

## Los cambios en el rol de los ECI para enfrentar los nuevos desafíos de las IACS

**Lic. Elena Andión**

El enfermero en control de infecciones (ECI) debe ejercer dos tipos de poder, **poder de referencia** y **poder de experto**. Ambos se sustentan en el conocimiento y la capacidad de trabajo y comunicación para realizar diagnósticos de situación, valorar factores de riesgo y planificar y ejecutar acertadamente medidas de control de IH. La medida que demuestra el grado alcanzado en el ejercicio de estos dos tipos de poder, está determinada por el número de consultas que recibe, las estrategias desplegadas para lograr la adherencia del personal a las recomendaciones de control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS), el impacto del Programa de Control de Infecciones Hospitalarias (PCIH) en el funcionamiento general del hospital y la efectividad de las redes de trabajo que haya sido capaz de crear en el ejercicio de sus funciones.

Donald Goldmann, profesor asociado de Pediatría en el Hospital de Niños de Boston, señala que los ECI deben ser seguros de sí mismos pero al mismo tiempo humildes, fuertes pero también flexibles, muy observadores pero sumamente discretos, ansiosos por enseñar pero listos para escuchar, atrevidos para criticar pero bien dispuestos para aceptar críticas. Goldmann define el control de las IACS como un arte, ya que considera que cualquiera puede “redactar normas”, pero ponerlas en práctica y lograr que otros lo hagan, requiere como mínimo de arte y astucia, de ciencia y epidemiología. Reconoce que a los ECI rara vez se les dice “gracias”, pero frecuentemente reciben críticas; las baterías de sus localizadores son las que primero se gastan, al igual que las suelas de sus zapatos.

El ECI debe comprender que el rol tiene aspectos recíprocos y que no son ellos quienes definirán su propio rol sino las expectativas de los demás. El desafío consiste en lograr una definición favorable y para ello debe llevar a cabo un “trabajo bien hecho”. **El rol es el conjunto de comportamientos y actitudes que se esperan de un individuo por aquellos con los que este interactúa.**

La mirada inicial del personal del hospital, siempre suele ser aguda y crítica y la balanza se inclinará a favor del ECI en dependencia de cómo este ejerza su rol.

Señala la Lic. Stella Maimone, pionera de las ECI en nuestro país, que “el ECI pasa por diferentes etapas en el ejercicio de su rol: de **identificación** (se identifica con su trabajo y comienzan a identificarlo con él, de **transición** (es una etapa expectante) y de **confirmación** (se cumplen sus objetivos y expectativas personales y las de la Institución, logrando una plena identificación con su rol particular). Esta última etapa, la de confirmación, es una etapa exitosa y será objetivo del ECI permanecer en ella. El ECI es capaz de desarrollar por sí mismo un PCIH, proponer y ejecutar acciones correctivas, señalar factores de riesgo y lo que es más importante, trabajar con autonomía”.

El Dr. John E. McGowan (Departamento de Patología y Medicina en Laboratorio del Grady Memorial Hospital, Atlanta, Estados Unidos) justifica los PCIH y la presencia de ECI en los hospitales porque considera que las instituciones de salud tienen la obligación moral de reducir la morbimortalidad de las IH, porque necesitan acreditarse, porque deben trabajar en la defensa y manejo de los riesgos debidos a negligencia profesional, porque deben

manejar y detectar precozmente los brotes de IACS y finalmente porque deben controlar el déficit financiero que implica la ocurrencia de IACS.

Señala también que a los **ECI se les debe exigir en el desarrollo de su tarea: acción, resultados, efectividad y eficiencia**. En relación con la acción, la tarea del ECI incluye control y no solo vigilancia. El PCIH no otorga un “certificado de conteo de infecciones” sino un “certificado de control de infecciones”. Los ECI deben tener aptitudes no solo para recolectar los datos de la vigilancia epidemiológica (VE), sino también para efectuar su análisis e interpretación, establecer adecuadas medidas de control y realizar tareas de educación relacionadas. Las actividades de VE deben estar dirigidas hacia problemas actuales y focalizadas en las áreas de mayor riesgo de ocurrencia. Deben realizarse porque conducen al control y ambas se retroalimentan. VE es información para la acción y si la VE no produce acción, el ECI debe preguntarse – Porqué continuar con la VE?. Con respecto a los resultados, señala McGowan, que el control de calidad se basa en indicadores que correlacionan los resultados con la duración de la estadía, mortalidad, morbilidad y satisfacción del paciente. Las IACS son episodios de morbilidad medidos a través de la VE. Un paciente que contrae una IACS no es un paciente satisfecho, como tampoco estarán satisfechos los administradores del hospital por tener que pagar mayores costos en los servicios y en estadía prolongada de un paciente que contrajo una IACS. Por otra parte, hay insatisfacción también en el equipo de salud debido a la presencia de IACS en los pacientes que cuida. En relación con la eficacia ha sido demostrado el valor de las actividades de control y vigilancia para disminuir la tasa de IACS.

**La solidez de los conocimientos del ECI en control de IACS es imprescindible para efectuar recomendaciones eficaces. En relación con su tarea, el ECI debe mejorar la eficacia mediante la autoevaluación.**

Ultimamente se produjo un cambio sustancial en los **conocimientos básicos** (administración, investigación, docencia básica, bioestadística, salud pública, atención de pacientes críticos) y en los **conocimientos especializados** (epidemiología aplicada al control de las IACS, sistemas de VE, recomendaciones y técnicas de control de IACS, control de factores de riesgo, microbiología, bioseguridad hospitalaria, docencia especializada), que debe tener un ECI. A esos conocimientos se han agregado nuevos saberes como **seguridad del paciente y calidad de atención**.

En junio de 2012, la APIC (Asociación de Profesionales en Control de Infecciones – Estados Unidos) diseña y publica un plan estratégico “invitando a sus “líderes” (los profesionales en control de infecciones (PCI) a comprometerse con una visión intransigente frente al problema de las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS)”. Señala como misión para los PCI “crear un mundo más seguro a través de la prevención de infecciones, abrazando las directivas emanadas de la seguridad del paciente, aplicando conocimientos científicos, usando las competencias, certificándose (y re- certificándose) y utilizando datos estandarizados”.

Michelle Farber, presidente de APIC 2012, menciona que “este es el momento más emocionante de su carrera profesional - que ya lleva 30 años en el ejercicio de su rol como PCI, porque ahora “percibe que estamos recibiendo la atención, el respeto y la mirada centrada en nuestras organizaciones para ayudar a lograr un gran impacto en la

seguridad del paciente”. “Nuestras experiencias y habilidades están siendo reconocidas y utilizadas”. “Estamos siendo vistos como líderes y no como meros participantes”.

Es importante reflexionar acerca de las frases vertidas por Michele Farber y disfrutarlas con el compromiso de ser merecedores de recibirlas. Desde la APIC en los Estados Unidos y desde las necesidades de las Instituciones de Salud de Argentina, **ADECI entiende que resulta obligado un cambio en las competencias de los PCI**. El modelo de la APIC enfatiza que la competencia en primer lugar es autodefinida y autoevaluada y que la educación debe mantenerse en todos los niveles y aspectos que hacen a la competencia profesional. La APIC ha diseñado cuatro dominios para orientar al desarrollo de las competencias de los PCI. El liderazgo, apoyado más en el poder de la influencia que en el de la autoridad; la experiencia y los conocimientos de los PCI en prevención y control de las infecciones; el uso de las tecnologías para el desarrollo de la vigilancia epidemiológica con datos recolectados en forma estandarizada y que pueden ser validados y reproducidos” y finalmente las mejoras en el rendimiento laboral.

Michele Farber señala y la filosofía y objetivos de ADECI se encuentran en concordancia, que la certificación de los PCI es un aspecto clave del plan estratégico y del nuevo modelo de competencias desarrollado por la APIC. Murphy et al (2012) explican que **“la certificación en control de infecciones denota el dominio de los conocimientos fundamentales necesarios para el desempeño competente de las prácticas actuales de control de infecciones. La Certificación, en ese sentido, es fundamental para el desarrollo profesional ya que representa el puente entre el principiante y el profesional competente. La experiencia por otra parte, sigue siendo un maestro importante y fuente de desarrollo de habilidades”**. **“La Certificación valida a un individuo en su preparación para servir como un profesional calificado en un papel de la especialidad y demuestra al mundo, que el profesional es competente”**.

El ECI necesita saber “donde le aprieta el zapato” en materia de conocimientos y a tal fin nada mejor que certificar. Si el resultado es aciago, aprender de los errores y capacitarse en las áreas débiles para volver a intentarlo, son la respuesta más inteligente. Ese ejercicio demuestra un alto nivel de responsabilidad con el rol.

La re – certificación en cambio es una certificación continua pero algo más profunda, asegura o no las competencias, las que son necesarias ostentar para seguir ejerciendo acertadamente el rol de ECI.

Otro problema no menor es la falta del **empoderamiento del rol por parte de los ECI y otros PCI**. Señala Julie Storr que para empoderarse, el PCI necesita “navegar el sistema de influencia”. Para ello hay que contar con experiencia, autoridad, entender y participar de la cultura y políticas institucionales. El PCI y **la ECI especialmente, no debe esperar que le “otorguen” la autoridad, tiene que salir a conquistarla con su experiencia y competencias actualizadas**. A menudo, muchas instituciones intentan “empoderar” a los ECI, pero las inseguridades en los conocimientos necesarios, en las prácticas, las estrategias y las competencias, hacen que los ECI declinen esas invitaciones para empoderarse. Julie Storr lo ubica como el “control del comportamiento percibido (autoeficacia), la percepción de que el rendimiento de un determinado comportamiento está bajo su control (por ejemplo, la adherencia a la higiene de manos)”. “El control está a

nuestro alcance, se enfrenta a la ignorancia versus la ineptitud y es ridículo por su simplicidad”.

Empoderar al ECI ayuda si la oferta es institucional, pero personalmente el **ECI debe decidir empoderarse, tomar el poder para el desarrollo pleno de sus competencias.**

Las y los ECI de ADECI son un modelo de empoderamiento reflejado en el mismo instante de su fundación, en septiembre de 1994. No solo se empoderaron de su rol sino que también usaron ese empoderamiento para su conducción como sociedad científica llevándola a un lugar de privilegio, tal vez ni siquiera soñado en su gestión inicial. Esos ECI se empoderaron del rol y hoy organizan congresos científicos nacionales e internacionales (en el año 2013 con la IFIC (Federación Internacional de Control de Infecciones). Los ECI empoderados son capaces de presentar trabajos científicos, de integrar jurados, de ganar premios, de competir... Tomaron el **poder de ser expertos en control de infecciones, epidemiología y seguridad del paciente** y ostentan el poder de ser referentes en ese sentido en sus instituciones. Son empresarios y dirigen exitosamente sus empresas.

### **Conclusiones**

El ECI y todo PCI necesitan empoderarse, ejercer los poderes de experto y referente que son inherentes a su rol. Realmente **el ECI que ha alcanzado un pleno desarrollo de sus competencias tiene más poder del que puede llegar a percibir.**

Para mejorar sus competencias, el ECI debe mejorar su formación, no ser conformista, ir hacia adelante, siempre por más. Por eso debe certificar, porque certificar le permite al ECI adueñarse de uno de los poderes más importantes, el de referente en la especialidad que ejerce. **No solo el mismo ECI debe “saber que sabe” y que “sabe como”, debe poder contar con una certificación que acredite su saber en su área de pertenencia.** El otro poder del ECI, el de experto, se obtendrá con la resolución acertada de los problemas de control de infecciones ya que al igual que el rol, estará determinado por la mirada de los demás. La sociedad hospitalaria en su conjunto (hospitales públicos y privados, la salud pública en general) debe conocer el significado de certificar porque el saberlo ayudará a la posición de los ECI y de todo otro PCI que alcance la misma. Será en la Pirámide de Miller, el ECI o el PCI que “sabe” y que “sabe como”. Pero también debe conocer el significado de **re- certificar, porque este expresa el nivel máximo de competencia que se puede demostrar.** En la Pirámide de Miller es el ECI que “demuestra” y “hace” y que ya ha integrado a sus competencias el “sabe” y el “sabe como”.

El ECI debe participar en la toma de decisiones institucionales, porque los saberes del ECI no son reemplazables y resultan necesarios y muchas veces imprescindibles. Su saber (conceptual) compila grandes retazos de saberes individuales y de diferentes disciplinas y con ellos construye **un saber específico del que debe empoderarse para usarlo adecuada y oportunamente.**

El ECI y todo PCI, debe desarrollar un alto grado de responsabilidad en el ejercicio de su rol y aunque no se lo exijan, debe **“rendir cuentas”**. Debe mostrar el impacto de su Programa de Control de Infecciones y poder explicar acertadamente las razones de su éxito o de su fracaso, ya sean estos totales o parciales. El empoderamiento de un ECI que no asume responsabilidades no tiene sentido, no existe, está vacío y tarde o temprano

caerá por sí mismo. Ya no se trata de que lo “hayan elegido para que haga de ECI”, esta no es una representación teatral que puede cambiar de actores fácilmente. Nadie puede “hacer de ECI” si no lo es. Y para serlo, hace falta empoderarse y asumir los flancos existentes en su formación, saber “donde le aprieta el zapato” y con la responsabilidad que lo debe caracterizar, acercarse al conocimiento conceptual y práctico que necesita para el adecuado ejercicio de su rol. Por ejemplo, **debe manejar con soltura y habilidad todos los aspectos relacionados con la vigilancia epidemiológica, necesita hablar con datos precisos, parte de su rol es la medición constante de los sucesos de su incumbencia. Los datos son parte de su poder. Sin datos jamás podrá empoderarse.**

Finalmente, el ECI no puede estar ajeno a la existencia de una institución nacida para velar por sus intereses y que ha mantenido sus objetivos vigentes a lo largo de los años. **El ECI no puede elegir pertenecer a ADECI, debe ser parte de ADECI.** Para poder pertenecer y sentir esa pertenencia también es necesario, empoderarse con el rol de ECI.

## Bibliografía

- Goldmann D. Control de las infecciones adquiridas en los hospitales en: Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. La garantía de calidad. El control de las infecciones hospitalarias. OMS. OPS. Buenos Aires. 1991.
- Maimone, S. El rol de la enfermera en control de infecciones. En: Visión, publicación oficial de ADECI. Vol. 2, Nº 6. Jun. 1998. Buenos Aires
- Maimone S., Laugas S. et al. Vigilancia sobre las responsabilidades de los Enfermeros en Control de Infecciones en la República Argentina. En: Visión, publicación oficial de ADECI. Vol 4. Nº 15. Dic. 1999. Buenos Aires.
- Shaheen Mehtar. Importancia del control de infecciones. En: Guía para el control de infecciones en el hospital. Publicación Oficial de ISID. Cap. 1. 2000. Boston.
- Jarvis W. Infection Control and Changing Health –Care Delivery Systems. Emerging Infectious Diseases. Vol. 7 No. 2, April 2001 : 170 - 173
- Audits tools for monitoring infection control standards. Infection Control Nurses Association (ICNA), Departament of Health U.K. 2004.
- Maimone S. La enfermera en control de infecciones. En: Epidemiología y control de infecciones en el hospital. Durlach R. y Del Castillo, M. eds. Ediciones de la Guadalupe. 1º Ed. Sección 1, Cap. 7: 73 - 77. 2006. Buenos Aires.
- [www.adeci.org.ar](http://www.adeci.org.ar). Andión E. Acercándonos al perfil del enfermero /a en control de infecciones. 2008
- [www.theific.org](http://www.theific.org). Bryce E., Sharf S., Van Knippenberg – Gordebeke G., Walker M. Audits Infection Control. In: Basic concepts of infection control. Chapter 5. IFIC 2008: 41 – 48
- [www.elsevier.es/eicm](http://www.elsevier.es/eicm). Freixas N., Sallés M., García L. Cambios en el control de infección nosocomial: nuevos retos y competencias de la enfermera de control de infección. EnfermInfeccMicrobiolClin 2009;27 (5): 285 – 289

- Villa S., Maimone S., Novau A., Vernazzi ML., Armendariz A. Evolución y desempeño del rol de la/el enfermera/o en Control de Infecciones (ECI) en la República Argentina. Revista ECI. Ed. ADECI. Vol. 2. No. 1. Marzo 2010: 168 – 173. Buenos Aires
- Brenner Friedmann, P. Rol actual de la enfermera para el control de infecciones en servicios de salud. In: Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a los Servicios de Salud. Trigos C., Damiani E., Espinoza F. Jáuregui L. Eds. Parte I. Cap. 5. Junio 2010: 95 – 104. Publicaciones Yachay. La Paz. Bolivia
- Storr J. Moving closer to Nirvana. The importance of nurse empowerment in Preventing Health care – Associated Infection,. A Webber Training Teleclass 2011