de cumplimiento
Ficha 1	Comparison of nurse competence in different hospital Work environments	Cuantitativo	Estudio descriptivo comparativo	Cross sectional studies de STROBE	86%
Ficha 2	Competence profiles of recently registered nurses working in intensive and emergency settings	Cuantitativo	Estudio descriptivo correlacional	Cross sectional studies de STROBE	86%
Ficha 3	Competence in intensive and critical care nursing: A literature review	Cualitativo	Revisión de literatura	Revisión de literatura de CASPe	85%
Ficha 4	La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico según Patricia Benner	Cualitativo	Estudio de caso	Reporte de casos de JBI	100%
Ficha 5	Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos: una revisión integradora	Cualitativo	Revisión integradora	Revisión de literatura de CASPe	90%
Ficha 6	Competence requirements in intensive and critical care nursing — Still in need of definition? A Delphi study	Cualitativo	Estudio de método Delphi	Estudios cualitativos de CASPe	86%
Ficha 7	Comparison of self-assessed competence and experience among critical care nurses	Cualitativo	Estudio descriptivo	Estudios cualitativos de CASPe	100%
Ficha 8	Teamwork as a nursing competence at Intensive Care Units	Cualitativo	Estudio exploratorio	Estudios cualitativos de CASPe	93%
Ficha 9	Perfil Profesional de los Enfermeros que trabajan en Unidades de Cuidados Intensivos de un hospital universitario	Cualitativo	Estudio exploratorio	Estudios cualitativos de CASPe	89%
Ficha 10	Basic competence in intensive and critical care nursing: development and psychometric testing of a competence scale	Cuantitativo	Estudio de validación de instrumento	Cross sectional studies de STROBE	86%
Ficha 11	Basic Competence of Intensive Care Unit Nurses: Cross-Sectional Survey Study	Cuantitativo	A cross-Sectional studies (estudio transversal)	Cross sectional studies de STROBE	89%
Ficha 12	Diferencias y similitudes entre las competencias de una supervisora de enfermería y una enfermera clínica especialista	Cualitativo	Revisión de literatura	Revisión de literatura de CASPe	95%
Ficha 13	Competências clínicas do enfermeiro assistencial: uma estratégia para gestão de pessoas	Cualitativo	Estudio exploratorio	Estudios cualitativos de CASPe	93%
Ficha 14	Seeing beyond monitors—Critical care nurses' multiple skills inpatient observation: Descriptive qualitative study	Cualitativo	Estudio descriptivo	Estudios cualitativos de CASPe	86%

Fuente: Elaboración propia.

Todos los artículos alcanzaron una evaluación de calidad positiva con un porcentaje de cumplimiento mayor o igual al 80% de los ítems de los instrumentos aplicados, lo que da cuenta de la calidad metodológica y el rigor investigativo de los estudios incluidos y por tanto de los hallazgos reportados.

La evaluación del nivel de evidencia científica y el grado de recomendación se realizó utilizando la herramienta del Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford (CEBM), encontrándose que el 71% de los estudios presenta un nivel de evidencia 5 y un grado de recomendación D, el 21% presenta un nivel de evidencia 3a con un grado de recomendación B y el 8% restante un nivel de evidencia 4c con un grado de recomendación C, lo que indica que el nivel de producción del conocimiento relacionado con las competencias de los profesionales de enfermería para la gestión del cuidado directo en unidades polivalentes de cuidados intensivos adultos aún está en fase de exploración y descripción, los hallazgos de los estudios encontrados en gran medida no son concluyentes o no permiten generalizar los resultados a nuestro medio.

En este sentido, se requiere desarrollar investigación que permita conocer a profundidad el fenómeno. Esta investigación servirá de base para el desarrollo de futuros estudios con abordaje mixto, que contribuyan a la creación de un perfil de competencias para los profesionales de enfermería ajustado al contexto colombiano.

**Tabla 6.** Consolidado de la evaluación del nivel de evidencia y grado de recomendación de los estudios

No. Ficha	Título	Abordaje metodológico	Diseño	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Ficha 1	Comparison of nurse competence in different hospital Work environments	Cuantitativo	Estudio descriptivo comparativo	5	D
Ficha 2	Competence profiles of recently registered nurses working in intensive and emergency settings	Cuantitativo	Estudio descriptivo correlacional	5	D
Ficha 3	Competence in intensive and critical care nursing: A literature review	Cualitativo	Revisión de literatura	3a	B
Ficha 4	La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico según Patricia Benner	Cualitativo	Estudio de caso	4c	C
Ficha 5	Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos: una revisión integradora	Cualitativo	Revisión integradora	3a	B
Ficha 6	Competence requirements in intensive and critical care nursing — Still in need of definition? A Delphi study	Cualitativo	Estudio de método Delphi	5	D
Ficha 7	Comparison of self-assessed competence and experience among critical care nurses	Cualitativo	Estudio descriptivo	5	D
Ficha 8	Teamwork as a nursing competence at Intensive Care Units	Cualitativo	Estudio exploratorio	5	D
Ficha 9	Perfil Profesional de los Enfermeros que trabajan en Unidades de Cuidados Intensivos de un hospital universitario	Cualitativo	Estudio exploratorio	5	D
Ficha 10	Basic competence in intensive and critical care nursing: development and psychometric testing of a competence scale	Cuantitativo	Estudio de validación de instrumento	5	D
Ficha 11	Basic Competence of Intensive Care Unit Nurses: Cross-Sectional Survey Study	Cuantitativo	A cross-Sectional studies (estudio transversal)	5	D
Ficha 12	Diferencias y similitudes entre las competencias de una supervisora de enfermería y una enfermera clínica especialista	Cualitativo	Revisión de literatura	3a	B
Ficha 13	Competências clínicas do enfermeiro assistencial: uma estratégia para gestão de pessoas	Cualitativo	Estudio exploratorio	5	D
Ficha 14	Seeing beyond monitors—Critical care nurses' multiple skills inpatient observation: Descriptive qualitative study	Cualitativo	Estudio descriptivo	5	D

Fuente: Elaboración propia.

### 4.3 Análisis e integración de los hallazgos

**Objetivo específico No.2. Describir a partir de los hallazgos de la búsqueda de literatura científica las competencias del profesional de enfermería para la gestión del cuidado directo en Unidades Polivalentes de Cuidados Intensivos Adultos.**

En la quinta y sexta etapa, se consolidaron, sintetizaron, analizaron y describieron los hallazgos identificados en la revisión integrativa de literatura acerca de las competencias de los profesionales de enfermería para gestionar cuidado directo en unidades polivalentes de cuidados intensivos adultos.

Inicialmente, para el análisis de los resultados se determinaron las categorías, subcategorías y propiedades de las competencias para la gestión del cuidado en unidad de cuidados intensivos adultos desde la dimensión del cuidado directo. Se emplearon las herramientas analíticas para el proceso de codificación de información propuesto por Strauss y Corbin (75), en las que se establece que las *categorías* son conceptos que representan fenómenos; las *propiedades* son las características generales o específicas y/o atributos de una categoría, cuya delineación la define y le da significado; las *dimensiones* son la escala en la cual varían las propiedades generales de una categoría, y que le da especificaciones a la categoría y variaciones a la teoría; y las *subcategorías* que son conceptos que pertenecen a una categoría, que le dan claridad adicional y especificidad.

Los hallazgos derivados de la crítica realizada a los 14 artículos incluidos, arrojaron 34 propiedades del concepto de Competencias para la gestión del cuidado directo con su respectiva descripción (Ver Tabla 7), las cuáles fueron sintetizadas por la autora a partir de los resultados comunes y los conceptos previamente revisados de los diferentes referentes teóricos identificados en la evidencia científica.

Tabla 7. Propiedades del concepto

Propiedades de la Competencia Gestión del Cuidado Directo	Descripción	No. Ficha
Competencia	"la habilidad de incorporar a la familia como participante en los cuidados de un paciente crítico, se desarrolla cuando el profesional es competente" "Al hablar de cuidados resulta impensable separar al individuo de su contexto más inmediato, la familia, a la que Benner define como unidad básica, alguien significativo para el otro que participa en el cuidado y bienestar de la persona". "Es la adecuación funcional y la capacidad para integrar conocimientos, habilidades, actitudes y valores en situaciones de práctica específicas"	4
		7
Competencia Clínica y Competencia Profesional	<b>DOMINIOS PRINCIPALES</b> 1. BASE DE CONOCIMIENTOS; 2. BASE DE HABILIDADES; 3. ACTITUD Y BASE DE VALORES; 4. BASE DE EXPERIENCIA; 5. <b>BASE PERSONAL**</b> <b>SUBDOMINIOS:</b> <b>*Principios del cuidado de enfermería:</b> seguridad, justicia, centrado en el paciente e igualdad. <b>*Guías clínicas:</b> adherencia a las técnicas asépticas, órdenes médicas y guías clínicas basadas en la evidencia. <b>*Intervenciones de enfermería:</b> reconocimiento de situaciones anormales y cuidado en situaciones anormales (como el soporte de las funciones vitales, cuidado del dolor, cuidado de la piel, fluido terapia, educación al paciente y confort). <b>*Actividad ética:</b> adherencia a los códigos de ética y actuación éticamente correcta. <b>*Toma de decisiones:</b> pensamiento crítico, resolución de problemas y priorización. <b>*Desarrollo del trabajo:</b> autodesarrollo y orientación de la gestión. <b>*Colaboración:</b> interacción y cooperación en equipos multiprofesionales. <b>*Humanidad y ética**:</b> cualidades de fiabilidad, honestidad, empatía, positividad, amabilidad y paciencia. <b>*Modo de trabajar**:</b> capacidad para afrontar situaciones estresantes, para adaptarse a diferentes situaciones y para ser estable, ágil, exacto, alerta, sistemático y espontáneo. <b>*Motivación laboral**:</b> compromiso con su trabajo, independiente en su rol profesional y activo.	3
		6
		10
		11
Competencia Clínica	"La competencia clínica es la capacidad de una enfermera para realizar de manera aceptable las tareas directamente relacionadas con el cuidado del paciente" "Es el conocimiento complejo de cómo actuar, basado en la movilización y combinación de conocimientos, habilidades, actitudes y recursos externos, que se aplican adecuadamente a un grupo particular de situaciones". <b>SUBDOMINIOS</b> <b>*Principios del cuidado de enfermería:</b> igualdad, justicia, autonomía, seguridad, individualidad, intimidad y continuidad. (fue una de las competencias más ponderadas por las enfermeras) <b>*Guías clínicas:</b> adherencia a las guías de práctica clínica y conocimiento de las guías de práctica clínica. <b>*Intervenciones de enfermería:</b> reconocimiento de situaciones anormales relacionadas con la función biológica y psicológica de los seres humanos y la monitorización del paciente; cuidados básicos; cuidado de personas significativas; asuntos especiales de cuidados intensivos que comprenden la educación a los pacientes, manejo del dolor, comodidad del paciente y la atención al final de la vida.	3
		10
		11
		13

Continuación- Tabla 7. Propiedades del concepto

Propiedades de la Competencia Gestión del Cuidado Directo	Descripción	No. Ficha
Competencia Profesional	"La competencia profesional es la capacidad de una enfermera para realizar de manera aceptable las tareas relacionadas con la profesión en general"	3
	"Es una combinación articulada y compleja de capacidades y habilidades que son el resultado de una síntesis conceptual y funcional de aspectos teóricos, ligados particularmente a los contenidos disciplinares y a la experiencia actual"	
	"Es el vínculo y combinación compleja de habilidades y capacidades que son el resultado de la síntesis conceptual u funcional de los aspectos teóricos, vinculados particularmente a los contenidos del curso y a la experiencia actual".	5
	<b>SUBDOMINIOS</b> <b>*Actividad ética:</b> sensibilidad ética. **10. <b>Actividad ética y familiaridad con las leyes de atención en salud:</b> Código ético de las enfermeras, legislación general de salud, ley de trasplante de órganos, eficiencia económica <b>*Toma de decisiones:</b> factores que influyen en la toma de decisiones y el pensamiento crítico. **10. <b>Toma de decisiones:</b> toma de decisiones relacionadas con el trabajo, resolución de problemas relacionados con el trabajo, pensamiento crítico, priorización <b>*Desarrollo del trabajo:</b> práctica basada en la evidencia y autodesarrollo. **10. <b>Desarrollo del trabajo:</b> autodesarrollo, desarrollo de equipos, desarrollo de enfermería, desarrollo de habilidades subordinadas <b>*Colaboración:</b> trabajo en equipo. (fue una de las competencias más ponderadas por las enfermeras) **10. <b>Colaboración:</b> colaboración dentro de la propia profesión, colaboración multiprofesional, colaboración con otras unidades de atención médica, colaboración con otras personas significativas del paciente	8
		10
Juicio Clínico	<b>a) Pensamiento en acción y razonamiento en transición:</b> el razonamiento clínico requiere razonamiento en transición, es decir, razonamiento sobre los cambios en una situación. Se considera un profesional experto en este aspecto, el que tiene la capacidad para leer la situación inicial, para entenderla y para plantear cambios o ajustes de momento a momento según la respuesta del paciente, lo que evidencia el pensamiento en acción y la práctica basada en la respuesta. Y a su vez estos son sellos del buen juicio clínico. <b>b) Práctica basada en la respuesta:</b> es la capacidad de la enfermera para responder de forma flexible a las necesidades del paciente y, especialmente, de la familia. La enfermera es capaz de leer la situación en cada momento y orientar sus intervenciones por la secuencia de las respuestas.	4
Manejo de situaciones	"Reconociendo situaciones cambiantes y priorizando las actividades de manera flexible y apropiada, promoviendo la cooperación de cuidado"	1
Rol de ayuda	"Ayudar al paciente a hacer frente, brindando atención ética e individualizada"	2
Funciones de diagnóstico	"Identificar y analizar la situación individual del paciente"	
Intervenciones terapéuticas	"Planificación y toma de decisiones referente con el cuidado del paciente según la situación clínica, consultando a otros miembros del equipo"	7
Rol de trabajo	"Actuar de manera colegiada, responsable, autónoma y cuidar de su propio desarrollo profesional continuo"	
Aseguramiento de la calidad	"Evaluación de resultados, contribuyendo a un mayor desarrollo de la atención del paciente"	

Continuación- Tabla 7. Propiedades del concepto

Propiedades de la Competencia Gestión del Cuidado Directo	Descripción	No. Ficha
<b>Comportamiento de la enfermera experta</b>	<p><b>c) Conocimientos técnicos expertos:</b> es la habilidad que permite a la enfermera pensar en la acción, es decir, la respuesta del paciente a las intervenciones permite a la enfermera obtener un conocimiento mejor de aquello que le está pasando a este. La posibilidad de reconocer cambios en el paciente.</p> <p><b>d) Representación-mediación:</b> es la capacidad de actuar o de influir en una situación.</p> <p><b>e) Agudeza perceptiva y habilidades de implicación:</b> la agudeza perceptiva es la capacidad de identificar y resolver los diferentes problemas a medida que cambia la situación. El compromiso social y humano caracteriza a la práctica enfermera experta. Igualmente, su capacidad de anticiparse a las posibles demandas o problemas del paciente, haciendo una buena identificación de ellos.</p> <p><b>f) Enlace clínico y ético:</b> el actuar ético va de la mano del razonamiento clínico, este se evidencia en la consideración de lo bueno o lo malo para el paciente, el compromiso y la preocupación ética, no hacer juicios de valor y respetar las decisiones y actuaciones del paciente y su familia. Además, de aplicar los principios éticos fundamentales (autonomía, respeto, beneficencia y no maleficencia).</p>	4
<b>Administración del Cuidado de Enfermería</b>	El enfermero tiene la función de organizar y planificar el trabajo a ser desarrollado, durante su turno. Estas actividades incluyen la evaluación del paciente, planificación de la asistencia, supervisión de la atención, así como las tareas burocráticas y administrativas.	5
<b>Implementación del cuidado de enfermería de mayor complejidad</b>	El enfermero debe prestar atenciones de mayor complejidad técnica y que exijan conocimientos científicos y capacidad de tomar decisiones inmediatas.	5
<b>Liderazgo en Enfermería</b>	<p>*Es una de las principales habilidades a ser desarrolladas por los enfermeros. El liderazgo envuelve responsabilidad, empatía, habilidad para la toma de decisiones, comunicación y administración de forma efectiva y eficaz.</p> <p>*Se destacan dos tipos de liderazgo característicos del enfermero que labora en UCI: El Liderazgo situacional: involucra determinar, persuadir, compartir y delegar; y el Liderazgo participativo: posibilidad de persuadir y compartir las decisiones asistenciales con los liderados.</p> <p>*El enfermero debe procurar por un liderazgo responsable donde la confianza y la búsqueda continuada de conocimiento prevalezcan reconociendo el valor de cada miembro de su equipo.</p> <p>*Capacidad para manejar el cambio y dar poder a otros para influir en la práctica clínica, así como en las políticas sanitarias y en la organización.</p>	5 12





Continuación- Tabla 7. Propiedades del concepto

Propiedades de la Competencia Gestión del Cuidado Directo	Descripción	No. Ficha
<b>Administración de recursos materiales</b>	<p>*El flujo de actividades de programación (clasificación, estandarización, especificación, y previsión de materiales), compra (control de calidad y licitación), recepción, almacenamiento, distribución y control, con el objetivo de garantizar que la asistencia a los usuarios no sufra interrupciones por insuficiencia en la cantidad de recursos materiales.</p> <p>*Los enfermeros ejecutan actividades de control de calidad y desperdicio, evaluación del material, control de los materiales de alto costo y orientación sobre la forma de utilización adecuada de los materiales.</p>	5
<b>Trabajo en equipo</b>	<p>Se subdivide en 3 categorías</p> <p><b>*Trabajo en equipo como una estrategia de la enfermera en UCI:</b> permite organizar el trabajo dentro de la institución hospitalaria y la UCI, debe cubrir la articulación de las acciones y el conocimiento de los diferentes profesionales a fin de lograr una atención integral de acuerdo a las necesidades de salud del paciente. Promueve la división del trabajo (tareas) para mejorar la atención, esta estrategia permite a la enfermera tener una visión global de cada situación a través de la interlocución entre los diferentes profesionales involucrados en el monitoreo de la respuesta terapéutica, contribuyendo a lograr el mejor pronóstico para los pacientes hospitalizados.</p> <p><b>*Mejorando el trabajo en equipo:</b> esta competencia es mejorada por las enfermeras después de graduarse, con la práctica diaria, el interactuar con profesionales de diferentes profesiones.</p> <p><b>*Comunicación y relación interpersonal para el trabajo en equipo:</b> la comunicación favorece las interacciones apropiadas y productivas, es esencial una comunicación eficiente entre los miembros del equipo, a fin de identificar las dificultades y promover el mejor plan para la solución de los impasses. Mantener buenas relaciones, saber hasta dónde se extiende su deber, y su rol; y dónde comienza el trabajo de alguien más. Es esencial para que los equipos se brinden ayuda mutua en el cuidado y también en momentos en que los profesionales de la salud necesitan apoyo emocional, cuando es difícil lidiar con el dolor de un cliente o la pérdida de un cliente.</p>	8
<b>Competencias técnicas para la asistencia de pacientes críticos</b>	<p><b>Son las relacionadas con el conocimiento científico y las habilidades técnicas para la atención de los pacientes en unidades de alta complejidad,</b> como, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Conocimiento farmacológico y administración de medicamentos por diferentes vías.</li> <li>*Monitorización</li> <li>*Reanimación cardiopulmonar</li> <li>*Punción e infusión venosa</li> <li>*Conocimiento científico de las patológicas específicas o más frecuentes en UCI.</li> <li>*Manejo de ventiladores</li> <li>*Manejo de pacientes entubados</li> <li>*Atención del paciente en situaciones de urgencia</li> <li>*Sondaje vesical</li> <li>*Gasometría arterial</li> <li>*Atención de paciente con alteraciones hemodinámicas importantes</li> <li>*Manejo catéter Swan-Ganz</li> <li>*Identificación e interpretación de la PVC (presión venosa central) en el monitor.</li> </ul>	9
<b>Competencias para la gestión de la asistencia en unidades de terapia intensiva/ crítica</b>	<p>Son las relacionadas con las competencias gerenciales y administrativas para la atención de alta complejidad, como, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Liderazgo (primordial en la organización del proceso asistencial a pacientes críticos)</li> <li>*Relaciones interpersonales (empatía, amor, subjetividad, etc.)</li> <li>*Toma de decisiones (va de la mano de la experiencia, seguridad y conocimientos técnicos)</li> <li>*Pensamiento crítico (relacionado con el raciocinio para las cuestiones de la vida y la sociedad)</li> <li>*Intervención en contextos de incertidumbres y complejidad</li> <li>*Coordinación del servicio de enfermería</li> </ul>	

Continuación- Tabla 7. Propiedades del concepto

Propiedades de la Competencia Gestión del Cuidado Directo	Descripción	No. Ficha
<b>Competencia Básica de las enfermeras de UCI</b>	<p>Se identificaron dos tipos de <b>Competencias básicas desde la concepción holística se dividen en: Competencia clínica relacionada con el paciente y Competencia profesional general.</b></p> <p><b>-Competencia clínica (relacionada directamente con el cuidado del paciente)</b> Se divide en tres categorías: <b>-Principios de atención de enfermería</b> <b>-Guías clínicas</b> <b>-Intervenciones de enfermería</b></p> <p>*La competencia clínica relacionada con la aplicación de los principios de la atención de enfermería es una de las que más se evidencia en las enfermeras de UCI.</p> <p><b>-Competencia profesional general:</b> Se divide en cuatro categorías: -Actividad ética y familiaridad con las leyes de atención en salud -Toma de decisiones -Desarrollo del trabajo -Colaboración</p> <p>*La competencia de colaboración es una de las más evidentes de las enfermeras de UCI. *Las competencias de Desarrollo del trabajo y Actividad ética y familiaridad con las leyes de atención en salud; son las que menos se evidencian en las enfermeras de UCI.</p>	11
<b>Práctica clínica directa</b>	<p>Es la competencia central de la enfermera clínica especialista en UCI *Capacidad para: la interacción directa con pacientes y familias con el fin de promover holísticamente su salud, bienestar y calidad de vida.</p>	
<b>Investigación</b>	<p>*Capacidad para la indagación sistemática para resolver preguntas que surgen de la práctica. Incluye generación, interpretación y uso de la evidencia en la práctica clínica.</p>	
<b>Consulta</b>	<p>*Interacción entre los profesionales en el que a la persona que se le consulta se le reconoce como experto en un área para la resolución de problemas.</p>	
<b>Colaboración</b>	<p>*Capacidad para trabajar junto con otros profesionales en la optimización de resultados clínicos.</p>	12
<b>Coaching</b>	<p>*Capacidad para: guiar y enseñar en el avance del cuidado de los pacientes, familias, comunidad y de la propia profesión enfermera.</p>	
<b>Participación en la toma de decisiones y ser agente defensor y moral del paciente</b>	<p>*Identifica, articula y toma parte activa en asuntos éticos del paciente, familia y de los profesionales, la organización, la comunidad o incluso a niveles de la política.</p>	
<b>Proporcionar un sistema de apoyo para garantizar una atención médica y de enfermería segura</b>	<p>Está estrechamente relacionada con el seguimiento que debe realizar el enfermero a las prácticas de cuidado de la salud para garantizar una atención de enfermería y médicas de calidad y seguras.</p>	13
<b>Identificar la crisis de un paciente hasta que la asistencia médica esté disponible</b>	<p>Está relacionada la capacidad que debe tener el enfermero en UCI para gestionar eficazmente las situaciones que cambian con rapidez y que pueden amenazar la vida del paciente.</p>	
<b>Obtención de información</b>	<p><b>*Habilidades de obtención de información:</b> Involucra: -Habilidades Bio-fisiológicas -Habilidades en el uso de métodos de observación -Habilidades en el reconocimiento de cambio en las condiciones clínicas</p>	14
<b>Procesamiento de información</b>	<p><b>*Habilidades en el proceso de información:</b> -Habilidades en la evaluación de la confiabilidad de la observación -Habilidades de pensamiento analítico</p>	

Fuente: Elaboración propia

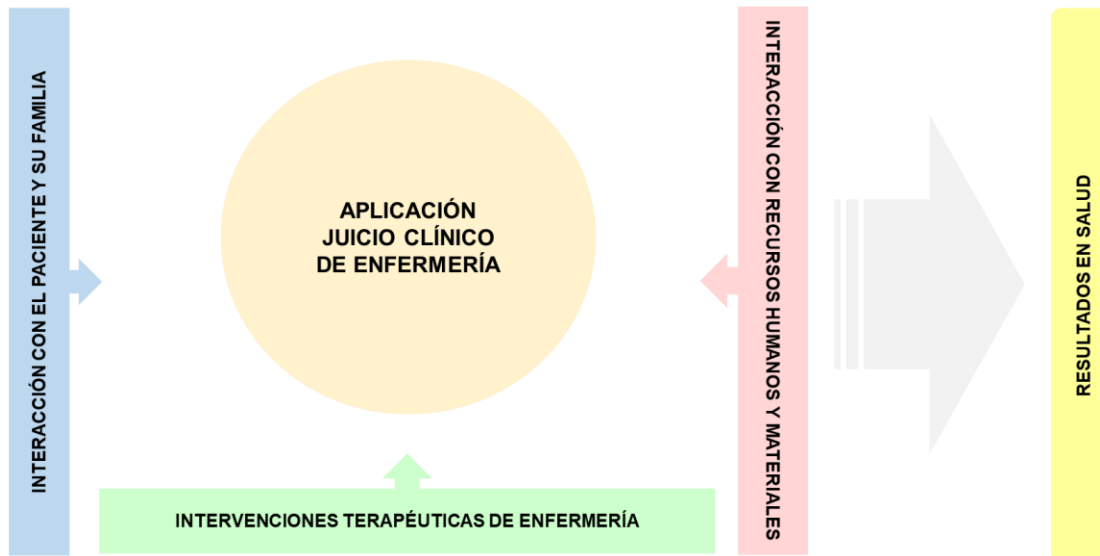
Posteriormente, se realizó la reducción de datos por similitudes y diferencias, lo que permitió el establecimiento de una categoría central: *Juicio Clínico de Enfermería*, de la cual se derivan tres subcategorías denominadas: a) *Competencias para la interacción con el paciente y su familia*, b) *Competencias para la interacción con recursos humanos y materiales*, y c) *Competencias para las intervenciones terapéuticas de Enfermería*; con las respectivas propiedades que las definen. Y desde dónde se describen las *Competencias de los profesionales de Enfermería para la gestión del cuidado directo en unidades de cuidados intensivos adultos*.

#### **4.3.1 Categoría Central: Juicio Clínico de Enfermería**

De acuerdo con los hallazgos obtenidos de la revisión de literatura y las concepciones sobre competencias Juvé, et al (2) y Gómez Del Pulgar (34), gestión del cuidado Kerouac, et al (30) y Milos, et al (15) y cuidado directo Alcaraz, et al (37) aportadas por los diferentes referentes analizados; la autora afirma para el contexto de esta investigación que: “*Las Competencias para la Gestión del Cuidado Directo en UCI Adulto envuelven la aplicación del juicio clínico de enfermería en la intervenciones terapéuticas, resultantes de la interacción con el paciente y su familia; y los recursos humanos y materiales de la institución; para el logro de resultados en salud*” (76).

**Ilustración 7.** Competencias para la Gestión del Cuidado Directo en UCI, según la autora

**COMPETENCIAS PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO DIRECTO EN UCI ADULTO**



Fuente: Elaboración propia.

A partir del concepto definido por la autora de este estudio, se determinó como categoría central el *Juicio Clínico de Enfermería*; y se identificaron tres subcategorías: a) *Competencias para la interacción con el paciente y su familia*, b) *Competencias para la interacción con recursos humanos y materiales*, y c) *Competencias para las intervenciones terapéuticas de Enfermería; para la consecución de resultados óptimos en salud*.

Conforme a lo reportado por la literatura, el *Juicio Clínico de Enfermería* comprende “*el pensamiento en acción y el razonamiento clínico en transición...los cuales hacen referencia a la capacidad de la enfermera de leer la situación inicial, para entenderla y para plantear cambios o ajustes de momento a momento según la respuesta del paciente....Y la práctica basada en la respuesta, que es la capacidad de la enfermera para responder de forma flexible a las necesidades del paciente y su familia...*” Arreciado, et al (66).

Otros artículos dan cuenta que el juicio clínico de enfermería demanda “*habilidades para la toma de decisión que a su vez involucran el pensamiento crítico sobre las situaciones con base en el análisis y juicio de las perspectivas de cada propuesta de acción y de sus desdoblamientos; el raciocinio lógico e intuitivo y la evaluación que pasa a través de ese proceso; el conocimiento administrativo relacionado con la cultura y el poder de las*

*organizaciones, y la aplicación del proceso administrativo...*” Camelo (24) y Camelo, et al (70). En otras palabras, *“es la toma de decisiones a partir del pensamiento crítico para resolución de problemas y priorización”* Ääri, et al (48) y Lakanmaa, et al (5, 67, 71) y el logro de resultados óptimos en salud.

### ▪ **Subcategoría 1: Competencias para la interacción con el paciente y su familia**

Las competencias para la interacción con el paciente y su familia como lo describe la evidencia científica soportada en el referente teórico de Patricia Benner, están relacionadas con *“la habilidad que tiene el profesional de enfermería competente al incorporar a la familia como participante en los cuidados de un paciente crítico... Al hablar de cuidados resultada impensable separar al individuo de su contexto más inmediato, la familia a la que Benner define como unidad básica...”* Arreciado, et al (66). Igualmente, se puede decir que es *“la capacidad de la enfermera de interactuar con pacientes y familias mediante la práctica clínica directa con el fin de promover holísticamente su salud, bienestar y calidad de vida”* Del Barrio-Linares, et al (72).

De acuerdo a lo reportado por la literatura, se agruparon las siguientes propiedades relevantes para el desarrollo de esta competencia:

**a) Comunicación:** *“Las enfermeras de UCI necesitan crear estrategias comunicativas para atender las necesidades de los familiares y pacientes, combinando la sensibilidad con el conocimiento teórico, con la finalidad de ofrecer una asistencia de enfermería planificada y estructurada, objetivando la orientación de los familiares a respecto de lo que ocurre en la UCI y el estímulo para que expresen sus sentimientos”* Camelo (24).

**b) Colaboración con el paciente y su familia:** *“Es la colaboración con otras personas significativas del paciente”* Ääri, et al (48) y Lakanmaa, et al (5, 67,71).

**c) Ser agente defensor y moral del paciente:** *“Es la capacidad de identificar, articular y tomar parte activa en asuntos éticos del paciente, familia...”* Del Barrio-Linares, et al (72).

En otras palabras, *“es tener la capacidad de actuar o de influir en una situación sirviendo como representante-mediador”* Arreciado, et al (66).

**d) Coaching (entrenamiento):** *“Capacidad para guiar y enseñar en el avance del cuidado de los pacientes, familias, comunidad...”* Del Barrio-Linares, et al (72).

En síntesis, se puede deducir a partir de esta revisión integrativa que el concepto de Competencias para la interacción con el paciente y su familia se define como *“la articulación que realiza el profesional de enfermería con el paciente crítico y su unidad familiar significativa para desarrollar intervenciones de cuidado a partir de las necesidades identificadas que promuevan el logro de resultados en salud, combinando habilidades comunicativas, de trabajo colaborativo, de entrenamiento; y actuando como agente defensor y moral de estos ante el equipo de salud inter y multidisciplinario”*.

## ▪ **Subcategoría 2: Competencias para la interacción con recursos humanos y materiales**

Las competencias para la interacción con recursos humanos y materiales, de acuerdo a la evidencia científica están relacionadas con *“la capacidad que tiene el profesional de enfermería de administrar el cuidado de enfermería... desarrollando funciones de organización y planificación del trabajo a ser desarrollado, durante su turno o en todo el proceso de atención del paciente. Estas actividades incluyen la evaluación del paciente, planificación de la asistencia, supervisión de la atención, así como las tareas burocráticas y administrativas”* Camelo (24). También, se puede decir que están relacionadas con *“las competencias gerenciales y administrativas para la atención de alta complejidad”* Camelo, et al (70).

De acuerdo a lo reportado por la literatura, se agruparon las siguientes propiedades relevantes para el desarrollo de esta competencia:

**a) Liderazgo situacional y participativo:** *“capacidad del profesional de enfermería para manejar el cambio y dar poder a otros para influir en la práctica clínica, así como en las políticas sanitarias y en la organización”* Del Barrio-Linares, et al (72). Esta competencia *“envuelve responsabilidad, empatía, habilidad para la toma de decisiones, comunicación y*

*administración de forma efectiva y eficaz” Camelo (24). El liderazgo es “primordial en la organización del proceso asistencial a pacientes críticos” Camelo y Pedreschi (69).*

En las enfermeras de UCI se destacan dos tipos de liderazgo: *“El liderazgo situacional; que involucra determinar, persuadir, compartir y delegar; y el Liderazgo participativo: que es la posibilidad de persuadir y compartir las decisiones asistenciales con los liderados”*. Camelo (24).

**b) Trabajo en equipo:** *“consiste en la colaboración dentro de la propia profesión, colaboración multiprofesional, colaboración con otras unidades de atención médica”* Åäri, et al (48) y Lakanmaa, et al (5, 71). Es una competencia que *“es mejorada por las enfermeras... con la práctica clínica diaria al interactuar con profesionales de diferentes profesiones”* Camelo y Pedreschi (69).

*“Esta estrategia promueve la división del trabajo (tareas) para mejorar la atención, permite a la enfermera tener una visión global de cada situación a través de la interlocución entre los diferentes profesionales involucrados en el monitoreo de la respuesta terapéutica, contribuyendo a lograr el mejor pronóstico para los pacientes hospitalizados...La comunicación y relación interpersonal son esenciales para identificar dificultades y promover el mejor plan para la solución de los impasses ”* Camelo y Pedreschi (69).

**c) Toma de decisiones:** *“está relacionada con el uso apropiado de la fuerza de trabajo, de recursos materiales y de procedimientos y prácticas... Es un proceso que las enfermeras realizan basadas y determinadas por el cumplimiento de las reglas institucionales y por el mantenimiento de la organización y del funcionamiento de la unidad, valorando el conocimiento científico y la experiencia profesional”* Camelo (24).

La toma de decisiones *“va de la mano de la experiencia, seguridad y conocimientos técnicos e involucra el pensamiento crítico”* Camelo, et al (70). *“Es una estrategia de integración, objetivando la participación y cooperación; mediante la aplicación de la creatividad de la enfermera para adecuar los recursos materiales y humanos a la finalidad de ejecutar una asistencia planificada y de calidad....Para alcanzar esta capacidad la enfermera debe: tener pensamiento crítico, conocer la institución (la cultura institucional y los modelos de comportamiento) y su misión, evaluar las necesidades de los usuarios y*



---

*realizar el trabajo guiado por una planificación que contemple las rutas operacionales, recursos viables, participantes y pasos a seguir, cronogramas de trabajo y participación de todos los niveles jerárquicos...*" Camelo (24). Al mismo tiempo, *"involucra habilidades para reaccionar al cambio de las condiciones clínicas, en la escogencia de intervenciones clínicas y en anticipación"* Alastalo, et al (74).

**d) Administración de recursos humanos:** *"está relacionada con el dimensionamiento del personal de enfermería para suplir la demanda de atenciones requeridas por los pacientes... manteniendo condiciones favorables de trabajo y, consecuentemente, de la salud de los trabajadores de enfermería que manejan diariamente situaciones estresantes como el sufrimiento y la muerte. En las UCI los pacientes tienen mayor dependencia de atenciones, por esto el dimensionamiento del personal de enfermería debe ser estimado mediante el uso de instrumentos que consideren las diversas actividades desarrolladas en ese sector y auxilien en la real cuantificación de la carga de trabajo de enfermería y en la determinación del número de trabajadores para componer el equipo"* Camelo (24).

Adicionalmente, implica la *"educación continuada/permanente que es una de las formas de asegurar el mantenimiento de la capacidad del equipo de enfermería con relación a la asistencia. Las enfermeras de UCI tienen un entrenamiento inicial específico que puede durar hasta un mes, enfocado principalmente a la revisión de técnicas y rutinas y actualización en patologías. La educación permanente posibilita la transformación del proceso de trabajo, envuelve el administrar, cuidar, educar y utiliza la ponderación crítica sobre la práctica cotidiana de trabajo para producir cambios en el pensar y actuar del equipo de salud"* Camelo (24). Y *"promover el autodesarrollo, el desarrollo de equipos, el desarrollo de enfermería y el desarrollo de habilidades subordinadas"* Ääri, et al (48), Lakanmaa, et al (5, 71), y Arreciado, et al (66).

**e) Administración de recursos materiales:** *"implica el flujo de actividades de programación (clasificación, estandarización, especificación, y previsión de materiales), compra (control de calidad de materiales de alto costo principalmente y licitación), orientación de la forma de utilización adecuada de los materiales, recepción, almacenamiento, distribución y control, con el objetivo de garantizar que la asistencia a los usuarios no sufra interrupciones por insuficiencia en la cantidad de recursos materiales"* Camelo (24).

**f) Aseguramiento de la calidad de la atención:** *“consisten en proporcionar un sistema de apoyo para garantizar una atención de enfermería y del equipo multidisciplinario segura... está estrechamente relacionada con el seguimiento que debe realizar la enfermera a las prácticas de cuidado de la salud para garantizar una atención de enfermería y del equipo multidisciplinario de calidad y segura”* Aued, et al (73). Igualmente, implica *“evaluación de resultados, contribuyendo a un mato desarrollo de la atención del paciente”* Meretoja, et al (64); Salonen, et al (65) y O'leary (68).

**g) Investigación basada en la evidencia:** *“es la capacidad para la indagación sistemática para resolver preguntas que surgen de la práctica. Incluye generación, interpretación y uso de la evidencia en la práctica clínica”* Del Barrio-Linares, et al (72).

Para resumir, se puede inferir a partir de estos hallazgos, que el concepto de Competencias para la interacción con recursos humanos y materiales se define como *“la capacidad del profesional de enfermería para administrar el cuidado de enfermería empleando herramientas administrativas y gerenciales, los recursos humanos y materiales disponibles, la investigación basada en la evidencia clínica, el liderazgo situacional y participativo, promoviendo el trabajo en equipo para el aseguramiento de la calidad de la atención de alta complejidad y el logro de resultados en salud”*.

### ▪ **Subcategoría 3: Competencias para las intervenciones terapéuticas de Enfermería**

Las competencias para las intervenciones de cuidado directo al paciente crítico, como lo describe la literatura están relacionadas con *“la capacidad de la enfermera para realizar de manera aceptable las tareas directamente relacionadas con el cuidado del paciente...e involucran por parte de la enfermera una base de conocimientos y habilidades principalmente”* Ääri, et al (48), Lakanmaa, et al (5, 71). Otros autores señalan que, hace referencia a *“la implementación del cuidado de enfermería de mayor complejidad... que exige conocimientos científicos y capacidad de tomar decisiones inmediatas”* Camelo (24) que permitan evaluar resultados en salud y que demuestren cómo enfermería contribuye en mejorar la condición de salud y el bienestar del paciente y su familia. Es la aplicación

de *“conocimientos complejos de cómo actuar, basado en la movilización y combinación de conocimientos, habilidades, actitudes... “Aued, et al (73). También, se puede decir que es “la planificación y toma de decisiones referente con el cuidado del paciente según la situación clínica, consultando a otros miembros del equipo interdisciplinario” O’leary (68).*

De acuerdo con los hallazgos reportados por la literatura, se agruparon las siguientes propiedades relevantes para el desarrollo de esta competencia:

**a) Manejo de situaciones cambiantes y de crisis:** *“Es el reconocimiento de situaciones cambiantes y la priorización de actividades de manera flexible y apropiada, promoviendo la cooperación de cuidado” Meretoja, et al (64); Salonen, et al (65) y O’leary (68). Además, requiere “...agudeza perceptiva que es la capacidad de identificar y resolver los diferentes problemas a medida que cambia la situación; anticipándose a las posibles demandas o problemas del paciente...” Arreciado, et al (66).*

También, la relacionan con la capacidad de la enfermera en unidad de cuidados intensivos para *“identificar la crisis de un paciente hasta que la asistencia médica esté disponible...es decir, con la capacidad para para gestionar eficazmente las situaciones que cambian con rapidez...” Aued, et al (73). Y de “afrontar situaciones estresantes, para adaptarse a diferentes situaciones y para ser estable, ágil, exacto, alerta, sistemático y espontáneo” Lakanmaa, et al (67).*

**b) Conocimientos técnico-científicos expertos:** *“Es la habilidad que permite a la enfermera pensar en la acción, es decir, la respuesta del paciente a las intervenciones permite a la enfermera obtener un conocimiento mejor de aquello que le está pasando a este. La posibilidad de reconocer cambios en el paciente” Arreciado, et al (66).*

Comprende desde *“habilidades para la obtención de información como las habilidades bio-fisiológicas, habilidades en el uso de métodos de observación, y habilidades en el reconocimiento de cambio en las condiciones clínicas” Alastalo, et al (74); “priorización de las intervenciones de acuerdo a las necesidades del paciente..., la adherencia a las guías de práctica clínica y conocimiento de las guías de práctica clínica” Ääri, et al (48) y Lakanmaa, et al (5, 67, 71); “funciones de diagnóstico para identificar y analizar la situación individual del paciente” Meretoja, et al (64); Salonen, et al (65) y O’leary (68); hasta “el*

---

*conocimiento científico y las habilidades técnicas para la atención de los pacientes en unidades de alta complejidad, como, por ejemplo: conocimiento farmacológico y administración de medicamentos por diferentes vías, monitorización, reanimación cardiopulmonar, punción e infusión venosa, conocimiento científico de las patológicas específicas o más frecuentes en UCI, manejo de ventiladores, manejo de pacientes entubados, atención del paciente en situaciones de urgencia, sondaje vesical, gasometría arterial, atención de paciente con alteraciones hemodinámicas importantes, manejo catéter Swan-Ganz o la identificación e interpretación de la PVC (presión venosa central) en el monitor” Camelo, et al (70).*

*Es decir, “...las intervenciones de enfermería requieren el reconocimiento de situaciones anormales relacionadas con la función biológica y psicológica de los seres humanos y la monitorización del paciente... que involucran desde cuidados básicos, cuidado de personas significativas para el paciente, hasta cuidados intensivos como el soporte de las funciones vitales, manejo del dolor, cuidado de la piel, fluido terapia, educación al paciente, medidas de confort y la atención al final de la vida” Ääri, et al (48), Aued, et al (73) y Lakanmaa, et al (5, 67,71). Además, de “la capacidad que debe tener el enfermero en UCI para gestionar eficazmente las situaciones de salud que cambian con rapidez y que pueden amenazar la vida del paciente, hasta que la asistencia médica esté disponible”. Aued, et al (73).*

**c) Principios éticos y del cuidado de enfermería:** aplicación de los principios éticos y del cuidado *“igualdad, justicia, autonomía, seguridad, individualidad, intimidad y continuidad” Ääri, et al (48) y Lakanmaa, et al (5,67,71).*

*Se considera el “enlace clínico y ético, en otras palabras, el actuar ético va de la mano del razonamiento clínico, este se evidencia en la consideración de lo bueno o lo malo para el paciente, el compromiso y la preocupación ética, no hacer juicios de valor y respetar las decisiones y actuaciones del paciente y su familia. Además, de aplicar los principios éticos fundamentales (autonomía, respeto, beneficencia y no maleficencia)” Arreciado, et al (66). Es decir, “la adherencia a los códigos de ética y actuación éticamente correcta...requiere de la enfermera cualidades de fiabilidad, honestidad, empatía, positividad, amabilidad y paciencia” Lakanmaa, et al (67).*

**d) Rol de ayuda:** *"Ayudar al paciente a hacer frente, brindando atención ética e individualizada"* Meretoja, et al (64); Salonen, et al (65) y O'leary (68). Es decir, promover el proceso de adaptación del paciente y su familia a sus condiciones de salud, y favorecer la adopción de nuevos roles por parte de estos, de manera transitoria o permanente de acuerdo a las necesidades del paciente.

**e) Colaboración con el equipo interdisciplinario y multidisciplinario:** *"Capacidad para trabajar junto con otros profesionales en la optimización de resultados clínicos"* Del Barrio-Linares, et al (72).

En consecuencia, se puede afirmar que para este estudio las *intervenciones terapéuticas de enfermería* son *"las actuaciones de la enfermera para la planificación de los cuidados del paciente que involucran habilidades de agudeza perceptiva y de pensamiento en acción para identificar y anticiparse a las situaciones cambiantes; y que requieren la aplicación de conocimientos técnico-científicos expertos y de destrezas para brindar un cuidado de mayor complejidad soportado en los principios éticos y del cuidado de enfermería, para el mejoramiento de la salud del paciente con apoyo del equipo inter y multidisciplinario"*. Lo que va en concordancia, con lo planteado por Meleis (50), quien define las terapéuticas de enfermería como *"las acciones que deben hacer las enfermeras y bajo qué circunstancias deben actuar para mejorar y producir o facilitar salud ... Y que se conceptualizan en tres medidas: valorar la preparación (requiere esfuerzo multidisciplinar, la preparación en transición (incluye educar como principal modalidad para crear condiciones óptimas en la preparación para la transición) y el suplemento del rol (clarificar y adoptar roles que puedan ser preventivos y terapéuticos)"*.

En este sentido, a partir de los hallazgos, se puede decir que el concepto de Competencias para las intervenciones terapéuticas de enfermería en pacientes críticos se define como *"la capacidad del profesional de enfermería para priorizar y realizar intervenciones de cuidado de mayor complejidad relacionadas directamente con el paciente y su familia en situaciones cambiantes y de crisis, ejerciendo un rol de ayuda que favorezca el proceso de adaptación del paciente y su familia a las condiciones de salud; aplicando los principios éticos y del cuidado de enfermería, los conocimientos técnico-científicos expertos y las habilidades para el trabajo colaborativo con el equipo inter y multidisciplinario"*.

## 5. Conclusiones, recomendaciones y limitaciones

### 5.1 Conclusiones

Las conclusiones se dan a conocer de acuerdo a los objetivos planteados para el presente estudio:

*Nivel de evidencia de los artículos científicos sobre competencias del profesional de enfermería relacionada con la gestión del cuidado directo en Unidades Polivalentes de Cuidados Intensivos Adultos.*

- Se identificó que el nivel de producción científica relacionado con el fenómeno de estudio aún está en fase de descripción y exploración, lo que sugiere la necesidad de incrementar la investigación relacionada con el tema de interés.
- Se evidenció que, en el contexto colombiano el fenómeno de estudio está poco explorado.

*Competencias del profesional de enfermería para la gestión del cuidado directo en Unidades Polivalentes de Cuidados Intensivos Adultos a partir de los hallazgos de la búsqueda de literatura científica.*

- Se identificó el *Juicio Clínico de Enfermería* como la categoría central para la gestión del cuidado directo en UCI, debido a que la labor principal del profesional de enfermería se centra en la toma de decisiones en situaciones cambiantes a partir del pensamiento crítico y el razonamiento clínico soportado en la fundamentación disciplinar para la resolución de problemas, la priorización y obtención de resultados en salud.
- El estudio plantea elementos de novedad teórica, debido a que permitió describir a partir de los hallazgos de la literatura las competencias del profesional de

enfermería relacionadas con la gestión del cuidado directo (misional) en unidades polivalentes de cuidados intensivos adultos.

- La investigación proporciona evidencia que servirá como base para a futuro determinar el perfil que debe tener el profesional de enfermería que se desempeña en unidad de cuidados intensivos adulto, y contribuye al mejoramiento de la calidad de la atención de enfermería.

## 5.2 Recomendaciones

### *Recomendaciones para la asistencia*

- Crear herramientas que permitan evaluar el nivel de desarrollo de las competencias identificadas.
- Diseñar modelos de acompañamiento continuó para las enfermeras que ingresan a laborar en las unidades de cuidado intensivo, que garanticen el logro del nivel de competencia adecuado y esperado, con el apoyo de enfermeras expertas y experimentadas.

### *Recomendaciones para la academia y docencia*

- Fortalecer desde los currículos de pregrado y posgrado de las facultades de enfermería del país, el desarrollo de las competencias identificadas.
- Diseñar instrumentos para la evaluación de las competencias identificadas que determinen el nivel de experticia del profesional de enfermería para la gestión del cuidado en unidad de cuidados intensivos.
- Incentivar la realización de investigaciones relacionadas con el fenómeno de estudio.

*Recomendaciones para la investigación*

- Desarrollar futuras investigaciones que aborden el fenómeno de estudio con propuestas de intervención para validar los supuestos encontrados; y otras áreas de cuidado.
- Estudiar otras dimensiones de las competencias que puedan influir en la gestión del cuidado directo en unidades de cuidado intensivo adulto.
- Divulgar y socializar los resultados de la investigación en eventos científicos a nivel nacional e internacional.

*Recomendaciones para la construcción de políticas del país y de las instituciones de salud*

- Socializar los resultados de este estudio con las enfermeras que laboran en unidad de cuidados intensivos y las directivas de las instituciones de salud para fortalecer las prácticas sobre gestión de cuidado directo y el logro de resultados en salud.
- Definir un perfil o mapa de competencias con el apoyo de diferentes organizaciones de enfermería que unifique las competencias de las enfermeras que laboran en unidades de cuidados intensivos adultos en Colombia.
- Construir perfiles de competencias específicas para la selección y asignación de los profesionales de enfermería que laboran en unidades de cuidados intensivos, para mejorar la calidad de la atención de enfermería y el crecimiento profesional de este recurso humano con planes de entrenamiento y educación continua orientados a su cualificación de acuerdo a las exigencias de su ambiente de trabajo.

**5.3 Limitaciones**

Al considerar los resultados y recomendaciones de esta revisión integrativa es conveniente tener en cuenta algunas limitaciones de la literatura. En primer lugar, todos los estudios identificados como relevantes para la presente investigación han sido llevados a cabo en



contextos diferentes al nacional. Las conclusiones de estos estudios sobre *¿Cuáles son las competencias de los profesionales de enfermería para la gestión del cuidado directo en unidades polivalentes de cuidados intensivos adultos?* pueden estar influenciadas por las características de los contextos sanitarios de los países dónde se han llevado a cabo, y, por tanto, su aplicación al contexto colombiano deber ser adaptada. En segundo lugar, está la escasez de estudios encontrados que aborden o identifiquen las competencias para la gestión de cuidado directo en unidad de cuidados intensivos adultos. Por último, el nivel de evidencia de la literatura revisada da cuenta que hasta ahora este es descriptivo. Sería recomendable que en futuros estudios se aborde el tema con propuestas de intervención para validar los supuestos encontrados.

## A. Anexo: Niveles de evidencia y grado de recomendación. CEBM 2009

Grado de la recomendación	Nivel de evidencia	Tratamiento, prevención, etiología y complicaciones	Pronóstico	Diagnóstico	Análisis económico y análisis de decisiones
A	1a	RS de ECAs (con homogeneidad*)	RS (con homogeneidad*) de estudios de cohortes; CDR† validadas en diferentes poblaciones	RS (con homogeneidad*) de estudios de diagnóstico de nivel 1; CDR† con estudios 1b de diferentes centros clínicos	RS (con homogeneidad*) de estudios económicos de nivel 1
	1b	Un ECA (con intervalo de confianza estrecho‡)	Un estudio de cohortes con seguimiento >80%; CDR† validada en una sola población	Estudios de cohortes que validen la calidad de una prueba específica**, con unos buenos†† estándares de referencia; o CDR probadas en un solo centro clínico	Análisis basados en los costes clínicos o en sus alternativas; RS de la evidencia; e inclusión de análisis de sensibilidad de múltiples vías
	1c	Todos o ninguno‡	Serie de casos (todos o ninguno)	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico	Análisis en términos absolutos de riesgos y beneficios clínicos; claramente tan buenas o mejores, pero más baratas, claramente tan malas o peores pero más caras
B	2a	RS (con homogeneidad*) de estudios de cohortes	RS (con homogeneidad*) de estudios de cohortes retrospectivos o de ECAs con grupos control no tratados	RS (con homogeneidad*) de estudios de diagnóstico de nivel >2	RS (con homogeneidad*) de estudios económicos de nivel >2
	2b	Un estudio de cohortes (incluyendo ECA de baja calidad; p.ej. seguimiento <80%)	Estudio de cohortes retrospectivo o seguimiento de controles no tratados en un ECA; derivación de una CDR† o CDR validada solo en una muestra aislada§§§	Estudios exploratorios** de cohortes con buenos†† estándares de referencia; CDR† tras derivación, o validada solo en una muestra aislada§§§ o en bases de datos	Análisis basados en costes clínicos o en sus alternativas; revisiones sistemáticas con evidencia limitada; estudios individuales; e inclusión de análisis de sensibilidad de múltiples vías
	2c	Investigación de resultados en salud; estudios ecológicos	Investigación de resultados en salud		Auditoría de resultados en salud
	3a	RS (con homogeneidad*) de estudios de casos-controles		RS (con homogeneidad*) de estudios 3b y mejores	RS (con homogeneidad*) de estudios 3b y mejores
	3b	Un estudio de casos-controles		Estudio no consecutivo; o en el que el estándar de referencia no se aplica a todos los pacientes del estudio	Análisis sin medidas de coste precisas pero incluyendo un análisis de sensibilidad que incorpora variaciones clínicamente sensibles en las variables importantes
C	4	Serie de casos (y estudios de cohortes y de casos-controles de baja calidad §§)	Serie de casos (y estudios de cohortes de pronóstico, de baja calidad***)	Estudios de casos-controles con estándares de referencia de poca calidad o no independientes	Análisis que no incluye análisis de la sensibilidad
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en investigación juiciosa ni en los principios fundamentales	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en investigación juiciosa ni en los principios fundamentales	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en investigación juiciosa ni en los principios fundamentales	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, o basada en la teoría económica o en los principios fundamentales

## Anexo A. (Continuación)

### Notas

Los usuarios pueden añadir un signo menos (-) para marcar el nivel de lo que falla para poder dar una respuesta concluyente porque:

**BIEN** se trata de un resultado aislado con un intervalo de confianza amplio

**O** una revisión sistemática con heterogeneidad importante.

Esta evidencia no será concluyente, y por tanto solo genera un grado D de recomendación.

*	Por homogeneidad se entiende una RS libre de variaciones preocupantes o importantes (heterogeneidad) en las direcciones y grados de los resultados entre los estudios individuales. No todas las RS con heterogeneidad estadísticamente significativa tienen por qué ser preocupantes, y no toda heterogeneidad preocupante ha de ser estadísticamente significativa. Como se señala arriba, los estudios que presentan heterogeneidad importante deben ser etiquetados con un (-) al final de su nivel adjudicado.
†	Regla de decisión clínica (son algoritmos o sistemas de puntuación que dan lugar a una estimación del pronóstico o a una categoría diagnóstica)
‡	Ver la nota de arriba como ayuda de como entender, clasificar y usar ensayos u otros estudios con intervalos de confianza amplios.
§	Se da cuando todos los pacientes fallecieron antes de que el tratamiento estuviera disponible, pero ahora algunos sobreviven con él; o cuando algunos paciente murieron antes de que el tratamiento estuviera disponible, pero ahora ninguno muere con él.
§§	Por estudio de cohortes de baja calidad, se entiende el que no define claramente los grupos de comparación y/o no mide la exposición y el resultado de la misma (preferentemente cegada) manera objetiva tanto en individuos expuestos como en no expuestos y/o no identifica o controla adecuadamente los factores de confusión conocidos y/o no lleva a cabo un seguimiento suficientemente largo y completo de los pacientes. Por estudio de casos-controles de baja calidad se entiende el que no define claramente los grupos de comparación y/o no mide la exposición y el resultado de la misma (preferentemente cegada) manera objetiva tanto en casos como en controles y/o no identifica o controla adecuadamente los factores de confusión conocidos.
§§§	La validación de una muestra aislada se consigue recogiendo toda la información junta, y dividiéndola después artificialmente en muestra de "derivación" y de "validación".
††	Los buenos estándares de referencia son independientes de la prueba y se aplican con cegamiento o de modo objetivo a todos los pacientes. Los estándares de referencia de baja calidad se aplican de cualquier modo, pero también independientemente de la prueba. El uso de un estándar de referencia no independiente (donde la prueba o test está incluida en la "referencia", o donde el hecho de realizar la prueba afecta a la referencia) implica un nivel 4 del estudio.
**	Los estudios de validación evalúan la calidad de una prueba diagnóstica específica, basándose en evidencia anterior. Un estudio exploratorio recoge información y rastrean los datos (p.ej. utilizando un análisis de regresión) para determinar qué factores son "significativos".
***	Por estudios de cohortes de pronóstico de baja calidad se entiende aquél cuya muestra está sesgada a favor de los pacientes que ya tienen el resultado que se desea medir, o que la medida del resultado se consiguió en <80% de los pacientes del estudio, o aquel en el que no hay corrección de los factores de confusión.

### Grados de recomendación

- A** estudios de nivel 1 sistemáticamente
- B** estudios de nivel 2 o 3 sistemáticamente o extrapolaciones de estudios de nivel 1
- C** estudios de nivel 4 o extrapolaciones de estudios de nivel 2 o 3
- D** nivel 5 de evidencia o estudios de cualquier nivel no coherentes o no concluyentes

*Se consideran "extrapolaciones" cuando los datos se utilizan en una situación que potencialmente tiene diferencias clínicas importantes con respecto a la situación del estudio original.*

Fuente: Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Levels of Evidence [Internet]. 2009. Disponible en: <https://www.cebm.net/2009/06/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/> (77).

## B. Anexo: Aval Comité de Ética- Facultad de Enfermería-Universidad Nacional de Colombia.

Dirección de Extensión e Investigación  
Facultad de Enfermería  
Sede Bogotá



Bogotá, 29 de noviembre de 2017

[AVAL-066 -17]

Profesora  
**VIRGINIA INES SOTO LESMES**  
Directora  
Posgrados Área Curricular de Enfermería  
Universidad Nacional de Colombia

Respetada profesora, reciba un cordial saludo:

De manera atenta me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería en sesión del 27 de noviembre de 2017 - Acta 18, se permite **dar aval** desde los aspectos éticos al proyecto de investigación titulado "**Competencias del profesional de enfermería para gestionar cuidado directo en unidad de cuidados intensivos**" Estudiante: Diana Carolina Díaz Mass.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo.

Cordialmente,

**ALBA IDALY MUÑOZ SÁNCHEZ**  
Presidenta Comité de Ética\*  
Facultad de Enfermería  
Universidad Nacional de Colombia

\*Delegada por la Decana

Copia: Diana Carolina Díaz Mass - Estudiante



[Página 1 de 1]

Comité de Ética  
Carrera 30 No. 45-03  
Edificio 228 Oficina 402  
3165000 Ext. 17089-17020-17021-17038  
Bogotá D.C., Colombia  
ugi\_febog@una.edu.co

Patrimonio  
de todos  
los colombianos

## Bibliografía

1. Tabari-Khomeiran R, Kiger A, Parsa-Yekta Z, Ahmadi F. Competence development among nurses: the process of constant interaction. *J Contin Educ Nurs*. 2007; 38(5):211-8.
2. Juvé María, Huguet M, Monterde D, Sanmartín M, Martí N, Cuevas B, et al. Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario. Parte I. *Nursing (Ed. esp., Internet)*. 2007; 25(4):56-61.
3. De Oliveira P, Kowal I. Perfil y competencias de gerentes de enfermería de hospitales acreditados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(1):106-14.
4. Juneja D, Nasa P, Singh O. Physician staffing pattern in intensive care units: Have we cracked the code?. *World J Crit Care Med*. 2012; 1(1):10-4.
5. Lakanmaa R., Suominen T, Ritmala-Castrén M, Vahlberg T, Leino-Kilpi H. Basic competence of intensive care unit nurses: cross-sectional survey study. *Biomed Res Int*. 2015; 2015(no):1-12.
6. Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas*, Edición de 2012. Washington: OPS; 2012.
7. Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]. Informe Nacional de Calidad de Atención en Salud 2015. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015 [actualizado 01 dic, 2015; citado 07 feb 2019]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/informe-nal-calidad-atencion-salud-2015.pdf>

8. Clarke R, Capponi E. OECD in Figures 2005: Statistics on the Member Countries [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2005. [Consultado 11 nov, 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/oif-2005-en>
9. Luna Torres L, De Reyes C, De Rubio M. El Anciano de hoy. Nuestra prioridad "El Cuidado de Enfermería". Santafé de Bogotá, D.C., Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 1996.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 00002003/2014 de 28 mayo. Colombia: MINSALUD; 2014 [acceso: 18/01/2017]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf)
11. Congreso de la República de Colombia. Ley 1164/2007 de 03 octubre. Diario Oficial, n°.46771, (04-10-2007).
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626/2019 de 27 septiembre. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud-PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE [Internet]. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2019. [Consultado 28 sept, 2019]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf)
13. Fernández Araque A. Competencias de las profesiones sanitarias. Nursing (Ed. esp., Internet). 2008; 26(7):56-64.
14. Zarate Grajales R. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index Enferm. 2004; 13: 44-5.

- 
15. Milos P, Bórquez B, Larrain A. La "Gestión del Cuidado" En la legislación Chilena. Interpretación y alcance. *Cienc. Enferm.* 2010; 16(1):17-29.
  16. Cabarcas Rodríguez C. Significado de la experiencia de la gestión del cuidado de enfermeras en una clínica de tercer nivel de la ciudad de Cartagena [tesis]. Cartagena: Universidad Nacional de Colombia en convenio con la Universidad de Cartagena; 2012.
  17. Fawcett J, Desanto-Madeya S. *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. 3rd. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2013.
  18. Ministerio de Salud y Protección Social. *Perfiles y Competencias Profesionales en Salud: Perspectiva de las profesiones, un aporte al cuidado de la salud, las personas, familias y comunidades* [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social Salud; 2016. [Consultado 25 nov, 2016] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfiles-profesionales-salud.pdf>
  19. Palominos E, López I. Competencias del profesional de Enfermería de Cuidados Intensivos Pediátricos: Reflexiones desde la mirada experta. *Rev. educ. cienc salud.* 2011; 8(1):19-24.
  20. Sackett D, Rosenberg W, Gray J, Haynes R, Richardson S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ.* 1996; 312(7023):71-2.
  21. Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine. An approach to clinical problem solving. *BMJ.* 1995; 310(6987): 1122-6.
  22. Martins J, Robazzi M, Marziale M, Garanhani M, Haddad M. Significados do gerenciamento de unidade de terapia intensiva para o enfermeiro. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2009; 30(1):113-9.

23. Morton P, Fontaine D. Cuidados Críticos em Enfermagem: Uma Abordagem Holística. 11a ed. Brasil: Guanabara Koogan; 2019.
24. Camelo S. Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos: una revisión integradora. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012; 20(1):1-9.
25. Cuevas C, Martínez I, Baltanás F. La Gestión por Competencias en Enfermería. Madrid: DAE-Difusión Avances de Enfermería; 2006.
26. Ibarra X. Aspectos cualitativos en la actividad gestora de los cuidados enfermeros. Cult. Cuid. 2006;10(20):147-52.
27. Angelo M, Díaz L, et al. Avances en el Cuidado de Enfermería. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2010.
28. Roselló M, Valls S. Determinación del perfil de enfermería en las unidades de cuidados intensivos cardiológicos según sus competencias. Enferm Cardiol. 2012;57(3):51-8.
29. Pérez N, Rodríguez E. Talento humano en unidades de cuidado intensivo: Adaptación de un modelo de estándares para Colombia basado en la evidencia científica. Acta Colomb Cuid Intensivo.2015;15(2):80-102.
30. Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1995.
31. Robnett M. Critical Care Nursing: Workforce issues and potential solutions. Crit. care med. 2006; 32(3):S25-31.



- 
32. American Association of Critical-Care Nurses (ACCN). Safeguarding the patient and the profession: the value of critical care nurse certification. *Am J Crit Care*. 2003; 12(2):154-64.
  33. Pronovost P, Thompson D, Holzmueller C, Lubomski L, Dorman T, Dickman F, et al. Toward learning from patient safety reporting systems. *J Crit Care*. 2006; 21(4):305-15.
  34. Gómez Del Pulgar M. Evaluación de competencias en el espacio europeo de educación superior: un instrumento para el grado de enfermería [tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2013.
  35. Ortiz A. Gestión del Cuidado en Enfermería. *Inv. educ. enferm*. 2000; 18(1):93-102.
  36. Mena D, González V, Cervera A, Salas P, Orts M. Cuidados Básicos de Enfermería. España: Publicaciones de la Univesitat Jaume I; 2016. *Inv. educ. enferm*. 2000; 18(1):93-102.
  37. Alcaraz G, Zapata M, Gómez M, Tavera E. Funciones del profesional de enfermería en salas de hospitalización de adultos: tratando de dar cuidado directo. *Inv. educ. enferm*. 2010; 28(1):43-53.
  38. Sociedad Española de Médicos Generales y Familia. Pautas de actuación en Unidades de Cuidados Polivalentes hospitales de alta resolución [Internet]. Almería, España: Runiprint S.A., 2007. [Consultado 10 dic, 2016] Disponible en: [http://www.semq.es/doc/cursos/Cuidados\\_Polivalentes.pdf](http://www.semq.es/doc/cursos/Cuidados_Polivalentes.pdf)
  39. Do Prado M, De Souza M, Monticelli M, Cometto M, Gómez P. Investigación cualitativa en enfermería: Metodología y didáctica. Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000 No.10. Washington D.C.: OPS; 2013
  40. Mella M, Zamora P, Mella M, Ballester J, Uceda P. Niveles de Evidencia Clínica y Grados de Recomendación. *Rev S. And Traum y Ort*. 2012; 29(1/2):59-72.

41. Yáñez R, Valenzuela S. Conductas críticas para experimentar confianza en el liderazgo de enfermería en un hospital de alta complejidad. *Aquichan*. 2013; 13(2): 186-96.
42. Yáñez M, Ávila J, Bermúdez M, De Miguel I, Bellver V, Guilabert M, et al. Estudio Delphi para identificar las competencias en gestión del directivo de enfermería. *Rev Calid Asist*. 2015; 31(2):113-21.
43. Martins K, Santos W. Competências profissionais de enfermeiros e sua gestão em um hospital particular. *Rev. Bras. Enferm*. 2012; 65(6):899-908.
44. Clinton P, Sperhac A. The Acute Care Pediatric Nurse Practitioner. *J Pediatr Health Care*. 2005; 19(2):117-20.
45. Urbina O, Soler S, Otero M. Identificación de competencias en el profesional de enfermería del servicio de neonatología. *Educ Med Super*. 2005; 19(2):1-9.
46. Scholes J, Endacott R, Chellel A. A formula for diversity: a review of critical care curricula. *J Clin Nurs*. 2000; 9(3): 382-90.
47. Asiaín M. La competencia profesional y la acreditación de enfermeras en el cuidado crítico del paciente crítico. *Enferm. intensiva*. 2005; 16(1):1-2.
48. Ääri R, Tarja S, Helena L. Competence in intensive and critical care nursing: A literature review. *Intensive Crit Care Nurs*. 2008; 24(2):78-89.
49. Benner P, Hooper P, Stannard D. *Clinical Wisdom and interventions in acute and Critical Care: A Thinking-in-Action Approach*. 2nd. New York: Springer Publishing Company; 2011.

- 
50. Alligood M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 9na ed. Barcelona, España: Elsevier Health Sciences; 2018.
51. González C. Competencias en enfermería intensiva: Rúbricas de evaluación del desempeño. España: Editorial Académica Española; 2016.
52. Ceballos P, Jara A, Stiepovich J, Aguilera P, Vílchez V. La gestión del cuidado: una función social y legal de la enfermería chilena. *Enferm. Actual Costa Rica*. 2015; 29:1-12.
53. Agramonte A, Farres R. Influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de Salud. *Rev. cuba enferm.* 2010; 26(2):14-26.
54. Lobiondo-Wood G, Haber J. *Nursing research: Methods and critical appraisal for evidence-based practice*. 9th ed. China: Elsevier Health Sciences; 2017.
55. Whitemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J. Adv. Nurs.* 2005; 52(5): 546-53.
56. Mendes K, Silveira R, Galvão C. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto enferm.* 2008; 17(4):758-64.
57. Joanna Briggs Institute. The JBI-Qualitative Assessment and Review Instrument (JBI-QARI) [Internet]. Australia: The University of Adelaide-Joanna Briggs Institute; 2003. [Consultado 28 jun, 2018]. Disponible en: [https://joannabriggs.org/critical\\_appraisal\\_tools](https://joannabriggs.org/critical_appraisal_tools)
58. E&E, P. R. I. S. M. A. Transparent reporting of systematic reviews and meta-analyses. P.R.I.S.M.A 2009 [Internet]. Inglaterra, Reino Unido: University of Oxford; 2015. [Consultado 13 ene, 2018]. Disponible en: <http://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx>

59. Cabello J. *Lectura Crítica de la Evidencia Clínica*. Barcelona, España: Elsevier; 2015.
60. Manterola C, Asenjo-Lobos C, Otzen T. Jerarquización de la evidencia: Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. *Rev. chil. infectol.* 2014; 31(6):705-18.
61. Ministerio de Salud. Resolución 8430/1993 de 04 octubre [en línea]. Santafé de Bogotá D.C: Ministerio de Salud. [Consultado 25 mar, 2016]. Disponible en: [http://www.unal.edu.co/dib/promocion/etica\\_res\\_8430\\_1993.pdf](http://www.unal.edu.co/dib/promocion/etica_res_8430_1993.pdf)
62. Universidad Nacional de Colombia. Consejo Académico. Acuerdo 035 (3, diciembre, 2003). Por el cual se expide el Reglamento sobre Propiedad Intelectual en la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: La Universidad, 2003. 19p.
63. Universidad Nacional de Colombia. Consejo Académico. Acuerdo 016 (18, octubre, 2011). Por el cual se establece la Política Ambiental de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: La Universidad, 2011. 4p.
64. Meretoja R, Leino-Kilpi H, Kaira A. Comparison of nurse competence in different hospital work environments. *J Nurs Manag.* 2004; 12(5):329-36.
65. Salonen A, Kaunonen M, Meretoja R, Tarkka M. Competence profiles of recently registered nurses working in intensive and emergency settings. *J Nurs Manag.* 2007; 15(8):792-800.
66. Arreciado A, Estorach M, Ferrer S. La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico según Patricia Benner. *Enferm. Intensiva.* 2011; 22(3):112-6.
67. Lakanmaa R, Suominen T, Perttilä J, Puukka P, Leino-Kilpi H. Competence requirements in intensive and critical care nursing—still in need of definition? A Delphi study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2012; 28(6):329-36.

- 
68. O'Leary J. Comparison of self-assessed competence and experience among critical care nurses. *J Nurs Manag.* 2012; 20(5):607-14.
69. Camelo S, Pedreschi L. Teamwork as a nursing competence at Intensive Care Units. *Inv. educ. enferm.* 2013; 31(1):107-15.
70. Camelo S, Dos Santos V, Laus A, Pedreschi L. Perfil profesional de los enfermeros que trabajan en unidades de cuidados intensivos de un hospital universitario. *Cienc. enferm.* 2013; 19(3):51-62.
71. Lakanmaa R, Suominen T, Perttilä, J, Ritmala-Castrén M, Vahlberg T, Leino-Kilpi H. Basic competence in intensive and critical care nursing: development and psychometric testing of a competence scale. *J. Clin. Nurs.* 2014; 23(5-6):799-810.
72. Del Barrio-Linares M, Pumar-Méndez M. Diferencias y similitudes entre las competencias de una supervisora de enfermería y una enfermera clínica especialista. *Enferm. Intensiva.* 2015; 26(3):112-9.
73. Aued G, Bernardino E, Peres A, Lacerda M, Dallaire C, Ribas E. Competências clínicas do enfermeiro assistencial: uma estratégia para gestão de pessoas. *Rev. Bras. Enferm.* 2016; 69(1):142-9.
74. Alastalo M, Salminen L, Lakanmaa R, Leino-Kilpi H. Seeing beyond monitors—Critical care nurses' multiple skills in patient observation: Descriptive qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2017; 42:80-7
75. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Colombia: Editorial Universidad de Antioquía; 2002.

76. Díaz Mass D. ¿Qué competencias necesitan los profesionales de enfermería para gestionar cuidado en Unidad de Cuidados Intensivos? [Póster]. Congreso del Consejo Internacional de Enfermeras. Barcelona, España. 2017.
77. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Levels of Evidence [Internet]. 2009. [acceso: 16/12/2018]. Disponible en: <https://www.cebm.net/2009/06/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>