

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976.

Departamento de Psicología, Educación y Salud
Maestría en EDUCACIÓN y Gestión del Conocimiento



**La gestión del conocimiento aplicada en el cuidado del recién
nacido con prematuridad**

**TRABAJO RECEPTACIONAL, para obtener el GRADO de
MAESTRO EN EDUCACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO**

Presenta: **Cristóbal Isaac Vargas Encarnación**

Asesoras: **María Enriqueta Franco Gamboa**

Maelvi Lizette Muñoz Alvarez

Tlaquepaque, Jalisco, diciembre del 2022

Je passerai mon Ciel à faire du bien sur la terre.

Sainte-Thérèse de Lisieux

ÍNDICE

Resumen.....	5
Introducción.....	6
Capítulo 1 La prematuridad una adversidad para los recién nacidos y un desafío para la práctica de enfermería.....	6
1.1 La importancia de la atención del desarrollo del recién nacido con prematuridad.	8
1.2 Planteamiento del problema.....	12
1.3 Justificación.	15
1.4 Objetivo general.....	16
1.5 Marco contextual. La UCIN del Hospital de las Américas.....	16
Capítulo 2 La Gestión del Conocimiento para enfrentar el reto de los cuidados neonatales en prematuros.....	21
2.1 Necesidades del recién nacido con prematuridad extrema.	21
2.1.1 Modelo de atención integral del desarrollo neonatal.	22
2.1.2 La atención centrada en el desarrollo de los bebés nacidos antes de las 28 semanas de gestación en el contexto nacional.	24
2.2 Marco Teórico de la Gestión del Conocimiento, estrategia para mejorar el cuidado del prematuro en UCIN.	27
2.3 Planeación del trabajo para gestionar conocimiento en la UCIN del Hospital de las Américas.....	35
2.3.1 Creación de una comunidad de práctica.....	36
2.3.2 Mapeo del conocimiento.....	38
2.3.3 Combinación del conocimiento.....	38
Capítulo 3 Desarrollo de la estrategia de intervención de creación del conocimiento en la terapia intensiva neonatal.....	43
3.1 Creación de la comunidad de práctica en la UCIN del Hospital de las Américas.....	43
3.2 Mapeo del conocimiento.....	52
3.3 La Combinación del Conocimiento.....	60
3.4 La Gestión del aprendizaje.....	68
3.5 La difusión del conocimiento con el profesional de enfermería de la terapia intensiva neonatal.	69
Conclusiones.....	70

Referencias.....	76
Anexos.....	78

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Ruta para la creación de una comunidad de práctica en una terapia intensiva neonatal.	37
Tabla 2. Ruta para el mapeo del conocimiento especializado en el cuidado del neonato con prematuridad.	38
Tabla 3. Ruta para la combinación del conocimiento.	39
Tabla 4. Integrantes iniciales de la comunidad de práctica.	49
Tabla 5. Fortalezas y debilidades del conocimiento explícito mapeado.....	58
Tabla 6. Dimensiones de los Cuidados del desarrollo.....	62
Tabla 7. Cronograma de actividades para la gestión del aprendizaje.	68
Tabla 8. Ruta para la producción y difusión del conocimiento.....	70

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de las áreas de la UCIN.....	18
Figura 2. Flor del cuidado del neonato con prematuridad	66

Resumen

El presente trabajo de grado comparte un método sustentado en el campo de la Gestión del Conocimiento, realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de una institución de seguridad social; a fin de recuperar el capital intelectual de enfermeras, expertas en el cuidado de los bebés con prematuridad.

Por medio de la colaboración y participación de profesionales de la salud, quienes fueron parte de este proyecto, se buscaron y recuperaron los conocimientos del cuidado neurosensorial y emocional de los neonatos con prematuridad, resguardados en la UCIN; los cuales enseguida, por medio del trabajo colegiado fueron sistematizados y organizados, en una serie de activos, los cuales están disponibles en un repositorio de la terapia neonatal, para todo el profesional de enfermería interesado en ayudar a los recién nacidos por medio de cuidados centrados en el desarrollo.

La experiencia del trabajo colectivo al interior de la UCIN, transformó la perspectiva de los involucrados, puesto que este proyecto fue pionero en la terapia intensiva neonatal; por lo que empezó a generar una serie de modificaciones en los procesos organizacionales, que involucran al campo de la gestión del conocimiento; así como construir un capital estructural del conocimiento disponible para todo el personal de enfermería y lo más importante, dejar una comunidad de práctica constituida por profesionales de enfermería dedicados al cuidado del neonato en estado crítico.

Palabras clave: Gestión del conocimiento, Comunidades de práctica, Neonatos, Enfermeras, Terapia Intensiva Neonatal.

Introducción

La etapa neonatal del ser humano se distingue por ser un periodo en donde los aparatos y sistemas de los recién nacidos necesitan de una serie de cuidados específicos, ya que están en proceso de maduración. El cerebro es uno de los órganos que demanda mayor atención, porque de generarse impactos negativos en él se corre el riesgo de atrofiarse y afectar el crecimiento y desarrollo de los niños. El riesgo es aún mayor cuando el neonato nace antes de las 28 semanas de gestación, puesto que existen estructuras internas del cerebro que no han madurado lo suficiente para incorporarse a la vida extrauterina.

Los problemas de salud que enfrentan los recién nacidos prematuros durante sus primeros días de vida extrauterina, son diversos y su recuperación suele ser prolongada. Durante este periodo el neonato presenta una salud inestable y se encuentra en espera de la reinserción al vínculo familiar; sin embargo, necesita ser atendido con equipos biomédicos especializados y un grupo de profesionistas multidisciplinarios, capacitados en la atención del recién nacido en estado crítico. En México, la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013 responsabiliza al gremio de enfermería de las prácticas de cuidado y atención de los pacientes que mantienen estancias intrahospitalarias, entre ellos se encuentran los recién nacidos con prematuridad.

El Hospital de las Américas¹, sede de este trabajo, cuenta con un grupo de cinco profesionales de enfermería que se reconocen como conocedores de modelos de cuidados de bebés prematuros, cuatro de ellos cuentan con más de 20 años de experiencia laboral en la atención de recién nacidos en estado crítico. Esta organización cuenta con repositorios del conocimiento, destinados a mejorar la práctica asistencial de enfermería a los bebés con prematuridad.

El campo de la gestión del conocimiento recomienda la preservación de este capital intelectual, puesto que es un elemento valioso con el que las organizaciones pueden resolver las demandas de los usuarios, como los cuidados de los recién nacidos de

¹ Por razones de confidencialidad no se utiliza el nombre real.

forma prematura. Una estrategia de recuperación del conocimiento es por medio de las comunidades de práctica (CoP), grupos de personas generadoras de conocimiento que comparten afinidades, intereses y prácticas. Estos grupos de personas tienen la oportunidad de capitalizar y estructurar nuevo conocimiento y ponerlo a disposición de toda la empresa o institución de una forma sistemática y organizada.

Por consiguiente, en el Hospital de las Américas se proyectó una intervención basada en la gestión del conocimiento, que recupere el capital intelectual de su propia organización y genere nuevos conocimientos en el campo de la enfermería. Lo anterior llevaría al Hospital a convertirse en una institución de salud sustentable, que basa sus prácticas de operación en capital intelectual valioso construido a partir de la experiencia y la formación profesional.

En las siguientes páginas se describe la experiencia desarrollada de otoño del 2018 y la primavera del 2019, organizada en tres capítulos: el primero da cuenta del planteamiento del problema que originó el proyecto, que son las necesidades de los bebés nacidos antes de las 37 semanas de gestación, y la relevancia de recuperar el capital intelectual resguardado en la UCIN.

El capítulo dos está integrado por tres apartados, el primero son los antecedentes del cuidado del recién nacido con prematurez, el siguiente es para el marco teórico de la gestión del conocimiento, tomadas de los autores: Senge, Wenger Nonaka y Firestone-McElroy. El tercer apartado describe el plan de trabajo basado en estos modelos, para el logro de este proyecto al interior de la UCIN del Hospital de las Américas.

El capítulo tres comparte las vivencias ocurridas durante el desarrollo de este trabajo, los resultados de este trabajo por medio de una narrativa organizada en cinco fases, así como los aprendizajes logrados y el conocimiento estructural construido.

Capítulo 1 La prematuridad una adversidad para los recién nacidos y un desafío para la práctica de enfermería.

Los recién nacidos prematuros necesitan atención en la *Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales* (UCIN) porque no están desarrollados completamente para la vida extrauterina y pueden presentar una serie de complicaciones, desde hipotermia hasta infecciones potencialmente mortales. La *Organización Mundial de la Salud* (OMS) reconoce que el parto prematuro es "un importante problema de salud perinatal en todo el mundo" (OMS, 2010, p. 31).

1.1 La importancia de la atención del desarrollo del recién nacido con prematuridad.

La OMS (2012), así como la normativa mexicana (NOM-007-SSA2-2016.), declaran que los neonatos o recién nacidos son todos los niños que tienen menos de 28 días de vida. En la normativa citada, además, se clasifican los neonatos en cuatro grupos según su edad gestacional.

- a. Recién nacido a término: aquél cuya gestación haya sido de 37 semanas a menos de 42 semanas.
- b. Recién nacido posttérmino: producto de 42 o más semanas completas de gestación.
- c. Recién nacido pretérmino: aquél cuya gestación sea de 22 a 37 semanas.
- d. Recién nacido inmaduro: aquél cuya gestación haya sido de 22 a 28 semanas, o que su peso al nacer sea de 501 a 1,000 g.

La prematuridad es una condición de salud, la cual sobrellevan los bebés nacidos antes de las 37 semanas de gestación. La OMS, en mayo del 2012 dio a conocer que uno de cada diez recién nacidos lo hace de manera prematura. Además, que esta condición es considerada la principal causa de muerte en los neonatos, ya que los aparatos y sistemas de los niños son frágiles e inmaduros lo cual dificulta afrontar de manera autónoma la vida extrauterina. Los niños que sobreviven a este problema

de salud, afirma la OMS, enfrentan discapacidades a lo largo de sus vidas en los ámbitos del desarrollo físico, cognitivo y psicosocial.

En 2015, se publicó el documento “Recomendaciones de la OMS sobre intervenciones para mejorar los resultados del parto prematuro” (OMS, 2015), en esta publicación se agruparon a los bebés con prematurez en tres colectivos con la finalidad de ofrecer una atención de salud especializada a cada conjunto de infantes, los cuales se presentan a continuación:

- Recién nacido prematuro moderado: nacido entre las 32 semanas y antes de las 37 semanas de gestación. En este grupo se distingue como recién nacido prematuro tardío al nacido desde las 34 semanas y antes de las 37 semanas de gestación.
- Recién nacido muy prematuro: nacido entre las 28 semanas y antes de las 32 semanas de gestación.
- Recién nacido prematuro extremo: nacido antes de las 28 semanas de gestación.

Asimismo, se señala que la primera dificultad se centra en uno de los principales órganos del cuerpo humano, el cerebro, este órgano en los bebés prematuros al ser inmaduro tiene riesgo de sufrir una hemorragia intraventricular (HIV), entendida como hemorragia en la matriz germinal del cerebro. Las secuelas que puede dejar este problema en los infantes van desde problemas cognitivos, sensoriales, hasta la muerte (OMS 2013).

El siguiente problema de salud al que se enfrentan radica en el sistema respiratorio, porque carecen de una sustancia llamada surfactante o agente tensioactivo, que contiene proteínas producidas por células pulmonares tipo II y células claras del tracto respiratorio. Dicho líquido mantiene los alvéolos abiertos y expandidos, lamentablemente por las condiciones de inmadurez de los bebés prematuros, esta sustancia se encuentra en cantidades pequeñas, lo que conduce a una serie de problemas respiratorios, como el síndrome de dificultad respiratoria (SDR). De acuerdo con Ana Quiroga, este problema de salud es “una patología causada por el

déficit de surfactante, la inmadurez anatómica pulmonar y la incapacidad neurológica de mantener una respiración efectiva en tiempo y forma” (Egan, F, 2012, p.4).

Existe al mismo tiempo, un desafío en el campo visual, ya que es muy común que este tipo de recién nacidos están expuestos a grandes cantidades de oxígeno, lo que afecta gravemente la retina y provoca una patología llamada *retinopatía del prematuro* (ROP). La guía de práctica clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) llamada *Detección, diagnóstico y tratamiento de retinopatía del prematuro en el segundo y tercer nivel de atención* conceptualiza la ROP como “la detención del desarrollo neuronal y vascular normal de la retina en el niño prematuro, con mecanismos compensatorios en última instancia patológicos, que resultan en una aberrante vascularización de la retina” (GPC, 2015. p.10), si el recién nacido es afectado por este problema las consecuencias son graves, llegando incluso a perder la capacidad visual.

El sistema inmunológico, al igual que los demás, se encuentra inmaduro, sus mecanismos de defensa, las cantidades de flora de defensa en la piel y mucosas son limitadas. Las anteriores características se convierten en problema ya que es habitual desarrollar procedimientos invasivos, como la instalación de cánulas endotraqueales, catéteres y otros tantos para salvar su vida. Desafortunadamente para los bebés, su sistema inmunitario al ser inmaduro los hace más vulnerables y propensos a adquirir procesos infecciosos que impacten de forma grave su vida.

También son más vulnerables a sufrir hipotermia, el Programa S.T.A.B.L.E explica que esto sucede porque la termorregulación, que se entiende como la capacidad de un organismo para regular su temperatura, aparece hasta la semana 26 de vida intrauterina. Además, advierte que la grasa parda, que es una sustancia que ayuda a la termorregulación de los aparatos y sistemas, “se acumula progresivamente a través de la gestación, especialmente en la última parte del tercer trimestre” (2006 p.47). Por consiguiente, se interpreta que, al tener una función inmadura de termorregulación y pocas cantidades de grasa parda, el neonato nacido antes de

las 37 semanas de gestación se vuelve un ser propenso de sufrir episodios de hipotermia que desencadenen una serie de trastornos hemodinámicos.

La alimentación comprendida como una forma común de incorporar alimentos al cuerpo humano para obtener nutrientes. Es complicada para los bebés nacidos antes de las 28 semanas de gestación, según la OMS (2013), puesto que el reflejo de succión es inmaduro lo que complica la ingesta de leche materna o formulas. Sustituyéndolas por otros métodos invasivos como la alimentación por sonda orogástrica.

En el contexto nacional, el IMSS –institución con mayor número de derechohabientes— reportó que de los 425 mil 516 nacimientos que se registraron durante 2017 en todo el país, 41 mil 664 fueron partos prematuros, es decir, el 9.8 por ciento nacieron antes de las 37 semanas de gestación (IMSS, 2018).

Dadas las anteriores circunstancias, la atención de enfermería al neonato con prematuridad se ha convertido en un tema de creciente discusión y análisis, que ha derivado en propuestas para atender a este tipo de neonatos. De este modo, publicaciones como el decálogo del prematuro (UNICEF, 2013) busca prevenir de manera más eficiente el daño neurológico y el cuidado del organismo del infante.

Ante esta situación el IMSS y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) buscan sumarse en iniciativas para brindar una mejor atención a los bebés prematuros para prevenir y atender las múltiples complicaciones que pueden presentarse. Esto se refleja en la guía de práctica clínica del IMSS (2013), "Intervención de enfermería para recién nacidos prematuros" y el plan estratégico ISSSTE 2018. Ambos contienen una serie de recomendaciones consistentes con la UNICEF y los Estándares Oficiales de Práctica de Enfermería del Sistema Nacional de Salud de México (NOM-019-SSA3-2013), a través de los cuales el profesional de enfermería puede planificar el proceso de atención al neonato con prematuridad.

1.2 Planteamiento del problema.

En el mes de agosto del 2018, comenzó el desarrollo de este proyecto en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) de un Hospital, al que se le denominará en lo sucesivo Hospital de las Américas, que inició actividades en 1975 en el occidente de México.

La cultura organizacional de este Hospital está basada en modelos administrativos verticales, con una gerencia que tiene vigencia de seis años y va a la par con los sexenios presidenciales del Gobierno de la República. El personal que integra la organización sigue una línea de mando que inicia en la dirección y finaliza en el personal operativo, mientras que el sistema administrativo está dividido por áreas o coordinaciones en las cuales se siguen líneas de mando por jerarquías.

La coordinación de enfermería es un puesto designado de manera directa por la dirección médica del Hospital. La persona a cargo selecciona a criterio propio su personal de confianza, quienes desempeñan los puestos de mandos medios, subjefaturas y supervisión. El modelo administrativo, que sigue meticulosamente la coordinación de enfermería es el verticalista, impulsando en sus prácticas “el control, con comunicación indirecta entre los administrativos y el personal operativo, a partir de oficios o por medio de intermediarios como son los mandos medios” (B1_07/11/2018).

El manual organizacional que elaboró la coordinación de enfermería del Hospital de las Américas establece que se tiene que realizar la “optimización de recursos humanos”, una manera de llevar a cabo esta política es en la distribución de pacientes. Esta intervención la conceptualiza el manual de procedimientos de la Secretaría de Salud, subdirección de enfermería (B1_06/11/2018), como un “estándar, utilizado para determinar el tiempo que se le dedica a un paciente por parte del personal de enfermería en su jornada de trabajo”. Interpretándose como una actividad donde la jefa de piso, nivel de mando medio, le asigna a cada enfermera operativa una cantidad estandarizada de pacientes para que lo atienda en el transcurso de la jornada laboral. Cabe señalar que esta práctica es reconocida entre los actores de los cuidados de asistencia que es el gremio de enfermería como

distribución por índice enfermera paciente, ya que el objetivo está en asignar un número predeterminado de derechohabientes a cada profesional de enfermería.

En este caso, la distribución de bebés de manera estandarizada es una actividad de alto riesgo organizacional, pues resulta comprometedor porque siguen un patrón de homogeneización y control que impide que se cuide al infante de manera personalizada. Berta, enfermera del turno nocturno (B1_10/11/2018), menciona que “mientras las jefas sigan estandarizando que cada enfermera tiene la obligación de atender a dos bebés, las cosas van a seguir igual”. Esta práctica, también impulsa que el personal de enfermería opte por agrupar las intervenciones de asistencia en horarios preestablecidos de forma rutinaria, así lo señalaron 25 de 30 enfermeras. Adriana² (B1_5/11/2018), una de las enfermeras entrevistadas, compartió lo siguiente:

La jefatura de enfermería no cubre el ausentismo de las compañeras, justificándose que el indicador de dos niños por enfermera y hay veces que los niños están muy delicados, con ventilador, cinco infusiones, lo cual hace imposible trabajar de manera personalizada y mejor nos organizamos por horarios.

Por lo tanto, el número de neonatos que atiende el personal de enfermería en la UCIN del Hospital de las Américas es de dos. Esta situación provoca que los encargados de los cuidados del infante con prematuridad opten por optimizar los tiempos de la jornada laboral y agrupen sus intervenciones en horarios establecidos. Gemma, enfermera con 25 años de experiencia en la UCIN, reconoce que esta forma de distribución de bebés es habitual para las jefas de servicio

La siguiente viñeta, comparte una de las experiencias que vivió la enfermera Gemma:

“Cuando era operativa mi jefa Rosa A., me dejaba dos niños porque yo era la de base y después me siguió dejando dos niños y hasta los más delicados

² Las personas que colaboraron con este estudio son referidas con nombres ficticios por razones de confidencialidad.

porque después fui la especialista, así que eso no es nuevo”.
(B1_17/10/2018).

La práctica de cuidados del neonato por horarios preestablecidos puede ser identificada como riesgosa y contraviene las propuestas internacionales, como la de UNICEF (2018, p.6), que reconoce en el decálogo del prematuro, en el derecho número tres, que los infantes con prematuridad son seres únicos, los cuales poseen diferentes problemas de salud. Una forma de atender esta problemática es ofreciéndoles un cuidado individualizado de calidad, orientado a proteger su desarrollo e integridad como persona.

En el mes de octubre del 2018 se aplicó un cuestionario a 30 enfermeras operativas, 16 generales y 14 especialistas, que conformaban el 100% total del personal operativo del servicio de UCIN del Hospital de las Américas, a fin de indagar sobre los conocimientos con los que contaban en relación con los cuidados del recién nacido con prematuridad (ver guía de entrevista en anexo 4). La información recabada reveló que 25 enfermeras se perciben poco conocedoras de métodos especializados para el cuidado de los infantes con esta condición, pero están abiertas a dialogar y compartir recomendaciones para innovar sus prácticas profesionales. Algunas coinciden que la comunicación entre el personal de enfermería para compartir nuevas formas de atención al neonato es muy escasa y lo consideran, incluso, como un desafío porque existen compañeras que se dicen conocedoras de este tipo de cuidados, pero prefieren reservarlo, Cuca (20 de octubre del 2018), expresa que es común escuchar comentarios como “mi trabajo me costó estudiar”; Margarita (20 de octubre del 2018), recuerda lo que le recomendaba con frecuencia una compañera, ahora ya jubilada, “no le digas como hacerlo, porque ella no va a los cursos, si quiere saber que vaya también a los cursos”.

Por otra parte, algunas enfermeras consideran aplicables métodos especializados para el cuidado de neonatos en estado crítico, como son los prematuros, puesto que ellas tratan de llevarlos a cabo dentro de su práctica profesional. La enfermera Cuca, comparte que estos conocimientos los ha adquirido gracias a programas de

educación continua, incluso los describe como parte de su compromiso profesional, “cuando me voy a cursos lo hago por los niños, para ayudarlos”, hay que aclarar que, de acuerdo con lo que informaron, el conocimiento lo han adquirido en cursos de actualización fuera del Hospital de las Américas. Dadas las anteriores circunstancias, se puede interpretar que, dentro de la plantilla del profesional de enfermería de la UCIN hay personas comprometidas con sus pacientes, que se mantienen actualizadas en procesos de cuidados neonatales, también existen rutas y procesos de asistencia a los bebés con prematurez adecuadas al contexto organizacional. Asimismo, se encontraron bases de datos como el Manual de procedimientos, elaborado por el personal de enfermería de la terapia neonatal, todo esto nos indica la existencia de activos del conocimiento dispersos, los cuales pueden reorganizarse para tener un mejor impacto en la salud de los niños.

1.3 Justificación.

La Secretaría de la Función Pública (SPF)—organismo que rige el funcionamiento de las organizaciones de salud pública federal, como el Hospital de las Américas —, reconoce a la gestión del conocimiento como “tema de creciente importancia para incrementar la eficacia de la empresa y la organización en el sector público” (SPF, 2018, p. 2), las organizaciones creadoras del conocimiento son sustentables porque resuelven las nuevas demandas de los usuarios por medio de prácticas basadas en conocimientos construidos por información actualizada, experiencias valiosas y apertura a nuevos aprendizajes, lo que genera procesos operativos resolutivos, eficaces, innovadores y vigentes.

La gestión del conocimiento es una disciplina organizacional que resuelve los problemas de operación por medio del aprendizaje colaborativo, lo que genera que las organizaciones que trabajan inspiradas bajo esta forma se vuelvan innovadoras y sustentables porque, al mismo tiempo que solucionan sus dificultades de forma colaborativa se adaptan a las nuevas demandas de los usuarios.

Peter Senge (1998), autor del libro *La quinta disciplina*, comparte en su obra estrategias para transitar de una organización tradicionalista, centrada en el mando, a una organización creadora de conocimientos y abierta al aprendizaje. Nombrada

como *Disciplina del aprendizaje en equipo*, la considera vital porque la unidad fundamental de aprendizaje en las organizaciones modernas no es el individuo, sino, el equipo, interpretándose que si los equipos no aprenden, tampoco la organización.

Étienne Wenger (2001, p.4) coincide con Senge (1998) en destacar el aprendizaje en colectivos y, además, desarrolla la idea que dentro de las organizaciones existen micro-comunidades que generan aprendizajes a través del diálogo y la interacción cotidiana. Wenger denomina a estas agrupaciones como comunidades de práctica (CoP) y las describe como “grupos de personas que comparten una inquietud, un conjunto de problemas o una pasión por un tema, y que profundizan su conocimiento y experiencia en esta área al interactuar de manera continua”.

El incentivar una comunidad de práctica entre profesionales de enfermería de la UCIN representa una oportunidad para transitar del campo de las organizaciones abiertas a las organizaciones inteligentes, promoviendo el aprendizaje y desarrollo de las personas a nivel individual y colectivo en una relación de colaboración e interacción acorde a modelos más horizontales y participativos, generando nuevos conocimientos, resolviendo así los problemas de sobrevivencia de los neonatos con prematuridad, logrando un cambio en la forma de atención por medio de cuidados de alta complejidad independientes dirigidos al infante.

Es por ello que a través de este proyecto se propone:

1.4 Objetivo general.

Gestionar el conocimiento del profesional de enfermería, para mejorar el estado de salud de los neonatos prematuros, en un marco colaborativo y de diálogo, que favorezca el aprendizaje organizacional.

1.5 Marco contextual. La UCIN del Hospital de las Américas.

En el mes de agosto del 2018 comenzó el desarrollo de este proyecto, en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) de un Hospital al que se le denominará

en lo sucesivo *Hospital de las Américas*, cuya localización está en el municipio de Zapopan, dentro del estado de Jalisco. Esta institución pertenece a una red de nosocomios de seguridad social de alta especialidad (tercer nivel) de las entidades —federales y estatales— que integran el Sistema Nacional de Salud en México. La misión y visión del servicio de UCIN del Hospital de las Américas que comparte en el manual organizacional 2018, que es su última versión de actualización, son las siguientes:

Misión: Somos un equipo de trabajo interdisciplinario comprometido a proporcionar atención especializada con calidad y calidez al neonato, satisfaciendo sus necesidades, optimizando los recursos existentes y obteniendo un máximo beneficio que impacte a su salud y a su entorno familiar.

Visión: Ser un equipo de trabajo integrado por personal dinámico y proactivo que otorgue atención de calidad acorde a los avances científicos y tecnológicos para alcanzar altos estándares de calidad que supere las expectativas del usuario y prestadores de servicio en un plazo máximo de 2 años.

La estructura Organizacional de la UCIN está constituida como un servicio que atiende a los recién nacidos con necesidades de cuidados especiales, como son los neonatos con prematuridad. Este lugar es especial en el Hospital, ya que tiene ciertas características que la distinguen de las demás terapias intensivas como las de adultos y pediatría. En la UCIN, los espacios destinados a la atención de los recién nacidos están a la vista de todas las personas que ingresan a este servicio, los equipos biomédicos que posee la terapia neonatal están destinados a favorecer las condiciones de salud de los neonatos como los equipos de terapia de infusión, cada subárea cuenta con gabinetes de material de consumo, pañales, jeringas, etc., necesario para la atención de los infantes.

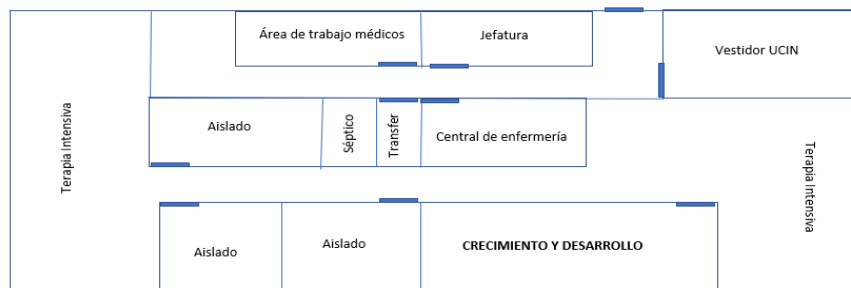
El servicio de la UCIN se encuentra organizado de la siguiente manera:

- Unidad de crecimiento y desarrollo (*Cuidados intermedios*): capacidad máxima para 5 niños.

- Aislados: Aislado 1, Aislado 2 y Aislado 3.
- Área específica de Cuidados Intensivos (UCIN): capacidad máxima de 9 pacientes (5 en ala norte y 4 en ala sur), sólo ingresan pacientes que requieren manejo intensivo de su patología.
- Carro de paro completo y equipado con un desfibrilador (en el ala sur). (Véase la figura 1)

Cada año en el Hospital de las Américas nacen aproximadamente 2,100 niños, de los que cerca del 14% ingresan a terapia intensiva, es decir, a la UCIN (Estadísticas institucionales, 2019). El personal de enfermería es quien se encarga directamente de sus cuidados, ellas se distribuyen en seis turnos: matutino, vespertino, nocturno 2.1 (lunes, miércoles y viernes), nocturno 2.2 (martes, jueves y fines de semana), jornada acumulada diurna y jornada acumulada nocturna. La plantilla del servicio es alrededor de 30 enfermeras, existen plazas que pertenecen a la UCIN, pero por algún motivo administrativo se encuentran fuera de este, de modo que la plantilla puede incrementar o decrecer ligeramente.

Figura 1. Distribución de las áreas de la UCIN.



El área de neonatos está dividida en tres sub-áreas: Cunero de Toco Cirugía, Habitación Conjunta y Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Las prácticas asistenciales del personal de enfermería que colabora dentro de la UCIN comienzan con el lavado de manos quirúrgico, en seguida se recibe el rol de actividades a realizar, a la vez se recibe el material biomédico, medicamentos controlados; la recepción de pacientes directa depende de cada turno y jefa de servicio.

El momento de la recepción del neonato es donde la jefa de servicio espera la llamada de la jefatura de enfermería por parte de las supervisoras para tomar asistencia y conocer el número de bebés que tendrán a su cargo, así como las necesidades específicas de cada infante, enseguida se realiza el cálculo de personal donde las supervisoras y las jefas de servicio determinan el número de niños que le asignarán a cada enfermera, son estas últimas precisamente, las que esperan que las enfermeras finalicen sus actividades de recepción de turno para delegar los pacientes correspondientes.

Una vez que la jefa de enfermeras hace entrega de los bebés la siguiente actividad es la recepción de pacientes por parte de la enfermera titular, donde será responsable de revisar todos los equipos biomédicos, medicamentos y demás equipos que tiene el recién nacido. Es en este momento donde la enfermera realiza su plan de trabajo durante la jornada laboral y puede, por decisión propia, elegir entre el cuidado individualizado si se trata de un recién nacido con prematuridad o realizar sus actividades a manera de rutina, es decir, concentrando cierto tipo de tareas a realizar en momentos predeterminados.

De acuerdo con el Manual de la organización (2018, p.39), la función de asistencia de los pacientes la realiza el personal operativo de enfermería, este se organiza al interior de la UCIN, en enfermeras generales y enfermeras especialistas; en cuanto a las funciones administrativas, docentes y de investigación, estas las realizan las jefas de servicio.

La contención o elaboración de “nidos” donde se colocan a los prematuros es una actividad más que no se realiza con las características que promueve el cuidado individualizado del recién nacido con prematuridad. El personal prefiere elaborar medios nidos, que consisten en colocar al niño en una especie de media luna, dejando al descubierto la cabeza o simplemente elaboran los llamados columpios, que consisten en fijar una sábana de franela al colchón de la incubadora y colocarla en la cintura del neonato en posición ventral.

El ruido es una actividad que también se tiene que mejorar, es muy común el uso elevado de la voz durante las jornadas laborales, lamentablemente, esta actividad no es exclusiva de enfermería, sino, de todo el equipo multidisciplinario de la UCIN. La enfermera Adriana (15 de octubre del 2018), externa “¿cómo quieren que estemos en silencio si cuando son los pases de visita, los médicos son los primeros en estar discutiendo?”.

En el marco contextual se puede visualizar que las enfermeras de la UCIN emplean un sistema de atención estandarizado y rutinario, desalineado con las recomendaciones de la UNICEF y de otras organizaciones dedicadas a preservar la salud y bienestar de los bebés. De continuar de ese modo se corre el riesgo de que los neonatos puedan sufrir alguna lesión o discapacidad que retrase su egreso de la UCIN, con ello aumentar los días de ocupación hospitalaria y generar mayor inversión de capital humano y financiero, que impactaría en el presupuesto del Hospital. Las familias también se verán desestabilizadas, dado que las atenciones a un niño con necesidades de salud especiales implican inversión de tiempo y economía, así como reorganizaciones de los sistemas familiares y sociales, porque este grupo de niños demandan espacios acordes a sus necesidades de salud.

Capítulo 2 La Gestión del Conocimiento para enfrentar el reto de los cuidados neonatales en prematuros.

Este capítulo tiene como propósito dar a conocer los antecedentes del cuidado del desarrollo de los bebés nacidos antes de las 28 semanas de gestación, a su vez se encontrará la necesidad a atender, su justificación y su relación con la estrategia de gestionarla a través del marco de la gestión del conocimiento.

2.1 Necesidades del recién nacido con prematurez extrema.

La UNICEF afirma que “la prematurez es una condición biológica con prevalencia en aumento a nivel mundial y cuyo origen es multifactorial (biológico, ambiental y social)” (UNICEF, 2013. p. 1). Esta organización recomienda iniciar el manejo de enfermería en este grupo de niños con la aplicación de una serie de valoraciones que le permiten determinar las estrategias necesarias para su manejo asistencial, una de ellas es el *Test de Ballard*, que permite determinar la edad gestacional y se enfoca en dos aspectos, la madurez física y la madurez neuromuscular. Una vez determinadas las semanas de gestación, el profesional de enfermería comienza su planeación, en este momento tiene la oportunidad de integrar un modelo especializado de atención centrada en atender las necesidades multisistémicas que no se han podido completar en el útero.

La atención centrada en el desarrollo de los recién nacidos con prematurez, también conocida de manera genérica como Cuidados Centrados en el Neurodesarrollo, son conceptualizados por la UNICEF como:

Una serie de intervenciones que favorecen un desarrollo neurológico adecuado, teniendo en cuenta la neuroplasticidad, es decir, la capacidad que tiene el cerebro para realizar modificaciones en el corto y largo plazo, en cuanto al número y fortaleza de las conexiones neuronales (UNICEF, 2018, p.6).

Es tan importante la difusión de este tipo de atención al neonato con estas características que, la misma UNICEF, en el 2013 propago en su página web, un

documento titulado el decálogo del prematuro. El cual es una guía con una serie de recomendaciones para todo el equipo de salud. En este instrumento aparece de forma explícita que todos los bebés nacidos antes de las 37 semanas tienen derecho a recibir cuidados de enfermería alta calidad, orientados a proteger su desarrollo físico, cognitivo y psicosocial.

2.1.1 Modelo de atención integral del desarrollo neonatal.

Desde el 2017, el Instituto nacional de perinatología (INPER) en su curso Neurodesarrollo, Avances y Perspectiva del Cuidado Enfermero “Un cerebro para toda la vida”, comenzó a recomendar a las unidades de cuidados intensivos activas en México que dentro de las prácticas de asistencia al neonato en estado crítico incluyan el modelo de la Dra. Leslie Altimier, que propone una estrategia de cuidado a los bebés nacidos antes de las 28 semanas de gestación, integrada por 7 medidas básicas organizadas que aspiran a impactar de forma favorable en la salud de los neonatos con prematuridad extrema durante su estancia en las terapias intensivas neonatales. A continuación, se comparten cada una de estas estrategias:

Medida central #1: Entorno curativo

El entorno de sanación, medida central, aborda el aspecto físico entorno de la UCIN, incluido el espacio, la privacidad y la seguridad, el sentido entorno de la temperatura, tacto, propiocepción, olfato, gusto, sonido y la luz, así como las personas (familias y personal) y sus interacciones.

Medida central # 2: Asociarse con las familias

La idea de asociarse con las familias en la UCIN incluye una filosofía del cuidado que reconoce que, el tiempo y la familia tiene la mayor influencia sobre la salud y el bienestar de un bebé. El cuidado integral de la familia brindado con compasión, sin separación, donde el contacto piel con piel es la norma, es el modelo ideal de atención para fomentar el desarrollo normal, el apego, la vinculación y capacitar a los padres para que sean socios iguales en el equipo de cuidado.

Medida central #3: Posicionamiento y manejo

Tiene el objetivo inherente de sostener el cuerpo del bebé prematuro lo más cerca posible de la posición en la que habría estado en el útero, donde es contenido por un espacio cerrado, circunferencial, con 360 grados de límites bien definidos. Proporcionar un posicionamiento de apoyo al desarrollo en la UCIN es esencial para un desarrollo musculoesquelético óptimo, que influye no sólo en el desarrollo neuromotor y musculoesquelético. Desarrollo, pero también función fisiológica y estabilidad termal, regulación, densidad ósea, organización neuroconductual y facilitación del sueño, calma y comodidad, integridad de la piel, crecimiento óptimo y desarrollo cerebral.

Medida central #4: Salvaguardar el sueño.

Enfatiza la multifacética importancia del sueño del lactante en la UCIN, patrones de sueño de los prematuros, los bebés experimentan cambios de maduración dependientes de la edad y la preservación del sueño es esencial para el desarrollo neurológico normal y adecuado. Para el crecimiento y curación de estos bebés, el sueño tranquilo (QS) es necesario para la restauración de energía y el mantenimiento de la homeostasis corporal. El sueño activo (AS) es importante para el procesamiento de información sensorial, la memoria codificación, consolidación y aprendizaje. Entradas sensoriales, especialmente durante los períodos críticos del desarrollo, puede influir en el sueño normal.

Medida central #5: Minimizar el estrés y el dolor

Minimizar el estrés en los bebés prematuros tiene muchos beneficios neurológicos, como reducir la probabilidad de programar una respuesta anormal al estrés lo que ayudará a preservar la capacidad neuroplástica existente. Prevención y manejo efectivos de procedimientos y postoperatorios, el dolor en los recién nacidos es necesario para aminorar los efectos fisiológicos y trastornos conductuales, también puede mejorar los síntomas agudos y a largo plazo.

Medida central # 6: Protección de la piel

Las funciones de la piel incluyen termorregulación, almacenamiento y aislamiento de grasa, líquido y equilibrio de electrolitos, protección de barrera contra la

penetración y absorción de bacterias y toxinas, sensación del tacto, presión, dolor y conducto de información sensorial al cerebro, cada una de estas funciones puede afectar el neurodesarrollo. Las estructuras cutáneas inmaduras de los bebés prematuros son muy diferentes a la piel de los nacidos a término, el primero tiene una barrera cutánea subdesarrollada, que lo pone en riesgo de una gran pérdida de agua, desequilibrio de electrolitos, inestabilidad térmica, aumento de la permeabilidad.

Medida central # 7: Optimización de la nutrición

La evidencia científica indica de manera abrumadora que la lactancia materna es el método apropiado de alimentación y debe promoverse y apoyarse para garantizar una alimentación óptima, nutrición para todos los bebés siempre que sea posible. La lactancia materna es la modalidad preventiva más poderosa disponible para el cuidado de la salud y para reducir el riesgo de causas comunes de morbilidad infantil y mortalidad. Debido a que la leche materna es el sustrato mejor tolerado para la alimentación enteral en el bebé prematuro, esta se alcanza antes cuando se usa leche materna, por lo que disminuyendo el total de días de nutrición parental total (TPN) necesarios y el potencial de efectos secundarios inducidos por TPN.

2.1.2 La atención centrada en el desarrollo de los bebés nacidos antes de las 28 semanas de gestación en el contexto nacional.

En México la disciplina de enfermería es regulada por la Norma Oficial Mexicana NOM-019 que distingue tres tipos de cuidados (alta, mediana y baja complejidad). Los cuales aplica el profesional de enfermería de acuerdo con las necesidades de salud de las personas. A continuación, se comparten con mayor amplitud las características de cada uno de los cuidados antes mencionados.

- Los cuidados de enfermería de alta complejidad son los que se proporcionan al paciente que requiere de atención especializada. Usualmente, es en áreas de atención específica, donde comúnmente el cuidado es individualizado, se apoya con la utilización de equipos

biomédicos de tecnología avanzada y personal de enfermería especializado en la rama correspondiente.

- Los cuidados de enfermería de mediana complejidad son aquellos que se proporcionan al paciente que se encuentra en un proceso mórbido que no requiere de alta tecnología; los cuidados se relacionan con el grado de dependencia de las personas para cubrir sus necesidades de salud. El personal de enfermería requiere contar con conocimientos, habilidades y destrezas para la atención integral del paciente, familia o comunidad.
- Los cuidados de enfermería de baja complejidad se proporcionan al paciente que se encuentra en estado de alerta y hemodinámicamente estable, con mínimo riesgo vital o en recuperación de un proceso mórbido. El cuidado se enfoca a satisfacer las necesidades básicas de salud y de la vida cotidiana (NOM-019-SSA3-2013).

Los cuidados que se ofrecen en la UCIN son considerados de alta complejidad porque están dirigidos a los recién nacidos que tienen dificultades para adaptarse a la vida extrauterina. Estas acciones deben ser personalizadas, porque cada bebé posee diferentes necesidades y al mismo tiempo deben ser oportunas, ya que una acción inapropiada puede poner en riesgo la vida del neonato o causarle algún efecto adverso, incorregible, que ocasione secuelas para el resto de su vida.

Hoy en día la práctica del cuidado se respalda en el *Proceso de atención de enfermería*, un método sistemático que comprende cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Así lo establece el *Modelo de cuidado de enfermería* el cual comparte tres clasificaciones de las intervenciones sistematizadas de la siguiente manera:

- Independientes: las actividades que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas

humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizado a realizar de acuerdo a su formación académica y experiencia profesional. Son actividades que no requieren prescripción previa por otros profesionales de la salud.

- Dependientes: las actividades que realiza el personal de enfermería por prescripción de otro profesional de la salud en el tratamiento de los pacientes, de acuerdo al ámbito de competencia de cada integrante del personal de enfermería.
- Interdependientes: las actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud; se llaman también multidisciplinarias, pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, entre otros.

El cuidado del desarrollo del neonato con prematurez corresponde a la línea del cuidado de alta complejidad, porque está dirigido a los recién nacidos que requieren de atención personalizada y oportuna para poder resolver sus necesidades. Este modelo de cuidado demanda que el profesional de enfermería esté especializado en neonatología y cuente con equipos biomédicos para completar su atención. Por otra parte, se consideran independientes porque no requieren ser prescritos por alguna orden o indicación de otro profesional de la salud, se realizan a criterio del personal de enfermería.

De manera sintetizada, los cuidados individualizados de los recién nacidos con prematurez buscan prevenir daños neurológicos y de los aparatos y sistemas inmaduros que poseen este grupo de niños, son considerados de alta complejidad e independientes. Los cuidados individualizados se organizan en siete intervenciones, adaptables a la práctica de enfermería ofrecidas en las diferentes unidades de terapia intensiva neonatal.

2.2 Marco Teórico de la Gestión del Conocimiento, estrategia para mejorar el cuidado del prematuro en UCIN.

Las instituciones que no desean desaparecer o ser absorbidas por otra organización necesitan de dar respuesta a las contrariedades de la sociedad actual. Peter M. Senge (1998, p. 3) advirtió que "los requisitos del mercado global son cada vez más altos", esto incluye instituciones de salud. Una forma de resolver este problema es convertirse en lo que llama una organización del conocimiento.

El campo del conocimiento ofrece una alternativa de innovación organizacional que optimiza los procesos y sistemas organizacionales a través de capital intelectual estructurado en cuerpos del conocimiento. Esta disciplina es reconocida como la gestión del conocimiento que se ocupa de la investigación, el desarrollo, la aplicación y la innovación de los procedimientos y los instrumentos necesarios para la creación de conocimiento en las organizaciones, con el fin de aumentar su valor y ventaja competitiva, por consiguiente, no pretende sólo recuperar conocimiento valioso de los colaboradores de las organizaciones y con él construir instrumentos y almacenarlos. La gestión del conocimiento ofrece la optimización de procesos organizacionales a través de capital intelectual, estructurado en cuerpos del conocimiento y con ello resolver las demandas de los usuarios, como lo señala Canals (2003, p. 14):

El conocimiento es algo demasiado abstracto para ser gestionado, sin embargo, lo que sí puede gestionarse son los activos de conocimiento. [...] [Estos activos están en] las bases de datos o los documentos, pero también en las capacidades concretas de cada individuo, o las rutinas, o los procesos necesarios para el cumplimiento de tareas diversas.

La disciplina de la gestión del conocimiento funciona en las organizaciones por medio de la recuperación de conocimientos es clave en el cuidado de los neonatos con prematuridad, puede transformar las intervenciones aplicadas y transformarlas en innovadoras, generando con ello un impacto favorable en las necesidades de

asistencia y sobrevivencia de los bebés atendidos en las terapias neonatales, puesto que se atenderá a los infantes por medio de conocimientos expertos.

El conocimiento es un fenómeno dinámico, que va pasando por etapas o ciclos, y en cada una de ellas continúa desarrollándose a medida que se descubren nuevas experiencias e información, por lo tanto, se considera evolutivo y dinámico. Otra cualidad es que está organizado en dos dimensiones el conocimiento: tácito y explícito.

El conocimiento tácito cuenta con elementos cognoscitivos, paradigmas, creencias o perspectivas y otros elementos como la experiencia práctica, las habilidades y cualificaciones informales difíciles de detallar. Por otra parte, el conocimiento explícito, se puede expresar en un lenguaje formal y sistemático y, por tanto, es posible procesarlo, transmitirlo y almacenarlo.

El personal de UCIN dispone de ambas dimensiones, para su aplicación el profesional de enfermería recurre a sus conocimientos tácitos construidos por su experiencia y su formación académica, en cuanto al conocimiento explícito, está presente en los repositorios que acompañan la práctica de asistencia de los niños, ya que en la terapia intensiva se cuentan con los anteriores instrumentos de consulta para ofrecer intervenciones seguras a los bebés.

Ambos tipos de conocimiento, tácito y explícito, están siempre en interacción en un proceso sin fin, en forma de espiral. Nonaka y Takeuchi (1995), desarrollan un modelo que sirve de guía para la creación del conocimiento en las organizaciones y está integrado por cuatro sub-procesos: socialización, exteriorización, combinación e interiorización.

- *Socialización*: es a la conversión de conocimiento de tácito a tácito. Este proceso se da compartiendo experiencias, el lenguaje no necesariamente tiene que ser usado, puede realizarse a través de observaciones, imitaciones y entrenamiento.

- *Externalización:* refiere a convertir conocimiento tácito en explícito. Es clave para el modelo, ya que consiste en crear nuevos conceptos explícitos desde conocimiento tácito.
- *Combinación:* se interpreta como la conversión del conocimiento explícito a explícito. Este proceso ocurre en espacios de educación donde toma lugar a diversos conocimientos explícitos, tales como documentos, entrevistas, conversaciones telefónicas, organizándolos, combinándolos y adicionando para crear nuevos conocimientos.
- *Internalización:* refiere a convertir conocimiento explícito a tácito. Se relaciona frecuentemente con el aprendizaje, este proceso puede facilitarse con documentos y manuales.

Dentro del campo de la gestión del conocimiento se encuentran las organizaciones abiertas al aprendizaje o, también llamadas, organizaciones inteligentes, que son espacios donde las personas crean, construyen, adquieren y comparten conocimientos, mejorando con ello sus habilidades y generando los resultados que desean. Peter M. Senge, en su obra *La quinta disciplina* afirma que:

una organización que aprende y continuamente expande su capacidad para crear futuro. Para dicha organización, no basta con sobrevivir. El “aprendizaje para la supervivencia”, lo que a menudo se llama “aprendizaje adaptativo” es importante y necesario. Pero una organización inteligente conjunta el “aprendizaje adaptativo” con el “aprendizaje generativo”, un aprendizaje que aumenta nuestra capacidad creativa (1998, p.24).

El anterior modelo posee un cuerpo del conocimiento construido por cinco disciplinas:

- ✓ Dominio Personal
- ✓ Modelos Mentales
- ✓ Trabajo en Equipo

- ✓ Visión Compartida
- ✓ Pensamiento Sistémico

Cuando interactúan entre ellas generan un pensamiento sistémico, en palabras del autor, crean la quinta disciplina que posiciona a las organizaciones como abiertas al aprendizaje o inteligentes.

La primera es el Dominio personal que se concibe como la capacidad de las personas para entenderse a sí mismos y definir sus objetivos personales, poniendo énfasis en lo que conviene aprender.

La siguiente dimensión es los Modelos mentales, estos “son supuestos profundamente arraigados, generalizaciones e imágenes que influyen sobre nuestro modo de comprender el mundo y actuar” (CIDEDEC, 2000 p.31), se entienden como creencias, actitudes e imágenes que afectan nuestra forma de pensar, actuar e interactuar con la sociedad.

Del trabajo en equipo menciona que “la capacidad de pensar juntos se consigue mediante el dominio de la práctica del diálogo y el debate. Sabemos que los equipos aprenden y hay ejemplos sorprendentes en los que la inteligencia del equipo supera la de sus integrantes y también de equipos que desarrollan aptitudes extraordinarias para la acción coordinada. La disciplina del aprendizaje en equipo comienza con el diálogo, la capacidad de los miembros del equipo para abandonar los supuestos e ingresar en un auténtico pensamiento conjunto” (CIDEDEC, 2000 p.32). Se entiende entonces que el aprendizaje en equipo es la combinación de los conocimientos entre los colaboradores de una organización.

La siguiente disciplina es la Visión compartida, que “supone aptitudes para configurar “visiones del futuro” compartidas y que propicien un verdadero compromiso y no un mero acatamiento. Cuando esta disciplina se domina, los líderes aprenden que es contraproducente tratar simplemente de imponer una determinada visión, por sincera ésta que sea” (CIDEDEC, 2000 p.32). De forma práctica y concisa, en esta disciplina se comparten las perspectivas personales con

los demás miembros de la organización, cuyo resultado seguramente repercutirá en la mejora de las prácticas internas de la organización.

La última de las disciplinas, el Pensamiento sistémico, “es la disciplina que integra a las restantes, fusionándolas en un conjunto coherente de teoría y práctica. Por eso se le denomina la quinta disciplina” (CIDEDEC, 2000 p.32). Es una forma de operación colaborativa, donde las personas resuelven las problemáticas que sufren las organizaciones construyendo una relación entre las primeras cuatro disciplinas: dominio personal, modelos mentales, construcción de una visión compartida y el aprendizaje en equipo.

Las organizaciones abiertas al aprendizaje se mantienen sustentables en la sociedad, porque los sistemas de operación se adecúan a las demandas de las personas por medio de estrategias colaborativas en las que todo el cuerpo de trabajo está comprometido con el mismo objetivo. A la luz del cuidado de los bebés con prematuridad, este modelo puede comenzar a aplicarse con una de las disciplinas como el trabajo en equipo, cuya base es el diálogo. Si se generan espacios donde los y las enfermeras compartan sus estrategias y experiencias de intervención al recién nacido en estado crítico, se comenzará la construcción de prácticas inspiradas en las organizaciones inteligentes, que volverán innovadora y resolutiva la práctica de enfermería al interior de la terapia neonatal.

La propuesta de Senge también advierte que dentro de las organizaciones existen 7 barreras que impiden el aprendizaje organizacional, las cuales son las siguientes:

- ✓ Yo soy mi puesto. Esta barrera se entiende como una participación limitada o escueta de cada miembro de la organización. Se entiende que en esta barrera el miembro de la organización evade el trabajo colaborativo, ya que considera a los demás miembros de la organización rivales de su práctica profesional por lo que no existe el diálogo colaborativo ni la interacción entre ellos.

- ✓ El enemigo externo. En esta barrera los integrantes de la organización evaden sus responsabilidades, culpando a otros de las consecuencias de sus actos.
- ✓ La ilusión de hacerse cargo. La "proactividad es reactividad disfrazada. Si nos volvemos más agresivos para luchar contra el "enemigo externo", estamos reaccionando, no importa como lo llamemos, la verdadera proactividad surge de ver como intensificamos nuestros propios problemas. Es un producto de nuestro modo de pensar, no de nuestro estado emocional" (Senge, 1998, p.32).
- ✓ La fijación en los hechos. Senge señala que "el aprendizaje generativo no se puede sostener en una organización si el pensamiento de la gente está dominado por hechos, a lo sumo podemos predecir un hecho antes de que ocurra, para tener una reacción óptima. Pero no podemos aprender a crear" (Senge, 1998, p.33).
- ✓ La parábola de la rana hervida. Se refiere a la incapacidad que poseen las organizaciones de ver cambios lentos y graduales, y sólo es sensible a cambios rápidos y repentinos. Debido a esta incompetencia, la organización toma medidas para adaptarse.
- ✓ La ilusión de que se aprende con la experiencia. Muchas organizaciones asumen que aprendes mejor de la experiencia, sin considerar que en muchos casos no puedes experimentar directamente las consecuencias de las acciones o decisiones importantes. Algunas acciones o decisiones pueden tener consecuencias a largo plazo. La creencia de que la experiencia directa es la principal fuente de aprendizaje puede dificultar la comprensión de muchos fenómenos con efectos a largo plazo, limitando así la verdadera capacidad de aprendizaje de la organización.
- ✓ El mito del equipo administrativo. Esta barrera se construye con la creencia que el equipo de dirección es el único en la organización que posee habilidades para resolver las necesidades de la organización. El problema surge cuando en estos equipos los integrantes no tienen la capacidad para resolver la problemática que vive la organización y actúan sin fundamentos.

Hay que tener presentes estos obstáculos o barreras y enfrentarlas para poder convertir una organización en una Organización que Aprende, ya que están presentes en la cultura de muchas organizaciones.

El *trabajo colaborativo* que distingue Senge (1998) en las organizaciones orientadas hacia el aprendizaje, también lo enfatiza Wenger en su obra *Comunidades de práctica*. Este autor propone mejorar los procesos de las organizaciones a través de prácticas colaborativas y de diálogo, fomentando colectivos de personas que comparten una praxis, estos grupos son llamados *comunidades de práctica*, estos son conceptualizados como:

Un grupo de personas ligadas por una práctica común, recurrente y estable en el tiempo, por lo que aprenden en esta práctica común. Dicha práctica concierne un abanico muy amplio y va desde frecuentes discusiones en la cafetería hasta la solución colectiva de problemas difíciles (Wenger en Vásquez 2011, p.53).

Se entiende entonces que las comunidades de práctica (CoP) son grupos de personas que nacen en las organizaciones de manera natural, a partir de la interacción cotidiana, construyendo entre ellos conocimientos explícitos e implícitos que posiblemente se puedan convertir en activos del conocimiento como manuales, guías, señalizaciones, etc.

Wenger (2001) señala que estos grupos tienen tres aspectos esenciales.

- a) *Compromiso mutuo*: consiste en que cada miembro de la organización se comprometa a compartir lo que sabe y espera y, a su vez, recibe el conocimiento de otros miembros de la comunidad.
- b) *Empresa conjunta*: deben compartir intereses comunes, aunque no necesariamente homogéneos.
- c) *Repertorio compartido*: lenguaje, herramientas y maneras de hacer propias de la comunidad.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2012, p. 43), afirma que este tipo de colectivos transitan por las siguientes etapas: diseño, motivación, desarrollo y evolución. Las cuales se describen a continuación de una manera más precisa:

La etapa de *diseño* es un momento en el que el grupo de personas que integran la comunidad dialoga y acuerda el tema, la estrategia y el propósito de la CoP, así como el tipo de participantes, los medios y herramientas de comunicación que se utilizarán y el plan de acción.

En la *motivación*, la meta principal es la convocatoria de los participantes, la promoción e intercambio del conocimiento y el establecimiento de lazos de comunicación y colaboración. Esta etapa incluye también el consenso del tema y plan de acción, cuyo acuerdo es de vital importancia para lograr la acción de los integrantes en una CoP.

En la etapa de *desarrollo* se estimula el uso de conocimiento, la generación y la divulgación de este.

Finalmente, en la etapa de *evolución*, la CoP adquiere reconocimiento, se vuelve referente en el tema, se revisan las estrategias, se plantean nuevos propósitos y se diseña un nuevo plan de acción.

Por todo lo anterior se entiende que para construir un proceso de gestión del conocimiento es necesario seguir la siguiente ruta:

- ✓ Reconocer una necesidad o situación de mejora.
- ✓ Incentivar una comunidad de práctica que comparta la necesidad y busque resolver la situación identificada.
- ✓ Compartir sus concepciones, ideas y pensamientos relacionados con el tema a resolver, generando con ello una visión compartida y un compromiso mutuo.
- ✓ Localización del capital intelectual y conocimiento explicitado dentro y fuera de la organización.

- ✓ Re explicitar el conocimiento en un reservorio y producir con él un proyecto para compartir el conocimiento estructurado con una comunidad de aprendizaje que pueden ser los demás integrantes de la organización.
- ✓ Aplicar el proyecto construido por la comunidad de práctica de una forma dinámica.
- ✓ Validar el conocimiento generado en la comunidad de aprendizaje y monitorizar la integración de este a la práctica organizacional.

Con esta ruta de creación del conocimiento se espera llegar a lo que afirma McElroy, “mejorar el funcionamiento organizacional (el Procesamiento Organizacional y sus resultados), intensificado el Procesamiento del Conocimiento (la capacidad organizacional de aprender, resolver problemas, innovar y adaptarse)”, (McElroy en Rodríguez 2008, p.20). Específicamente para el trabajo que aquí se reporta, se busca la creación de un conocimiento de enfermería especializado, con el cual se ayudará a los bebés con prematuridad a incorporarse a sus familias de una forma óptima posible, mediante el empuje de una CoP que generará un cuerpo del conocimiento, que compartirá con una comunidad de aprendizaje en la que se generarán acuerdos para que de una forma colaborativa se incorpore el cuerpo del conocimiento estructurado y de ser necesario reestructurarlo, en la atención asistencial de los bebés con prematuridad.

2.3 Planeación del trabajo para gestionar conocimiento en la UCIN del Hospital de las Américas.

El proyecto de creación de conocimiento aquí reportado está destinado a generar activos del conocimiento, contruidos desde el conocimiento implícito del personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos neonatales de una manera colaborativa y dialógica. De forma simultánea, se espera integrar intervenciones clave de las propuestas del cuidado neonatal a fin de generar un resultado organizacional innovador, que favorezca el transitar del Hospital de las Américas a una institución abierta al aprendizaje.

La Propuesta metodológica, también llamada plan de trabajo, que se realizó para este proyecto de gestión del conocimiento, está organizada en cinco etapas:

- ✓ Creación de una comunidad de práctica
- ✓ Mapeo del conocimiento
- ✓ Combinación del conocimiento
- ✓ Gestión del aprendizaje
- ✓ Producción y difusión del conocimiento

En esta intervención de gestión del conocimiento se aplicarán las siguientes herramientas etnográficas:

- Diarios de campo, bitácoras donde se recolectan los hechos ocurridos, de forma detallada, las vivencias acontecidas durante el proyecto aquí reportado.
- Notas de campo, son escritos de las vivencias ocurridas durante la intervención del conocimiento, su construcción está integrada por párrafos narrativos de momentos clave del proyecto, como los diálogos entre el director del proyecto y las personas con las que compartió.
- Observación cualitativa, es interpretada como una herramienta etnográfica donde el investigador toma notas de campo sobre el comportamiento y las actividades de los individuos en el sitio de investigación y registra los hechos.
- Cuestionario, se interpretan como instrumentos estructurados por una serie de preguntas utilizadas para la recolección de datos, que ayuda al director de un proyecto en la toma de decisiones.

A continuación, se presentan cada una de las etapas de la propuesta metodológica.

2.3.1 Creación de una comunidad de práctica.

Las comunidades de práctica (CoP) se conciben como organizaciones sociales, donde sus participantes construyen un “nuevo conocimiento fruto de la discusión y la reflexión” (PNUD, 2012, p.14). Una estrategia que se buscó alcanzar fue formar un núcleo, que es uno de los tres niveles de participación de las CoP (Wenger 2001. P.52), con el capital intelectual existente en la plantilla de profesionales de enfermería del servicio de UCIN del Hospital de las Américas, y con ello impulsar la cultura del diálogo, para así iniciar la construcción de una red de aprendizajes que

pueden ayudar a cultivar una atención individualizada de la persona recién nacida con prematuridad.

Otra característica del grupo que se espera consolidar es que no estaría restringido sólo a un grupo de profesionales de enfermería, que representan el capital intelectual, podrían participar los demás miembros de la organización del área de enfermería del servicio de UCIN, a fin de que el conocimiento generado se expanda por la organización. A continuación, se presentan las actividades que se plantearon para conformar la CoP dentro de la UCIN del Hospital de las Américas.

Tabla 1. Ruta para la creación de una comunidad de práctica en una terapia intensiva neonatal.

Pasos	Actividad
1	Compartir la necesidad de cuidar de forma personalizada a los bebés prematuros de la unidad de cuidados intensivos neonatales con miembros de la organización (coordinadores del Hospital, jefes del servicio de UCIN, profesional de enfermería).
2	Obtener la autorización del proyecto por parte de las autoridades del Hospital, partiendo del interés de intervenir en la problemática y de compartir las trascendencias y beneficios que este proyecto implica en los bebés con prematuridad.
3	Identificar profesionales de enfermería de la UCIN interesados en los cuidados del desarrollo de los neonatos con prematuridad y participar de forma voluntaria en el trabajo que aquí se reporta.
4	Planear espacios y tiempos en los que se puede reunir a la comunidad.
5	Convocar a los profesionales involucrados en el cuidado de los neonatos con prematuridad por medio de las redes sociales internas de la organización.
6	Establecer reuniones con los interesados en un espacio físico.
7	Compartir y ajustar el proyecto con las personas interesadas.
8	Desarrollar un calendario general de trabajo.

2.3.2 Mapeo del conocimiento

La siguiente etapa que se puso en marcha dentro de la propuesta teórica fue el mapeo de conocimiento, conceptualizada como la búsqueda de “información explícita, codificada y conocimiento tácito no codificado”, Gray (1999) en Dalkir (2011 p. 322). Por lo tanto, puede ser concebida como una herramienta con la que es posible indagar, descubrir y crear nuevo conocimiento. Las actividades que se emplearon a lo largo de esta etapa son:

Tabla 2. Ruta para el mapeo del conocimiento especializado en el cuidado del neonato con prematuridad.

Pasos	Actividad
1	Elegir la propuesta con la que se va a realizar el mapeo.
2	Construir un cronograma de búsqueda de conocimiento en los repositorios institucionales, como manuales, guías y videos explicativos de procedimientos, etc.
3	Comenzar la búsqueda del conocimiento en los repositorios, tanto en los organizacionales como externos.
4	Almacenar el conocimiento en algún repositorio como diario de campo o agenda electrónica. En caso de que sea material audiovisual, puede ayudarse el equipo que está rastreando el conocimiento con algún accesorio electrónico.
5	Entrevistar a personal de enfermería sobre el cuidado del neonato con prematuridad. Reportar de manera electrónica o manual las aportaciones que el personal de enfermería comparta durante las entrevistas.
6	Construir de manera colaborativa un repositorio donde esté explicitado el conocimiento reclutado.

2.3.3 Combinación del conocimiento

Para los creadores del modelo de la espiral del conocimiento, Nonaka y Takeuchi, la combinación del conocimiento es conceptualizada como un “proceso de sistematización de conceptos en un sistema de conocimiento. Este modo de conversión del conocimiento implica combinar diferentes cuerpos de conocimiento explícito. Los individuos intercambian y combinan conocimientos a través de medios

como documentos, reuniones, conversaciones telefónicas o redes de comunicación computarizadas” (1995, p.67).

En el plan de trabajo, la combinación del conocimiento atiende a la tercera etapa del cuerpo teórico, la comunidad de práctica, pensando en compartir una representación ilustrativa que despierte el interés de los implicados en la atención de los bebés con prematuridad, construirá una estructura del conocimiento recuperado durante el mapeo. La construcción de este esquema ilustrativo se siguieron los siguientes pasos:

Tabla 3. Ruta para la combinación del conocimiento.

Pasos	Actividad
1	Organizar el conocimiento recolectado del cuidado del recién nacido con prematuridad.
2	Dialogar con la CoPs como integrar el conocimiento recolectado en las ocho dimensiones.
3	Discutir e integrar nuevas dimensiones en caso de que la CoPs lo crea conveniente.
4	Construir una estructura del conocimiento del cuidado de los bebés con prematuridad
5	Explicitar las actividades necesarias para alcanzar cada una de las dimensiones del cuidado individualizado.
6	Decidir dónde sería depositado el material construido.
7	Iniciar con la comunidad la construcción de un instrumento del conocimiento (Manual), en donde se expliquen de manera precisa cada una de las actividades que considere la comunidad necesaria para que se logre cada dimensión del esquema.
8	Finalizada la elaboración del Manual se iniciará la producción de un video-manual, en donde se desarrollarán cada una de las dimensiones explicitadas en el anterior instrumento.
9	Culminado el video-manual se comenzará con la planeación de un taller donde se compartirán con una los activos del conocimiento generados en a la comunidad de práctica.

2.3.4 Gestión del aprendizaje

Una vez desarrollada la combinación del conocimiento, dará inicio la etapa de gestión del aprendizaje. Para lo cual se espera que la CoP diseñe y aplique un taller teórico-práctico, con el objetivo de lograr que el profesional de enfermería de la UCIN aplique el nuevo conocimiento construido por la comunidad de práctica y el conocimiento que es necesario incorporar para realizar de mejor manera su práctica.

Este taller estará ofertado a todas las enfermeras adscritas al servicio de UCIN del Hospital de las Américas. Los responsables de este programa serán los integrantes de la CoP, ya que ellos son los generadores del nuevo conocimiento. Se espera que el diseño y la programación esté ajustada y finalizada en un mes después del término de la etapa anterior, para avanzar en los trámites que demanda el Hospital de las Américas.

Para McElroy (en Rodríguez 2008, p.20) esta etapa corresponde a la integración del conocimiento explicando; que es un “proceso de distribuir y compartir el conocimiento, por lo que también se le denomina ‘Dimensión del Suministro’. Parte de la suposición de que el conocimiento valioso existe, solo hay que capturarlo, codificarlo y compartirlo”.

Para ello se planearon los siguientes pasos:

- Diseñar una intervención para gestionar el aprendizaje con 5 sesiones.
- Llevar diarios semanales con registro de las actividades desarrolladas
- Registrar evidencias de lo producido
- Compartir con la CoP los avances de la intervención y recibir retroalimentación
- Compartir los avances de la intervención, analizar los resultados y reflexionar en comunidad.

2.3.5 Producción y difusión del conocimiento.

La producción del conocimiento y su difusión es la siguiente etapa de esta propuesta, en el campo de la gestión del conocimiento es identificada como “un proceso social emergente. Los sistemas sociales por su naturaleza intrínseca dan lugar a una elaboración colectiva del conocimiento por parte de sus miembros, como un producto derivado de su aprendizaje individual y su interacción interpersonal” (McElroy en Rodríguez 2008 p.20). Para esta etapa las actividades que se impulsaron en la comunidad son las siguientes:

Tabla 4. Ruta para la producción y difusión del conocimiento.

Pasos	Actividad
1	Evaluar los productos elaborados durante el taller.
2	Entregar un informe de los resultados del taller a los mandos correspondientes de la organización.
3	Decidir con los miembros de la CoP la forma en que serán almacenados y difundidos los productos obtenidos..
4	Solicitar de manera mensual a cada monitora de turno un informe de los avances de la integración de los cuidados a la práctica asistencial.
5	Sesionar de manera mensual con las monitoras y la comunidad para evaluar los avances y discutir nuevas necesidades que presente la atención neonatal.

Un proyecto inspirado en la gestión del conocimiento es una oportunidad que permite a las organizaciones mantener prácticas operativas seguras, vigentes e innovadoras. Esto sucede porque están inspiradas en las experiencias valiosas de sus colaboradores y, al mismo tiempo, están abiertas a enriquecerse con nuevos conocimientos externos a la Institución. Por consiguiente, este proyecto representa una oportunidad para el Hospital de las Américas, ya que se recupera el conocimiento asistencial construido por las experiencias exitosas de las enfermeras y, al mismo tiempo, por su formación académica destinada a resolver las necesidades de los bebés nacidos antes de las 28 semanas de gestación.

Es importante resaltar que, con esta intervención de la gestión del conocimiento, no sólo se rescatará el capital intelectual existente, también se espera generar un nuevo conocimiento porque se combinará el conocimiento implícito de los profesionales del cuidado de los bebés con el conocimiento sistematizado en los repositorios de la organización y el conocimiento explícito resguardado en obras externas. Lo que generará una combinación de conocimientos que dará como resultado un conocimiento optimizador de las prácticas asistenciales que permitirá la reincorporación temprana de los neonatos al vínculo familiar y social con la menor cantidad de secuelas posibles.

Capítulo 3 Desarrollo de la estrategia de intervención de creación del conocimiento en la terapia intensiva neonatal.

El siguiente capítulo comparte con el lector los resultados generados tras la aplicación de la propuesta de gestión del conocimiento en la UCIN del Hospital de las Américas, cuyo objetivo medular fue: “Gestionar el conocimiento del profesional de enfermería, para mejorar el estado de salud de los neonatos prematuros, en un marco colaborativo y de diálogo, que favorezca el aprendizaje organizacional”.

Los resultados que se presentan se obtuvieron del análisis de 12 diarios de campo realizados durante agosto de 2018 a noviembre del 2019. Para ello se aplicaron herramientas etnográficas que, de acuerdo con Creswell (1994), son métodos de investigación que favorecen la observación, registro y análisis de los acontecimientos o situaciones presentadas durante el desarrollo de proyectos.

La estructura narrativa de los resultados está organizada con base en las cinco etapas del proceso mencionadas en el plan de trabajo. También se construyeron declaraciones de conocimiento o afirmaciones de los sucesos más relevantes, acompañadas con un diálogo entre las experiencias ocurridas y los modelos de gestión del conocimiento aquí revisados. Cabe señalar que, cada una de las afirmaciones está sustentada con datos y experiencias registradas en bitácoras o diarios.

3.1 Creación de la comunidad de práctica en la UCIN del Hospital de las Américas.

La creación de la comunidad de práctica comenzó el día 2 de octubre del 2018, con la solicitud formal de una reunión de parte del líder de este proyecto con las autoridades del servicio de neonatología del Hospital de las Américas, debido a que el protocolo interno de la organización demanda que antes de comenzar cualquier

trabajo académico es necesario el visto bueno de las autoridades correspondientes. Fue hasta el día 1 de noviembre del 2018 que se iniciaron las juntas con la jefa del servicio de UCIN del área médica, en estas reuniones se compartió la propuesta constituida que se distinguió de los proyectos habituales que se realizan en el Hospital de las Américas, ya que busca incentivar la creación del conocimiento de una forma dialógica, con horizontalidad de procesos de trabajo y el intercambio de experiencias, impulsando que se generen nuevos conocimientos de manera colectiva.

En agosto del 2018, el líder de este proyecto externó la necesidad de comenzar un proyecto de gestión del conocimiento con la jefa de enseñanza en enfermería del Hospital de las Américas. La recomendación de la autoridad fue buscar el visto bueno de la jefa médica de neonatología para que el líder diera por comenzado su proyecto, justificado por medio de un oficio girado por el jefe de investigación clínica. A continuación, se presenta una viñeta con la indicación de la autoridad:

Oficio-. “Todos los proyectos de investigación que aspirarán a desarrollarse dentro del Hospital... necesitan el visto bueno de los jefes de área donde se llevará a cabo la investigación.” (B1_01/08/2018).

Atendiendo a la recomendación, el líder solicitó una reunión con la jefa médica de neonatología, pero fue hasta noviembre del 2018, cuando pudo llevarse a cabo. La siguiente viñeta presenta un fragmento de cómo el líder hizo uso del dominio de los procesos institucionales para lograr emprender este proyecto:

El líder-. “Una vez que salí de la oficina de la jefa de enseñanza de enfermería busqué a la jefa médica de neonatología en su oficina. Lamentablemente no estaba en ese momento y me atendió su asistente, a la cual le solicité una cita y su respuesta fue la siguiente”. (B1_01/08/2018).

Asistente-. “El espacio más cercano para entrevistas de proyectos es en enero, pero por tratarse de ti creo que te puede recibir en noviembre, porque tiene varios compromisos”. (B1_01/08/2018).

El líder aceptó la cita, pero buscó en repetidas ocasiones el momento para coincidir con la jefa de neonatología, desafortunadamente los horarios de las jornadas laborales impedían la coincidencia de ambos dentro del Hospital, razón por la que tuvo que aguardar a la fecha señalada. El día de la cita el líder compartió los beneficios de este trabajo inspirado en el campo de la gestión del conocimiento, resaltando lo siguientes:

- ✓ Rescate de capital intelectual, reservado en un colectivo de enfermeras.
- ✓ Intervenciones de enfermería alineadas con recomendaciones internacionales.
- ✓ Prácticas asistenciales inspiradas en una metodología específica.
- ✓ Disminución de hemorragias intraventriculares.
- ✓ Integración ágil del neonato al vínculo familiar, con la menor cantidad de alteraciones de salud posible.

La Jefa médica-. “Estoy de acuerdo contigo, posiblemente nos haga falta comenzar a trabajar en tus propuestas, pero antes necesito que te dirijas con la jefa de enfermería del servicio de UCIN para que también ella esté de acuerdo”. (B1_05/11/2018).

La experiencia de 8 años en la Institución permitió al líder utilizar formas que facilitaran el inicio y aceptación del proyecto por parte de las autoridades, esto se traduce en la siguiente declaración de conocimiento:

Considerar la cultura que se maneja en diversos procesos institucionales facilitó la aceptación del proyecto.

Fue por lo que el líder solicitó inmediatamente una cita con la jefa de enfermería de la UCIN para compartir el proyecto que, después de dos días, aceptó recibirlo. El día 15 de noviembre del 2018, se emitió un comunicado a las jefas del turno

vespertino y nocturnos con la aprobación de este proyecto, cabe señalar que para lograr la autorización se requirió de los siguientes elementos:

- ✓ Diálogo persistente con las autoridades del servicio de UCIN.
- ✓ Conocimiento pleno de los procesos institucionales.

Sin la presencia de los anteriores elementos, posiblemente el trabajo reportado no hubiera existido, ya que no hay una ruta o proceso organizado y sistematizado a seguir para iniciar nuevos proyectos académicos en el Hospital de las Américas. Sin embargo, una prerrogativa para este trabajo es que el gestor es colaborador activo del Hospital antes mencionado, por lo que posee amplio conocimiento de los procesos institucionales, lo que ayudó a agilizar que llegara este trabajo a las autoridades necesarias.

Aunado a la persistencia del líder, al insistir en la revisión del proyecto por parte de las autoridades del servicio de neonatología, debido a que los tiempos de revisión de las encargadas de los departamentos son prolongados, posiblemente de hasta un año, -según las experiencias compartidas por otros colaboradores del Hospital de las Américas-.

El conocimiento de los procesos institucionales es indispensable porque, de acuerdo con la experiencia vivida, existen organizaciones que mantienen sistemas de operación basados en la barrera del mito del equipo administrativo como es el caso del Hospital de las Américas, que conserva un grupo de autoridades encargadas de seleccionar y filtrar los proyectos académicos que aspiran a desarrollarse dentro de este nosocomio. En términos de Senge (1998, p.37) son “equipos llenos de gente increíblemente apta para cerrarse al aprendizaje”, esto lo demuestran al controlar el ingreso de proyectos académicos únicamente si el líder del grupo lo aprueba, incluso este grupo de autoridades construyó una serie de procesos burocráticos destinados a seleccionar y filtrar los trabajos académicos que aspiren a desarrollarse dentro del nosocomio, lo que hace aún más complicado el desarrollo de ellos dentro del Hospital. Cabe señalar que, incluso durante la producción de este trabajo fue inexistente la presencia de algún instrumento como

instructivo o mapa de inscripción de proyectos. Por lo tanto, si el líder carece de conocimiento de los procesos institucionales difícilmente su proyecto estará inscrito y mucho menos logrará ingresar al sistema de selección y filtración.

La estrategia para eludir las barreras mencionadas fue con la aplicación del diálogo directo con las autoridades del servicio de UCIN. Senge (1998), afirma que la disciplina del aprendizaje en equipo comienza con el diálogo, resumido en la capacidad de los miembros del equipo para “abandonar los supuestos” e ingresar en un auténtico “pensamiento conjunto”, que fue lo que impulsó el líder, incentivar un espacio de conversación con las autoridades del servicio de UCIN, en el que imperaron el respeto y la cordialidad, acompañado de la exposición de las ventajas de este trabajo como es el rescate de capital intelectual resguardado en miembros de la organización, la creación de nuevos conocimiento, entre otros. Finalizada esta exposición se escucharon las sugerencias e ideas propuestas por las autoridades del servicio de UCIN para la aplicación de este proyecto dentro de la terapia intensiva neonatal, culminando con los acuerdos administrativos necesarios para comenzar la creación de la CoP.

Al no existir un manual o guía de procedimientos de inscripción de proyectos académicos, el líder siguió una ruta administrativa donde el proyecto tuvo que ser registrado en el departamento de enseñanza en enfermería para que este órgano emitiera un oficio de visto bueno, cumpliendo con ello también una normativa interna para el control de los trabajos desarrollados en la terapia neonatal. Una vez obtenido el oficio con el que se reconoce al proyecto aquí reportado, se dio inicio a la convocatoria.

Fue en diciembre del 2018, cuando se emitió la convocatoria por las redes sociales internas de la organización a todo el personal de enfermería, para su participación en un grupo de trabajo. Las respuestas más frecuentes cuando se generaba la invitación a las enfermeras eran:

- “Tengo otro trabajo y no puedo llegar tarde o participar en un turno que no sea el mío” (B1_01/12/2018).

- “Eso de platicar entre nosotros son puros chismes, es mejor ir a un curso” (B1_04/12/2018).
- “Si no aprenden con clases menos platicando” (B1_09/12/2018).
- “Si cuando dio el curso la jefa X no logró nada; menos [se va a lograr ahora] con pláticas... y aparte ¿quién va estar?” (B1_15/12/2018).

Las respuestas tienen congruencia con lo reportado en la valoración del entorno - capítulo 1 de este trabajo-, en donde se detectó que en el Hospital de las Américas hay dificultades para la colaboración y que el diálogo no es una prioridad. Incluso los comentarios expresados muestran que impera una actitud individualista, que corresponde con la barrera del *yo soy mi puesto* que señala Senge. El autor explica que este hecho sucede porque “las personas de una organización se concentran únicamente en su puesto, no sienten mayor responsabilidad por los resultados que se generan cuando interactúan todas las partes” (Senge, 1998, p.31).

El interés común es reconocido por Wenger (2001) como una cualidad de la empresa conjunta que forma parte de los tres elementos esenciales que poseen las CoP. A su vez, Sandra Sanz Martos (2008, p.25) destaca que el interés común o la afinidad de prácticas está presente en las CoP porque estos colectivos comúnmente “desempeñan la misma actividad o responsabilidad profesional y que preocupados por un problema común o motivados por un interés común profundizan su conocimiento y su pericia en este asunto a través de una interacción”.

Estas características pueden visualizarse en la CoP conformada como se muestra en las siguientes viñetas:

- Durante el mes de diciembre del 2018, estando abierta la convocatoria, el líder ante la no respuesta comienza a hacer invitaciones directas entre sus pares, utilizando los enlaces de turno para generar las invitaciones a otras enfermeras con las que no compartía el mismo turno. Tres enfermeras y un médico pediatra del turno del líder respondieron lo siguiente a la invitación:
- “Mientras sean temas enfocados a bebés, claro que cuentas conmigo. Sabes que me gustan este tipo de temáticas” (B1_06/12/2018).

- “Claro que, el tema central me interesa, ya teníamos tiempo que no organizábamos cursos en la UCIN” (B1_02/12/2018).
- “Fíjate que estaría bien organizarnos y hacer algo sobre todo por el tema” (B1_02/12/2018).
- “Si van a comenzar con el proyecto Cris, cuenta conmigo. Yo los puedo apoyar, la vez pasada yo estuve ayudando a la jefa X con su curso” (B1_02/12/2018).

El periodo de invitación continuó en el mes de diciembre del 2018. La jefa de enfermería del servicio del turno nocturno recomendó lo siguiente al líder “yo te sugiero que se instalen para las juntas en la central de enfermería, ya que ahí está la computadora por si necesitan presentar o compartir algo” (B1_01/12/2018). Dada la anterior sugerencia se tuvo a bien tomarla y llevar a cabo las reuniones en el espacio sugerido.

Después de un mes de estar convocando por medio de las redes sociales de la institución, se logró integrar un colectivo de profesionales de la salud con cuatro enfermeros, incluyendo el líder del proyecto, y una médica adscrita al servicio de neonatología.

Tabla 5. Integrantes iniciales de la comunidad de práctica.

Nombre del Integrante	Puesto	Antigüedad en el Hospital	Rol al interior de la comunidad	Grado académico
María (seudónimo)	Médico pediatra	35 años	Validadora	Doctorado
Susi (seudónimo)	Enfermera especialista	38 años	Validadora	Especialidad
Inés	Enfermera general	30 años	Validadora	Licenciada

(seudónimo)				
Lilia (seudónimo)	Enfermera general	5 años	Secretaria	Licenciada
Cristobal	Enfermero General	2 años	Líder	Especialidad

El 13 de enero del 2019, se llevó a cabo la primera reunión de la CoP. En ella el líder compartió el plan de trabajo a todos los integrantes de la comunidad. Añadiendo lo siguiente:

“En este proyecto mi función no estará limitada a imponer actividades a cada una ustedes o entregar una lista de tareas. Si no que colaborare al igual que ustedes en todo el proyecto e incluso podemos ajustar el plan de trabajo que les estoy compartiendo” (B1_13/01/2019).

Inés una enfermera con 30 años de antigüedad en el Hospital de las Américas y que había participado en proyectos de educación continua el servicio de UCIN menciona lo siguiente:

“En toda mi experiencia dentro del Hospital nunca he trabajado de esta forma. Siempre el coordinador (líder) nos dice qué hacer y nosotros simplemente seguimos las indicaciones, que para eso es el coordinador. Pero también, es bueno conocer otras formas de trabajo y no estar esperando que nos digan que hacer”. (B1_13/01/2019).

Dijo el líder- “Así es todo el tiempo habíamos trabajado de la forma que compartes Inés sin embargo considero que con esta nueva forma es más provechosa para el proyecto porque todos aportaríamos a él. Por ejemplo, tú que tienes mucho tiempo participando en el programa de educación continua conoces nuevas formas de cuidar a los bebés” (B1_13/01/2019).

Susi una enfermera especialista líder en instalación de ventilación no invasiva neonatal en el Hospital de las Américas compartió lo siguiente:

“Está bien esta forma de trabajar, porque cuando organizamos el curso de CPAP de burbuja solo nos dedicamos a hacer presentaciones y repetir lo que decía el manual”. (B1_13/01/2019).

Dijo el líder- “Exacto con esta forma de trabajo participativo y colaborativo no solo nos quedaremos con lo que dicen los libros si no que lo mejoraremos con el conocimiento de todos que ya tenemos bastante experiencia en el cuidado de los bebés con prematurez” (B1_13/01/2019).

El líder ante las anteriores respuestas propuso lo siguiente:

“Les parece bien que votemos levantando la mano quien gusta comenzar el proyecto con esta nueva forma y quien prefiere continuar con la forma tradicional de delegar actividades y funciones. (B1_13/01/2019).

Lo anterior es indicativo de los cambios y permiten mencionar la siguiente afirmación:

El trabajo como CoP, conlleva a transformar los Modelos Mentales de sus integrantes.

En los párrafos anteriores se puede apreciar como la CoP concebía que el trabajo en equipo consistía en el cumplimiento de tareas o actividades asignadas por el líder y que el trabajo finalizaba con el término de ellas, también asumía que era necesario presentar evidencias del trabajo en equipo. Estas manifestaciones pertenecen al modelo mental que tenían los integrantes de la CoP. El cual de acuerdo con Senge (1998) son supuestos profundamente arraigados, sobre nuestra forma de comprender nuestro entorno. Lo que hizo el dialogo fue comenzar a remover los supuestos que tenían los integrantes de la comunidad por medio acuerdos, dando como resultado aceptación en nuevas formas de trabajar y participar en grupo.

Cabe señalar que después de generar los acuerdos de la forma de trabajo la Enfermera Lilia pregunto:

“¿y dónde va a estar la evidencia de que trabajamos?” “cómo vamos a demostrar que aprendemos porque si no hay un examen va a ser muy difícil” (B1_13/01/2019).

Lo anterior es reflejo de cómo se presenta la barrera del mito del equipo administrativo, que de acuerdo con Senge (1998) es una cultura de trabajo, donde el equipo de dirección es el responsable de resolver las necesidades de la organización.

En estos casos el aprendizaje colaborativo es nulo y el diálogo es visto como una amenaza, ya que la organización confía más en el control del personal operario que en la participación y la colaboración, generando lo que Senge menciona como “equipos llenos de gente increíblemente apta para cerrarse al aprendizaje” (1998, p. 37). De seguir con este tipo de prácticas el Hospital de las Américas corre el riesgo de volverse obsoleto y por consiguiente reemplazable.

El último acuerdo de la primera reunión de la CoP fue que el nombre que utilizarían como identificación institucional sería *Grupo de enseñanza continua de fines de semana*, ya que las reuniones eran los fines de semana por la noche y *enseñanza continua* porque la intención era que, terminando el proyecto que aquí se reporta, el colectivo continuara trabajando en otros proyectos destinados a la atención de todos los recién nacidos en estado crítico.

3.2 Mapeo del conocimiento

El mapeo del conocimiento se conceptualizó como la búsqueda de conocimientos valiosos tácitos y explícitos destinados al cuidado de la persona recién nacida con prematuridad, en lo que Canals reconoce como los activos del conocimiento que “son las bases de datos, documentos, fórmulas, capacidades específicas de un individuo, rutinas, procesos necesarios para el cumplimiento de tareas que poseen los individuos” (2003, p. 14).

El día 03 de febrero del 2019, reunidos los cinco integrantes de la comunidad de práctica, se presentó la planeación de cómo desarrollar esta etapa, la cual quedó organizada en tres actividades que se comparten a continuación:

1. Elegir la propuesta de mapeo.
2. Construir un cronograma de búsqueda de conocimientos.
3. Generar una estrategia de búsqueda y recuperación de conocimientos valiosos orientados al cuidado del desarrollo del neonato con prematuridad.

En la cuarta junta del mes de febrero del 2019, la CoP inició la construcción de una estrategia de búsqueda y recuperación de conocimientos valiosos, orientados al cuidado del desarrollo del neonato con prematuridad. La enfermera Susana y el líder de la comunidad propusieron en esta reunión la siguiente ruta:

- a. Realizar entrevistas a todo el personal del servicio de UCIN, para conocer sus experiencias y vivencias en la atención del recién nacido prematuro.
- b. Consultar manuales sobre el tema de los cuidados del desarrollo del neonato.
- c. Buscar conocimientos explícitos en repositorios externos a la organización.

Se identificaron los instrumentos o herramientas que funcionarían mejor para tal fin, lo que puede observarse en las siguientes viñetas:

Inés: “Yo creo que la primera etapa de recolección de conocimientos, que son los que tenemos nosotros (tácitos) no lo hagamos como cuando vienen a aplicar un protocolo de investigación, que nos dan un examen para contestarlo y después nos andan publicando que no sabemos hacer cosas. Yo creo que mejor hay que platicar con las demás compañeras y lo apuntamos en una libreta y así ya sabemos de sus experiencias”.
(B1_24/02/2019).

Susi: “Sí, Inés, pero ya sabes cómo son las otras compañeras, tú crees que Adi y Cuca van a querer platicar”, a lo que respondió la Dra. María “bueno, pues intentamos, le hacemos la lucha, porque creo que Inés tiene razón, Susi, es mejor llegar y platicar que entregarles un examen y que lo contesten”
(B1_24/02/2019).

La anterior medida surge a raíz de experiencias negativas, en donde las enfermeras son objeto de evaluaciones de proyectos internos y externos, que las sitúan como ajenas de conocimiento necesario para la atención asistencial del recién nacido.

Ante la anterior situación, la comunidad de práctica aceptó la ruta de búsqueda y recuperación de conocimientos, pero sin la aplicación de cuestionarios u otro instrumento para recabar información, la enfermera Susana y el líder de este proyecto, conversaron con la jefa del servicio del turno matutino sobre el mapeo del conocimiento tácito y explícito, compartiendo de manera general cuál era el objetivo de conversar con toda la plantilla de enfermeras que integran la UCIN, y cuál destino tendrían las experiencias y vivencias recabadas, teniendo como respuesta de la jefa del turno matutino las siguientes palabras:

“Está bien de mi parte, creo que no hay inconvenientes para que inicien su trabajo, denme oportunidad esta semana para informar a las demás jefas del servicio para que inicien el siguiente mes. Sólo les recomiendo prudencia en la forma que se acerquen y conversen con todas, ya que cada una tiene un punto de vista diferente y no aceptan muy bien que les pregunten de su trabajo.” (B1_25/02/2019).

Dadas las anteriores vivencias se comparte a continuación la siguiente declaración del conocimiento:

El conocimiento de la cultura organizacional ayuda a la comunidad de práctica en el mapeo del conocimiento tácito.

El mapeo del conocimiento tácito fue un proceso en el que la CoP tuvo la oportunidad de recabar y sistematizar experiencias valiosas del ejercicio disciplinar del cuidado del recién nacido con prematurez del personal de enfermería de la UCIN del Hospital de las Américas. Sin embargo, no fue un proceso sencillo, ya que los integrantes de la comunidad tuvieron que derribar la barrera del “yo soy mi puesto”, construida por algunas enfermeras con mayor antigüedad en servicio. La siguiente viñeta presenta el desarrollo del mapeo tácito en la UCIN del Hospital de las Américas:

Ari, una de las primeras enfermeras en ser consultada respondió lo siguiente: “¿por qué me preguntas sobre mi trabajo?, ya sabes cómo trabajo yo. ¿Qué tienes que andarme preguntando?, aparte, mi trabajo me costó estudiar, si quieres saber algo vete a los cursos de enseñanza” (B1_01/03/2019).

Malena otra de las primeras en ser entrevistadas respondió a Susi, “mira, yo opino igual que Ari, pero te voy a decir por la forma en la que me preguntas, porque a veces llegan otras enfermeras preguntando, pero con el fin de corregirnos y la verdad ya estamos grandes y no nos gusta que nos corrijan, total en unos años ya nos vamos para que se queden ustedes”. Susi respondió, “no vengo a corregir, vengo a que me digas sólo ¿cómo tú haces tus nidos?, es todo, no vengo con la finalidad de corregirte o regañarte sólo quiero saber cómo haces tú los nidos”, a lo que Malena le dijo “bueno, mira, yo aprendí a hacer los nidos, no sé si está bien o mal como los hago, pero yo aprendí así en una clase que dieron” y describió la técnica que ella utilizaba.

Beti, una enfermera de la tarde respondió a Inés durante la entrevista “yo te voy a decir cómo yo le hago para decirle a las mamás cómo pegarse al niño (amamantar al bebé)”. Enseguida, Beti describió la técnica que ella emplea durante su clase de lactancia.

Cataline, una enfermera de fines de semana respondió al líder de la comunidad “mira, yo apoyo a los papás con la técnica canguro de la siguiente manera” y describió la técnica que ella utilizaba (B1_01/03/2019).

La primera respuesta, deja al descubierto que el Hospital posee un capital intelectual resguardado en enfermeras como Ari, fieles a la barrera del “yo soy mi puesto” de Senge (1998), que prefieren conservarlo para ellas. Pero también hay experiencias fructíferas como la estrategia que utilizó Susana con Malena de preguntarle dentro de una conversación de camaradería, incluso hasta informal, esto superó la barrera del “yo soy mi puesto” y se logró construir un diálogo participativo donde se rescataron experiencias valiosas. Esto no hubiera sido posible si no se conociera la cultura organizacional y se cuestionara al interior de la misma comunidad de

práctica la manera habitual de proceder en la institución, como se muestra en la siguiente viñeta:

“Yo creo que la primera etapa de recolección de conocimientos que son los que tenemos nosotros (tácitos), no lo hagamos como cuando vienen a aplicar un protocolo de investigación, que nos dan un examen para contestarlo y después nos andan publicando que no sabemos hacer cosas. Yo creo que mejor hay que platicar con las demás compañeras y lo apuntamos en una libreta y así ya sabemos de sus experiencias”.
(B1_24/02/2019).

Por medio de las experiencias vividas se genera la siguiente afirmación:

La recuperación de capital intelectual en los colaboradores, es posible por medio del diálogo cordial.

La anterior estrategia se nombró por parte de la comunidad *Diálogo entre colegas*, que no es más que una conversación dinámica e informal donde los términos académicos son remplazados por palabras usuales o términos coloquiales. Cabe señalar que esta estrategia no había sido utilizada por otros proyectos anteriores, convirtiéndose en pionera para los trabajos realizados en el Hospital de las Américas. Como ya se había mencionado anteriormente, para Senge (1998) el diálogo es un elemento medular, incluso lo concibe como vital para que el aprendizaje en equipo sea efectivo. Para Nonaka (1995), se entiende que el diálogo dentro del aprendizaje en equipo es un proceso en el que las personas comparten experiencias, perspectivas, intercambian y combinan su conocimiento para la creación de nuevo conocimiento.

En el mes de marzo del 2019 continuaron las reuniones, en ellas se trabajó en el plan del mapeo del conocimiento, pero ahora enfocados en el capital estructurado como manuales, fichas o tarjetas de información. El líder propuso lo siguiente: “¿Les parece bien que cada integrante de la comunidad realice una búsqueda de qué manuales de procedimientos existen en la UCIN destinados al cuidado del neonato con prematuridad y recolectar de manera específica qué actividades proponen para

el cuidado asistencial de estos bebés? “(B1_09/03/2019). El resto de la comunidad vio factible esta propuesta comenzando la búsqueda el día 10 de marzo del 2019.

El mapeo del conocimiento explícito fue la segunda etapa de este proceso, aquí la CoP consultó los repositorios institucionales como manuales construidos por las autoridades del Hospital, donde se rescataron las prácticas explícitas destinadas para el cuidado del neonato con prematuridad. Después, se consultó una serie de obras propuestas por la comunidad para buscar conocimientos compartidos por profesionistas externos a la organización, dedicados al cuidado del neonato con prematuridad.

En el primer instrumento del conocimiento la CoP, encontró una recopilación de técnicas y actividades para el cuidado de los bebés en la terapia intensiva neonatal, sin embargo, eran extractos fieles de obras publicadas, no existía incorporación de los conocimientos tácitos del profesional de enfermería de esta área, también la fecha de actualización era mayor a ocho años, probablemente algunas de las actividades implícitas ya están en desuso. A continuación, se comparte una viñeta con estos hallazgos:

Susi: “Este manual lo hicimos hace mucho, pero si ponen atención está organizado por aparatos y sistemas, y lo redactamos entre todas las enfermeras del servicio de UCIN”. Inés respondió “yo estoy de acuerdo con Susi, porque varias veces lo he consultado y me ha ayudado, pero lo malo que es muy viejito [antiguo]” (B1_16/03/2019).

La comunidad continuó con el mapeo en fuentes externas a la institución, en esta búsqueda de conocimientos explícitos los integrantes de la comunidad realizaron un esfuerzo considerable, ya que invirtieron de su capital financiero para la recuperación de algunas obras. También, se experimentó una vivencia significativa porque se enfrentaron a realizar interpretaciones en otros idiomas. La siguiente viñeta muestra con claridad las experiencias ocurridas:

Inés reporto lo siguiente: “A mí me costó trabajo encontrar material en internet y aparte la mayoría estaba en inglés, le tuve que pedir ayuda a mi hijo,

primero para descargarlo y luego para traducirlo con ayuda de una página de internet”.

Susi contestó “Yo también estoy como Inés, le tuve que pedir ayuda a mi hijo para buscar las recomendaciones del cuidado del prematuro en los sitios que recomendó Cris, pero la mayoría me pedía pagar, afortunadamente tenía mi tarjeta para hacer el pago, pero imagínense, quien no tiene tarjeta no puede acceder a estos libros”.

El líder compartió lo siguiente “también a mí me costó trabajo conseguir los manuales de posicionamiento en español, tuve que pagar por ellos” (B1_30/03/2019).

El resultado del mapeo del conocimiento explícito dejó una serie de hallazgos, los cuales, fueron organizados por la CoP en la siguiente tabla, donde se decidió que estuviera organizada en dos dimensiones: la primera son las Fortalezas, que son aquellos elementos, acciones o cualidades que hacen factible la incorporación de los cuidados explicitados al interior de ellas; mientras que en la siguiente dimensión están las debilidades, que son todas aquellas condiciones o características que dificultan la incorporación de los cuidados a la práctica del profesional de enfermería. Enseguida se comparte la tabla construida y las obras consultadas por la CoP.

Tabla 6. Fortalezas y debilidades del conocimiento explícito mapeado.

Obra	Fortaleza	Debilidad	Referencia
Manual de procedimientos institucionales.	✓ Conocimiento organizado y estructurado.	✓ Desactualizado (su última revisión y actualización fue del 2008, diez años atrás).	ISSSTE. (2018). Manual de organización de la unidad de cuidados intensivos neonatales. Zapopan, jalisco. México.
El decálogo del prematuro, de la UNICEF.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollo en castellano. ✓ Intervenciones de enfermería específicas. 		UNICEF. (2016). Derechos de los recién nacidos prematuros. Derecho 4 • Los recién nacidos de parto prematuro tienen derecho a recibir cuidados de enfermería de alta calidad, 5.

Programa de NIDCAP.	✓ Actividades organizadas y estructuradas.	✓ Acceso a la consulta complicada, se necesita de un pago previo. ✓ Lengua Anglosajona de texto.	Als H. (2010). Programa de evaluación y cuidado del desarrollo individualizado del Recien nacido (NIDCAP). Guía del programa. NIDCAP Federation International, Official Spanish.
El programa de Reanimación Neonatal 7ª Edición Health Bridges International	✓ Actividades Organizadas y ejemplificadas.	✓ Es necesaria la compra para la consulta.	Weiner GM, Zaichkin J, Kattwinkel J. (2016). Textbook of Neonatal Resuscitation. 7th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics and American Heart Association.
El programa S.T.A.B.L.E.	✓ Cuidados de enfermería especializados no compartidos en otras obras.	✓ Costo de la obra. ✓ Dificil acceso a la adquisición.	O'Neill N, Howlett AA. Evaluation of the impact of the S.T.A.B.L.E. Program on the pretransport care of the neonate. Neonatal Netw 2007; 26:153-159.
Manual "Nacer temprano y vivir en grande"	✓ Cuidados de enfermería, actualizados.	✓ Costo de la obra. ✓ Dificil acceso a la adquisición.	Mendizabal-Espinosa, R. M., Nieto-Sanjuanero, A., Vázquez-Hernández, B., Vega-García, A., Vale-Valero, M., & De Luna-Jiménez, M. (2013). Actualidades en los Cuidados Neonatales: el trabajo multidisciplinario y la atención humanizada (p. 70). México: Nacer Temprano.
La guía de práctica clínica de intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro del IMSS.	✓ Fácil localización	✓ Cuidados desactualizados. ✓	Guía de práctica clínica. Intervenciones de Enfermería para la Atención del Recién Nacido. México, CENETEC; 2013 [25/06/2021]

Enseguida se presenta una declaración del conocimiento, construida por los expresado anteriormente:

La generación de acuerdos entre integrantes de la CoP contribuyó a la recuperación del conocimiento explícito.

La búsqueda de conocimientos explícitos dejó una serie de experiencias enmarcadas en lo que Étienne Wenger (2001) describe como el compromiso mutuo, que es “la capacidad de comprometerse con otros miembros y responder de acuerdo con sus acciones y, en consecuencia, la capacidad de establecer relaciones donde esta mutualidad sea la base para una identidad de participación” (2001, p.297). El compromiso mutuo se vio reflejado en el esfuerzo por conseguir el material, incluso uno de los manuales estaba en otro idioma, lo que significó un esfuerzo aún mayor para los integrantes, así como la inversión para conseguir dichos recursos.

En la última semana de marzo del 2019, la comunidad de práctica finalizó la etapa de mapeo, la cual, dejó un repositorio del conocimiento resguardado en un programa de Microsoft, elaborado por la secretaria de la comunidad de práctica. La enfermera Lilia se dio a la tarea de transcribir, organizar y sistematizar cada una de las intervenciones rescatadas a lo largo de esta etapa de búsqueda de conocimientos tácitos y explícitos valiosos.

3.3 La Combinación del Conocimiento.

La comunidad de práctica decidió en el mes de abril del 2019, reorganizar las actividades propuestas por el líder. Reagrupándolas en tres fases con la finalidad de construir tres repositorios del conocimiento que favorecieron la creación de nuevos conocimientos. A continuación, se comparte la ruta de combinación del conocimiento.

- ✓ Acuerdos para la sistematización del conocimiento recuperado.
- ✓ Organización del conocimiento recuperado.
- ✓ Diseño de activos del conocimiento.

En abril del 2019, la comunidad de práctica durante su primera sesión del mes encontró una gran cantidad de conocimiento explicitado en un banco de datos de

Microsoft, construido por la secretaria de la comunidad. María, Susana e Inés propusieron reorganizar el conocimiento reclutado en las seis dimensiones del modelo de atención integral del desarrollo, ya que afirmaban que la sistematización del conocimiento recuperado viabiliza el diseño de los activos ambicionados a construir, al mismo tiempo que optimizaría su consulta para futuras producciones

La siguiente viñeta muestra cómo se comenzaron a sistematizar los conocimientos recuperados:

El 14 de abril del 2019, en la reunión del grupo de enseñanza la enfermera Inés expresó lo siguiente: “Yo creo que para comenzar debemos de clasificar el material que tenemos y ordenarlo por cuidados y después de tener clasificados los cuidados, comenzar a redactar cada una de las intervenciones ” a lo que le respondió Susana, otra de las enfermeras de la comunidad “sí, pero no sólo hay que transcribir Inés, también podemos aportar como dijo Cris, cómo hacemos esas actividades nosotras, porque no siempre estamos siguiendo los pasos del manual, hay veces que resolvemos de otra forma, por ejemplo cuando llora un bebé no busco en el libro como calmarlo” (B1_14/04/2019).

La Dra. María en esta reunión mencionó lo siguiente: “Yo creo que nos deberíamos apegar al modelo de atención integral del desarrollo, ya que si construimos o creamos otros cuidados van a decir que los inventamos y no creo que nos crean Cris” (B1_14/04/2019). Susana prosiguió “Yo estoy de acuerdo con la Dra., porque si no presentamos una base o referencia de por qué estamos proponiendo un nuevo cuidado no le van hacer caso a la guía” (B1_14/04/2019).

Ante la anterior intervención, el líder mencionó “coincido con sus propuestas y creo conveniente primero organizar cada uno de los cuidados, priorizando como lo recomienda el modelo que cita la Dra. María y después por cada cuidado construir un listado de actividades inspiradas en el material que tenemos”. (B1_14/04/2019).

A continuación, se comparte una afirmación inspirada en la propuesta de Senge de utilizar el diálogo dinámico como aliado en el camino de creación del conocimiento.

El diálogo en los entornos de comunicación coadyuvó para la toma de decisiones de la sistematización de conocimientos recuperados.

Por consiguiente, para comenzar la sistematización del conocimiento recuperado fue necesario recurrir a la generación de acuerdos, utilizando la estrategia del diálogo que comparte Senge (1998), el cual concibe a este elemento distintivo de las organizaciones inteligentes como un “libre flujo del significado a través del grupo, lo cual permitía al grupo descubrir percepciones que no se alcanzaban individualmente” (1998, p.19). Durante el diálogo dinámico generado en el entorno de comunicación, resaltaron otros elementos compartidos por Senge (1998) como es el trato entre colegas, ya que los integrantes de la comunidad dejaron de ver en el líder una figura de dirección y comenzaron a producir alternativas de sistematización desde su propia autoría, la reorganización del conocimiento inspirado en metodologías del cuidado de los neonatos.

Durante la segunda quincena de abril del 2019, la comunidad comenzó a crear un listado de actividades que consideraban necesarias para el cumplimiento de cada una de las seis intervenciones. Durante esta reunión el líder aportó dos dimensiones más, Modulación del ruido y Método canguro, ambas dimensiones destacadas por la UNICEF y otras organizaciones en pro del cuidado del neonato con prematuridad. Al término del mes se obtuvo la siguiente tabla:

Nota: Las Intervenciones la comunidad prefirió reservarlas y compartirlas en la guía del cuidado del neonato.

Tabla 7. Dimensiones de los Cuidados del desarrollo.

Estímulos Emocionales y Fisiológicos	Estímulos ambientales
Dimensiones	Dimensiones

Inclusión de los padres en los cuidados,	Modulación de la iluminación
Control y alivio del dolor	Modulación del Ruido
Lactancia Materna (LM)	Cuidado de postura, contención y anidamiento.
Método Canguro (MC).	Respetar los periodos de descanso

En las anteriores sesiones resalta que los integrantes de la comunidad comenzaron a aportar iniciativas para la combinación del conocimiento Y dejar los supuestos para comenzar la construcción de nuevos acuerdos. Por lo tanto, los instrumentos construidos se identifican como un fruto del trabajo realizado por la CoP.

Enseguida se presenta una viñeta de cómo la comunidad ha consolidado el compromiso mutuo:

La enfermera Lilia dijo el día 15 de abril del 2019: “Yo me ofrezco a organizar el repositorio que tenemos, ya que yo lo realicé”, María y Susana contestaron “nosotras te ayudamos, porque también tú tienes tu otro trabajo”. María les dijo “es más, si gustan nos vemos el próximo 19 en mi casa y ahí le decimos a mi hijo que nos ayude” (B1_15/04/2019).

Lo anterior, muestra cómo la comunidad de práctica se encuentra en la etapa de motivación, ya que reconocen las diferentes actividades de las compañeras y, a partir de esto, distribuyen las tareas, de acuerdo con Wenger (2001) los integrantes de la comunidad estarían manifestando un compromiso mutuo que es la “capacidad de comprometerse con otros miembros y responder de acuerdo con sus acciones y, en consecuencia, la capacidad de establecer relaciones donde esta mutualidad sea la base para una identidad de participación” (2011, p.172). En cuanto al conocimiento, se puede afirmar que este se encontraba en la fase de combinación como Nonaka y Takeuchi afirman, durante esta existe una “reconfiguración de la información

existente a través de la clasificación, adición, combinación y categorización del conocimiento explícito” (1995, p.67).

El diseño y la construcción de un repositorio de conocimiento, nombrado por la comunidad de práctica como “Guía de los cuidados esenciales del neonato con prematuridad”, es un instrumento que ofrece al lector una síntesis de cada uno de los cuidados que recomiendan las organizaciones destinadas a salvaguardar el desarrollo del infante con prematuridad, pero con la característica distintiva que fue nutrido por la *expertise* de un grupo de enfermeras conocedoras de la atención del neonato con prematuridad, dentro del Hospital de las Américas. Por lo tanto, este artefacto conforma parte de lo que Dalkir llama *memoria organizacional*, que es “retener y hacer accesible información valiosa al conocimiento adquirido a través de las experiencias” (2011, p.366).

La guía de los cuidados esenciales del neonato con prematuridad quedó organizada de la siguiente manera:

- ✓ Portada.
- ✓ Esquema del conocimiento.
- ✓ Un capitulado de cada dimensión.

La ruta de construcción de esta “guía de los cuidados esenciales del neonato con prematuridad” fue la siguiente:

- a) Construcción de un esquema.
- b) Discutir el Diseño de la guía.
- c) Organizar el conocimiento explícito del Cuadro de los Cuidados del desarrollo en un programa de diseño.
- d) Sistematizar el contenido de la guía de acuerdo con la recomendación de la UNICEF.

Durante el diseño de la guía, los integrantes de la comunidad conversaron y aportaron diversas opiniones de los elementos que podrían mejorar los instrumentos

del conocimiento que se iban cosificando. Esta serie de aportaciones a los activos construidos tiene matices del concepto del compromiso mutuo de Wenger (2001), de manera puntual en el elemento de la mutualidad ya que los integrantes de la comunidad mostraron disponibilidad y compromiso de ayudarse.

La siguiente viñeta, muestra como los integrantes aportaron soluciones para el diseño del esquema:

La enfermera Inés y el líder propusieron la construcción de un esquema en forma de Flor, ya que Inés mencionó lo siguiente: “Creo que una figura fácil de identificar es una Flor, ya que el servicio no tiene esta figura”. Susi contesto “oye, está bien pero que sea con colores relacionados con los bebés con prematuridad, así todos van a saber que se trata de algo relacionado con ellos” (B1_20/04/2019).

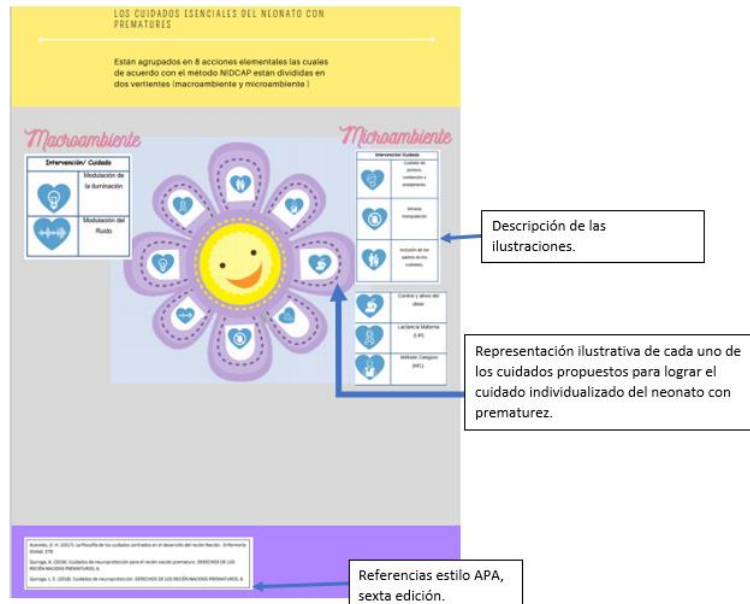
Para Wenger (2001), la disponibilidad de ayuda forma parte del elemento de tareas conjuntas que se entienden como construir cosas de forma colaborativa y participativa. Este elemento forma parte del cuerpo de mutualidad que se concibe como la participación desinteresada y voluntaria de los integrantes de la comunidad de práctica. Estas cualidades quedaron a la luz en la anterior viñeta, cuando cada integrante compartió de manera desinteresada una característica que consideraban representativa de la atención del neonato con prematuridad.

Las aportaciones anteriores dieron como resultado la construcción de un instrumento del conocimiento, el cual está integrado por ocho intervenciones que aportan al cuidado del neonato con prematuridad, una atención centrada en su desarrollo, en la cual se prioriza la neuroprotección. Por ello se organizaron en dos dimensiones la primera que es el microambiente, que son todas intervenciones con las que interactúa el neonato y se aplican de forma directa como la postura, la manipulación, etc; mientras que en el macroambiente se desarrollan todas las intervenciones generadas al exterior de las unidades (Incubadoras y cunas).

Una estrategia que utilizó la CoP fue elaborarlas y compartirlas con el resto del equipo de UCIN por medio de tarjetas plastificadas a fin de colocarlas en todas las

unidades y evitar el desgaste por el tiempo. A continuación, se comparte esta cosificación del conocimiento construido:

Figura 2. Flor del cuidado del neonato con prematurez



En la Institución fue nombrada “Flor del cuidado del neonato con prematurez”, la comunidad comenzó a trabajar en el diseño de las 8 dimensiones del cuidado del neonato. Cada una de ellas comparten los mismos elementos como las señalizaciones, imágenes y colores, en su mayoría tonos de morado, que según algunas organizaciones son en pro del cuidado de los bebés con prematuridad y representa la esperanza de un comienzo saludable para los neonatos. Titulado por la CoP “Guía de los Cuidados esenciales del neonato con prematurez”, disponible en el apartado de anexos.

Posteriormente se planeó la producción de un manual en video, tomando en cuenta las experiencias previas, donde habían trabajado en la elaboración de manuales de procedimientos; pero que eran olvidados en repositorios inaccesibles para los colaboradores. Ante las anteriores experiencias la CoP decidió elaborar un instrumento que fuera fácil de distribuir por medios digitales. El resultado fue un video-manual en el cual se abordaron las siguientes temáticas:

- Inclusión de los padres en los cuidados.
- Modulación de la iluminación.
- Control y alivio del dolor.
- Modulación del Ruido.
- Lactancia Materna (LM).
- Cuidado de postura, contención y anidamiento.
- Método Canguro (MC).
- Respetar los periodos de descanso.

Su elaboración se realizó en tres etapas: la primera consistió en que dentro de la jornada laboral cada bina de la CoP elaboró de manera libre un guion con las actividades de la guía, durante la jornada laboral porque terminando su turno de trabajo cada integrante de la CoP continuaba con otros empleos que atender. En la segunda etapa, la CoP comenzó la grabación de los videos, acordando un tiempo no mayor a diez minutos de duración. El instrumento de grabación sería libre. Y la tercera etapa era la difusión del video manual.

Finalmente se construyó un video manual con cuatro partes:

- Modulación de la iluminación.
- Modulación del ruido.
- Cuidado de postura, contención y anidamiento.
- Respetar los periodos de descanso.

El resto de los videos no lograron producirse dado que el tiempo destinado a la producción se vio rebasado por el incremento de ingresos de recién nacidos a la UCIN. La etapa de combinación del conocimiento se concluyó en el mes de julio del 2019, los resultados del proceso de intervención para la creación del conocimiento implicaron que la CoP continuara los fines de semana trabajando para sistematizar el conocimiento recuperado. Aportando esta etapa al Hospital de las Américas un

cuerpo del conocimiento, construido por tres activos y nutrido por la memoria organizacional de enfermeras conocedoras de las intervenciones asistenciales del neonato con prematuridad.

3.4 La Gestión del aprendizaje.

Durante la primera reunión del grupo de la Cop en el mes de agosto del 2019, el líder compartió la planeación de un taller que había construido para integrar los conocimientos recuperados sobre el cuidado del desarrollo del neonato con prematuridad. Él propuso nutrirlo con los conocimientos reclutados y organizar un programa educativo, las demás integrantes de la comunidad aceptaron y comenzaron a diseñar el programa educativo.

Se planeó como un tema central en cada sesión, con las actividades que se desarrollaran en la comunidad de practica y por separado las que se trabajaría con la comunidad de aprendizaje la evaluación estará a cargo del instructor o ponente. Enseguida se comparte el diseño del plan de intervención construido:

Tabla 8. Cronograma de actividades para la gestión del aprendizaje.

SESIONES	TEMA	Actividades de la comunidad de practica	Actividades de la comunidad de aprendizaje
Lunes (Sesión 1)	Introducción al Cuidado del desarrollo	De forma expositiva compartir a manera de línea del tiempo la evolución del cuidado. Generar una actividad de discusión de las bondades y debilidades de los modelos primitivos del cuidado	Construir un mapa mental de los modelos que anteceden al cuidado del desarrollo. Compartir los resultados de la actividad integradora Construir un cuadro de doble entrada con los resultados de la actividad de discusión
Martes (Sesión 2)	Posicionamiento y manejo Salvaguarda del sueño	De forma expositiva compartir los temas medulares, con el orden sugerido por la comunidad. Acompañar las actividades integradoras y ofrecer retroalimentación	Generar un dispositivo de contención del neonato. Construir un tríptico de los pasos que recomienda la teoría del cuidado para promover el sueño En binas construir dispositivos de posicionamiento y contención del neonato.
Miércoles (Sesión 3)	Minimizar el estrés y el dolor	De forma expositiva compartir los temas medulares, con el orden sugerido por la comunidad.	Realizar las intervenciones compartidas con el material y equipo que ofrezca el expositor.

		En una mesa redonda con máximo cuatro asistentes compartir de forma precisa las intervenciones, para minimizar el dolor con alternativas no medicamentosas.	Ofrecer a la mesa de trabajo opiniones para llevar a cabo dichas intervenciones dentro de la UCIN.
Jueves (Sesión 4)	Protección de la piel Optimización de la nutrición	De forma expositiva compartir los temas medulares, con el orden sugerido por la comunidad. Organizar al término del espacio de exposición binas y realizar una actividad colaborativa y de compartición.	Construir un diagrama de flujo de cada uno de los temas. Compartir con el resto de la comunidad de aprendizaje como puede las actividades sugeridas por el ponente a la práctica cotidiana.
Viernes (Sesión 5)	Asociarse con familias	De forma expositiva compartir los temas medulares, con el orden sugerido por la comunidad. Organizar equipos de cuatro y construir un boletín de los beneficios de involucrar a los padres en el cuidado del infante con prematuridad Al término del taller invitar a los participantes a colaborar como monitores de los cuidados del desarrollo.	Construir un boletín informativo con los beneficios del cuidado del neonato con prematuridad. El documento debe contar con un objetivo y justificación construidas por el equipo. Ofrecer un listado de las actividades que propicien que los padres se involucren con el cuidado de los bebés. Finalizado el documento realizar una actividad de comparación de productos, donde entre los integrantes del equipo leerán el documento de otro equipo y ofrecerán recomendaciones.

El día 7 de agosto del 2019, el líder de la comunidad compartió con la jefa de enseñanza en enfermería del Hospital de las Américas llevar a cabo este taller, la propuesta fue aceptada, pero era necesario someterla a tres comités para su autorización y el tiempo de espera de acuerdo con los protocolos internos de la institución era aproximadamente de seis meses. Ante esta situación la CoP pospuso para más adelante la intervención de gestión del aprendizaje, ya que los tiempos de autorización por parte del Hospital se desfasaban de la planeación de este proyecto.

3.5 La difusión del conocimiento con el profesional de enfermería de la terapia intensiva neonatal.

Finalizado el cronograma de actividades para la gestión del aprendizaje, la CoP comenzó el diseño de una ruta para lograr almacenar y actualizar los repositorios de conocimiento, así como su constante difusión. La tabla siguiente muestra la ruta que se siguió:

Tabla 9. Ruta para la producción y difusión del conocimiento.

Pasos	Actividad
1	Ajustar el manual y video-manual que construyó la CoPs con los aportes compartidos por la comunidad de aprendizaje.
2	Una vez consolidadas cada una de las dimensiones del cuidado del desarrollo construir una rubrica con las actividades necesarias para alcanzar dicho cuidado, esta rúbrica se incorporará al manual.
3	Entregar un informe de los resultados del taller a los mandos correspondientes de la organización.
4	Notificar a cada jefa de servicio la presencia de una monitora de los cuidados del desarrollo y entregar un listado de sus actividades durante la jornada laboral.
5	Solicitar de manera mensual a cada monitora de turno un informe de los avances de la integración de los cuidados a la práctica asistencial.
6	Sesionar de manera mensual con las monitoras y la comunidad para evaluar los avances y discutir nuevas necesidades que presente la atención neonatal.

Ante la imposibilidad de aguardar el tiempo demandado por parte del departamento de enseñanza de enfermería para obtener la autorización del taller planeado, la CoP tomó como ruta compartir los activos construidos en el equipo de cómputo del servicio de UCIN. Argumentando en los entornos de comunicación del mes de agosto del 2019 que, con esta alternativa, el conocimiento gestionado tendría la oportunidad de ser alimentado o ajustado por otros conocimientos resguardados en el personal de enfermería. Por lo que estaría alineado con el campo de la gestión del conocimiento que por medio de Canals reconoce en los activos, “un medio para fomentar las condiciones idóneas para la creación de conocimiento y su difusión” (2003, p. 14).

En agosto del 2019, la CoP decidió avanzar a la etapa de difusión del conocimiento, ya que le era imposible desarrollar el taller dentro del Hospital de las Américas. La estrategia que utilizaron fue generar los repositorios para que sean utilizados por el profesional de enfermería en la UCIN, entre ellos dispositivos de informática.

La siguiente viñeta, muestra cómo los integrantes iniciaron compartiendo los activos de conocimiento construidos en la UCIN.

Dadas las anteriores circunstancias María y Susana propusieron lo siguiente: “Nosotras creemos -dijo María- que lo más factible en este momento, para no estar esperando que nos autorice las jefas de enseñanza el taller, es compartir en la computadora todo lo que hicimos”. Inés comentó “Yo también, Cris. Es que es demasiado tiempo y estar buscando a cada una de las autoridades que deben dar el visto bueno es muy complicado” (B1_21/07/2019).

Una estrategia que tomaron dos validadoras fue invitar a las jefas de servicio para que las enfermeras que colaboraran en su turno revisaran el material. Susi, conversó con la jefa de enfermeras del turno matutino para que ayudara a la difusión del material con el resto de las enfermeras del servicio de UCIN.

Inés mencionó lo siguiente: “Las jefas de la noche se pusieron a ver los videos a todas las compañeras el martes pasado” (B1_02/08/2019). María comentó también “En la tarde la jefa les dio una clase tomando de referencia la guía” (B1_02/08/2019). De esta forma las jefas motivaron al personal a consultar los materiales construidos.

La estrategia utilizada por la CoP de compartir los activos en un repositorio habitual para este personal y generar el acuerdo de actualizar los activos construidos, converge con lo señalado por Dalkir: “Los repositorios de conocimientos también tenderán a ser más dinámicos que otros tipos de arquitecturas porque el contenido del conocimiento se actualizará continuamente y fragmentado en diferentes perspectivas para servir a una amplia variedad de diferentes usos y usuarios contextos” (2011, p.293). Por lo tanto, aunque no se logró lo planeado de generar un taller, el conocimiento combinado fue compartido en un espacio de consulta habitual, donde está al alcance de todo el personal y fácilmente puede ser transmitido a otros espacios digitales, donde lo pueden seguir consultando para la toma de decisiones.

Las experiencias que se vivieron en la CoP durante esta etapa, generó la siguiente declaración del conocimiento:

El entusiasmo por compartir el capital estructural, motivó la búsqueda de espacios para difundir los instrumentos construidos.

Mark W. McElroy menciona que la integración del conocimiento gestionado es un proceso en el cual las organizaciones incorporan un nuevo conocimiento a sus prácticas de operación, a fin de resolver las demandas de los usuarios y mantenerse vigentes en el mercado. De acuerdo con el campo de la gestión del conocimiento, una estrategia de integración es por medio de la difusión o propagación del conocimiento.

Partiendo del campo antes mencionado, una maniobra de difundir el conocimiento gestionado es por medio de los repositorios del conocimiento, en términos de Dalkir son una “ventanilla única para que todos los usuarios de la organización puedan acceder a todo el contenido de conocimiento valioso histórico, actual y proyectado”, además su contenido debe ser “fácil de usar, fluido y transparente” (2011, p.293).

Conclusiones

Se concibe a la gestión del conocimiento como un campo que aporta a las organizaciones una serie de estrategias para construir una base de conocimiento compartido, con el potencial de facilitar la ejecución del trabajo, acelerar la innovación y mejorar la operación de sus procesos.

En el trabajo presentado se logró recuperar capital intelectual valioso, rescatar el conocimiento tácito y explícito de la organización y recuperar el almacenado en los repositorios de ésta, que, en combinación, generaron un nuevo conocimiento con el cual se busca enriquecer la práctica cotidiana del profesional de enfermería en las terapias intensivas neonatales.

Si bien algunos alcances fueron evidentes, no se concluyó totalmente lo proyectado, ya que los altos mandos mostraron resistencia al cambio; asimismo en todo el personal se observan ciertas barreras para el aprendizaje como: “Yo soy mi puesto”, “la ilusión de hacerse cargo” y “el mito del equipo administrativo” principalmente.

A partir del trabajo implementado se incentiva a la creación de comunidades de práctica en organizaciones que requieran de constante actualización de procesos operacionales. Una estrategia para que los gestores propicien estos colectivos es por medio de la utilización de su capital social, esto puede comenzar con la creación de un grupo que comparta los mismos intereses, a su vez, una buena relación con las autoridades, ya que estas pueden aportar al proyecto o detenerlo.

Es importante destacar que, la comunidad de práctica hizo uso de su pericia y compartió el conocimiento estructural en espacios poco aprovechados por la organización, como los equipos de cómputo de la terapia neonatal. Pese a que todos los integrantes tienen acceso, pocos trabajos e instrumentos son depositados en este repositorio. Esta estrategia da evidencia del compromiso generado entre los integrantes de la CoP pues, al no lograrse el espacio esperado para compartir sus producciones, se buscaron alternativas para dar a conocer las producciones generadas al interior de la misma.

Otro aspecto importante fue que para llevar a cabo la recolección de conocimiento explícito, la CoP tuvo que invertir económicamente en la adquisición de obras y artefactos del conocimiento como manuales, elaborados por otras instituciones. Aunque para este proyecto la comunidad fue generosa y aprobó la compra, se recomienda que la CoP genere una estrategia para forjar un capital, de esta forma en caso de necesitar sufragar algún material valioso para su proyecto se puede hacer uso del capital recaudado y evitar inversiones particulares.

El liderazgo que realizó el gestor de conocimiento resultó innovador, puesto que en la organización los líderes de equipo no trabajan a la par de los otros integrantes, sus funciones están basadas en el control y la dirección. Esto es porque el sistema organizacional es verticalista y las actividades de liderazgo son ajenas al diálogo y la colaboración. Se diferenció del resto de los trabajos efectuados en el Hospital de las Américas, porque ahora posiciona al líder como una persona que colabora con el resto de su comunidad, abierto a propuestas de mejora y que aprende al mismo tiempo que el resto de sus colegas.

Cabe señalar que este colectivo no se extinguió, ya que en noviembre del 2019 comenzó la planeación de un programa educativo con temas del cuidado del recién nacido en estado crítico, el cual arrancó en enero del 2020. Otro fruto de este trabajo fue que también en este año, la comunidad de práctica comenzó la actualización del manual de procedimientos de la UCIN del Hospital de las Américas. Además, entusiasmados con la experiencia vivida y con los resultados logrados decidieron emprender nuevos proyectos, destinado a modificar la atención asistencial de enfermería en todos los neonatos que ingresan a la terapia neonatal.

Otro fruto derivado de este proyecto fue que recibieron la invitación a participar en la actualización de los repositorios del conocimiento del servicio de neonatología, específicamente en el capítulo de intervenciones inmediatas y mediatas del recién nacido. Asimismo, las líderes de enfermería de la terapia neonatal invitaron a la CoP a construir un manual con el conocimiento gestionado, pero específicamente a recién nacidos extremadamente prematuros.

La propuesta metodológica no logró desarrollarse en su totalidad, quedando etapas sin concluir y otras sin desarrollarse (como fue la gestión del aprendizaje); sin embargo, quedó la propuesta de intervención diseñada para implementarla más adelante. Es por ello necesario poner atención en la valoración del contexto y dimensionar con cuidado el impacto ambicionado con el proyecto, ya que existen organizaciones como fue el Hospital de las Américas, que mantienen una estructura muy jerarquizada y una resistencia fuerte a los cambios, lo cual propició en este caso, el incumplimiento de algunas etapas de la propuesta de este trabajo. Por ello se recomienda visualizar profundamente la viabilidad de los proyectos, cuando se contraponen a la cultura institucional ya establecida.

Referencias

- Als H. (2010). Programa de evaluación y cuidado del desarrollo individualizado del Recien nacido (NIDCAP). *Guía del programa. NIDCAP Federation International*, Official Spanish.
- Altimier L, Phillips R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 16 (4), 230-244.
- Aportela, I. y Ponjuan, G. (2008). La Segunda Generación de la Gestión del Conocimiento: un nuevo enfoque de la gestión del conocimiento. *Ciencias de la Información*, 39(1), 19-30.
- Canals, A. (2003), Gestión del conocimiento, Barcelona, España: Editorial Gestión 2000.
- Centro de Investigación y Documentación sobre problemas de la Economía, el Empleo y las Cualificaciones (2000), El conocimiento en las organizaciones. Gestión del conocimiento y capital intelectual, Número 31 [Cuaderno de trabajo]. Donostia, San Sebastián, España.
- Dalkir, K. (2011). Knowledge management in theory and practice. Oxford, UK, Elsevier.
- Egan, F., Quiroga, A. y Chattás, G. (2012). Cuidados para el neurodesarrollo. *FUNDASAMIN*, 003 (014), 4-14.
- Guía de práctica clínica. Detección, diagnóstico y tratamiento de retinopatía del prematuro en el segundo y tercer nivel de atención. México, CENETEC; 2015 [25/06/2021]. Disponible en <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-281-10/RR.pdf>.
- Guía de práctica clínica. Intervenciones de Enfermería para la Atención del Recién Nacido. México, CENETEC; 2013 [25/06/2021] <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-645-13/RR.pdf>.
- IMSS. (julio del 2018). Por Problemas de Salud en las Mamás, Aumenta el Nacimiento de Bebés Prematuros en el IMSS. *Comunicación social IMSS*. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201807/179>
- ISSSTE. (2018). Manual de organización de la unidad de cuidados intensivos neonatales. Zapopan, Jalisco. México.
- Mendizabal-Espinosa, R. M., Nieto-Sanjuanero, A., Vázquez-Hernández, B., Vega-García, A., Vale-Valero, M., & De Luna-Jiménez, M. (2013). Actualidades en los Cuidados Neonatales: el trabajo multidisciplinario y la atención humanizada (p. 70). México: Nacer Temprano.
- NOM-007-SSA2-2016. (2016). *Norma oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016*. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

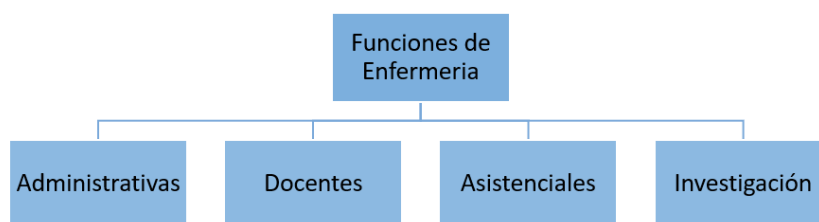
- NOM-019-SSA3-2013. (2013). NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
- Nonaka, I., y Takeuchi, H. (1995). La organización creadora del conocimiento. Cómo las compañías Japonesas crean la dinámica de la innovación. New York, Oxford University, Press.
- OMS. (2010), La incidencia mundial del parto prematuro: una revisión sistemática de la mortalidad y morbilidad materna. *Boletín de la organización mundial de la salud*, 88, 31-38.
- OMS. (2012). Nacido demasiado pronto. *Informe de acción global sobre el parto prematuro*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44864/9789241503433_eng.pdf;jsessionid=7347DD53060226D763C18760961223CB?sequence=1
- OMS. (2015). Recomendaciones de la OMS sobre intervenciones para mejorar resultados del parto prematuro. *Intervenciones para mejorar los resultados del parto prematuro*. Recuperado de https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/term-birth-guideline/en/
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). (2012). Guía comunidades de práctica. Unidad de Gestión de Conocimiento. Panamá: Centro Regional del PNUD para América Latina y el Caribe.
- Secretaría de salud. (2008). Manual de procedimientos. Subdirección de enfermería. Procedimientos para realizar el cálculo de personal de enfermería, Ciudad de México, México.
- Senge, P. (1998). La Quinta Disciplina: el arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Garnica.
- UNICEF. (2013). Derechos de los recién nacidos prematuros. Recuperado de: <https://www.unicef.org/argentina/media/386/file/Dec%C3%A1logo%20del%20prematuro.pdf>
- UNICEF. (2016). *Derechos de los recién nacidos prematuros*. Derecho 4 • Los recién nacidos de parto prematuro tienen derecho a recibir cuidados de enfermería de alta calidad, 5, recuperado de: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000935cnt-guia-prematuros-derecho-4.pdf>
- UNICEF. (2018). *Derechos de los recién nacidos prematuros*. Derecho 3 • El recién nacido tiene derecho a recibir atención acorde a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales, pensando en su futuro, 6, recuperado de: https://www.unicef.org/argentina/media/3911/file/SALUD-Prematuros_GuiaDerecho3_web.pdf
- Wenger, E. (1998/2001). Comunidades de práctica. Aprendizaje significativo e identidad. México, España, Argentina: Paidós. [Publicación original en inglés: 1998]

Anexos

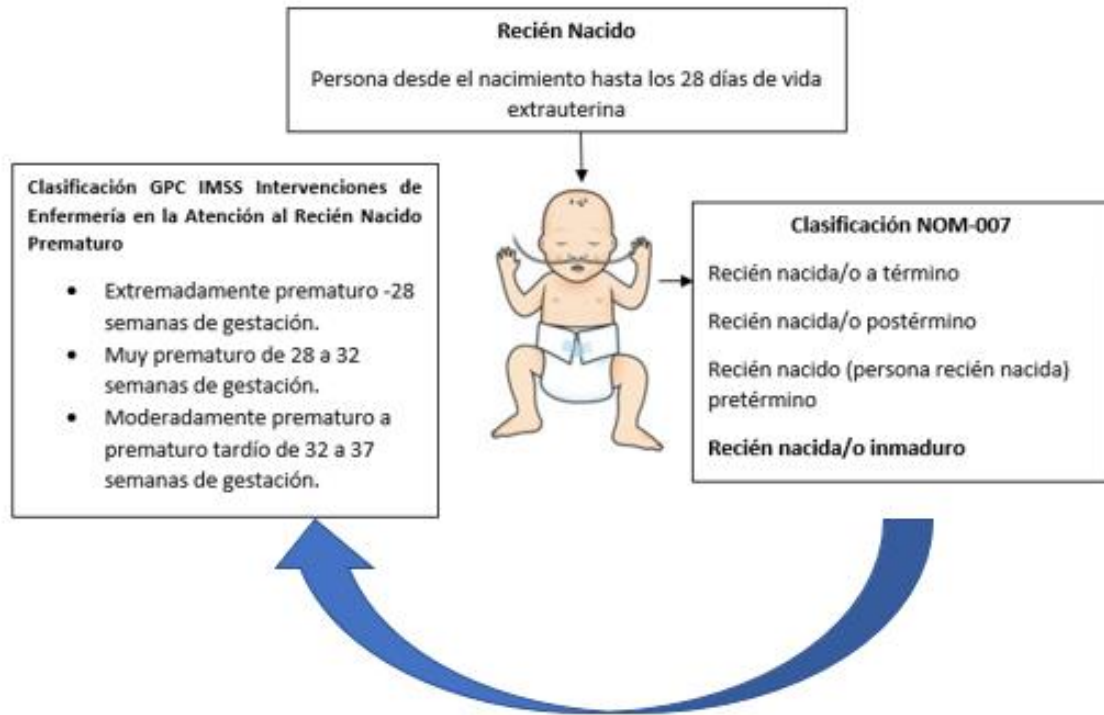
Anexo 1 Categorías de Enfermeras en UCIN

Categorías de enfermeras del servicio de UCIN	Turno Matutino	Turno vespertino	Turno Nocturno 1	Turno nocturno 2	Sábado, domingo y festivos diurnos	sábado, domingo y festivos nocturno
Enfermera jefa de servicio	1	1	1	1	0	0
Enfermera Especialista	3	4	0	2	1	1
Enfermera General	2	0	3	2	4	2
Auxiliar de enfermería	1	0	1	0	0	0

Anexo 2 Funciones de enfermería (manual organizacional,2018)



Anexo 3 Imagen de las clasificaciones de las intervenciones de enfermería en el recién nacido con prematuridad (elaboración propia).



Anexo 4 Instrumento de valoración (elaboración propia)

Este instrumento de evaluación se basa en los cuidados centrados en el neurodesarrollo

SEXO: _____ EDAD: _____ CATEGORIA: _____
TURNO: _____ ANTIGÜEDAD: _____

1. ¿Cómo inicias los cuidados de un prematuro?
2. ¿Conoces los CCND? SI NO
3. ¿Se puede cuidar al niño en esta UCIN de esa forma?
4. ¿Uno de los objetivos de los CCND es?
 - a) Aumentar el gasto calórico y el consumo de O₂.
 - b) Aumentar fluctuaciones en la mecánica ventilatoria.
 - c) Mantener la sobre estimulación.
 - d) **Mantener al recién nacido lo mas relajado posible.**
5. Es una de las intervenciones de los CCND es
 - a) Toma de signos vitales cada hora
 - b) Baño obligatorio.
 - c) **Proporcionar cuidados en el menor tiempo posible.**
 - d) Uso obligatorio de capuchón en incubadora
6. ¿Cuál es la posición más cómoda para el recién nacido que facilita la flexión el control de la cabeza y oxigenación?
 - a) **Prona.**
 - b) Lateral.
 - c) Supina.
 - d) ~~Rotar.~~
7. ¿Cual es la posición correcta para disminuir la presión Intra craneana del recién nacido?
 - a) Flexionada izquierda.
 - b) Flexionada derecha.
 - c) Flexiona hacia ~~torax.~~
 - d) **Linea media.**

8. En el ambiente y el entorno ¿cuales son los dos estímulos de más importancia que se deben disminuir?
- a) Olfato y tacto.
 - b) Tacto y visual.
 - c) Visual y auditivo.**
 - d) Olfato y auditivo.
9. Son proporcionales al tamaño del prematuro manteniéndolo en posturas adecuadas sin impedirle el movimiento.
- a) Guantes.
 - b) Nidos.**
 - c) Gorros.
 - d) Colchonetas de gel.
10. Para llevar a cabo la técnica de mínima manipulación concentrado en las actividades ¿que medida debes de tomar?
- a) Programar procedimientos.**
 - b) Realizar los procedimientos de acuerdo a la patología del neonato.
 - c) Realizar procedimientos cada 15 minutos.
 - d) Realizar procedimientos cada 30 minutos.

Anexo 5 Guía de los Cuidados esenciales del neonato con prematuridad



LOS CUIDADOS ESENCIALES DEL NEONATO CON PREMATUREZ

Están agrupados en 8 acciones elementales las cuales de acuerdo con el método NIDCAP están divididas en dos vertientes (macroambiente y microambiente)

Macroambiente

Intervención/ Cuidado	
	Modulación de la iluminación
	Modulación del Ruido



Microambiente

Intervención/ Cuidado	
	Cuidado de gases, contenido y ambiente
	Minimizar manipulaciones
	Inclusión de los padres en los cuidados
	Control y alivio del dolor
	Lactancia Materna (LM)
	Método Cangurn (MCC)

Acosta, D. H. (2017). La filosofía de los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido. *Enfermería Global*, 17.

Guerra, A. (2016). Cuidados de neuroprotección para el recién nacido prematuro. *DERECHOS DE LOS RECIÉN NACIDOS PREMATUROS*, 6.

Guerra, L. E. (2016). Cuidados de neuroprotección. *DERECHOS DE LOS RECIÉN NACIDOS PREMATUROS*, 6.

Modulación de la iluminación

Acciones elementales



- a) Utilizar cobertores sobre las incubadoras.
- b) Situar a los pacientes más estables en áreas donde sea posible establecer ciclos de luz.
- c) Instaurar en la unidad periodos de luz tenue.
- d) Utilizar iluminación individualizada para la ejecución de los procedimientos terapéuticos.





a) Disminuir la intensidad de las alarmas y monitores.

b) Preferir alarmas luminosas.

c) Limitar las conversaciones cercanas al neonato.

d) Apagar con rapidez las alarma.

e) Regular nivel de ruido dentro de las incubadoras.



Cuidado de postura, contención y anidamiento.

Acciones elementales



a) Utilizar nidos y rollos como elementos de apoyo para suministrar contención.

b) Realizar los cambios de posición y favorecer la flexión global con las manos libres cerca de la línea media.

c) Evitar las frecuentes interrupciones relacionadas con los procedimientos; es preciso agrupar y reducir al mínimo las intervenciones y procedimientos para promover la duración de los estados del sueño.



Mínima manipulación

Acciones elementales



- a) Planificar los cuidados con horarios establecidos.
- b) Cuidado individualizado. Observar signos de estrés. Modificar o detener la manipulación, dando periodos de recuperación.
- c) Observar y pensar antes de tocar.
- d) (Positive Touch) : Hablando, tocando
- e) Evitar manipulaciones largas y sobrecarga de estímulos.
- f) Realizar las manipulaciones entre 2 personas.
- g) Movilizar lentamente, cambios posturales en 2 tiempos, evitar levantar los miembros inferiores por encima del plano del niño (cambio de pañal).
- h) No interrumpir a la persona que está manipulando, es tiempo para el niño.
- i) El cuidado acaba cuando el niño se queda tranquilo y en confort.
- j) Invitar a los padres a cuidar con nosotros y poco a poco responsabilizarles del cuidado de su hijo ya que será su realidad en cuanto se vayan de alta.





a) Disminuir el grado de ansiedad de los padres.

b) Mejorar el vínculo afectivo entre el niño y la familia.

c) Beneficiar la integración.

d) Facilitar a la familia el cuidado del niño posterior egreso.





a) Utilización glucosa o leche materna previo a intervenciones dolorosas.

b) Utilizar la contención del bebé, durante procedimientos dolorosos.

c) Succión no nutritiva.

d) Agrupar las actividades, para disminuir el número de estimulación táctil o dolorosa.





a) Ofrecer asesorías en las técnicas de conservación y almacenamiento de la leche materna.

b) Ofrecer información sobre los beneficios de la alimentación por seno materno.

c) Si el estado de salud lo permite realizar ejercicios de succión



Método Cangura

Acciones elementales



a) Si el estado de salud lo permite colocar en el pecho del padre o la madre al recién nacido.

b) Colocar gorro y pañal al bebé durante la exposición del contacto piel con piel.

c) Animar a los padres a acariciar suavemente al neonato.

d) Animar a hablarle suavemente al bebé.

