

# el lenguaje

del

# Cuidado

Año 1; enero 2009

Vol. 1; Núm. 1

Consejo  
de  
Redacción

[http://www.omees/01\\_01.cfm?id=320](http://www.omees/01_01.cfm?id=320)

**Director:**

D. Antonio Arribas Cachá

**Editores:**

Dr. D. José María Santamaría García

Dra. Dña. Lourdes Jiménez Rodríguez  
(*Editora Versión Internacional*)

**Asesores Científicos:**

Dra. Dña. Carmen Sellán Soto

Dr. D. Jorge Luis Gómez González

Dr. D. León Atilano González Sotos

Dr. D. Roberto Barchino Plata

(*Editor Web*)

Dr. D. José María Gutiérrez Martínez

**Asesores Profesionales:**

Dña. Isabel Encina Blanco Fernández

(*Responsable Edición Internacional*)

Dña. Sonia López García

(*Responsable de Reedición*)

Dña. Laura África Villaseñor Roa

(*Revisora Editorial*)

D. Ricardo Borrego de la Osa

D. José Luis Aréjula Torres

Dña. Raquel García Calvo

D. Antonio Vázquez Sellán

© Copyright 2008 - FUDEN.

Departamento de Metodología.  
Cuesta de Santo Domingo, 6. 28013 MADRID.

<http://www.omees/>

ISSN: 1989-0745

# Editorial

A la hora de comenzar a recorrer un camino resulta trivial indicar que hay que empezar por lo "básico". Si atendemos a la definición que, sobre el concepto de "básico", expone la Real Academia Española de la Lengua encontraremos que dicha institución centra la idea del mismo sobre aquello que es "pertenciente o relativo a la base o bases sobre que se sustenta algo, fundamental".

Pero a renglón seguido abre nuestra mirada hacia dos ámbitos en los que dicho concepto, empleado como adjetivo adquiere una especial relevancia: la Enseñanza y la Investigación.

En este primer número nos centraremos en el segundo de ellos la "Investigación Básica" que se asienta en las sendas trazadas, desde antiguo, por quienes nos precedieron en la conceptualización del *Por Qué* del Cuidado, en la explicación de por qué éste: es como es, funciona como funciona y se expresa como se expresa en los seres humanos.

Si aceptamos la validez de la fuente académica antes mencionada, que define el concepto de investigar como el "hacer diligencias para descubrir algo" debe asumirse igualmente la idea de que la investigación básica es aquella "que tiene por fin ampliar el conocimiento científico, sin perseguir, en principio, ninguna aplicación práctica".

Este, por así decirlo, altruismo aplicativo sitúa a este tipo de investigación en un plano superior, tanto por su abstracción como por la potencialidad fáctica de sus resultados, al de la investigación aplicada.

Y, en último término, si concretamos dicha investigación básica en la parte de la realidad que nos concierne, el cuidado, asumiremos consecuentemente que la misma, aunque escasamente desarrollada, es "básica" en el camino de la comprensión del cuidado de las personas: el qué, siempre trasciende al cómo.



# Conceptualizaciones acerca del Cuidado

## *Los registros de los cuidados de la salud (I): Definición, Análisis de su estructura y normalización.*

Dr. Gómez González, Jorge Luis; Dr. Santamaría García, José María; Dra. Jiménez Rodríguez, María Lourdes; Borrego Díez, María Teresa; Calvo García, Raquel; Arribas Escáriz, Alicia

*(Departamento de Enfermería Universidad de Alcalá, Departamento de Metodología de la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería, Departamento de Computación de la Universidad de Alcalá)*

### *Palabras clave*

Registros de cuidados de la salud, historia clínica, historia de salud, registros de enfermería.

### *Resumen*

Los registros de los cuidados de la salud incluidos en la historia clínica son aquellos que, basándonos en la teoría del déficit de autocuidado, aportan datos sobre los factores condicionantes básicos, su influencia en la agencia y la demanda de autocuidado, el déficit que su desajuste genera y el sistema enfermero empleado para su resolución.

La normalización de este tipo de registros y del conjunto de la historia de salud está experimentando un gran avance gracias a la implementación del soporte electrónico. A pesar de ello son varias las experiencias, incluyendo las realizadas bajo este nuevo soporte, que indican un grado de desarrollo básico.

## *Abstract*

Health care registries included in clinical history are based on the selfcare deficit theory. They provide data about basic determining factors, their influence into the agency and demand of selfcare, the deficit that its misalignment generates and the nursing system used for its resolution.

Thanks to the implementation of electronic support, the standardization of this kind of registries and the health history is showing a great advance. But some experiences, including the ones under this support, show a basic degree of development.

## *Introducción*

Los profesionales sanitarios, en el desempeño diario de su trabajo, recurren frecuentemente a la historia de salud de distintos usuarios para hacer anotaciones en ella o para consultar datos previos que les permitan orientarse en el proceso de cuidado o en el tratamiento de algún problema de salud presente en el paciente.

En la consulta bibliográfica sobre la historia clínica se destaca la importancia de realizar anotaciones sobre las distintas actividades que se realizan sobre la persona receptora de cuidados (y añadiríamos con el paciente) tanto individualmente como en equipo. Otro aspecto a valorar será la utilidad de las anotaciones que se realizan en los registros, tal y como hoy las entendemos.

Partiendo de un contexto no demasiado lejano en el que la enfermera realizaba cuidados que no quedaban recogidos por escrito hasta la realidad actual en la que cada vez es más frecuente encontrar registros en soporte electrónico, la situación ha variado sensiblemente. Pero al pensar en cuidados no sólo se deben tener en cuenta los registros creados *ad hoc* para este propósito. Y es que dependiendo del modelo que se adopte, se puede llegar a considerar que toda la historia, o al menos una parte significativa de ella, es útil para brindar cuidados. Será importante, por tanto, distinguir entre los documentos o registros cumplimentados por la enfermera y aquellos que son útiles o necesarios desde un punto de vista enfermero para proporcionar adecuadamente dichos cuidados.

En el pasado, puede apuntarse que los registros empleados por las enfermeras parecían importados (y de hecho lo estaban) de los registros de otras disciplinas (incluido su lenguaje) que se encargaban de la salud de las personas (y evidentemente de entre estas disciplinas destaca la medicina). La causa de este hecho podía residir, y así está comúnmente aceptado, en una falta de lenguaje propio o una falta de universalización del mismo, pero esta hipótesis quizá fuera tanto más acertada en tanto en cuanto la misma se justificaba en la ausencia de diseños realizados según la base de teorías en el campo del cuidado.

En numerosas ocasiones no sólo el lenguaje sino los esquemas de pensamiento y de afrontamiento de personas con déficit de autocuidado (u otro tipo de problema de cuidado, según el modelo que adoptemos) respondían a modelos ajenos al de la disciplina enfermera.

Ahora bien, la utilización de los lenguajes pertenecientes a las distintas ramas del conocimiento no son de uso exclusivo de los profesionales vinculados a éstas. Si bien son ellos los más cualificados para su diseño y utilización, es cada vez más frecuente artículos científicos en los que la orientación principal del mismo se ve complementada con otros conocimientos provenientes de otras áreas, en ocasiones muy dispares. De alguna manera la visibilidad de una disciplina también va a depender de la utilización de su lenguaje por parte de la comunidad científica.

## Objetivos

El objetivo de este estudio es definir los registros de los cuidados de la salud contextualizándolos en un ámbito legislativo y, simultáneamente, abordar el análisis de su estructura, normalización desde el punto de vista de la práctica profesional enfermera y la disciplina del cuidado.

## *Resultados de análisis*

La estrategia seguida para alcanzar el objetivo anteriormente planteado responde a un abordaje a través de respuestas a preguntas relacionadas con los registros de los cuidados de la salud. En dicho desarrollo se ha partido del análisis de la legislación vigente sobre el tema a estudio y las aportaciones que desde la bibliografía nos proponen diversos autores.

Son varios los aspectos a contemplar, desde aquellos que hacen referencia a la estructura y normalización hasta la accesibilidad, pasando por la definición y funciones de estos registros.

Los puntos de referencia legislativos se sitúan en varios planos diferentes, destacando en nuestro país la Constitución Española, La Ley General de Sanidad (1) y la Ley 41/2002 (2), diversas leyes sanitarias de ámbito estatal, normas de las comunidades autónomas y por último, y carentes de carácter legislativo, los códigos deontológicos de médicos y enfermeros.

Los referentes desde el punto de vista disciplinar están fundamentados en el modelo del déficit de autocuidado de Orem que, de manera implícita, queda patente en algunas de las cuestiones planteadas en el análisis.

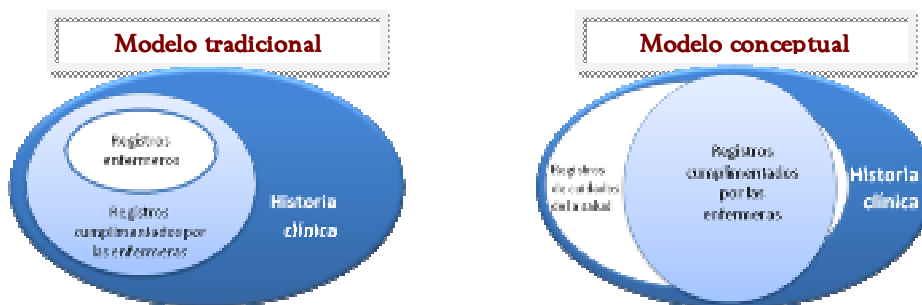
**Pregunta 1:** ¿Cómo definir los registros cumplimentados por las enfermeras?

En primer lugar se puede afirmar que las enfermeras, como profesionales del ámbito de la salud que son<sup>1</sup>, transcriben a una serie de registros incluidos en la historia de salud el resultado de una asistencia sanitaria a los usuarios de este servicio. El hecho de cumplimentar determinados registros no implica que no se utilicen el resto de los incluidos en la historia para diagnosticar y planificar cuidados.

**Pregunta 2: ¿Qué diferencias podemos encontrar entre los *registros cumplimentados por las enfermeras* y los *registros de cuidados de la salud*?**

Los registros cumplimentados por las enfermeras son descritos en la bibliografía bajo el término genérico *registros de enfermería* o *documentación de enfermería*. Ahora bien, nosotros hemos añadido la palabra *cumplimentados* y además aportamos otro término más, *registros de cuidados de la salud*.

La explicación de esta terminología es la siguiente, si desde un modelo como el de déficit de autocuidado de Orem una parte significativa de los registros incluidos en la historia clínica pueden aportarnos datos sobre los factores condicionantes del cuidado, dichos registros serán útiles para el diagnóstico y planificación de los cuidados de salud. De alguna manera, los *registros de cuidados de la salud* quedan integrados como una parte amplia y relevante del conjunto de registros de la *historia de salud*, al menos bajo la perspectiva de esta teoría del cuidado. En cualquier caso, en este análisis también hay que tener en cuenta los registros tradicionalmente tratados como propios de las enfermeras, incluidos bajo la denominación *registros cumplimentados por las enfermeras* por ser aquellos en los que escriben las enfermeras, obviando en este caso la utilidad que el resto de la historia tiene para estas profesionales.



**Grafico1. Modelo tradicional versus modelo conceptual de los registros de cuidados de la salud**

<sup>1</sup> LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. (BOE 28o de 22 de noviembre de 2003). TÍTULO I Del ejercicio de las profesiones sanitarias.

Artículo 4. Principios generales

7. El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico, y de acuerdo con los siguientes principios:

a) Existirá formalización escrita de su trabajo, reflejada en una historia clínica que deberá ser común para cada centro y única para cada paciente atendido en él.

La historia clínica tenderá a ser soportada en medios electrónicos y a ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales.

Artículo 7. Diplomados sanitarios

a) Enfermeros: corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

**Pregunta 3: ¿Qué diferencia hay entre *historia de salud* e *historia clínica*?**

Ambos términos pueden ser considerados, de alguna manera, sinónimos. A pesar de ello hay algunas consideraciones a tener en cuenta. *Historia clínica* es una denominación que implica patología, problema de salud o déficit de autocuidado dependiendo del modelo que queramos adoptar para analizarla. La *historia de salud*, en cambio, añade a lo anterior aquella información relacionada con el usuario vinculada a la promoción de la salud y la prevención. Con la incorporación del soporte electrónico este término tiende a utilizarse con el nombre de *historia de salud electrónica* o en sus siglas en inglés, *EHR (Electronic Health Record)*.

**Pregunta 4: ¿Cuáles son los registros de cuidados de la salud?**

Como se ha comentado con anterioridad todos los documentos incluidos en la historia de salud son útiles en la realización de unos cuidados pertinentes al usuario. Tendría mayor dificultad definir cuáles son los *documentos o registros que cumplimenta la enfermera*. La Ley 41/2002 (2) no especifica este aspecto aunque sí nos indica, cuando desarrolla la información mínima que debe contener una historia clínica, una serie de registros que incluyen el término *enfermería*. En el artículo 15 de esta Ley se establece el contenido mínimo básico de la historia clínica.

*Tabla 1 Contenido mínimo de la historia clínica (Ley 41/2002)*

<i>Documentos mínimos necesarios o esenciales</i>	<i>Documentos mínimos necesarios o esenciales a ANADIR en procesos de hospitalización</i>
Documentación relativa a la hoja clínic oestadística.	
	Autorización de ingreso.
	Informe de urgencia.
Anamnesis y exploración física.	
Evolución.	
Órdenes médicas.	
Hoja de interconsulta.	
Informes de exploraciones complementarias.	
	Consentimiento informado
	Informe de anestesia
	Informe de quirófano o de registro del parto
	Informe de anatomía patológica
Evolución y planificación de cuidados de enfermería	
Aplicación terapéutica de enfermería	
	Gráfico de constantes
	Informe clínico de alta

En La práctica clínica habitual hay otros documentos presentes en esta Ley que, sin incluir el término *enfermería* han sido, y actualmente son, cumplimentados por enfermeras. Valga como ejemplo el gráfico de constantes. Con esta puntualización tal vez estamos añadiendo más confusión a la poca claridad presente en este tema. En la bibliografía al respecto, cuando se utiliza el término *documentos de enfermería* o *registros de enfermería* se suele aludir a aquellos en los que se incluye valoración,

diagnóstico y planes de cuidados de enfermería. De alguna manera se limita a la documentación en la que se utiliza la terminología propia de la disciplina en la atención a las necesidades de cuidados de salud. En este caso se puede dar la paradoja de que, aquellos documentos de la historia clínica destinados para este fin, contengan análisis y planteamientos ajenos a la disciplina del cuidado.

Curiel Herrero (3) describe, conforme a la Ley, los documentos que se incluyen en la historia clínica hospitalaria incluyendo entre ellos *registros de enfermería*. Dentro de éstos incluye la hoja de enfermería de urgencias, la valoración inicial, las valoraciones sucesivas, evaluación de enfermería, informe de enfermería al alta (es el único documento enfermero de carácter externo<sup>2</sup>), estancias cortas, gráfica de enfermería, gráfica diaria, gráfica del despertar, hoja de seguimiento planta quirófano y hoja de seguimiento quirófano planta, hoja de administración de medicación, hoja de seguimiento de pruebas. La situación real puede diferir de este esquema bien por diferencias entre los hospitales, bien por las diferencias entre servicios de un mismo hospital.

**Pregunta 5:** ¿Qué estructura de contenido tienen los registros cumplimentados por las enfermeras?

Como se ha analizado en el apartado anterior puede haber diversos puntos de vista para considerar si un documento es (o debe ser) cumplimentado por los profesionales de enfermería. Centrándonos en aquellos apartados que pudiesen contener, bajo cualquier denominación, la valoración, diagnóstico y planes de cuidados, la bibliografía al respecto es más abundante en forma de literatura gris (aquella más vinculada a medios de difusión menos accesibles como actas de congresos, manuales internos de centros hospitalarios o de gerencias de atención primaria, etc.) La variedad propuesta, en cualquier caso, es considerable y en ocasiones no atiende a criterios estrictamente enfermeros. En este sentido, y apoyándonos en la literatura científica sobre fundamentos de enfermería, modelos y diagnósticos enfermeros, es posible orientarse en una disciplina emergente con distintas escuelas y filosofías aplicadas en la práctica habitual (4)(5)(6)(7).

Una de las primeras puntualizaciones a realizar es la distinción entre modelos conceptuales y modelos profesionales. Los primeros nos van definir el porqué del objeto de la disciplina enfermera, el cuidado, y son imprescindibles para desarrollar los modelos profesionales. Dentro de estos últimos se pueden distinguir los modelos profesionales de proceso (el proceso de enfermería y los submodelos correspondientes a las distintas fases) y los de lenguaje, donde las taxonomías tienen especial relevancia. En práctica enfermera es muy frecuente encontrar los modelos profesionales de proceso, concretamente submodelos de valoración, basados en modelos conceptuales (D.Orem, M.Rogers, B. Newman, C. Roy entre otros), en filosofías (V. Henderson) y en modelos estructurales de valoración (Patrones funcionales de M. Gordon).

---

<sup>2</sup> Cuando lo definimos como "... único documento enfermero de carácter externo..." nos estamos refiriendo a que es el único documento destinado a comunicarse con otros profesionales de enfermería ajenos al hospital, normalmente de atención primaria, y garantizar así la continuidad de los cuidados iniciados en el centro hospitalario.

El submodelo de diagnóstico suele estar abordado desde modelos profesionales del lenguaje tales como la taxonomía diagnóstica NANDA. En otros submodelos también se encuentran los objetivos o resultados (planificación) y las intervenciones NIC (fase de planificación/fase de ejecución) como más habituales en la práctica enfermera.

Como se puede constatar, la variedad de orientaciones de los registros es amplia aunque las nombradas se pueden considerar en nuestro entorno como muy frecuentes. Retomando la pregunta planteada inicialmente y uniéndolo con esta última reflexión, la estructura de contenido de los registros cumplimentados por las enfermeras deberá basarse en cualquiera de las propuestas nombradas en este apartado. Ahora bien, no debemos olvidar que bajo ciertos modelos la mayor parte de la historia clínica está compuesta por registros de cuidados de la salud ya que incluye factores condicionantes básicos que influyen a la hora de determinar un diagnóstico de enfermería y el consiguiente plan de cuidados.

#### Pregunta 6: ¿Qué normalización tienen los registros de cuidados de la salud?

Entre otras, la Ley 41/2002 (2) apunta la necesidad de una única historia clínica por paciente y centro. En la medida en la que este propósito se consiga en ámbitos distintos asistenciales y geográficos, mayor grado de homogeneidad habrá en la documentación clínica. Pero la normalización va más allá de la homogeneidad. Son varios los organismos internacionales y nacionales que influyen en este desarrollo.

En el ámbito internacional ISO, y más concretamente una de sus comisiones técnicas ISO/TC 46, es la encargada del establecimiento de normas en el campo de la documentación. La CEN/CT 251 es la correspondiente al ámbito europeo de normalización en el campo de información sanitaria (normalización, compatibilidad, seguridad y calidad). En su reunión del 29 de junio de 1999, aprobó la pre-norma ENV13606 para la comunicación de registros de salud electrónicos (Electronic Healthcare Record Communication) la cual recoge las estructuras, terminología, reglas de acceso y distribución de los mismos y los mensajes para una comunicación segura (8) (9).

En la normalización internacional también destaca HL7. Este acrónimo se corresponde con los términos *Health Level Seven* (10). Es una de las organizaciones de desarrollo de estándares que participan en el sistema de salud perteneciente al Instituto Nacional Americano de Estándares (ANSI) Su ámbito de aplicación son los datos clínicos y administrativos. Debido a su difusión en el mundo son varios los países que colaboran en su creación y desarrollo. El *Reference Information Model (RIM)* es la piedra angular de la tercera versión de HL7. El RIM es una representación amplia de los datos clínicos (dominios) relacionándolos entre sí y permitiendo la utilización de información multimedia.

En un ámbito más local, la aplicación de la normalización está vinculada a la comisión de historias clínicas de cada hospital y a los técnicos responsables en el entorno de atención primaria. Este proceso comenzó en la década de los 80 y, tal y



como comenta López (11), se empiezan a incorporar hábitos y valores de la gestión sanitaria empezando los hospitales a hablar en términos de producción, eficiencia y calidad de las asistencias que realizan.

En este mismo sentido fueron puestas en marcha leyes como la Orden 221/1984 (12) por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta para todos los pacientes que hayan producido al menos una estancia en un establecimiento sanitario, acogándose al artículo 3 del Real Decreto 2177/1978<sup>3</sup>. A pesar de la obligatoriedad del informe de alta y de la aplicación de medidas de calidad surge la necesidad de crear indicadores basados en los diagnósticos médicos y en sus correspondientes tratamientos para medir de forma más exacta la actividad sanitaria realizada.

Los grupos relacionados por el diagnóstico (GRDs) que surgen en 1983 en el MEDICARE de Estados Unidos como sistema de pago para pacientes influyen en los sistemas de información de los hospitales surgiendo así la idea de recoger en la historia clínica un conjunto mínimo básico de datos (CMBD).

En este proceso de cambio hacia la mejora de la calidad y hacia la normalización en la documentación la LGS (1) en su capítulo 1, título 1, artículo 10, establece el derecho del paciente respecto de las distintas administraciones públicas sanitarias a que quede constancia por escrito de todo su proceso. En el capítulo 3, artículo 3, fija el criterio de historia única por paciente, al menos dentro de cada institución asistencial. Esta Ley establece la existencia de una serie de documentos integrados de la historia clínica que, sin estar regulados como el informe de alta, están sujetos a requisitos legales a la hora de su diseño: Informe de autopsia, Extracción y trasplante de órganos y Ensayos clínicos.

En 1987 el Consejo Interterritorial del SNS recomienda la implantación y utilización del CMBD (H)<sup>4</sup> al alta, lo que es asumido por los distintos órganos de gestión sanitaria de las distintas comunidades autónomas. Según acuerdo de ambas partes es obligatorio tener instaurado el CMBD para cada ingreso y alta de pacientes en los hospitales. Está compuesto por los datos de filiación del paciente que ha recogido Admisión en su fichero maestro de pacientes y que se complementan con los datos clínicos aportados por la codificación del proceso asistencial al alta hospitalaria.

La capacidad de análisis de la calidad en la atención ha mejorado notablemente en los últimos años en los hospitales aunque, tal y como señala López (11), la atención ambulatoria (consultas externas al hospital) tiene un nivel de desarrollo mucho menor. Aunque en atención primaria no hay como tal un CMBD, algunos autores, basándose en estudios sobre la frecuencia de aparición de datos en historias clínicas de atención

<sup>3</sup> Real Decreto 2177/1978 de 1 de septiembre sobre registro, catalogación, inspección de centros, servicios y establecimientos sanitarios. En su artículo 3 establece que corresponderá al Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, a través de la Subsecretaría de la Salud y de sus correspondientes direcciones generales y delegaciones territoriales:

a) Establecer y exigir los requisitos técnicos y las condiciones mínimas de las instalaciones, equipos, estructura, organización y régimen de funcionamiento de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

(-)

e) Y, en general, adoptar cuantas otras medidas sean necesarias para la debida ordenación y control sanitario de los mencionados centros, servicios y establecimientos.

Este RD estuvo vigente hasta el 24 de octubre de 2003 fecha en la que entró en vigor el RD 1277/2003.

<sup>4</sup> La "H" del paréntesis hace referencia al Conjunto Mínimo Básico de Datos para Hospitales.

primaria (13) (14), han desarrollado una serie de posibles apartados susceptibles de ser considerados como el CMBD en el primer nivel de atención.

La falta de normalización es un hecho aún demasiado frecuente. Sirva como ejemplo el estudio publicado por Dixon (15) en la que relata el análisis de los documentos clínicos en seis hospitales universitarios donde encontró 900 diseños diferentes. Tras un proceso de homogenización y normalización este volumen imposible de documentos quedó reducido a 20. En un ámbito geográfico más cercano también se han realizado análisis de los procesos de normalización en determinados centros y servicios. Según nos describe Ribal Prior (16), cuando aborda el problema de los acrónimos y abreviaturas existentes en la historia clínica los resultados que obtiene no son del todo alentadores. Algo semejante sucede con el estudio publicado por Ruiz Cárdbaba (17) en el que detecta en un mismo hospital que las hojas de anamnesis, exploración y evolución están cumplimentadas al 60 , la orden de ingreso en un 87,5 de las historias y en más de un 90 las hojas de graficas, observaciones de enfermería y hojas de medicación.

Recientemente Romero de San Pio et al.(18), en su estudio sobre registro de enfermería en una UCI hospitalaria, nos plantean los problemas detectados en la cumplimentación de registros: registros escuetos, no firmados, en los que no se deducen cambios evolutivos del enfermo, incomprensibles, reiterativos, con siglas no reconocibles, comentarios ajenos al tratamiento o con coletillas no significativas y la inexistencia de registros. Estos dos últimos fueron los detectados con más frecuencia (16 y 13,4 respectivamente). Las autoras califican el nivel como medio-alto aunque altamente mejorable.

Éste y otros estudios reflejan la dificultad real para mantener de manera adecuada la historia clínica según la legislación y cómo, de nuevo, la utilización del formato electrónico puede ser una oportunidad de mejora. En consonancia con esta idea, algunos autores (8) se decantan por la necesidad de que toda la información esté registrada en un solo punto y disponible para todos los que la necesiten. De esta manera se reconocen los datos como unidades mínimas de información evitando duplicidades al margen de que se acceda desde diversos sitios.

## Conclusiones del análisis

Son varias las ideas que se pueden extraer de este análisis de los registros de los cuidados de la salud. Por una parte, la utilización del término *registros de enfermería* puede ser incompleta cuando nos referimos a aquellos documentos sanitarios relacionados con los cuidados de la salud. Esta categórica afirmación es fácilmente explicable si, por ejemplo, bajo la propuesta de teoría del déficit de autocuidado pretendemos abordar un problema relacionado con el cuidado. En este sentido los factores condicionantes que influirán en la demanda serán, no sólo aquellos que incluyan la "valoración enfermera" (como datos solicitados y registrados por una enfermera), el diagnóstico y plan de cuidados, sino la información aportada desde otros registros y que sirva para evaluar dichas capacidades.

En las citas y referencias bibliográficas utilizadas subyacen tras el discurso evidente las ideas de concebir la historia clínica como un tipo de documentación vinculada al hospital, quedando omitido el ámbito de la atención primaria. Otra idea implícita en los textos es la ausencia de la enfermera tanto en el diseño, como en la responsabilidad de guarda, en el registro, etc., quedando esta figura profesional bajo la denominación "otros profesionales sanitarios que intervienen en la asistencia del enfermo".

Finalmente la normalización de los documentos es una tarea que con el paso del tiempo ha experimentado avances significativos: historias clínicas únicas por centro hospitalario y por área de atención primaria, implementación del soporte electrónico con aplicaciones compatibles entre niveles asistenciales, entre otros logros. Ahora bien, queda pendiente lograr historias de salud únicas por usuario en entornos asistenciales y geográficos más extensos y una concepción más amplia por parte de la enfermera de los registros incluidos en la historia de salud percibiéndolos como documentación útil en el proceso de atención a las personas. En este mismo sentido es interesante abordar aspectos como el acceso y las funciones que pueden desempeñar dichos registros en el ámbito profesional de los cuidados.

## Bibliografía

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad. (BOE de 29 de abril de 1986).
2. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (BOE de 15 de noviembre de 2002).
3. Curiel Herrero J, Estévez Lucas J. Manual para la gestión sanitaria y de la historia clínica hospitalaria: La admisión de enfermos y documentación clínica. Madrid: Editores Médicos, 2003.
4. Orem DE. Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la práctica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, 1993.
5. Hernández Conesa J. Fundamentos de Enfermería. Madrid: McGraw-Hill, 2003.
6. Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier, 2006.
7. Santamaría García et al. Apuntes sobre el cuidado: por qué es y cómo es. Madrid: Observatorio de Metodología Enfermera, FUDEN, 2008.
8. Espiñeira Francés AJ, López Cabañas JA, Díaz Berenguer JA, Cabeza Mora A, Espino Romero J, Cabrera Padrón CD. Informatización de la atención primaria de salud. Historia de salud electrónica. En actas Information and communication technologies in healthcare development, 3rd Virtual Congress in Internet, 2004.
9. European Committee for Standardization. CEN/TC 251. Health informatics. Disponible en: <http://www.cent251.org>.
10. Health Level Seven. What is HL7? Disponible en: <http://www.hl7.org/about/hl7about.htm>. 2008, 16 de agosto

11. López O, Rojo F, Fabo P, García C, Pisano A, Rodríguez MP. Utilización de un conjunto mínimo básico de datos para el análisis de las consultas externas en atención especializada. *Gestión hospitalaria*. 2001; 12(3).
12. Orden 221/1984 de 6 de septiembre, sobre la obligatoriedad de elaboración del informe de alta para los pacientes atendidos en centros sanitarios. (BOE de 14 de septiembre de 1984).
13. Fusté J, Bolibar B, Castillo A, Coderch J, Ruano I y Sicras A. "Hacia una definición de un conjunto mínimo básico de datos de atención primaria. *Atención Primaria*, 2002.
14. Gené Badia J, Jiménez Villa J, Martín Sánchez A. Historia clínica y sistemas de información. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. 5ª ed. Madrid: Elsevier, 2003.
15. Dixon RA. Linkage of Hospital and Community Medical Records. *Medical records*. 1973; 14.
16. Ribal Prior RM, Pujol Vila M, Aguilar Espinosa M. Acrónimos y abreviaturas en la historia clínica. *Rev Rol Enf*. 2002; 25 (1).
17. Ruiz Cárdbaba M, Benítez Moralejo B. Tipología documental en las historias clínicas. *Revista de Estudios Extremeños*. 2003; 59 (1).
18. Romero de San Pio MJ, Romero de San Pio E. Registros de enfermería. La importancia de lo escrito. *Rev Rol Enf*. 2008; 31(9).
19. Mazón Ramos P, Carnicero Giménez de Azcarate J. La informatización de la documentación clínica: Oportunidad de mejora de la práctica clínica y riesgos para la seguridad y confidencialidad. En: J. Carnicero Giménez de Azcarate y S. Hualde Tapia. *Informes SEIS. La seguridad y confidencialidad de la información clínica*. SEIS, 2000. Disponible en: <http://www.seis.es>
20. Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de Protección Civil. (BOE del 14 de mayo de 1982).
21. Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. (BOE del 27 de noviembre de 1992).
22. Real Decreto 63/1995 de 20 de enero sobre la ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. (BOE del 10 de febrero de 1995).
23. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. (BOE del 14 de diciembre de 1999).
24. Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal (LORTAD).
25. Orozco Pardo G. Problemática jurídica de la información sanitaria. *Actas de XVII Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. XIII Jornadas de Hipatia*. 2003. pp. 3235

26. Gallego Riestra S. Regulación legal de la historia clínica. 2003. Disponible en: <http://www.chospab.es/www/calidad/UCalidad/Comisiones/CHistoriasClinicas/formacion/doc/regulacionLegalHistoriaClinica.pdf>
27. Tejero Álvarez M. Documentación clínica y Archivo. Madrid: Díaz de Santos; 2004.
28. da Costa Carballo CM. Otros documentos: La historia clínica. Documentación de las Ciencias de la Información. 1997;(20)
29. León Vázquez F, Galán Cortes JC y Sanz Rodrigo C. Repercusión en atención primaria de la Ley 41/2002 de autonomía del paciente, información y documentación clínica (II). Atención Primaria. 2004;33(1).
30. Gómez González JL, Cerdá Díaz J. La historia clínica en los sistemas de gestión documental. Una aproximación metodológica. TRIA. 2007; (1314).
31. Santamaría JM, Fernández del Castillo JR, Jiménez ML, Gómez JL, Pérez J, González LA. Una propuesta de modelización en la búsqueda y recuperación de información en las historias clínicas informatizadas, Nure Investigación. 2005;(17). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/>
32. Abidi SSR, Manickam S. Leveraging XML-based electronic medical records to extract experimental clinical knowledge. An automated approach to generate cases for medical case-based reasoning systems. International Journal of Medical Informatics. 2002; (68).
33. Ibañez A. Historia Clínica Electrónica. En: Moro Aguado J, Tejedor Muñoz J. La historia clínica: contenidos y requerimientos en las Comunidades autónomas. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2003.
34. Barreda Reinés MS. Estructura y contenidos de los documentos sanitarios: La historia clínica. Tabula. 1993; (2).
35. Marco J. Prescribir con ordenador puede inducir a errores de tratamiento. 2005. Disponible en: <http://elmundosaludelmundo.es/elmundosalud/2005/03/10/medicina/1110446254.html>
36. Pérez Rubio I. Miles de historias clínicas a la basura. Cambio 16. 12 de agosto de 2002; (40).
37. López A. Las recetas por ordenador reducen un 60 los errores. 13 de abril de 2004. Disponible en: <http://elmundosaludelmundo.es/elmundosalud/2004/04/13/medicina/1081843675.html>
38. Ubé Pérez JM, Lahoz Moneva R, Blasco Ros M, Gil Igea E, Benito Navaridas G. Competencias del consultor enfermero: figura de enlace entre la empresa tecnológica y la organización sanitaria.. Informática y Salud I S. 2008;(69).

39. Currel R, Urquhart C. Sistemas de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
40. Gómez González JL. Indicadores de calidad en la gestión de la historia clínica. Propuesta y aplicación en el ámbito de la atención primaria en la Comunidad de Madrid tesis . Alcalá de Henares (Madrid) Universidad de Alcalá; 2006.
41. Gómez González JL, Santamaría García JM. Historia de salud en atención primaria: propuesta de indicadores de calidad aplicados a su gestión desde la perspectiva de la profesión enfermería. ENE. 2007;(0).
42. Peris Bonet R. Documentación médica: algunos aspectos críticos actuales. En: Fuentes Pujol E. En Actas Bibliodoc 1999. Colegio oficial de bibliotecarios y documentalistas de Cataluña. Barcelona.
43. Falagan JA, Nogueira J. La información clínica y de salud. En: Carnicero Jiménez de Azcarate J. Informes SEIS. De la historia clínica a la historia de salud electrónica. Madrid SEIS; 2003.
44. Hippisley-Cox J, Pringle M, Carter R, Wynn A, Hammersley V, Coupland C. Information in practice, the electronic patient record in primary care: regression or progression? A cross sectional study. BMJ. 2003;326.
45. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. (BOE 280 de 22 de noviembre de 2003).



# Educción sobre Cuidado

## *Protocolo de Investigación para la Educción del Conocimiento sobre Taxonomías del Cuidado*

Arribas Cacha, Antonio; Dr. Santamaría García, José María; Dra. Jiménez Rodríguez,  
María Lourdes

*(Departamento de Metodología de la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería; Departamento de  
Computación de la Universidad de Alcalá)*

### *Palabras clave*

Educción, Taxonomías, Cuidado, Investigación

### *Resumen*

La educación del conocimiento constituye una forma de *adquisición* del mismo que se centra en recabar la información de los expertos acerca de una determinada área de conocimiento.

La ausencia de normalización de este tipo de investigación, necesaria para la *conceptualización* del conocimiento de cualquier rama del saber, y en especial del saber del cuidado de las personas, ha hecho preciso que desde el Departamento de Metodología de FUDEN (Fundación para el Desarrollo de la Enfermería) se aborde dicha normalización para que los desarrollos realizados sobre las taxonomías del

cuidado incorporen el conocimiento de los expertos del cuidado (los clínicos: en quienes reside el cuidado directo de los ciudadanos) acerca de las mismas.

### *Abstract*

Knowledge education constitutes a form of its *acquisition* which is centered in obtaining the information from experts of a certain knowledge.

The lack of normalization in this type of investigation, which is necessary for the knowledge *conceptualization* at any environment and specially for the knowledge of people care, has forced to the Department of Methodology of FUDEN (Foundation for the Development of Nursing) to approach this normalization so that the developments realised about the care taxonomies incorporate the knowledge of the experts of the care (the clinical ones: in those who reside people direct care) about the same.

### *Introducción*

El presente estudio describe el protocolo de investigación para la educación del conocimiento sobre las taxonomías existentes, sobre cualquiera de las fases, acerca del proceso de atención enfermero: valoración, diagnóstico, planificación, intervención o evaluación.

Este protocolo ha sido validado a través del desarrollo de diferentes experiencias llevadas a cabo en el seno del Departamento de Metodología de FUDEN, demostrándose su utilidad mediante la edición de numerosas publicaciones que refrendan dicha estrategia de investigación y de las cuales se derivan distintas tesis doctorales centradas en la formalización del conocimiento del cuidado.

La publicación de este protocolo posee una doble intención: por un lado la difusión a la comunidad científica de un método efectivo de normalización del lenguaje del cuidado. Y por otro lado, pero derivado del anterior, indicar la estructura requerida para la publicación en esta sección de trabajos de investigación de educación taxonómica.

### *Resultados*

A continuación se detallarán las distintas fases de las que consta el protocolo de investigación diseñado y validado para la educación del conocimiento que los clínicos poseen sobre el lenguaje taxonómico del cuidado.

Es conveniente indicar que este protocolo incorpora una fase previa a la educación que permite establecer el punto de partida de la misma.



## **Fase 0 o Fase de "extracción del conocimiento".**

Esta primera fase tiene como objetivo la adquisición de conocimientos a partir de fuentes escritas.

### **Subfase 0.1: Subfase de recopilación de información.**

Esta subfase permite la determinación de la bibliografía actualizada existente, tanto a nivel general clínica como específica, que incorporen conocimiento acerca de las taxonomías del cuidado.

### **Subfase 0.2 Subfase de análisis y agrupación conceptual inicial.**

En esta subfase, y una vez finalizada la recopilación de información, se efectuará un análisis de la misma manteniendo una especial atención al nivel de evidencia disponible, tanto por su grado como por la concordancia existente entre distintas fuentes.

No existe un método exclusivo para la realización de este análisis, pero desde este protocolo de estudio se propone una de las técnicas de mayor aceptación y utilización que es el Análisis Estructural de Textos. Un análisis que consiste, básicamente, en la búsqueda de estructuras fundamentales que transmiten el conocimiento que reside en el lenguaje escrito.

Este análisis permite establecer en un determinado documento:

- Las Definiciones: que introducen un concepto nuevo en el texto.
- Las Afirmaciones: que son las frases o sentencias que establecen una verdad.
- Las Leyes: que establecen los principios básicos de un dominio y las reglas que marcan el funcionamiento de objetos del dominio.
- Los Procedimientos: que establecen los pasos para resolver problemas en el dominio.

### **Subfase 0.3: Subfase de documentación base.**

Con esta subfase finaliza el proceso de extracción del conocimiento acerca de un determinado área del lenguaje taxonómico del cuidado.

Fruto de la misma se genera un "Documento Base" que aglutina el saber, publicado en un determinado momento, sobre un área específica del lenguaje del cuidado, el cual servirá de base, al reflejar los resultados obtenidos en la subfase anterior así como la bibliografía utilizada, para la educación posterior de los expertos.

### **Fase 1 ó Fase de "educación del conocimiento".**

Esta fase tiene como objetivo detectar el conocimiento que, en la aplicación del lenguaje taxonómico, poseen los expertos. En este sentido indicar que el punto de partida será el Documento Base, establecido mediante extracción en la fase anterior.

Para educir este conocimiento se requiere de la participación en grupos de trabajo integrados por enfermeras expertas especialmente en el cuidado asistencial.

#### **Subfase 1.1: Subfase de creación del grupo de expertos.**

Las características de los grupos de expertos no son cerradas, pero en términos generales se consideran como básicas las siguientes:

- Los integrantes deben ser enfermeras expertas en el cuidado asistencial.
- El número de integrantes puede ser variado, pero en cualquier caso no debe ser inferior a 8 personas.
- Pueden desarrollar su labor de forma presencial o a distancia.
- El grupo debe poseer un integrante que realice la figura de Coordinador de Expertos cuya misión consistirá en:
  - Distribución y recepción de la documentación: tanto del Documento Base como de los documentos que en el proceso de educación se generen.
  - Aclaración de dudas de funcionamiento y dinámica.
  - Vigilancia y soporte para el cumplimiento de los plazos de trabajo.
  - Elaboración de la documentación provisional en el proceso de educación.
  - Garante del cumplimiento de las normas que fundamenten el rigor de los datos obtenidos.
  - Garante de que las aportaciones efectuadas por los expertos se ciñan a la fase del proceso analizada.

### Subfase 1.2: Subfase procedimental de educación.

El método de trabajo del grupo de expertos debe garantizar la validez de los resultados conseguidos. Para ello se utiliza la metodología "Delphy" a "n" vueltas, con un tiempo mínimo de trabajo de un mes y máximo de tres, con tres periodos claramente diferenciados:

- **Primer Periodo de Situación Grupal:** donde cada uno de los integrantes analizará el conocimiento sobre el aspecto del lenguaje a abordar recogido en el Documento Base.
- **Segundo Periodo de Aportación Individual:** en esta fase el experto incorporará su conocimiento sobre todos aquellos aspectos definidos mediante extracción en la Fase 1.

Esta aportación debe realizarse basándose en su experiencia profesional como cuidador asistencial (su arte) y justificarse con la mayor evidencia disponible que pueda aportar. Para ello se considera que la misma, independientemente de su nivel, sólo es de calidad si cumple los siguientes criterios:

- En el caso de libros: últimas ediciones, indicando página y capítulo.
  - En el caso de revistas y publicaciones científicas periódicas (independientemente del formato, con ISSN o ISBN): cinco últimos años, indicando página y sección.
  - En el caso de memorias de congresos: cinco últimos años, indicando página y título de la investigación.
- Una segunda fase de trabajo en equipo, donde se analizarán las aportaciones individuales realizadas por los integrantes, elaborando documentos provisionales hasta que exista unanimidad de todos los integrantes con los datos obtenidos, momento en el cual se finaliza el trabajo.

### *Conclusiones*

El presente artículo describe un protocolo de investigación que se ha demostrado efectivo en el contexto del estudio de las taxonomías del cuidado.

Esta efectividad se ha evidenciado a través de la publicación de numerosas obras que incorporan los resultados de investigación mencionados, así como el hecho de que dichos resultados hayan demostrado una solidez estructural suficiente como para posibilitar su formalización e implementación en sistemas computacionales de historia clínica informatizada y aplicativos web de ayuda al cuidado.

Aunque no es objeto del presente artículo, vale la pena destacar que la obtención de este protocolo ha requerido de múltiples reajustes del mismo para que los resultados obtenidos mediante su aplicación hayan ido mejorando en cuanto a criterios de efectividad y eficiencia se refiere: tiempo de aplicación, productividad de resultados por grupo de expertos, calidad científico técnica obtenida, etc.

En este sentido cabe destacar que, si bien el protocolo expuesto guarda ciertos paralelismos con protocolos precedentes que abordaban en cierta medida el estudio de las taxonomías del cuidado, el presente protocolo de investigación, al centrarse en la obtención del conocimiento sobre la aplicación práctica de los lenguajes del cuidado para su representación formal y su aplicación en entornos informáticos, ha posibilitado la ampliación del conocimiento sobre este tipo de lenguajes más allá de los meros formalismos de construcción, evidenciando nuevas líneas de investigación y áreas de conocimiento sobre este tipo de lenguajes no abordadas hasta este momento.

Es conveniente indicar, por tanto, que en sí mismo el protocolo expuesto constituye por tanto un resultado de investigación pero que, como herramienta también para la misma en el campo de los lenguajes del cuidado, deberá mantenerse actualizado y renovado para adaptarse a las necesidades que este objeto de investigación, el conocimiento del cómo se expresa el cuidado de las personas, requiera.

## Bibliografía

- Montes C, Pazos J, Gómez A, Juristo N. Ingeniería del Conocimiento. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces; 1997.
- Branstad MA, Cherniavsky JC, Adrion WR. Validation, verification and testing of computer software. *ACM Computing Surveys*. 1982; 14(2): 159-192
- AENTDE., AENTDE, Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería, Disponible en <http://www.aentde.com>, 2006.
- Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero fomentar el cuidado en colaboración. Barcelona: Masson; 2005.
- Barr A, Feigenbaum EA. The Handbook of Artificial Intelligence Volumes 1 and 2. Los Altos (CA): William Kaufman; 1981-82
- García Martín-Caro C. Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero. Madrid: Harcourt; 2001.
- Collière MF. Promover la vida. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1993.
- Arribas AA et al. Valoración enfermera estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. Madrid: Observatorio de Metodología Enfermera, FUDEN; 2005.
- Cuenca J et al. Inteligencia Artificial, Sistemas Expertos. Madrid: Alianza; 1986.
- Jiménez L et al. Ontology of the Fatigue in the performance of the caretaker roll: A necessary step in the construction of a diagnosis expert system. *IADIS*

- Virtual MultiConference on Computer Science and Information Systems, IADIS, 2005.
- Laita LM et al., Some Applications of Gröbner Bases. *Computing in Science&Engineering*. 2004 3:56-60
  - K  rouac S. et al. *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson, 1995.
  - Jiménez Rodríguez L, Santamaría García M, González Sotos L, Asenjo Esteve A, Laita de la Rica LM, Ochandorena Juanena MS. Representación del conocimiento para diagnóstico mediante sistema experto de los problemas de cuidados: modelización de las situaciones déficit de autocuidado en el 'cansancio en el desempeño del rol de cuidador'. *Actas del I Congreso Internacional de Enfermería Comunitaria X congreso de La FAECAP*, 2005 Sep 22-24, Madrid, España. Disponible en: <http://www.faecap.com/EXT/comorales/vtc/represent.htm>
  - Gordon M. *Diagnóstico enfermero proceso y aplicación*., Madrid: Mosby/Doyma, 1996.
  - Henderson V. *Enfermería teórica y práctica*., México: La prensa médica mexicana, 1987.
  - Ignizio J. *Introduction to expert systems: the development and implementation of rule-based expert systems*. Madrid: McGraw-Hill, 1991.
  - Jiménez Rodríguez ML. *Sistema basado en conocimiento para la ayuda en el diagnostico del cansancio en el desempeño del rol del cuidador tesis*. Alcalá de Henares (Madrid): Universidad de Alcalá, 2006.
  - Bulechek GM, McCloskey JC. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* Madrid: Harcourt; 2005.
  - Kozier B. *Fundamentos de enfermería conceptos, procesos y prácticas*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 2005.
  - Lamport L. *LATEX: a document preparation system*. Massachusetts: Addison-Wesley; 1986.
  - Losee J. *Introducción histórica a la filosofía de la ciencia*.<sup>1</sup> ed. Madrid: Alianza, 1976.
  - Marriner A. *Modelos y teorías en enfermería*. 6<sup>ed</sup>. Madrid: Elsevier; 2006.
  - Meleis A. *El progreso del pensamiento teórico en la disciplina de enfermería*. *International Perspectives on Nursing (1992)*, 112.
  - Mendelson E. *Boolean Algebra and Switching Circuits*. New York: McGraw-Hill; 1970.
  - Nilsson NJ. *Inteligencia Artificial: una nueva síntesis*. Madrid: McGraw-Hill; 2001.

- Oliver AEM. Techniques for expert system testing and validation. In: proceedings of the Third International Expert Systems Conference; 1987 Jun; London, UK. pp. 271-276.
- Orem DE. Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la práctica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 1993.
- Maas M, Moorhead S, Johnson M, Clasificación de resultados de enfermería (NOC) Madrid: Elsevier, 2005.
- Hartnell T. Sistemas Expertos: introducción al diseño y aplicaciones. Madrid: Anaya multimedia; 1986.
- Giarratano J, Riley G. Sistemas Expertos: Principios y Programación., México: International Thomson Editores; 2001.
- Hernández J, Esteban M. Fundamentos de la Enfermería, teoría y método. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2003.
- Santamaría García JM. Investigación deductiva, representación lógica e implementación computacional sobre las limitaciones de acción del Autocuidado según el modelo de Dorothea Orem. Tesis . Alcalá de Henares (Madrid): Universidad de Alcalá; 2008.
- Santamaría García et al. Apuntes sobre el cuidado: por qué es y cómo es. Madrid: Observatorio de Metodología Enfermera, FUDEN; 2008.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (BOE de 15 de noviembre de 2002).



# Axiomas del Cuidado

Como se indicó al comienzo de este número resulta trivial indicar que, a la hora de abordar una situación, independientemente de cuál sea la finalidad de dicho abordaje, hay que empezar por lo "básico".

En este sentido podría decirse que, por la claridad y evidencia de dicha afirmación, la misma constituye en sí un axioma, es decir, uno de esos "principios fundamentales e indemostrables sobre los que se construye una teoría", que en este caso sería una teoría de abordaje situacional.

Esta idea nos lleva a reflexionar acerca de la existencia de un principio "básico" acerca del cuidado (un punto inicial sobre el que se asiente su abordaje), un axioma del cuidado inicial sobre el que construir todas las teorías explicativas del mismo: tanto de su "Por Qué" como de su "Cómo".

Como suele suceder, quizás por su evidencia, en aquello que es esencial, este axioma del cuidado "básico" puede pasar desapercibido. Pero está ahí, delante de cada persona:

*"...el cuidado forma parte de la realidad..."*

Las implicaciones que se pueden deducir a partir de este principio axiomático son ingentes, pero quizá las fundamentales, si focalizamos en el aspecto del abordaje, sean que: como parte de la realidad, el cuidado puede ser estudiado y comprendido científicamente (como se hace con la luz, el aire, la gravedad, la rotación de los planetas, los átomos, etc).

Existen otros axiomas del cuidado que se irán publicando en esta revista, algunos de ellos contenidos en los modelos conceptuales que describen el porqué del mismo, pero muchos más aún no evidenciados y, por tanto, no puestos a disposición de los estudiosos de esa parte de la realidad que es el cuidado de las personas: de cada uno de los lectores de esta publicación es el reto de colaborar en sacarlos a la luz.



Universidad  
de Alcalá

[http://www.ome.es/01\\_01.cfm?id=320](http://www.ome.es/01_01.cfm?id=320)

© Copyright 2008 – FUDEN.

Departamento de Metodología.

Cuesta de Santo Domingo, 6. 28013 MADRID.

ISSN: 1989-0745

F U D E N  
FUNDACION PARA EL DESARROLLO DE LA ENFERMERIA



**OBSERVATORIO**  
Metodología Enfermera

