

Evidencias que utilizan las enfermeras que participan en comités de infecciones, para la toma de decisiones

Evidences used by nurses participating in the infection committees for decision making

GLORIA MABEL CARRILLO GONZÁLEZ*

Resumen

Este artículo presenta los resultados de la investigación en la que se abordaron dos temáticas de interés para el fortalecimiento de enfermería como disciplina profesional: la práctica basada en evidencia y el proceso de toma de decisiones, enmarcadas en un contexto específico: los comités de infecciones de instituciones de segundo y tercer nivel de atención en Bogotá.

A través de un estudio exploratorio se identifican y describen las evidencias que más utilizan las enfermeras que participan en comités de infecciones en Bogotá: los estudios no experimentales, los sistemáticamente obtenidos, la opinión de autoridades reconocidas como expertos, los diagnósticos epidemiológicos, los estudios de identificación de brotes, las guías de práctica clínica y los protocolos de infectología. Los meta-análisis de estudios múltiples controlados, estudios individuales experimentales y estudios cuasiexperimentales son las evidencias que menos utilizan.

Finalmente se plantean recomendaciones para los servicios de salud en que laboran los profesionales de enfermería y los centros universitarios de formación.

Palabras clave: evidencias, toma de decisiones, comités de infecciones, instituciones de segundo nivel de atención, instituciones de tercer nivel de atención.

Abstract

This article shows the results of the investigation in which two subjects were addressed in the interest of strengthening of nursing as a professional discipline: practice based on evidence and the decision making process, framed within a specific context: the infection committees of second and third level institutions in Bogotá.

Through an exploratory study the evidences used the most by nurses participating in infection committees in Bogotá were identified and described: non experimental studies, those systematically obtained, the opinion from authorities recognized as experts, the outbreak identification studies, the clinical practice guides and the infectology protocols. Meta analysis of multiple controlled studies, individual experimental studies and quasi-experimental studies are the least used evidences.

Finally recommendations are given to health services where professional nurses work and to university training centers.

Key words: evidence, decision making/ nursing, infections.

INTRODUCCIÓN

Las enfermeras se enfrentan diariamente a una serie de situaciones en las que deben tomar decisiones. Por pertenecer a una disciplina profesional se considera que tienen un conocimiento propio para justificarlas y sustentarlas.

* Enfermera. Magíster en Enfermería con énfasis en Gerencia de Servicios de Salud. Instructor Asociado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. gmccarrillog@unal.edu.co

Recibido: 05-05-06

Aprobado: 18-05-07

Las decisiones que se toman tienen una trascendencia para la disciplina misma, ya que los criterios o bases en que se fundamentan son esenciales en la búsqueda de la identidad y la autonomía, es decir, las decisiones que se toman en la cotidianidad son las que reflejan qué tan autónoma es la disciplina de Enfermería (1).

Las decisiones reafirman a la profesión cuando están sustentadas por los conocimientos propios de enfermería y tienen resultados positivos para el sujeto de cuidado. El término decisión es tan amplio, que no se limita sólo a lograr lo que se va a hacer, sino que incluye también el quién, el por qué, el cuándo de la acción propuesta, e implica todos los pasos subsecuentes para llevar a cabo la acción en la que está basado el juicio (2).

La toma de decisiones para enfermería está en el marco de las competencias profesionales y de la calidad para la atención, que se establece en la Ley 266 de 1996, en sus artículos 17 y 19 (3).

Estas competencias plantean la importancia, el grado de participación y responsabilidad que tiene enfermería en la formulación, diseño, implementación y control de los programas, planes y proyectos de atención, no sólo en la profesión sino en salud.

En enfermería se hace necesaria la toma de decisiones cotidianamente, teniendo especial atención en determinar cuáles son los fundamentos o bases, las evidencias científicas que sustentan su decisión, para disponer criterios, emplear recursos y lograr unos resultados que sean de alguna manera medibles y cuantificables.

Por otro lado, las instituciones de segundo y tercer nivel de atención que se encuentran en Bogotá, cuentan con un Comité o Departamento de Vigilancia Epidemiológica o de infecciones, que aunque no necesariamente tiene esta denominación en todas, sí realiza actividades propias de epidemiología e infectología hospitalaria y dentro de sus integrantes tiene como recurso humano el profesional de enfermería.

El significado de la presencia de enfermería en estos comités va más allá de los requisitos dados por la normatividad, asumen un papel activo en el proceso de toma de decisiones, así como los demás miembros. Se considera que están representando al personal de salud que permanece la mayor parte de tiempo con el usuario,

tiene una visión particular y específica de la situación en lo concerniente a infecciones intrahospitalarias. Es en ese proceso para discernir, analizar y optar por una u otra alternativa como puede generar algún impacto. Más allá de las funciones que le son asignadas, su importancia está dada por el grado de participación que tenga en los momentos de tomar decisiones que repercuten significativamente en la institución.

El enfermero que se desempeña en esta área, no sólo se centra en prestar los cuidados de la persona enferma, sino que orienta su acción en las necesidades hacia la prestación de un cuidado a la colectividad, con enfoque preventivo, integrando actividades que fomentan la salud e investigando las interrelaciones de los elementos que operan en la generación de la enfermedad. Así pues, se considera que la presencia de enfermería en los comités de infecciones trasciende y el fundamento en que basa sus decisiones tiene un sello que identifica claramente los conocimientos de enfermería.

A partir de estos planteamientos, surgió la necesidad de realizar una investigación que –más allá de evaluar el quehacer de una enfermera en un comité de infecciones–, permitiera analizar qué fundamentos propios o evidencias de la disciplina sustentan su proceso de toma de decisiones, con el fin de profundizar en la búsqueda de la autonomía e identidad profesional.

Al profundizar en el conocimiento de la práctica de enfermería basada en la evidencia, se excluye la posibilidad de tomar decisiones de golpe, por suerte o por casualidad, haciendo uso del pensamiento ordenado para llegar a un juicio racional; con el objeto de un perfeccionamiento continuo en la capacidad de toma de decisiones, sustentadas por datos reales (4).

La intervención basada en la evidencia se convierte, en una alternativa que tiene enfermería para detectar y resolver problemas incipientes y mayores con toda claridad, y poner en práctica medidas correctivas. La evidencia científica en enfermería tiene unas connotaciones especiales. Desde la perspectiva de la evidencia, la concepción de la práctica de la enfermería se ve modificada, en la medida que brinda la posibilidad de revisar, reconstruir y rehacer los servicios que presta la enfermera a la luz de pruebas válidas (aproximación a la verdad), y útiles (aplicabilidad clínica) procedentes de la investigación,

las cuales dan la autoridad para cambiar la realidad asistencial con base en argumentos sólidos y bien informados. Es un medio excelente para difundir la voz de la enfermera en los sistemas de salud, mejorar la práctica asistencial y el cuidado de las personas a las que se atiende diariamente (5), (6).

METODOLOGÍA

Es un estudio exploratorio descriptivo de corte transversal, que identifica y describe un fenómeno: las evidencias que utilizan las enfermeras que participan en comités de infecciones de instituciones de segundo y tercer nivel para el proceso de toma de decisiones. Se utilizó un procedimiento estructurado y un instrumento formal para recabar la información.

El universo estuvo constituido por profesionales de enfermería que participan o son miembros de comités de infecciones de instituciones hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención en Bogotá, durante el segundo semestre del año 2003. El muestreo utilizado fue intencional. Con respecto a la selección de instituciones de II y III nivel de atención, se incluyeron aquellas que tenían establecido un comité de infecciones y contaban dentro de sus participantes con profesionales de enfermería, haciendo la salvedad de que algunas le dan la denominación de Comité de Epidemiología, de Vigilancia Epidemiológica o de Infectología.

Técnica de recolección de datos: se elaboró y validó por medio de la realización de prueba piloto un instrumento de medición. Se revisó la literatura relacionada con evidencias y, específicamente, las que se utilizan en comités de infecciones, sin embargo, no se logró identificar directamente dichas evidencias, por lo que fue necesario analizar los ejemplos de jerarquías de evidencias que presentan algunos autores.

Se seleccionaron las jerarquías de evidencias presentadas por Stetler et ál., en 1998, por ser de fácil entendimiento y estar relacionadas, en mayor medida, con los planteamientos de evidencias para comités de infecciones. Stetler (7) especifica que la evidencia científica no se puede separar del resto de dimensiones de enfermería. La evidencia adquiere utilidad, sólo es aplicable a la práctica, cuando hay detrás un claro pensamiento de sistema reflexivo y crítico, con un objetivo explícito.

Estas jerarquías de evidencias se categorizaron, tomando el nombre de indicadores empíricos: 1. Meta-análisis de estudios múltiples controlados; 2. Estudios individuales experimentales; 3. Estudios cuasiexperimentales; 4. Estudios no experimentales bien diseñados, (cualitativo-descriptivos, estudio de caso), 5. Sistemáticamente obtenido, programas de evaluación de mejora de calidad, verificables, reportes de datos de caso y, 6. Opiniones de autoridades nacionalmente reconocidas basadas en su experiencia, o las opiniones de un comité de expertos, incluyendo la interpretación de información no basada en investigación, opiniones regulatorias u opiniones legales.

En el proceso de identificación de evidencias, se corre el riesgo de considerar todo dato o –información al que tiene acceso una enfermera que participa en un comité de infecciones–, como una evidencia, por lo que se diseñaron dos preguntas relacionadas con la forma de validación y su impacto en el proceso de toma de decisiones o utilidad clínica.

RESULTADOS

Con la aplicación del instrumento, además de conocer las evidencias que utiliza el profesional de enfermería que participa en comités de infectología, se logró identificar cómo es el proceso para obtenerlas a partir de lo señalado por la literatura, y específicamente, cuál es su papel dentro del comité. El instrumento fue diligenciado por 41 profesionales de enfermería que voluntariamente aceptaron participar en el estudio y son parte de los comités de infecciones de instituciones hospitalarias en la ciudad de Bogotá: 29 de ellos de carácter privado y 12 de carácter público, 18 de segundo nivel de atención y 23 de tercer nivel.

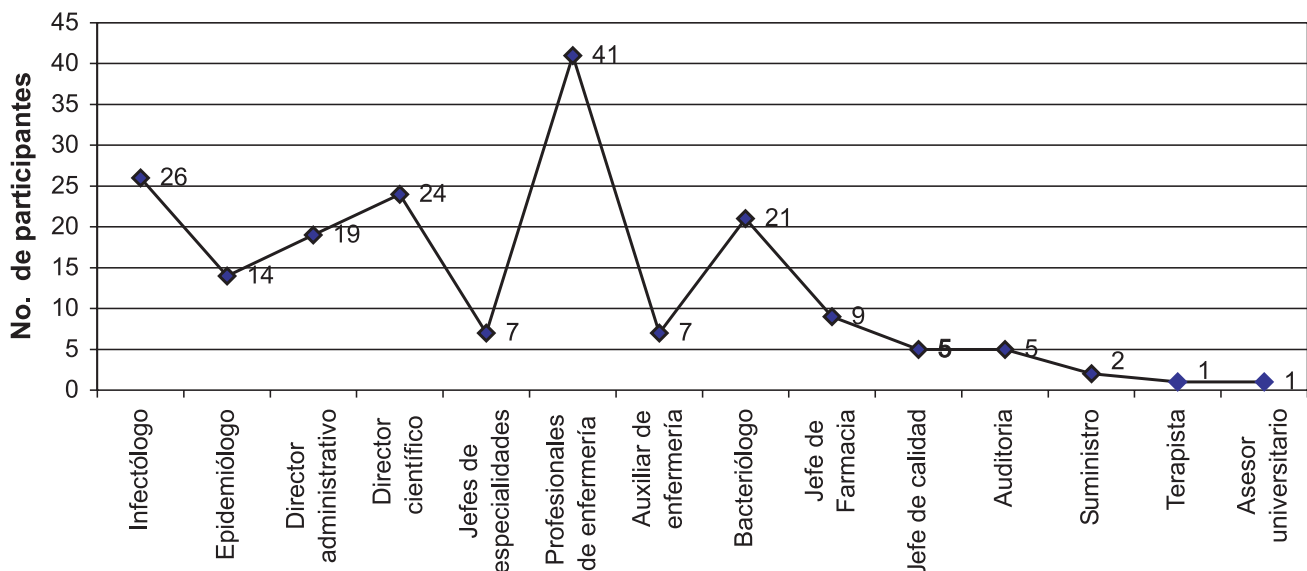
1. Las enfermeras que participan en comités de infecciones en las instituciones de segundo y tercer nivel de atención en Bogotá, utilizan en mayor proporción las evidencias grado 4, 5 y 6, según la clasificación dada por Stetler que corresponden a estudios no experimentales (90.4%), los sistemáticamente obtenidos (95.2%), la opinión de autoridades nacionalmente reconocidas (97.5%) basadas en su experiencia: los diagnósticos epidemiológicos, los estudios de identificación de brotes, los estudios

descriptivos que surgen de los problemas puntualmente identificados, la opinión de expertos en el área, las guías de práctica clínica y protocolos de epidemiología. Las evidencias tipo 1, 2 y 3 según la clasificación dada por Stetler: meta-análisis de estudios múltiples controlados (1%), estudios individuales experimentales (7.3%) y estudios cuasiexperimentales (1%), son las evidencias que menos utilizan los profesionales de enfermería encuestados. Los principales criterios que utilizan para tomar decisiones son las evidencias que obtienen de su práctica diaria.

2. El profesional de enfermería está de forma permanente dentro de los comités de infecciones en las instituciones de segundo y tercer nivel de atención en Bogotá, justificando su presencia por sus cualidades como coordinador (76%) o secretario del equipo (24%) y como representante de un grupo de profesionales y auxiliares de enfermería que asume el cuidado del usuario durante las 24 horas del día. Es uno de los implicados directos en el manejo y control de las infecciones intrahospitalarias, temática fundamental del comité.
3. Las principales decisiones que toma el profesional de enfermería están ligadas al proceso de búsqueda de evidencias: identificación de datos y de fuentes

primarias y secundarias de información, y establecimiento de la aplicabilidad clínica a dicha información desde su campo de acción.

4. Aunque la práctica basada en evidencia es un movimiento relativamente nuevo, los profesionales de enfermería que participan en los comités de infecciones en Bogotá tienen cierto grado de conocimiento al respecto, porque consideran que sí utilizan evidencias en su práctica profesional (93%), asociándolas no sólo con los registros de la historia clínica y con reportes de indicadores de infecciones intrahospitalarias y factores de riesgo u observación de casos de infección intrahospitalaria, sino porque incluyen unas referidas por la literatura como de importante peso científico: la obtenida por opinión de expertos en infectología y epidemiología; la obtenida a través de la revisión de literatura sobre comportamiento de las infecciones intrahospitalarias; estudios o investigaciones relacionadas; las proporcionadas por las guías del Centers for Disease Control (CDC) de Atlanta, Infectious Diseases Society of América (IDSA) y otras sociedades de control de infecciones, y las obtenidas por resultados de los seguimientos a casos particulares de infección intrahospitalaria.



Gráfica 1. Conformación de los comités de infecciones en instituciones de II y III nivel en Bogotá.

Fuente: Profesionales de enfermería participantes del estudio. Universidad Nacional de Colombia. Maestría en Enfermería. Enero 2004.



5. Las principales fuentes de información que utilizan los profesionales de enfermería que participan en comités de infecciones en Bogotá –para obtener evidencias y realizar el proceso de toma de decisiones– son los resultados de laboratorio (2%), y la historia clínica (24%), dentro de las que se destacan los registros médicos, los registros de enfermería, los registros de nutrición y de fisioterapia. Otras fuentes de información que utilizan en menor proporción, sistematizados y de soporte para el proceso de toma de decisiones, son las fichas de notificación (3%), listas de chequeo (2%), registros de epidemiología (18%), registros de microbiología (2%) y registros de farmacia (2%). Así mismo, manejan registros actualizados de los indicadores de infección intrahospitalaria, indicadores de calidad de atención, perfil epidemiológico de cada servicio, consumo y costo de antimicrobianos, costos de la hospitalización, causa de reingreso hospitalario por días de estancia y alcance de la unidad de enfermería.
6. La mayor parte de participantes desconocen las posibles formas de validación de las fuentes de información obtenidas para que puedan considerarse evidencia (39%), asumiendo que toda fuente de información por sí misma es una evidencia.
7. Los profesionales de enfermería le dan una aplicabilidad clínica a los registros o fuentes de información obtenida, relacionada con las pretensiones de la práctica basada en evidencia, las decisiones que se toman están enfocadas en la prevención, estrategia relacionada con la actividad clínica y hace parte del campo de la epidemiología: análisis, establecimiento de medidas de prevención de infecciones intrahospitalarias, establecimiento de medidas correctivas, de seguimiento y control, elaboración de indicadores de infección intrahospitalaria para realizar notificación obligatoria ante la Secretaría Distrital de Salud (SDS).
8. Los profesionales de enfermería elaboran permanentemente diagnósticos epidemiológicos, evidencias de tipo no experimental, según Stetler et ál., 1998. El contenido de estos se relaciona en mayor proporción con indicadores de infección intrahospitalaria e incidencia mensual, en menor proporción estudios de factores de riesgo, patrones de resistencia bacteriana y algunos estudios de prevalencia. Una mínima parte ha realizado diagnósticos epidemiológicos de temáticas relacionadas con costos e indicadores de calidad de atención, es decir, con aspectos más relevantes para realizar el proceso de toma de decisiones que, en cierta forma, son el resultado de la gestión y desempeño del comité como son: costos de las infecciones intrahospitalarias, uso racional de antibióticos, calidad en el diligenciamiento de los registros e incidencia de escaras.
9. Aproximadamente la mitad de los profesionales de enfermería que participan en comités de infectología han realizado estudios de identificación de brotes, evidencia del tipo 4, según Stetler et ál., considerados estudios no experimentales, y están asociados con microorganismos y entidades relacionados con infecciones intrahospitalarias como: *Pseudomona aureginosa* y *Klebsiella pneumonia*, enterocolitis necrotizante, dengue, varicela, *Staphylococcus epidermidis* e infecciones de herida quirúrgica asociadas a cirugía artroscópica.
10. Las guías prácticas y los protocolos de epidemiología que pertenecen al grupo 5 (según Stetler et ál),

son otro tipo de evidencia que utilizan los profesionales de enfermería que participan en comités de infección en la ciudad de Bogotá. Se destacan los de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) seguidos por los protocolos elaborados dentro de la misma institución y en tercer lugar los del Centros for Disease Control (CDC) de Atlanta.

11. La mayor parte de los profesionales de enfermería tienen en cuenta las opiniones de expertos, consideradas según Stetler como evidencia grado 6, en gran proporción la de los médicos, seguidos por los infectólogos, y en tercer lugar, la de los profesionales de enfermería.
12. Un amplio porcentaje de profesionales que participan en comités de infecciones realiza revisiones de investigaciones relacionadas con epidemiología con una frecuencia mensual en promedio.
13. Algunos profesionales de enfermería participantes, han realizado algún tipo de documento de publicación institucional, dentro de los que están: boletines epidemiológicos de publicación intrainstitucional, sobre el comportamiento de las infecciones intrahospitalarias, guías de asepsia y antisepsia, infecciones de heridas quirúrgicas y normas para lavados de manos.

CONCLUSIONES

El estudio refleja algunas aproximaciones que se dan desde la literatura con respecto a la evidencia y la práctica basada en ésta, así como en el proceso de toma de decisiones.

1. Existen concepciones erróneas de lo que significa la evidencia, asociándola en primer lugar como sinónimo de un dato del que se puedan sacar conclusiones, es decir, una definición estática inmodificable (8). Esto se corrobora con las definiciones dadas sobre evidencia por profesionales de enfermería participantes en el estudio, al considerar que todo dato al que tienen acceso es sinónimo de ésta, sin mencionar factores necesarios para que dichos datos pasen a ser una evidencia, como las formas de validación y su aplicabilidad o utilidad clínica.
2. A pesar de los beneficios que la práctica de enfermería basada en evidencia trae para la disciplina

profesional, es una metodología poco entendible y operacionalizada por el tipo de lenguaje utilizado, al definirla o presentarla, considerándose que sólo es para los catedráticos o profesionales que se desempeñan en el área de la investigación. Lo anterior se corrobora con lo encontrado en el estudio, ya que algunos de encuestados utilizan elementos de la práctica basada en evidencia, la mayor parte de los estudios que han realizado se relacionan con problemas puntuales, –identificados en la práctica diaria–, lo que les ha permitido realizar intervenciones específicas, que les dan el peso suficiente para ser consideradas evidencias –por su aplicabilidad clínica– pero, por desconocimiento de lo que ésta significa, no consideran que la estén utilizando.

3. La práctica basada en evidencia está al frente de las discusiones contemporáneas de la investigación en enfermería y de la práctica de enfermería; es un proceso, que aunque relativamente nuevo para la práctica profesional, es una metodología que requiere para ser utilizada (9). No es posible pretender que en la actualidad los profesionales utilicen todo tipo de evidencias de acuerdo con el grado de jerarquización dado por uno u otro autor. Este planteamiento es el reflejo de los resultados obtenidos; existen cierto tipo de evidencias que los profesionales participantes utilizan en mayor grado, dado específicamente por el campo en el que se desempeñan. Otros, prácticamente inexplorados se convierten en el punto de partida para trabajar desde su misma conceptualización: meta-análisis, análisis de costo-efectividad, los estudios cuasiexperimentales y los estudios experimentales, más aún, cuando las decisiones tomadas en infectología y en epidemiología se deben basar, entre otras, en este tipo de evidencias, ya que su práctica se refiere a las causas, su centro de interés está en los factores de riesgo a partir de razonamiento inductivo.
4. Revisando la literatura relacionada con los comités de infecciones y la existencia de un profesional de enfermería dentro de éste; se espera que fundamentalmente su práctica basada en evidencias que surjan de su diario acontecer, más aún, cuando los resultados del estudio corroboran que es el trabajador de

la salud que está de forma permanente dentro del comité, justificando su presencia no sólo por sus cualidades como coordinador o secretario del equipo, sino como representante de un grupo de profesionales y auxiliares de enfermería que asume el cuidado del usuario durante las 24 horas del día, y es uno de los implicados directos en el manejo y control de las infecciones intrahospitalarias.

5. Según lo referido por la literatura, la capacidad de toma de decisiones del profesional de enfermería es un procedimiento que requiere madurez y capacidad de juicio, es un proceso que puede ser aprendido a través de la observación, el conocimiento y la experiencia, y está soportado por la mejor y mayor evidencia clínica y científica con la que se cuente. Esto se relaciona con lo encontrado en el estudio, el profesional de enfermería que participa en un comité de infecciones cuenta con gran cantidad de información con la cual soporta la toma de decisiones.

Sin embargo, esta información puede corresponder a algún tipo de evidencia que le permita sustentar decisiones más estratégicas relacionadas con problemas y/o situaciones que conciernen a las instituciones, los servicios y el personal identificadas y abordadas desde enfermería.

RECOMENDACIONES

Finalmente, se mencionan algunas recomendaciones para desarrollar la práctica de enfermería basada en evidencias que sirvan como punto de partida en el proceso de toma de decisiones. Se consideran puntos de partida para reflexionar y determinar acciones de trabajo grupal.

1. Se requiere formar grupos interesados en la temática que realicen ejercicios serios de reflexión respecto a lo que significa la práctica de enfermería basada en evidencias, así como los procesos de toma de decisiones, con los beneficios para los comités de infectología, partiendo de la oportunidad que se tiene al contar con el apoyo del comité de vigilancia epidemiológica a nivel de la Secretaría

Distrital de Salud para trabajar durante varias sesiones que son de asistencia obligatoria para todos los representantes de los comités de infectología de las instituciones en Bogotá.

2. Se requiere que los Departamentos de Enfermería cuenten con un presupuesto asignado para el desarrollo de la investigación y de sesiones que permitan ejercitar el proceso de toma de decisiones, ya que éste requiere del desarrollo de la capacidad de juicio, el cual puede ser aprendido a través de la observación, el conocimiento y la experiencia.
3. Es indispensable que las instituciones de salud cuenten con centros documentales y acceso a bancos de datos automatizados, que permitan tener acceso a temáticas relacionadas con infectología y con los procesos de toma de decisiones.
4. Promover la formación de profesionales de enfermería que sepan acceder a la información más actualizada y cómo recuperarla, y conozcan las herramientas y modelos que existen para el proceso de toma de decisiones. Fundamental es que se conviertan en tareas asignadas a todos los participantes del comité de infectología, tanto la de acceder a la información como la de ejercitarse en algún tipo de modelo de toma de decisiones.
5. Es indispensable que los profesionales de enfermería tengan formación sólida en investigación, lo que implica poder reconocer los distintos tipos de investigación que existen, así como los diversos tipos de evidencias (meta-análisis, análisis de decisión, análisis de costo-efectividad y guías de práctica clínica) y su relación con el proceso de toma de decisiones. Así mismo, es necesario tener formación para la evaluación crítica de las investigaciones reportadas, así como saber elaborar reportes de revisiones sistemáticas de literatura.
6. Fomentar la toma de decisiones en grupo en los profesionales de enfermería de acuerdo con los diferentes modelos que existen para su aplicación. En primera instancia, se podría diseñar un instrumento o formato que se utilice durante las sesiones en que se reúne el comité, y quede como acta o registro específico de las decisiones que se tomaron y

además sirva como elemento para la retroalimentación del comité.

7. La práctica de enfermería basada en evidencia y un buen proceso de toma de decisiones, implica ser expertos clínicos y expertos en investigación, recordando que “los expertos no nacen sino que se hacen”, es decir, hay que desarrollar diversas experiencias que posibiliten que ésta sea una realidad (Morán, 2001).

Respecto a las estrategias a desarrollar en las instituciones de Educación hay una necesidad de reorientar la formación de las actitudes hacia la investigación en enfermería, generando procesos que permitan utilizarla para tomar decisiones. Se requiere:

1. Reorientar la formación para la investigación en los estudiantes de Enfermería haciendo una clara distinción entre los propósitos de la formación para la investigación en cada uno de los niveles educativos (pre y posgrado), que podría ubicarse progresivamente en tres niveles: apreciación de la investigación; conocimiento y entendimiento de la metodología de la investigación; y carrera de investigador.
2. Diversificar los tipos de estudios, incorporando metodologías cualitativas que en principio son más acordes con una visión holística de las prácticas de cuidado. Así como otras que se puedan aplicar en el campo de la infectología y la epidemiología.
3. Reorientar la formación para la toma de decisiones en los estudiantes, haciendo una reflexión en la necesidad de ejercitar este proceso para el empoderamiento de Enfermería como disciplina profesional. Así mismo, considerar que este proceso no puede asumirse como netamente intuitivo, sino que debe ser analítico-interpretativo a partir de las evidencias identificadas.
4. Promover de manera sistemática el desarrollo de habilidades de pensamiento crítico en los estudiantes de Enfermería, como una tarea esencial de los docentes que posibilitará que los alumnos desarrollen habilidades y destrezas para la identificación de problemas, la elaboración de juicios clínicos, la toma de decisiones clínicas y la evaluación del

efecto de sus acciones que den paso a prácticas clínicas o comunitarias de mayor calidad.

5. Reorientar la formación del profesional de Enfermería desde el campo de la infectología y, específicamente, la epidemiología, de tal modo, que fundamente su práctica en estas áreas basado en evidencias con el fin de que se tomen decisiones concretas en los comités de infecciones relacionadas con mejoramiento de la calidad, disminución de indicadores de tasas de infecciones intrahospitalarias, y por lo tanto, reducción de costos para las instituciones. Es decir, sustentar su razón de ser en un comité de acuerdo con las decisiones que tome desde su disciplina profesional a partir de las evidencias clínicas.
6. Mantener y enriquecer la formación del profesional de Enfermería en relación con gestión y gerencia, para que cuente con las herramientas necesarias dentro de un comité de infectología o de vigilancia epidemiológica, en torno a actividades de planeación, organización, evaluación y retroalimentación de procesos de toma de decisiones.

Como se dijo con anterioridad, estos son sólo puntos de partida, pero es imprescindible desarrollarlos si se desea que los profesionales de enfermería mejoren la calidad de atención a los usuarios a través de procesos de toma de decisiones sobre prácticas de cuidado, a partir de evidencias.

Corresponde a todos los profesionales de Enfermería, no importa el nivel en el que se encuentren, coadyuvar al desarrollo de la misma, tomando conciencia de la importancia que ésta tiene y los beneficios que aportará para el desarrollo disciplinario y profesional de Enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) GÓMEZ SERRANO, Consuelo. “La epidemiología como elemento integrador del currículo de enfermería”, en: *Avances en Enfermería*, vol. 4, No. 1-2, mayo-agosto, 1985, p. 30.
- (2) JHONSTON, Florence. *Toma de decisiones en el mundo clínico. Administración de servicios de enfermería*, México: Interamericana, 1986, p. 205.
- (3) REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 266 de 1996. Por la cual se reglamenta la profesión de Enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones.

- (4) GÁLVEZ TORO A. “Enfermería basada en la evidencia. Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados”. Granada: *Index de Enfermería*, 2001.
- (5) ——. “Clasificación de evidencias por su diseño y utilidad. La investigación secundaria cualitativa”. *Index de Enfermería*, 2003; XII(43):45-49.
- (6) ——. “Aproximación a la evidencia científica: definición, fundamentos, orígenes e historia”. *Index de Enfermería*. Granada, 2000. IX (30):36-40.
- (7) ——. “Un enfoque crítico para la construcción de una enfermería basada en la evidencia”. En: *Investigación y Educación en Enfermería*, Universidad de Antioquia, vol. XXI No. 1, marzo, 2003, [en línea], disponible en: <http://enfermeria.udea.edu.co/revista/html/articulos> Consultado el 25 de mayo de 2005.
- (8) *Ibíd.*
- (9) *Ibíd.*