

# Enfermería Basada en Evidencia y Transferencia de Conocimiento

Natalia PÉREZ FUILLERAT

Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir, Andújar, Jaén, España  
Correspondencia: nataliapf206@gmail.com

La Enfermería como ciencia aplicada supone el uso de conocimiento a partir de la práctica asistencial. Este conocimiento enfermero es gestionado y transferido, estableciendo relaciones de poder entre los implicados.<sup>1</sup> Se entiende por gestión del conocimiento “el conjunto de procesos sistemáticos (identificación y captación del capital intelectual; tratamiento, desarrollo y compartimiento del conocimiento; y su utilización) orientados al desarrollo organizacional y/o personal y, consecuentemente, a la generación de una ventaja competitiva para la organización y/o el individuo”.<sup>2</sup>

La gestión del conocimiento (*Knowledge management*), ha sido abordada desde una perspectiva organizacional en busca del control del conocimiento de los profesionales. Las teorías que desarrollan esta temática describen la institución como un espacio cerrado en el que se construye una gestión jerárquica, creando algunos espacios y tiempos horizontales, entre iguales (desde niveles jerárquicos medio-altos). Las herramientas facilitadas a los profesionales para su utilización suelen ser protocolos, normas y directrices a través de las que se regula la atención, la intervención y la comunicación desarrollada.<sup>3</sup> Al mismo tiempo, también se ha abordado la implantación del nuevo conocimiento en la práctica de los profesionales/trabajadores (*Knowledge traslation*). Este enfoque organizacional se basa en la utilización del conjunto de teorías del conocimiento para llevar a cabo su implantación efectiva y real. Este proceso es descrito como dinámico e iterativo, que incluye la síntesis, difusión, intercambio y aplicación del conocimiento.<sup>4</sup>

La teoría puede utilizarse para: (a) clarificar el enfoque a partir del cual se va desarrollar la estrategia para la generación de conocimiento transferible; (b) identificar los resultados (medidas y variables) que han de medirse en el proceso de



implantación, y (c) desarrollar una guía de evaluación del proceso de implantación en su globalidad a nivel individual (profesionales y pacientes), grupal u organizacional.<sup>5</sup>

En la búsqueda de los sistemas de gestión y transferencia utilizados entre los profesionales, no abundan los estudios en los que las enfermeras describan cómo comparten sus conocimientos, incorporan nuevos y desarrollan su práctica ofreciendo la mayor calidad posible a sus cuidados. La sociología del trabajo nos permite un análisis más cercano en el que incluye el pragmatismo y el interaccionismo simbólico. Según la sociología del trabajo

la gestión del conocimiento se compone de una serie de elementos: compartición del conocimiento tácito, creación de conceptos, justificación de conceptos, construcción de un prototipo y nivelación cruzada de conceptos.<sup>6</sup>

Entre los factores que confluyen en la construcción de conocimiento enfermero (en la práctica asistencial) podemos encontrar la experiencia, las relaciones interpersonales, la relación con el cuerpo de conocimientos propio, el equilibrio entre lo teórico y la realidad asistencial, la influencia de las relaciones médico-enfermera, el consenso, la información externa, los intercambios simbólicos compartidos en la atención, y la aceptación del conocimiento en el servicio.<sup>7</sup> Podríamos decir que la relación de estos elementos regula el proceso de gestión y transferencia del conocimiento. Del mismo modo, la aceptación por la enfermera del estado de estos elementos supondría la adquisición y utilización del nuevo conocimiento. La enfermera lo autoriza. Este ciclo está directamente relacionado con el ciclo de empoderamiento, de tal forma que al tener mayor conocimiento (autorizado), tiene mayor competencia profesional, a su vez mayor autonomía y ésta le permite mayor generación de conocimiento; aumentando la capacidad transformadora del

## EDITORIAL

conocimiento.<sup>8</sup>

A groso modo, el ciclo natural del conocimiento sería este. Ahora bien, cómo se incorpora e implementa el conocimiento nuevo. En relación a la evidencia, se afirma que las enfermeras no utilizan las evidencias en sus cuidados.<sup>9</sup> Hay estudios que sostienen esta afirmación, con resultados que concluyen que la toma de decisiones ante una misma situación clínica no está fundamentada en resultados de investigación, y que los protocolos no dejan constancia de los resultados de investigación en los que se basan.<sup>9</sup> Al mismo tiempo, se sugiere como posibles causas la no utilización de las adecuadas fuentes de información, según la cita clásica de Hunt: “Muchas enfermeras no los comprenden, otras no los creen, otras no saben cómo hacer uso de ellos y a otras no les está permitido hacer uso de los resultados de investigación”.<sup>10</sup>

Cuando se crea conocimiento nuevo, éste debe guardar unos “conectores” con el conocimiento previo. Esto quiere decir que cuando se incorpora a un cuerpo de conocimientos previo, el conocimiento nuevo ha de guardar relación con el existente. También han de tener relación con la cultura organizacional, los recursos disponibles y el sistema de pensamiento enfermero.<sup>11</sup>

A pesar de las advertencias desarrolladas por diferentes autores en la implantación de la Enfermería Basada en la Evidencia mediante la copia del esquema de la Medicina Basada en la Evidencia,<sup>11</sup> hemos caído en su demagogia sin la utilización de pensamiento crítico y reflexivo. Una de las principales características diferenciales de la Enfermería, en la que se fundamenta su cuerpo de conocimientos, es el enfoque psicosocial del cuidado. Esto es así hasta tal punto que hemos adaptado conocimientos de disciplinas relacionadas persiguiendo el holismo de los cuidados.

Este carácter psicosocial de los cuidados es la raíz de nuestro conocimiento y la Enfermería Basada en la Evidencia no ha partido del mismo. Prueba de ello es que los modelos de implantación de evidencia para Enfermería parten de un enfoque organizacional y utilizan escalas de síntesis de evidencia positivistas. En dichas escalas se reconoce la necesidad de utilizar resultados mixtos pero a la hora de evaluar la fortaleza de las evidencias, la evidencia cualitativa está en los niveles más bajos y es usada cuando no existen datos cuantitativos. Este hecho rompe con la relación inherente del carácter psicosocial de los cuidados y la evidencia cualitativa.

Así mismo, el resultado final es el diseño de protocolos y guías de práctica clínica en los cuales el sistema de comunica-

ción es cerrado. Entre los resultados obtenidos en el estudio realizado por Ruiz y cols., la utilización de sistemas cerrados de comunicación y la homogeneización de la información transmitida, disminuyen e incluso neutralizan la comunicación entre los trabajadores.<sup>3</sup>

A partir de las teorías descritas, podemos afirmar que si los profesionales no se comunican no hay posibilidad de transferencia de conocimiento, y si no hay transferencia no habrá generación de conocimiento nuevo. La utilización del conocimiento psicosocial de los cuidados no está todo lo presente que debiera en las referencias bibliográficas aunque sí lo está en la práctica diaria. Su estudio nos podrá orientar sobre cuáles son los modelos de aprendizaje y gestión del conocimiento de las enfermeras. Así mismo, en base a las teorías de conocimiento desarrolladas, podemos sostener la idea de que la creación y la implantación de conocimiento nuevo no serán posibles mientras éstas se sometan a un sistema cerrado e independiente al cuerpo de conocimientos propio enfermero.<sup>12</sup>

## Bibliografía

1. Rabinow P, Dreyfus HL. Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica. 1ªed. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 2001.
2. Rodríguez Gómez D. Modelos para la creación y gestión del conocimiento: una aproximación teórica. *Educación* 2006; 37: 25-39.
3. Ruiz Ballesteros E, Jaraíz Arroyo G, Cordero Martín G. Gestión del conocimiento en servicios sociales. *Sociología del Trabajo* 2009; 66: 3-29.
4. Straus SE, Tetroe J, Graham I. Defining Knowledge translation. *CMJ* 2009; 181 (3-4): 165-168.
5. Rycroft-Malone J. Theory and Knowledge Translation. *Nursing Research* 2007; 56 (4): 78-85.
6. Perera Blasig JGH. Gestión del conocimiento en la generación de modelos ambientales [Tesis doctoral]. Burgos: Servicio de Publicaciones, Universidad de Burgos, 2006. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10259/57> [acceso: 10/07/2014].
7. Santos EI, Gomes AMT. Vulnerability, empowerment and knowledge: nurses' memories and representations concerning care. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26 (5): 492-8. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002013000500014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000500014&lng=en&nrm=iso) [acceso: 20/07/2014].
8. Amezcua M. Cambio, poder y conocimiento, los aliños de la enfermería en la posmodernidad. *Cultura de los Cuidados* 2006; 15: 5-8.
9. Morales Asencio JM. ¿Qué aporta el concepto de evidencia científica a la práctica clínica de los cuidados? *Index de Enfermería* 2003; 40-41: 35-40.
10. Hunt JM. Guest editorial. *J Adv Nursing*, 1996; 23, 423-425.
11. Toro A. Un enfoque crítico para la construcción de una enfermería basada en evidencia. *Invest Educ Enferm* 2003; 21 (1): 50-64.
12. Foro I+E sobre Investigación y Educación Superior en Enfermería; Fundación Index, Red Internacional de Centros Colaboradores RICO. Un conocimiento para la humanidad. DEGRA Declaración de Granada sobre el Conocimiento Enfermero. *Index de Enfermería* 2013; 22(4): 244-245.



GRATIS PARA SUSCRIPTORES DE INDEX DE ENFERMERÍA

# ConectaT

Un programa de formación a distancia para adquirir habilidades de navegación en la Plataforma Ciberindex