Sanitas
Revista arbitrada de ciencias de la salud
Vol. 4(especial8), 104-111, 2026
DOI: https://doi.org/10.62574/skchc237

Competencias del enfermero quirúrgico desde el modelo de Benner: revisión narrativa

Competencies of the surgical nurse from Benner's model: a narrative review

Nairovys Gómez-Martínez
ua.nairovysgomez@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0000-0003-1120-8408

Gladis Margot Proaño-Reyes
pg.docentegpr@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0000-0003-1653-5889

Lineth del Rocío Fernández-Sánchez
pg.docentelrfs@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0000-0002-5986-9750

Riber Fabián Donoso-Noroña
ua.riberdonoso@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0000-0002-9132-3459

RESUMEN

Objetivo: analizar las competencias del profesional de enfermería quirúrgica desde el modelo de novato a experto de Benner y su relación con la seguridad del paciente. **Método:** revisión narrativa de literatura indexada en PubMed y SciELO; se seleccionaron 15 documentos: estudios de validación de instrumentos, estudios observacionales, de intervención y revisiones. **Resultados:** la competencia perioperatoria percibida aumenta con los años de experiencia y la formación especializada, como describe el modelo de Benner. Los instrumentos validados miden conocimientos, liderazgo, colaboración, empatía y desarrollo profesional, y las habilidades no técnicas pueden observarse con herramientas específicas. El 30 % de las comunicaciones en el quirófano fueron fallidas, y la lista de verificación quirúrgica redujo la mortalidad del 1,5 % al 0,8 %. **Conclusión:** la formación especializada, el trabajo en equipo y la evaluación con instrumentos validados favorecen el avance de novato a experto y la seguridad quirúrgica.
Descriptores: enfermería perioperatoria; competencia profesional; seguridad del paciente. (Fuente, DeCS).

ABSTRACT

Objective: To analyze the competencies of surgical nurses from Benner's novice-to-expert model and their relationship with patient safety. **Method:** Narrative review of literature indexed in PubMed and SciELO; 15 documents were selected: instrument validation studies, observational and intervention studies, and reviews. **Results:** Perceived perioperative competence increases with years of experience and specialty education, as described by Benner's model. Validated instruments measure knowledge, leadership, collaboration, empathy and professional development, and non-technical skills can be observed with specific tools. Thirty percent of operating room communications failed, and the surgical safety checklist reduced mortality from 1.5% to 0.8%. **Conclusion:** Specialty education, teamwork and assessment with validated instruments support progression from novice to expert and surgical safety.
Descriptors: perioperative nursing; professional competence; patient safety. (Source, DeCS).

Recibido: 02/09/2026. Revisado: 04/09/2026. Aprobado: 04/10/2026. Publicado: 20/10/2026.
Artículo de revisión

INTRODUCCIÓN

Patricia Benner describió la adquisición de competencias en enfermería como un proceso en cinco etapas: novato, principiante avanzado, competente, eficiente y experto. A partir del modelo de adquisición de habilidades de Dreyfus, propuso que la enfermera novata se guía por reglas aplicadas sin contexto, mientras que la experta comprende las situaciones de forma global y actúa a partir de una experiencia acumulada que le permite reconocer de inmediato lo relevante (1). Este modelo sigue siendo una referencia para la formación y la evaluación de las competencias clínicas.

El modelo de Benner ha servido de base para medir la competencia de los profesionales de enfermería. La Escala de Competencia de Enfermería, desarrollada por Meretoja et al., contiene 73 ítems agrupados en siete categorías derivadas de los dominios de competencia descritos por Benner, y evalúa tanto el nivel de competencia como la frecuencia con que se utiliza (2). En el quirófano, estas competencias adquieren una relevancia especial, porque la seguridad del paciente depende del trabajo coordinado de equipos multidisciplinarios.

Los errores en el entorno quirúrgico tienen consecuencias graves y, en muchos casos, prevenibles. En ocho hospitales de distintos países, la implantación de la lista de verificación de la Organización Mundial de la Salud redujo la mortalidad hospitalaria del 1,5 % al 0,8 % y las complicaciones del 11,0 % al 7,0 % (3). En el quirófano, Lingard et al. observaron 421 comunicaciones relevantes en 48 procedimientos; el 30 % fueron fallidas, sobre todo por un momento inadecuado o por información incompleta, y un tercio de ellas tuvo efectos visibles, como retrasos, tensión en el equipo o errores de procedimiento (4).

En Brasil, la revisión de alcance de Trevilato et al. identificó 18 estudios sobre las actividades del enfermero de centro quirúrgico: predominaron la gestión de materiales y equipos (72 % de los estudios), la implantación de medidas de seguridad quirúrgica (50 %) y la educación permanente (50 %), mientras que ningún estudio abordó la función investigadora (5). El objetivo de esta revisión fue analizar las competencias del profesional de enfermería quirúrgica desde el modelo de Benner y su relación con la seguridad del paciente.

MÉTODO

Se realizó una revisión narrativa de la literatura. La búsqueda se efectuó en PubMed y SciELO con los términos «perioperative nursing», «operating room nurses», «professional competence», «Benner», «non-technical skills», «surgical safety checklist», «teamwork», «enfermería quirúrgica» y «competencias», en español, inglés y portugués.

Se incluyeron estudios de desarrollo y validación de instrumentos de competencia de enfermería, estudios observacionales y de intervención sobre el trabajo en equipo y la seguridad quirúrgica, y revisiones sobre la práctica de enfermería perioperatoria, así como

el artículo original de Benner. Se excluyeron los libros, las guías institucionales sin publicación indexada, los documentos duplicados y las referencias cuyos datos no pudieron verificarse en la fuente.

Cada documento se verificó en su fuente original (revista, PubMed o SciELO) antes de su inclusión. Se seleccionaron 15 documentos: el artículo original del modelo, seis estudios de desarrollo o validación de instrumentos, cinco estudios observacionales o de intervención, una revisión de alcance y un estudio cualitativo. Al tratarse de una revisión narrativa, no se realizó un metaanálisis.

RESULTADOS

Medición de la competencia perioperatoria

La Escala de Competencia Perioperatoria Percibida-Revisada es el instrumento más estudiado en enfermería quirúrgica. En su validación nacional en Australia, con 1122 enfermeras, Gillespie et al. redujeron la escala a 40 ítems agrupados en seis factores, con una consistencia interna elevada (alfa de Cronbach 0,96); la competencia percibida difirió significativamente según los años de experiencia en quirófano y la formación especializada (6). En una comparación entre Australia, Canadá, Escocia y Suecia, con 768 participantes, las enfermeras con formación especializada refirieron una mayor competencia en todos los países, y las diferencias entre países dependieron de los años de experiencia (7).

La escala se ha adaptado a otros contextos. Gillespie et al. desarrollaron una versión breve de 18 ítems que conservó los seis dominios originales y mostró una buena fiabilidad en dos mediciones (alfa de Cronbach 0,92 y 0,90) (8). En China, Yu et al. validaron una versión de 34 ítems en 480 enfermeras de quirófano de Pekín, con seis factores: conocimientos y habilidades fundamentales, liderazgo, colaboración, eficiencia, empatía y desarrollo profesional, que explicaron el 68,62 % de la varianza (9). En España, Peñataro-Pintado et al. diseñaron mediante el método Delphi el cuestionario CUCEQS, con 164 ítems agrupados en cuatro competencias y 17 subcompetencias de seguridad del paciente, validado en 415 enfermeras de 55 hospitales con una fiabilidad muy alta (10).

Habilidades no técnicas y trabajo en equipo

Además de los conocimientos técnicos, el profesional de enfermería quirúrgica necesita habilidades no técnicas. El sistema SPLINTS evalúa tres categorías en los instrumentistas: la conciencia de la situación, la comunicación y el trabajo en equipo, y la gestión de tareas. En su evaluación con 34 profesionales de cinco hospitales escoceses, la concordancia entre evaluadores fue aceptable en las tres categorías, y entre el 95 % y el 97 % de las puntuaciones de las categorías se situaron a menos de un punto de las del experto (11). La Tabla 1 resume los instrumentos revisados.

Tabla 1. *Instrumentos para evaluar la competencia del profesional de enfermería quirúrgica.*

Instrumento	Estudio	Muestra	Estructura y fiabilidad
Escala de Competencia de Enfermería	Meretoja et al. (2)	Enfermeras de hospital	73 ítems, siete categorías basadas en los dominios de Benner
Escala de Competencia Perioperatoria Percibida-Revisada	Gillespie et al. (6)	1122 enfermeras, Australia	40 ítems, seis factores; alfa 0,96
Versión breve de la escala	Gillespie et al. (8)	485 enfermeras, Australia	18 ítems, seis dominios; alfa 0,92 y 0,90
Versión china de la escala	Yu et al. (9)	480 enfermeras, China	34 ítems, seis factores; 68,62 % de la varianza
CUCEQS	Peñataro-Pintado et al. (10)	415 enfermeras, España	164 ítems, cuatro competencias y 17 subcompetencias de seguridad
SPLINTS	Mitchell et al. (11)	34 instrumentistas, Escocia	Tres categorías de habilidades no técnicas observadas

Fuente: elaboración propia (2026) a partir de los estudios citados. CUCEQS: Cuestionario de Competencias de Enfermería Quirúrgica en Seguridad; SPLINTS: Scrub Practitioners' List of Intraoperative Non-Technical Skills.

El trabajo en equipo se relaciona con los resultados de los pacientes. Mazzocco et al. observaron que, cuando los equipos quirúrgicos compartían información con menos frecuencia durante la intervención y en los traspasos, los pacientes tenían más probabilidades de sufrir complicaciones o morir; la puntuación global de trabajo en equipo se asoció con estos resultados tras ajustar por el riesgo anestésico (razón de momios 4,82) (12).

Intervenciones de seguridad y resultados quirúrgicos

Las intervenciones que organizan el trabajo del equipo han mostrado beneficios. Además del efecto de la lista de verificación de la OMS (3), de Vries et al. implantaron en seis hospitales docentes de los Países Bajos un sistema de seguridad que abarcaba toda la trayectoria quirúrgica, desde el ingreso hasta el alta, y observaron una reducción significativa de las complicaciones y de la mortalidad (13). En los hospitales de la Administración de Salud de Veteranos de Estados Unidos, Neily et al. analizaron 182 409 procedimientos: los 74 centros que aplicaron un programa de entrenamiento de equipos redujeron su mortalidad anual en un 18 %, frente al 7 % en los 34 centros sin entrenamiento, y cada trimestre adicional de entrenamiento se asoció con 0,5 muertes menos por cada 1000 procedimientos (14). La Tabla 2 resume estos estudios.

Tabla 2. *Estudios sobre trabajo en equipo, comunicación y seguridad quirúrgica.*

Estudio	Diseño y ámbito	Intervención o exposición	Resultado principal
Haynes et al. (3)	Antes y después, ocho hospitales de varios países	Lista de verificación de la OMS	Mortalidad del 1,5 % al 0,8 %; complicaciones del 11,0 % al 7,0 %
Lingard et al. (4)	Observacional, 48 procedimientos	Comunicación en el quirófano	30 % de comunicaciones fallidas; un tercio con efectos visibles
Mazzocco et al. (12)	Observacional con revisión de historias	Conductas del equipo quirúrgico	Menos trabajo en equipo: más complicaciones o muerte (OR 4,82)
de Vries et al. (13)	Controlado, seis hospitales, Países Bajos	Sistema de seguridad de toda la trayectoria quirúrgica	Reducción significativa de complicaciones y mortalidad
Neily et al. (14)	Observacional, 108 centros, Estados Unidos	Entrenamiento de equipos	Reducción de la mortalidad anual del 18 % frente al 7 %

Fuente: elaboración propia (2026) a partir de los estudios citados. OR: razón de momios; OMS: Organización Mundial de la Salud.

Competencias de gestión

Las competencias del enfermero quirúrgico incluyen también la gestión. En un hospital universitario de Brasil, las enfermeras de centro quirúrgico entrevistadas por Martins et al. describieron su función como principalmente gerencial, centrada en la organización del trabajo, y la agruparon en tres áreas: la gestión de personas, la gestión de recursos materiales y la gestión del cuidado; las participantes señalaron la necesidad de mejorar sus competencias y su conocimiento de las herramientas de gestión (15).

DISCUSIÓN

Los resultados de esta revisión respaldan la aplicación del modelo de Benner a la enfermería quirúrgica. La competencia perioperatoria percibida aumenta con los años de experiencia en quirófano y con la formación especializada (6,7), lo que coincide con la idea de que la experiencia acumulada y reflexionada permite avanzar desde la actuación guiada por reglas hasta la comprensión global de las situaciones (1). Sin embargo, la comparación entre países mostró que más años de experiencia no siempre se traducen en una mayor competencia percibida (7), lo que sugiere que el contexto, la formación y la organización del trabajo influyen en ese avance.

Los instrumentos revisados ofrecen herramientas para evaluar el progreso de los profesionales. Las escalas de autoevaluación miden dimensiones como los conocimientos, el liderazgo, la colaboración, la empatía y el desarrollo profesional (6,8,9), y el cuestionario CUCEQS se centra en las competencias de seguridad del paciente (10). Su limitación común es que miden la competencia percibida, no la observada; por ello, conviene complementarlas con herramientas de observación como SPLINTS, que permite evaluar de forma fiable las habilidades no técnicas de los instrumentistas (11).

Las habilidades de comunicación y trabajo en equipo, características de las etapas de eficiente y experto, tienen una relación directa con la seguridad del paciente. La elevada proporción de comunicaciones fallidas en el quirófano (4) y la asociación entre un menor trabajo en equipo y más complicaciones o muertes (12) muestran que estas competencias no son accesorias. Las intervenciones que estructuran la comunicación y el trabajo del equipo, como la lista de verificación (3), los sistemas de seguridad de toda la trayectoria quirúrgica (13) y el entrenamiento de equipos (14), se han asociado con una menor morbilidad y mortalidad.

En América Latina, el enfermero de centro quirúrgico desempeña sobre todo funciones de gestión y de cuidado, con menor presencia de la docencia y ninguna de la investigación (5), y él mismo reconoce la necesidad de reforzar sus competencias de gestión (15). Este perfil sugiere que la formación debería atender tanto a las competencias clínicas y de seguridad como a las de gestión y docencia, y que hacen falta instrumentos validados en la región para evaluarlas.

Esta revisión tiene limitaciones. Al ser narrativa, la selección de los estudios puede no ser exhaustiva y no se combinaron cuantitativamente los resultados; por ello, no se presenta como revisión sistemática ni como metaanálisis. Además, la mayoría de los estudios procede de países de ingresos altos, varios evalúan la competencia percibida y los estudios de intervención no aplican explícitamente el modelo de Benner, por lo que su relación con las etapas del modelo es interpretativa.

CONCLUSIONES

El modelo de novato a experto de Benner ofrece un marco útil para comprender el desarrollo de las competencias del profesional de enfermería quirúrgica. La competencia perioperatoria percibida aumenta con la experiencia y la formación especializada, y puede evaluarse con instrumentos validados que abarcan conocimientos, liderazgo, colaboración, empatía, desarrollo profesional y seguridad del paciente.

Las habilidades de comunicación y trabajo en equipo se relacionan con los resultados quirúrgicos, y las intervenciones que las refuerzan reducen la morbilidad y la mortalidad. Se recomienda combinar la formación especializada, el entrenamiento de equipos y la evaluación periódica con instrumentos de autoevaluación y de observación, y validar estos instrumentos en la población de enfermería quirúrgica de Ecuador.

FINANCIAMIENTO

No monetario.

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES), por el apoyo brindado al desarrollo de esta investigación.

REFERENCIAS

1. Benner P. From novice to expert. Am J Nurs. 1982;82(3):402-7.
2. Meretoja R, Isoaho H, Leino-Kilpi H. Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. J Adv Nurs. 2004;47(2):124-33.
3. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med. 2009;360(5):491-9.
4. Lingard L, Espin S, Whyte S, Regehr G, Baker GR, Reznick R, et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. Qual Saf Health Care. 2004;13(5):330-4.
5. Trevilato DD, Martins FZ, Schneider DSS, Sakamoto VTM, Oliveira JLC, Dal Pai D, et al. Perioperative nurses' activities in the Brazilian scenario: a scoping review. Acta Paul Enferm. 2023;36:eAPE01434.
6. Gillespie BM, Polit DF, Hamlin L, Chaboyer W. Developing a model of competence in the operating theatre: psychometric validation of the Perceived Perioperative Competence Scale-Revised. Int J Nurs Stud. 2012;49(1):90-101.
7. Gillespie BM, Harbeck EB, Falk-Brynhildsen K, Nilsson U, Jaensson M. Perceptions of perioperative nursing competence: a cross-country comparison. BMC Nurs. 2018;17:12.
8. Gillespie BM, Harbeck E, Sutherland-Fraser S, Nicholson P, Boric T. Psychometric validation of the Perceived Perioperative Competence Scale-Revised Short Form. J Adv Nurs. 2023;79(12):4732-46.
9. Yu Q, Wei R, Wei Y, Wu X, Liang T. Psychometric evaluation of the perceived perioperative competence scale-revised among the Chinese operating room nurses: a methodological research. BMC Nurs. 2022;21(1):79.
10. Peñataro-Pintado E, Rodríguez-Higueras E, Llauradó-Serra M, Gómez-Delgado N, Llorens-Ortega R, Díaz-Agea JL. Development and validation of a questionnaire of the perioperative nursing competencies in patient safety. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(5):2584.
11. Mitchell L, Flin R, Yule S, Mitchell J, Coutts K, Youngson G. Evaluation of the Scrub Practitioners' List of Intraoperative Non-Technical Skills (SPLINTS) system. Int J Nurs Stud. 2012;49(2):201-11.
12. Mazzocco K, Petitti DB, Fong KT, Bonacum D, Brookey J, Graham S, et al. Surgical team behaviors and patient outcomes. Am J Surg. 2009;197(5):678-85.

13. de Vries EN, Prins HA, Crolla RMPH, et al. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. N Engl J Med. 2010;363(20):1928-37.
14. Neily J, Mills PD, Young-Xu Y, Carney BT, West P, Berger DH, et al. Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. JAMA. 2010;304(15):1693-700.
15. Martins KN, Bueno AA, Mazoni SR, Machado VB, Evangelista RA, Bolina AF. Processo gerencial em centro cirúrgico sob a ótica de enfermeiros. Acta Paul Enferm. 2021;34:eAPE00753.

Derechos de autor: 2026 Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0).

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/