

MODELO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN POSOPERATORIO TEMPRANO DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA

NURSING CARE MODEL FOR PATIENTS IN EARLY POSTOPERATIVE OF MYOCARDIAL REVASCULARIZATION

CLAUDIA ARIZA OLARTE*

RESUMEN

El desarrollo de modelos de cuidado es un punto fundamental de apoyo para el contexto y desarrollo de la práctica de enfermería. Una de las propuestas recientes es la planteada por Fawcett, que incluye tres componentes: teórico, estructural y funcional. Esta propuesta ha sido seleccionada para la construcción del presente Modelo, utilizando la metodología de Retroinducción en la lógica. Objetivo: Diseñar un modelo de cuidado de enfermería al paciente en el período posoperatorio temprano (48-96 h) de un injerto de bypass de arteria coronaria. Método: El componente teórico se basó en la teoría humanística de Paterson y Zderad, fortalecido con la antropología filosófica a la investigación científica. El componente estructural tuvo en cuenta los conceptos del metaparadigma de enfermería: persona, medio ambiente, salud y enfermería, así como los conceptos centrales del modelo: evento clínico que requiere cuidado de enfermería, situación que requiere cuidado de enfermería y paciente en posoperatorio temprano de revascularización miocárdica. Por último, el componente funcional incluyó una propuesta de atención desarrollada previamente. Estos resultados abren una nueva posibilidad para mejorar las condiciones del paciente durante el período postoperatorio temprano. Conclusión: Enfermería deberá continuar con el desarrollo de trabajos semejantes que aporten y contribuyan al enriquecimiento de su conocimiento propio.

Palabras clave: Atención de enfermería, revascularización miocárdica, teoría de enfermería.

ABSTRACT

The development of models of care is a fundamental point of support for the context and development of the nursing practice. One of the recent proposals is that posed by Fawcett, which includes three components: theoretical, structural and functional. This proposal has been selected for the implementation of this model, using Retroinduction logic methodology. Objective: To design a model of nursing care for patients in the early postoperative period (48-96 h) of a coronary artery bypass graft. The *theoretical* component was based on Paterson and Zderad's humanistic theory and strengthened by philosophical anthropology. The *structural* component took into account the concepts included in the Nursing metaparadigm: the person, the environment, health and nursing, as well as the central concepts of the model: clinical event requiring nursing care, situation requiring nursing care and early postoperative patient of myocardial revascularization. Finally, the *functional* component includes a care proposal previously developed. This proposal opens a new possibility of improving the conditions of patients during early postoperative period. In conclusion, Nursing should continue the development of similar activities that contribute and help enrich their own knowledge.

Key words: Nursing care, myocardial revascularization, nursing theory.

Fecha recepción: 24/06/13 Fecha aceptación: 27/08/15

* Enfermera. Profesora Asociada. Facultades de Enfermería y Medicina. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Email: claariza@javeriana.edu.co.

INTRODUCCIÓN

En los últimos sesenta años el desarrollo de la Enfermería como disciplina ha sido innegable, debido fundamentalmente a la aparición de programas de postgrado a nivel de Maestría y Doctorado, con los que se ha promovido el interés por el desarrollo del conocimiento y la investigación. La consecuencia de ello ha sido la construcción de modelos conceptuales y teorías de Enfermería que definen la disciplina y explican su razón de ser, sus valores y sus principios filosóficos y científicos (1-3).

Un Modelo Conceptual es definido como un conjunto de abstracciones relativas y conceptos generales que orientan el fenómeno central de interés de la disciplina. Comprende proposiciones que describen dichos conceptos y afirman la abstracción relativa y las relaciones generales entre dos o más de ellos. El Modelo Conceptual es sinónimo de términos como sistema conceptual, “*framework*”, paradigma y *Matrix* disciplinaria, guías teóricas que orientan la práctica, o de modelo de cuidado (3-9).

Este trabajo tiene como objetivo diseñar un modelo de cuidado de enfermería al paciente en el período postoperatorio temprano (48-96 h) de un injerto de bypass de arteria coronaria. Esta propuesta surge de una investigación previa, en la que se determinaron los eventos clínicos que requieren cuidado de enfermería (ECRCE), constituidos por los cambios fisiológicos que presenta este paciente como consecuencia de la realización de una revascularización miocárdica (RVM); y las situaciones que requieren cuidado de enfermería (SRCE) representadas por los sentimientos, emociones y preocupaciones con relación al procedimiento, a la vida futura personal, familiar y laboral (10).

Para el diseño de este modelo se eligieron los componentes propuestos por Fawcett (3)

en su libro *Analysis and evaluation of Contemporary Nursing Knowledge. Nursing Models and theories*, a saber: teórico, estructural y funcional, por considerarse que coinciden con las experiencias clínicas y los resultados de lo investigado previamente sobre el tema (8, 12).

MÉTODO

El Modelo de Cuidado de enfermería al paciente en postoperatorio temprano de una revascularización miocárdica se construyó utilizando el método Retroinducción en la lógica, caracterizado por la creación de ideas y considerado como la primera fase de la investigación para la comprensión de cualquier fenómeno en el que se identifica un criterio que ofrece una posible explicación; una vez se ha identificado un criterio que promete la explicación del fenómeno observado, se utiliza el razonamiento deductivo para el desarrollo de la explicación (13-14).

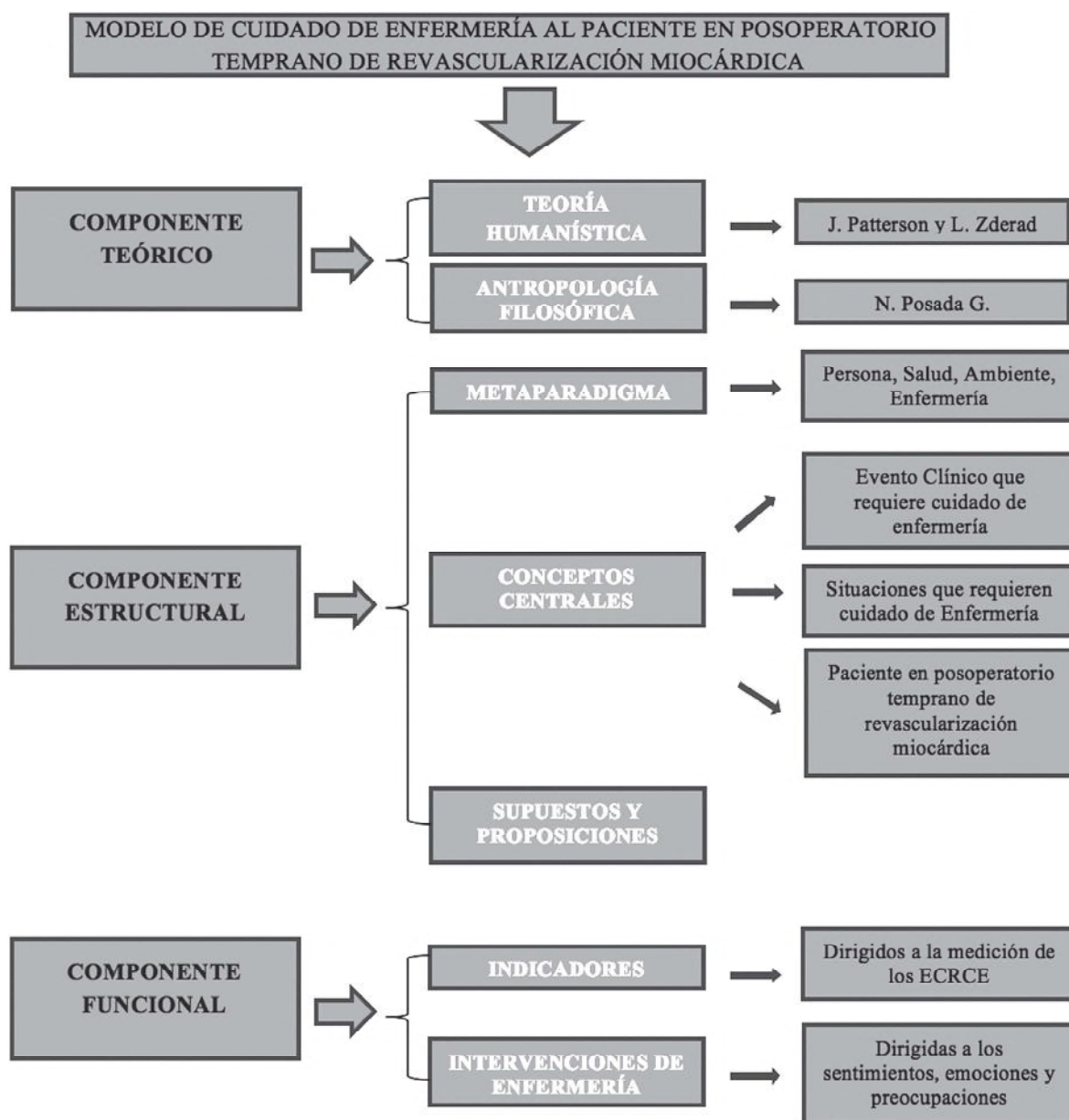
A partir de la investigación previa (10), se procedió a construir el Modelo fortaleciendo su eje teórico y filosófico desde la antropología filosófica planteada por Posada en su investigación *Ser Humano y Persona* (12). Luego se construyeron conceptos, supuestos y proposiciones definidos a partir de las creencias, valores, principios, normas y experiencia clínica ante el tema, lo cual refleja un mundo de significaciones y la forma como se realiza el cuidado del paciente de revascularización miocárdica. Se fundamentaron las acciones de Cuidado y se orientó éste como un todo. Se requirió de una búsqueda del conocimiento a través de revisión de la literatura, elaboración y reformulación del soporte teórico y su fondo filosófico, llegando a expresarse la situación estudiada en los cuatro conceptos del Metaparadigma de Enfermería: persona, ambiente, salud y enfermería.

MODELO DE CUIDADO

El Modelo de Cuidado diseñado presenta la forma operativa de la propuesta de cuidado de Enfermería planteada por Ariza (8). Consta de un componente teórico, uno estructural y uno funcional. La noción de

principio que se tuvo en cuenta para la elaboración de este Modelo es: base, origen, razón fundamental sobre la cual se procede discutiendo en cualquier materia. Norma o idea fundamental que rige el pensamiento o la conducta. Es un parámetro de referencia para la interpretación y la valoración de los fenómenos o conductas (15).

Figura 1. Diagrama del Modelo de Cuidado.



Fuente: Elaborado por la autora.

Componente teórico: Contempla la esencia de la Enfermería e incluye la dinámica del ser, llegar a ser y cambiar. La Teoría Humanística provee una metodología de articulación reflexiva de la esencia de la Enfermería, y un puente metodológico entre la teoría y la práctica al dar una amplia guía para el diálogo de Enfermería en múltiples escenarios (16). Este diálogo se describe y distingue como luchas-con, y no en-contra-de los otros. Comunica sus ideas y, al mismo tiempo, están abiertas a las preguntas de los otros, esforzándose para esclarecer, comunicar y cuestionarse a sí mismo y a los otros (5). La Enfermería es la habilidad de construir con otros a través de “[...] tomar experiencias relacionadas con la salud y el sufrimiento, en las cuales los participantes en la situación de Enfermería son y se vuelven de acuerdo con su potencial humano” (17). La construcción es compartida a través del diálogo entre los participantes.

En Enfermería, el propósito de este diálogo, o relación intersubjetiva, es “alimentar el bienestar y el ser mejor de las personas con necesidad” (17), entendida esta relación intersubjetiva, como la conducta de una de las partes en otra, lo que implica un cambio en ambas. Entre el paciente y la enfermera supone el “hacerse solícita y responder”. La enfermera, como responsable del cuidado del paciente, debe hacerse solícita ante los problemas de salud del mismo intentando solucionarlos de la mejor manera posible, sin esperar a que éste pida su ayuda. Ella debe estar atenta y disponible a la identificación de los problemas para actuar de acuerdo a ellos y de esta forma generar satisfacción en el paciente, familia y/o comunidad.

En coherencia con la definición de Modelo ya expuesta, se entiende por “hacerse solícita” la capacidad que tiene la enfermera de percibir e identificar las necesidades del paciente (biológicas y espirituales, en especial las psicosociales) y darles respuesta de manera holística, incluso antes de que el paciente las exprese. Estas tres palabras (hacer-

se solícita y responder) encierran los temas centrales, los cuales permiten entender que a través de este paradigma se presenta una visión de la Enfermería que admite la variación en los diferentes escenarios de práctica, y los patrones cambiantes de Enfermería a través del tiempo. De acuerdo con esto, la enfermera se hace solícita para una persona, familia o comunidad, o para la humanidad, brindando ayuda de una manera explícita, o simplemente, identificando un problema o necesidad relacionado con la salud; en este caso es el paciente en posoperatorio temprano de revascularización miocárdica (POPT de RVM) quien, por el hecho de presentar alteraciones en su estado de salud, eventos clínicos que requieren cuidado de enfermería (ECRCE) y situaciones que requieren cuidado de enfermería (SRCE), reclama a la enfermera responsable de su cuidado, quien tiene la intención de prestarle ayuda y encontrar solución a sus problemas y necesidades.

Responder es la acción de cuidar, la intención de atender al paciente en su necesidad de cuidado y su responsabilidad que es definida en el artículo 36 de la Ley 1164 de 2007 (18) como “[...] analizar, dar razón y asumir las consecuencias de las propias acciones u omisiones en lo referente al ejercicio de la profesión u ocupación”. La responsabilidad implica elevar el cuidado al nivel reflexivo y coherente con la riqueza de ser propia de quien es humano, al que la sociedad tiene derecho a reclamar en sus profesionales de enfermería; la enfermera no puede quedarse en un nivel meramente sensible. Esta respuesta puede también ser dada por un grupo de enfermeras o la comunidad de enfermeras que escuchan, identifican y reconocen el “hacerse solícitas”. Lo que sucede durante este diálogo, el “y” entre “hacerse solícita y responder”, el “entre”, es la Enfermería.

La enfermera enfrenta la emoción, el miedo y la incertidumbre de aproximarse a la situación de Enfermería abiertamente. A través de un espíritu de receptividad, de estar lista para la sorpresa, el valor para experi-

mentar lo desconocido y la responsabilidad, existe una oportunidad para relacionarse auténticamente y para la intersubjetividad. “El proceso lleva a experimentar repetidamente una inmersión reflexiva en el fenómeno vivido” (17). La interacción de la Enfermería está limitada en el espacio y el tiempo, pero la internalización de esta experiencia le agrega algo nuevo a la vista angular de cada persona (16, 17). Esto refleja la dimensión espiritual de la persona, que trasciende los fenómenos físicos de espacio y tiempo, y vive en la actualidad de su tiempo interior.

La inmersión en la experiencia intersubjetiva y el proceso fenomenológico en el que la enfermera se compromete, le ayuda a guiar el intercambio entre el paciente y ella, que expone todo lo que es junto con sus características profesionales y personales (valores, principios, educación, habilidades, experiencias de vida, etc.), y lo integra a su respuesta, guiada por su rol profesional, ética y competencias. A pesar de que una respuesta responsable pueda no dar al paciente lo que pidió, el proceso de ser escuchado, de acuerdo con este Modelo, es por sí mismo una experiencia humanizadora (17).

En dicho intercambio también intervienen las características del paciente que incluyen su pasado y las relaciones sociales presentes, como experiencias de raza, religión, educación, trabajo, y cualquier patrón individualizado, para llevar a cabo la experiencia vivida. También incluye sucesos pasados con profesionales de la salud, la imagen del paciente y sus expectativas respecto a lo que le pide a la enfermera.

La expectativa de la enfermera se da porque puede ser capaz de responder al llamado de ayuda como enfermera (16). Esto significa que sea competente para dar solución a los cambios biológicos (ECRCE), psicosociales (SRCE) y espirituales propios del proceso de recuperación que vive el paciente en POPT de RVM, mientras que éste permanece en el servicio de hospitalización. En el contexto de Enfermería, cuando estos dos seres humanos,

el paciente en POPT de una RVM y la enfermera encargada de su cuidado en el servicio de hospitalización, se encuentran e interactúan entre sí, la interacción se centra en la capacidad de la enfermera de “hacerse solícita” y “responder”.

El tener en cuenta las cualidades de cada uno de los involucrados (paciente-enfermera) permite velar por individualizar el diálogo con cada paciente particular. Por esta razón existen procedimientos que se hacen casi imperceptibles por la ternura, humor y técnicas maestras con que se realizan. Es esta individualidad como seres humanos la que resalta la similitud y provee los hilos que unen a través de este proceso de vivir. Ser parecidos en las diferencias es solo uno de esos hilos principales, y la teoría de la Enfermería humanística intenta descubrir los hilos unificadores o esencias que constituyen el tejido de la Enfermería. La enfermera debe siempre tener presente que los seres humanos llegan a perfeccionarse a través de sus elecciones éticas y de las experiencias intersubjetivas en las que se involucran.

Además existen datos objetivos y subjetivos interactuando entre sí que incluyen fenómenos de Enfermería y del paciente; entre los de Enfermería están la conciencia, apertura, empatía, cuidado, sensibilidad, entendimiento, responsabilidad, confianza, aceptación, autoconocimiento y diálogo. Los fenómenos del paciente incluyen los problemas que cada uno de ellos presente en su situación de Enfermería. En el presente Modelo de Cuidado son los ECRCE y las SRCE, propios del paciente en POPT de RVM, mientras permanece en el servicio de hospitalización.

Componente estructural: Una vez planteado y perfeccionado el componente teórico, se continuó en el diseño del Modelo, con el planteamiento de supuestos y proposiciones, definición del Metaparadigma de Enfermería y conceptos centrales del modelo, los cuales son: Eventos clínicos que requieren cuidado de enfermería (ECRCE), Situaciones que

requieren cuidado de Enfermería (SRCE) y paciente en posoperatorio temprano de revascularización miocárdica, completamente coherentes con los planteamientos previos.

Supuestos y proposiciones: Fueron expresados con base en las creencias, valores, principios, normas y experiencia clínica del autor, y en los problemas que caracterizan al paciente en POPT de una RVM, identificados a partir de la tesis doctoral previa (8). Los principios y valores planteados en estos supuestos son coherentes con los planteados en la Ley 266 de 1996 (15), Código de Ética de ACOFAEN DE 1998 (19) y la Ley 911 de 2004 (20) y la Ley 1164 de 2007 (18), que constituyen las principales fuentes y expresiones de la cultura ética, deontológica y bioética de la Enfermería en el contexto del talento humano de salud en Colombia.

El paciente en POPT de RVM requiere que la enfermera mediante su cuidado le proporcione una mejor adaptación a los ECRCE y SRCE en los que están involucrados, además del paciente, su familia y los demás miembros del equipo de salud. En el ejercicio autónomo de su autocuidado el paciente asume el control del efecto del dolor y demás ECRCE y SRCE, de acuerdo a sus experiencias y recibiendo la ayuda subsidiaria del equipo de salud, su familia y de su medio social.

La experimentación sobre una mejor adaptación ocurre con ocasión del fenómeno clínico, siendo conscientes, recordando, ponderando, clasificando, corroborando y aprendiendo. Relacionando el YO-TÚ con el mundo clínico del otro, la enfermera va, se entrega, y recibe de vuelta al otro y a sí misma en la esfera del “entre”. En esta relación acrecienta su conocimiento propio y del otro y, en esa medida, lo atiende bien, confirmando la riqueza de ser personal que tienen en común. Esta forma de hacerse solícita es un llamado al paciente, a través de la relación clínica, a que se reconozca y valore; esto redundará en el modo como el paciente trata a la enfermera y a los demás, generándose un

impacto social constructivo de la aplicación del Modelo con ocasión del cuidado brindado según los ECRCE y SRCE.

Relacionando el YO-ESO con su mundo clínico, la enfermera trasciende de sí misma, profundiza en el yo-tú que conoce, lo interroga, lo compara y corrobora los hallazgos con otras experiencias clínicas. Reflexiona sobre aspectos internos y externos del YO-TÚ y el YO-ESO, formando, creando, planeando desde y para su existencia clínica y la de otros. Así argumenta un mundo de conocimiento heurístico.

TODOS AL TIEMPO (NOS) incluye las múltiples variedades que existen dentro de las situaciones de Enfermería. Por ser científica, la atención de enfermería parte de la realidad y a ella llega. Esto exige de la enfermera el ejercicio de la inteligencia simultánea, caracterizada por el desarrollo de la capacidad de interactuar y retroalimentar diferentes informaciones y actividades que realiza en función de sí misma, el paciente y su entorno.

Metaparadigma: Según el componente teórico de este Modelo de Cuidado, su fortalecimiento desde la antropología filosófica con la investigación científica Ser Humano y Persona (12), es definido de la siguiente forma:

Persona: Es un sujeto en el que convergen las dimensiones biológica, psicosocial y espiritual, contemplando al paciente de una manera holística.

Cada individuo de la especie humana, desde que tiene por cuerpo una célula hasta que termina su ciclo vital natural, es una unidad con las dimensiones bio-psicosocial y espiritual y, por lo tanto, un ser que en cada instante de su existencia posee el mismo valor en cuanto humano; este valor es superior a la totalidad de la energía de la que proceden la materia inerte y los individuos vivos no humanos. Esta condición lo hace responsable del resto de la naturaleza y, en especial, de sí mismo y de los demás miembros de su especie. La inteligencia supera la capacidad

de conocimiento de lo real hasta poder llegar a nociones como la de la nada; el ser humano aspira a una felicidad que abarca y trasciende las limitaciones temporales de la biología y, por lo tanto, ésta no es su fuente, sino medio de expresión de la fuente, aunque el cuerpo humano tiene el valor superior de ser, en parte, causa, cauce y ocasión para que se puedan percibir con el propio cerebro y otras partes, las manifestaciones de la inteligencia, la voluntad y el núcleo afectivo (21).

Ambiente: Es algo concebido de forma subjetiva e intersubjetiva, trascendente que va más allá del espacio físico; precisamente así lo define la teoría humanística. Faltaría plantearlo como medio de proporcionar posibilidad del estar con, del compartir. En la atención de salud se busca un espacio físico que otorgue privacidad, garantía de secreto y libre de cualquier interferencia externa (22, 23). La interacción sobrepasa el nivel del espacio físico, ya que lo que interesa en la situación cuestionada es la empatía que se puede desarrollar entre los interlocutores, con el fin de llegar a una relación intersubjetiva, responsable y constructiva. Un ambiente físico favorable por sí solo no representa la garantía de que los objetivos serán atendidos. La enfermera trae consigo valores, creencias y actitudes que pueden interferir en la atención profesional. Por eso, la práctica no puede ser aislada de la persona que la realiza, ya que es ella quien se involucra con el paciente dándose, también de este modo, la oportunidad de realizarse como persona. Es responsabilidad de la enfermera crear condiciones físicas y humanas favorables al bienestar y a la aspiración de “ser mejor” del paciente, que se concreta, en primer lugar, en su autocuidado, comunicación y colaboración, propiciando un entorno necesario para su pronta recuperación. El tiempo para que esto ocurra varía de persona a persona.

Enfermería: Es un contexto humano, una respuesta confortadora de una persona para

otra en un momento de necesidad, con la intención de lograr bienestar en el contexto de las propias características y circunstancias, para ser mejor. Enfermería es un encuentro perfeccionante, de comunicación entre el paciente que requiere ser cuidado integralmente según sus necesidades en salud, y la enfermera que decide y logra cuidar a la altura del valor de ambos, por ser humanos, en el contexto de la definición de ser humano ya expuesta.

Salud: La literatura revisada presenta numerosas concepciones para la definición de salud e igual cantidad de tópicos: biológico, ambiental, económico, social, filosófico, entre otros. La salud es más que un estado; es un proceso dinámico, de continuo restablecimiento del equilibrio en el que cuando alguno de los factores implicados cambia y dicho cambio se mantiene en el tiempo, la persona adopta una respuesta fija de acuerdo a las experiencias positivas para lograr el equilibrio. Pero cuando esto no sucede así, se requiere de factores biológicos, ambientales, psicosociales, espirituales y asistenciales, que se integren para sostener ese equilibrio manifestado por la capacidad de vivir como individuo, de producir, reproducir y recrear la cultura (24).

Conceptos centrales del modelo

Evento clínico que requiere cuidado de Enfermería (ECRCE): Desenlace de la RVM manifestado en el paciente en POPT, por cambios fisiológicos en los sistemas neurológico, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, de eliminación y en la piel; ocurren durante momentos de vulnerabilidad compartida entre la enfermera y el paciente y requieren cuidado de Enfermería, el cual se caracteriza porque está dirigido tanto al ser (enfermera) como al otro (paciente); está encaminado hacia el bienestar del paciente; se lleva a cabo cuando la enfermera responde mediante la realización de acciones intencionales que conlleven a la recuperación de las

funciones fisiológicas del paciente, caracterizadas por conocimiento científico, seguridad, interacción positiva, preparación y habilidad, compromiso, ética, competencia y experiencia (25).

Situación que requiere cuidado de Enfermería (SRCE): Expresiones del paciente en POPT de una RVM acerca de sus sentimientos, emociones y preocupaciones, frente al procedimiento, al futuro y a su vida personal y laboral; ocurren durante momentos de vulnerabilidad compartida entre la enfermera y el paciente y requieren cuidado de Enfermería, caracterizado por estar dirigido tanto al ser (enfermera) como al otro (paciente); encaminado hacia el bienestar del paciente, se lleva a cabo cuando la enfermera responde mediante la realización de acciones intencionales que conlleven a la satisfacción de las necesidades psicológicas y sociales, caracterizadas por deferencia y respeto hacia el otro, seguridad de que la persona encargada del cuidado estará presente siempre, interacción positiva, preparación y habilidad en la profesión, consideración de la experiencia del otro, afecto, paciencia y confianza. Las expresiones del paciente son subjetivas, temporales, transitorias, individuales e irrepetibles (25).

Paciente en posoperatorio temprano de una revascularización miocárdica: Persona cuya dignidad está ubicada en las esferas de ser, libertad y respeto hacia sí mismo y hacia los demás, a quien por presentar Enfermedad Coronaria severa y refractaria a tratamiento médico, se le practica por primera vez una Revascularización Miocárdica con el fin de restablecer la perfusión del músculo miocárdico, razón por la que se encuentra entre las 48 y 96 h de posoperatorio (8).

Componente funcional: De acuerdo con el esquema adoptado para el estudio (3), una vez que se perfeccionó el componente teórico y se construyó el componente estructural, se traza el cuidado de enfermería que res-

ponde a los ECRCE y SRCE, identificados a través de la tesis doctoral previa (8). Para su operacionalización se diseñaron indicadores empíricos que permitirán medir las intervenciones de Enfermería relacionadas con la dimensión biológica. Y se incluyeron las intervenciones relacionadas con la dimensión psicosocial y espiritual del paciente.

Indicadores empíricos: Construidos a base de los ECRCE con relación al sistema neurológico, cardiovascular, respiratorio y de la piel. Los problemas relacionados con el sistema gastrointestinal y de eliminación, en el POPT ya han sido solucionados, razón por la que este Modelo de Cuidado no los incluye. El paciente en POPT de RVM presenta dolor que va decreciendo paulatinamente durante la recuperación. Alteración de la actividad física del paciente por su incapacidad para realizar algunas de las actividades de la rutina de la vida diaria debido a lo reciente del procedimiento, considerado como una agresión general hacia el organismo, y a la presencia del dolor ya mencionada. Alteración del patrón del sueño y descanso por el ambiente hospitalario, a efectos tardíos de la anestesia, a interrupciones para administrar medicamentos, entre otros. Presenta alteraciones con relación a la presión arterial (PA) y la frecuencia cardíaca (FC); cambios en la frecuencia respiratoria y en el hematocrito y la hemoglobina. En la piel hay heridas quirúrgicas de esternotomía y safenectomía, punciones periféricas y/o en vías centrales. Los Sistemas Gastrointestinal y de Eliminación presentan cambios que son superados antes de las 48 h. Por el estrés el paciente presenta elevación de la concentración de glucosa en plasma; en otros casos se debe a antecedentes de diabetes, razón por la que puede afectarse el proceso de cicatrización de las heridas quirúrgicas.

Situaciones que requieren cuidado de Enfermería (SRCE) y actividades para la dimensión espiritual con énfasis en el aspecto

psicosocial: Son los problemas de la dimensión espiritual, especialmente la psicosocial, conformadas por bienestar, logros, razonamiento, beneficio, complacencia, creencias y valores, sufrimiento, agobio y pesadumbre (8). El cuidado que el paciente solicita debe ser humanizado; la enfermera tiene en cuenta que debe ir más allá del cuidado físico, más allá de ver al paciente como un organismo biológico, psicosocial y espiritual. Ella entabla con el paciente un diálogo vívido, aspecto que debe conservarse dentro del plan de cuidado al paciente en POPT de RVM, teniendo en cuenta que este diálogo puede darse a través de un encuentro entre dos personas (paciente-enfermera, paciente-familiar, y/o familiar-enfermera), de una relación, de una presencia, de la enfermera hacerse solícita y responder. El encuentro entre las dos personas ocurre cuando ellas alcanzan una verdadera comunicación. Es por medio de este encuentro que el otro no es un paciente impersonal, un él o ella se torna más bien en un TÚ sensible y próximo del YO (17).

La atención de enfermería perfeccionante u objetiva, es el bienestar y ser mejor del paciente y de quien le atiende. La enfermera debe ayudar al paciente en POPT de una RVM a estar y ser mejor, en el proceso de recuperación que vive; además, de esta forma será superior la relación no solo con la enfermera sino también con los familiares, y podrá encontrarle sentido a la vida y a la situación vivenciada, como lo afirman Nascimento y Trentini (26). Esto se logra a través del diálogo y debe ser más que una conversación entre dos personas, debe ser una relación en la que ocurre un verdadero compartir, una transacción intersubjetiva, una relación de un paciente único (YO) con otro también único (TÚ). Éste se caracteriza por facilitar el establecimiento de una relación creativa entre enfermera-paciente, esto es: encontrarse, relacionarse y estar presente, siempre incluyendo el hacerse solícita de la enfermera y su respuesta que solucione sus SRCE.

En el servicio de hospitalización, el en-

cuentro verdadero de la enfermera con el paciente en POPT de RVM se centra en los problemas y sus soluciones, en la comunicación y en el compartir. El encuentro YO-TÚ es imprescindible para que la enfermera preste ayuda, para que se dé un acto de Enfermería. Este encuentro ocurre si el uno y el otro están disponibles, y desean que ocurra. Para que ocurra con calidad, las personas involucradas muestran sus características personales e individuales. Es importante considerar la amplitud de los encuentros humanos, que van de lo trivial a lo extremadamente significativo (27, 28).

El encuentro será simbólico, garantizará una auténtica intersubjetividad, cuando la enfermera decida no esconderse detrás de su papel profesional y de ejercer el dominio imponiendo normas y rutinas, sino que, por el contrario, se esfuerce por hacer que su presencia sea percibida por el paciente en POPT de RVM y su familia, como alguien que está preocupado en comprender su proceso de recuperación vivido en este momento. Este encuentro entre el paciente, su familia y la enfermera exige que ella sea primero una persona disponible para otro ser humano y, segundo, un profesional con habilidades científico-técnicas (27-29).

Las SRCE son solicitudes que el paciente hace, ante las que la enfermera responde. Esta solicitud puede ocurrir en forma verbal o no verbal, y también puede ocurrir en ambas direcciones: paciente-enfermera y/o enfermera-paciente.

Además, estas solicitudes pueden corresponder a la objetividad del ser y a su subjetividad. La enfermera debe estar atenta y disponible para hacerse solícita de la manera más acertada, de tal forma que promueva el bienestar, comodidad, confort y el ser mejor del paciente. Un caso corriente en el paciente en POPT de RVM es el llamado frecuente; éste puede denotar necesidad de presencia de otro ser, miedo, inseguridad, angustia, temor, tristeza, descontento, sufrimiento, por tanto la enfermera debe tener la capacidad de res-

ponder y esto se logra cuando ella es auténtica en su presencia, cuando tiene una actitud percibida por el paciente como dispuesta, y cuando como resultado de esto se da el diálogo entre los dos.

Es importante que la enfermera, que es quien más trata a las personas que sufren, sepa transmitirles la dimensión positiva del sufrimiento, de ayudarles a descubrir su metasentido, en el que el sentido se hace razonable, para saber incorporar en sus vidas los valores máspreciados y positivos. Pero para esto es necesario que, previamente, la enfermera tenga la suficiente sensibilidad y el adecuado conocimiento de la naturaleza humana para concebir el sufrimiento no como un factor disolvente de la persona, sino como una realidad plena de sentido, y como una oportunidad para que el paciente golpeado por el dolor y el sufrimiento pueda recobrar la autoidentidad y estima personal (28).

Ninguna enfermera puede decirle a un paciente lo que es el sentido, pero sí puede decirle que la vida tiene un sentido e incluso que conserva ese sentido en todas las condiciones y circunstancias, gracias a la posibilidad de encontrarlo incluso en el sufrimiento, de transformar el sufrimiento en el plano humano en algo positivo (29).

CONCLUSIONES

La enfermera logra dar la respuesta de cuidado cuando comprende el significado de la experiencia vivida por el paciente y le ayuda a buscar potencias que contribuyan a dar el sentido que ya se ha mencionado, y que le hagan menos penosa la situación. Es así como durante el encuentro que genera la relación interhumana establecida entre el paciente en POPT de RVM y la enfermera, se volcará totalmente hacia la búsqueda del bienestar y el ser mejor del paciente y de la misma enfermera.

El presente Modelo de Cuidado tiene en cuenta que el diálogo, el encuentro y hacerse solícita y responder tendrán mucho mejor efecto en el estar y ser mejor del paciente, si se intenta cambiar el ambiente frío e impersonal del hospital en un ambiente de cuidado, fortaleciendo ciertas condiciones como la presencia de familiares, disponibilidad afectiva de las enfermeras, proporcionando información y orientación sobre el proceso que el paciente vive utilizando un lenguaje que fácilmente permita su entendimiento y que contribuya a disminuir la angustia y ansiedad de todo el contexto que lo rodea, genera.

La validación del presente Modelo requerirá de un estudio multicéntrico para su implementación que será liderado por la Pontificia Universidad Javeriana (Bogotá D.C., Colombia), en un momento posterior, con la participación de otras instituciones de producción académica a nivel nacional e internacional. Asimismo, se espera con estudios posteriores perfeccionar y estandarizar los indicadores empíricos planteados.

REFERENCIAS

1. Tolley K. Theory from practice for practice: Is this a reality? *J Adv Nurs.* 1995; 21(1): 185-90.
2. Moreno M.E. Importancia de los modelos conceptuales de Enfermería: Experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. *Aquichán.* 2005; 5(1): 44-55.
3. Fawcett J. *Analysis and evaluation of Contemporary Nursing Knowledge. Nursing Models and theories.* Philadelphia: F.A. Davis; 2012.
4. Sánchez B. Utilidad de los modelos de Enfermería en la práctica. *El arte y la ciencia del cuidado.* Bogotá: Unibiblos; 2002. p. 13-30.
5. Kuerten P, Do Prado ML. Modelo de Cuidado ¿Qué es y cómo elaborarlo? *Index*

- de Enfermería. 2008; 17(2): 128-32.
6. Parker M. Nursing theories and nursing practice. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2001.
 7. Durán MM. Enfermería: desarrollo teórico e investigativo. Bogotá: Unibiblos; 1998.
 8. Ariza C. Cuidado de Enfermería al paciente en posoperatorio temprano de revascularización miocárdica. Rev Colomb Cardiol 2013; 20(13): 372-380.
 9. Paterson JD, Zderad LT. Humanistic Nursing [Internet]. Massachusetts: Project Gutenberg eBook; 2008 [citado 20 oct 2013]. Disponible en: <http://www.gutenberg.org/files/25020/25020-8.txt>
 10. Ariza C. Cuidado de Enfermería al paciente en postoperatorio temprano de revascularización miocárdica. Colección Opera Eximia. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2012.
 11. Fawcett J. The Metapardigm of Nursing: current status and future refinements Image J Nurs Sch. 1984; 16: 84-87.
 12. Posada N. Ser Humano y Persona. Análisis de la colección de Cuadernos del Programa Regional de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud. Bogotá: Universidad de La Sabana y CELAM; 2003. p. 162-165.
 13. Silva AL, Arruda EN. Referências com Base em Diferentes Paradigmas: problema ou solução para a prática de Enfermagem? Texto contexto-enferm. 1993; (1): 82-92.
 14. Montero M. Sobre la Noción de Paradigma. En: Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C, editores. Paradigmas y Diseños de la Investigación Cualitativa en Salud: una antología iberoamericana. México: Universidad de Guadalajara; 2002. p. 233-248.
 15. República de Colombia, Ley 266 de 1996 [Internet]. Diario Oficial N° 42.710, del 5 de febrero de 1996 [citado 17 ene 2013]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1996/ley_0266_1996.html
 16. Kleiman S. Josephine Paterson and Loretta Zderad's Humanistic nursing theory and its applications. En: Parker ME. Nursing theories and nursing practice. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2005; p. 125-138.
 17. Paterson J, Zderad L. Humanistic Nursing [Internet]; 2008 [citado 27 ago 2014]. Disponible en: www.humanistic-nursing.com
 18. República de Colombia. Ley 1164 de 2007 [Internet]. Diario Oficial N° 46.771 de 4 de octubre de 2007 [citado 17 ene 2013]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2007/ley_1164_2007.html.
 19. Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería. Código de Ética Enfermería. Guía para el desempeño profesional de Enfermería [Internet]. Bogotá D.C.: ACOFAEN; 1998 [citado 17 ene 2013]. Disponible en: http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid.
 20. República de Colombia. Ley 911 DE 2004 [Internet]. Diario Oficial N° 45.693 de 6 de octubre de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones [citado 17 enero 2013]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2004/ley_0911_2004.html.
 21. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española [Internet]. Madrid: Real Academia Española; 2016 [citado 3 dic 2012]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?w=diccionario>
 22. Steiner E. Criteria for Theory of art education. Paper presented at the Seminar for Research in Art Education; 1977.
 23. Steiner E. Logical and conceptual analytic techniques for educational researchers.

- Washington. D.C.: University Press; 1978.
24. Cezar-Vaz MR, Muccillo-Baisch AL, Soares JFS, Weis AH, Costa VZ, Soares MCF. Concepciones de Enfermería, Salud y Ambiente. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007; 15(3): 418-25.
 25. Ariza C. Definición de los conceptos Evento Clínico y Situación que requieren cuidado de enfermería. *Aquichán*. 2010; 10(2): 99-114.
 26. Nascimento ERP, Trentini M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoría humanística de Paterson e Zderad. *Rev Lat Am Enfermagem* 2004; 12(2): 250-257.
 27. Do Carmo Soares A, Moreira M, Cardoso L. Enfermagem e o Cuidado Humanístico: Propuesta de Intervenção para a mãe do neonato sob fototerapia. *Cienc enferm*. 2006; XII(1): 73-81.
 28. Mainente C. Teoría de Paterson e Zderad: Um Cuidado de Enfermagem Ao Cliente Crítico sustentado no dialogo vivido. *Revista enfermagem UERJ*. 2006; 14(3): 470-475.
 29. Schneider DG, Maia AM, Aparecida M, Martins JJ. Acolhimento ao paciente e familia na unidade Coronariana. *Texto contexto-enferm*. 2008; 17(1): 81-89.