

Modelos de enfermería integrados al cuidado del paciente nefrológico en el contexto cubano

Nursing models integrated patient care nephrology in the Cuban context

MSc. Lic. Roynel Rodríguez Martínez

Instituto de Nefrología "Dr. Abelardo Buch López". La Habana, Cuba.

RESUMEN

El ilimitado alcance humanista, social, psicológico y científico que caracteriza a la enfermería, hace pensar que para su desarrollo se hace imprescindible un basamento filosófico, conceptual y teórico que facilite la puesta en práctica de ésta disciplina en los ámbitos investigativo, educativo, administrativo y clínico. Cuando se examinan algunas de las teorías de enfermería, se hace obvio que el cuidado de ciertos grupos de pacientes puede ser mejorado si se utilizan algunos de los diferentes modelos de enfermería. Debido a la complejidad del cuidado y al incremento de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada se pretende demostrar la vigencia e importancia de la aplicación de algunos modelos y teorías de enfermería en el cuidado del paciente nefrológico en el contexto cubano. Se realizó un análisis documental de la literatura, que incluyó diversos libros de textos, monografías, artículos originales y de revisión, de varias revistas actualizadas y se consultaron expertos en esta temática para ampliar los conocimientos relacionados con las teorías y modelos de enfermería aplicados en la práctica de estos profesionales. La aplicación de los fundamentos filosóficos y teorías de enfermería en la práctica clínica de esta disciplina es definitivamente posible; no solo constituye un instrumento de perfeccionamiento de la atención al paciente sino que permite una visión más amplia, profunda y abarcadora de la enfermería que viabiliza el camino a la excelencia en la atención al paciente. Los cuidados que se brindan a los pacientes nefrológicos pueden ser mejorados si se aplican algunos de los modelos de enfermería.

Palabras clave: enfermería/nefrología; teorías/modelos; cuidados/enfermedad renal

ABSTRACT

The humanist, social, psychological and scientific unlimited reach which distinguishes nursing, makes think that for the nursing development is essential a philosophical, conceptual and theoretical basement which facilitates the practical performance of this discipline in the research, educational, administrative and clinical fields. Examining some of the nursing theories obviously arises that the care given to certain groups of patients could be improved if some nursing models are used. Due to the complexity of caring and the increment of patients suffering any end stage renal disease this article is intends to highlight the validity and the importance of the application of some nursing model and theories in caring for the renal patient in the Cuban context.

A documental analysis of the literature was carried out, including different text books, monographies, revision and original articles from updated journals and expert persons on this thematic were consulted to enlarge the knowledge related to nursing models and theories applied in the practice of this group of professionals.

Application of philosophical basis and nursing theories in the clinical practice of this discipline is definitely possible; it just not constitutes a perfection instrument of the patient care, it also allows a wider, deeper and extended vision of nursing which opens the way to excellence in the patient care. Nursing care given to renal patients could be improved if some of the nursing models are used.

Key words: nursing, nephrology, theories, models, care, renal disease

INTRODUCCIÓN

El ilimitado alcance humanista, social, psicológico y científico que caracteriza a la enfermería, hace pensar que para su desarrollo se hace imprescindible un basamento filosófico, conceptual y teórico, que facilite la puesta en práctica de ésta disciplina en los ámbitos investigativo, educativo, administrativo y clínico.

Desafortunadamente, aún se percibe un divorcio entre las teorías y la práctica de enfermería, lo que no es nada saludable para el quehacer de la profesión. Por lo tanto, constituye una necesidad que los fundamentos filosóficos, los modelos conceptuales y las teorías de enfermería sean extraídas de los libros y dejen de constituir solo una voz en las conferencias magistrales, para ser llevadas a la práctica clínica diaria de el enfermero(a), de modo que el profesional no cumpla sus funciones con absoluto automatismo, sino sustentado sobre una base científica, un propósito adecuado y un fin esperado, encaminado al bienestar del paciente.¹

Para lograr comprender la importancia de los fundamentos filosóficos de la enfermería en el desarrollo de los conocimientos de tan noble profesión y su aplicación en el contexto actual, es necesario descifrar en qué consisten la filosofía, los modelos y las teorías de enfermería, que constituyen los tres principales grupos de trabajo que han contribuido al desarrollo de esta disciplina.^{1, 2}

Desde 1850, Nightingale propuso sus ideas concernientes a la enfermería, y a la luz de los conocimientos de la época, pudo vislumbrar la importancia de conceptos hasta hoy de extrema importancia como las condiciones del entorno que rodea al paciente.³ Su obra ha sido englobada en el grupo de filosofías de la enfermería, que define el significado de los fenómenos observados por medio del análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. Los aportes de Virginia Henderson y de Faye Glenn Abdellah, entre otros, también son considerados filosofías de esta profesión.³

En segundo lugar se encuentran los modelos conceptuales, que comprenden los estudios de las llamadas grandes teóricas o pioneras en el campo de la enfermería, estos se extienden a toda la enfermería y suelen incluir aspectos relativos a los seres humanos, su entorno y su salud, dentro del ámbito de interés de la disciplina; proponen además, líneas maestras de conducta a los profesionales dentro de su campo científico. Se destaca dentro de este grupo la teoría de déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem, el modelo de adaptación de Sor Callista Roy, entre otros.^{4, 5}

La tercera clase de obras se refiere a las teorías de enfermería llamadas de nivel medio.⁴ Las mismas se han obtenido a partir de investigaciones de otras disciplinas relacionadas con la enfermería, desde las obras filosóficas más tempranas hasta las grandes teorías y los modelos conceptuales definidos para la enfermería. Tienen un objetivo más restringido que las grandes teorías y son más concretas en su nivel de abstracción, de modo que son más precisas y se ocupan de responder a preguntas prácticas específicas dentro de la enfermería. Dentro de las teóricas de nivel medio se citan a Hildegard E. Peplau, con la teoría de enfermería psicodinámica, Ida Jean Orlando, con la teoría del proceso de enfermería y Madeleine Leininger, con cuidados culturales: teoría de la diversidad y la universalidad; por solo mencionar algunos ejemplos.^{1, 4}

Cuando se examinan algunas de las teorías de enfermería, se hace obvio que el cuidado de ciertos grupos de pacientes puede ser mejorado si se utilizan algunos de los diferentes modelos de enfermería. Particular importancia reviste el cuidado de pacientes con afecciones crónicas no transmisibles, las cuales constituyen una de las principales causas de muerte en Cuba. Durante años, se ha perseverado en el control de estas enfermedades y se han obtenido resultados esperanzadores, a tal punto, que la expectativa de vida de los países que han logrado controlar estas dolencias se ha elevado, y con ello, la población de adultos mayores se ha incrementado.

Una enfermedad que a pesar de ser considerada como crónica no transmisible, tiene la particularidad de ser al mismo tiempo resultado del daño de órganos diana por afecciones del mismo grupo, tales como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, es la Enfermedad Renal Crónica (ERC). Las estadísticas muestran un crecimiento exponencial de los afectados por este mal que alcanza dimensiones pandémicas. Las poblaciones desarrolladas y en vías de desarrollo, debido al envejecimiento poblacional experimentado, son las más susceptibles de sufrir una ERC, patología caracterizada por su complejidad en la asistencia de los pacientes portadores de ella, desde los puntos de vista tanto físico como psicológico.

Cuba no escapa a este mal, cada día se eleva el número de pacientes con diagnóstico de ERC y necesidad de Tratamiento Sustitutivo de la Función Renal (TSFR). La magnitud del problema aumenta si se piensa en la carga económica y social que demanda la realización de tres hemodiálisis semanales por tiempo ilimitado. Dada la importancia del tema, se hace mandatorio el uso de los modelos y teorías de enfermería, a fin de ser aplicados en el contexto nefrológico cubano,

para dejar como resultado una enfermera mejor formada desde todos los puntos de vista, capaz de reforzar la práctica clínica con los modelos teóricos filosóficos.

La fusión de los modelos y las teorías de enfermería con la práctica clínica se hace necesaria, para lograr el fortalecimiento de esta profesión, es por ello, que el autor del presente artículo decide realizar una revisión de los fundamentos teóricos y filosóficos de la ciencia de enfermería, con el objetivo de resaltar la importancia y aplicación de algunos modelos de enfermería integrados al cuidado del paciente nefrológico en el contexto cubano.

MÉTODOS

Se realizó un análisis documental durante el segundo trimestre de 2011, que incluyó libros de textos, monografías, artículos originales de revistas científicas. Para la selección de artículos a revisar, estos debían estar publicados en revistas indexadas en las bases de datos Latindex, SciELO, Dialnet, Medwave y Medline/Pubmed. Además, se consultaron expertos en la temática, para ampliar los conocimientos relacionados con las teorías y modelos de enfermería aplicados en la práctica de estos profesionales. Se enfatizó en la integración de algunos modelos y teorías en el cuidado específico del paciente con enfermedad renal en estadio avanzado. Se detallaron los criterios que sustentan la práctica de la enfermería en nefrología, basado en los métodos teóricos de análisis y síntesis de la bibliografía consultada.

DESARROLLO

Las teorías de enfermería no son utilizadas con frecuencia en la práctica clínica diaria. El hecho de que las enfermeras no reconozcan la relación entre teoría y práctica asistencial, no solo es observado en la experiencia clínica, sino también, es descrito en la literatura.⁶

Se plantea que existe una división aparente entre teoría y práctica de enfermería, resultante de la impartición de ambas por profesores diferentes. Los estudiantes consideran que las teorías solo se aprenden de los profesores académicos y de la literatura, mientras que los aspectos prácticos los adquieren y desarrollan junto a los enfermeros asistenciales.^{6,7} Además, se señala que tanto los modelos teóricos como los prácticos pueden ser aprendidos con el trabajo junto a enfermeras de vasta experiencia, pero esta teoría difiere de la que se enseña en las escuelas de enfermería.^{6,7}

En opinión del autor, el desconocimiento de los modelos teóricos de enfermería pudiera obedecer a la no incorporación de los mismos en los planes de estudios de estos profesionales en la etapa de pregrado, desconocimiento que se agudiza cuando se incorporan a su vida laboral y no logran identificar la aplicación de dichos modelos en la práctica, pues solo una pequeña parte de los enfermeros(as) han realizado estudios sobre las teorías de enfermería en su formación (maestranterías y doctorantes en enfermería) aspectos estos evidenciados por los resultados de un estudio publicado por un grupo de enfermeros españoles en el 2008.⁸

A pesar de que el desarrollo de la práctica a partir de las teorías no está totalmente esclarecido entre los enfermeros(as) asistenciales, coincidiendo con lo planteado por Marriner-Tomey 1994, el autor considera que el conocimiento teórico incrementa el poder de la enfermería, ya que le provee al profesional autonomía a través del desarrollo de habilidades que conducen la práctica, la educación y la investigación.⁹

La enfermedad es tan antigua como el hombre mismo, y las funciones de cuidado y autocuidado, son inherentes a la condición humana. La época oscura de la enfermería se remonta precisamente al período entre los años 1500 y 1859, cuando la enfermería era considerada un oficio religioso, pero no una profesión con necesidad de preparación intelectual.¹⁰ Los escritos de Nightingale, en su libro *Notas de Enfermería*, publicado tras su experiencia en la guerra de Crimea, constituyeron un texto de crucial importancia para la enfermería moderna. A partir de ahí se renueva el concepto de esta profesión. En 1860, se inauguró la "Escuela Nightingale de Formación para Enfermeras", la cual constituyó una institución educativa independiente, financiada por la Fundación Nightingale. La originalidad del proyecto fue considerar que debían ser las propias enfermeras las que formasen a las estudiantes de enfermería, mediante programas específicos de formación y haciendo hincapié tanto en las intervenciones de enfermería hospitalarias como extrahospitalarias, para el mantenimiento y prevención de la salud, tanto del individuo como de las familias. Nightingale, reformadora del concepto de enfermería, le dio una nueva directriz a la ciencia del cuidado del ser humano, además de diferenciar lo que era la medicina de la enfermería, desde el punto de vista de que la enfermería situaba al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actuase sobre él, en un ambiente limpio, libre de agentes patógenos.^{3, 10}

En los países desarrollados y en vías de desarrollo, las causas principales de mortalidad han dejado de ser las enfermedades infectocontagiosas, que ultimaban la vida de miles de personas en edad infantil y adulta joven, para dar paso a las enfermedades crónicas no transmisibles, dígame diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, cáncer, entre otras. De uno u otro modo, el desarrollo de estas enfermedades contribuye a la ERC, con necesidad de TSFR con hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. En estas terapias, la atención de enfermería tiene un rol primordial, no se concibe la nefrología sin la existencia del enfermero(a), profesional que ejecuta el proceder depurador con hemodiálisis, entrena al paciente en diálisis peritoneal y protagoniza el estrecho cuidado que requiere el paciente que ha recibido un trasplante renal. La aplicación de los fundamentos filosóficos y científicos de enfermería en la práctica de esta disciplina en nefrología, es esencial para el éxito del tratamiento de reemplazo renal.

Al inicio del empleo de los TSFR, la primera causa de morbimortalidad entre los enfermos era la infecciosa. La puesta en práctica de los aún vigentes principios de Florence Nightingale, en los cuales fundamentaba su teoría, con respecto al entorno, permitió que la elevada prevalencia de infecciones disminuyera entre los individuos afectados de ERC avanzada. Nightingale, expresaba que todas las condiciones y las fuerzas externas influían en la vida y el desarrollo de un organismo. Describió cinco componentes principales de un entorno positivo o saludable: ventilación adecuada, luz adecuada, calor suficiente, control de los efluvios y control del ruido.³ Aún cuando no era adepta de la teoría de los gérmenes, desarrollada en su época, sus ideas de un modo indirecto la hacían seguidora de la misma, al establecer condiciones que impedían el crecimiento y proliferación de los mismos. La práctica de la hemodiálisis o diálisis peritoneal cumpliendo los principios antes mencionados, en un ambiente de adecuada ventilación y temperatura que inhiba el desarrollo bacteriano, con una iluminación y control de ruidos que permitan el trabajo de la enfermera en procedimientos cuyo éxito está determinado por exquisitas asepsia, antisepsia, concentración y precisión en la acción, y con un control del agua e higienización que de no tenerse en consideración pudieran poner en juego la vida del paciente, han contribuido a la notable disminución de los episodios sépticos, que en algún momento constituyeron la primera causa de decesos de pacientes en tratamientos de reemplazo renal.

La aplicación práctica del modelo de déficit de autocuidado de Dorothea Orem, contribuiría notablemente al desarrollo de la enfermería en el contexto de la ERC en Cuba. Esta teoría se sustenta en tres principios básicos:

1. El autocuidado: función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada, para sí mismo, con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar.
2. El déficit de autocuidado: expresión de desbalance entre la capacidad de acción de una persona y sus necesidades de cuidado.
3. Los sistemas de enfermería: acción humana articulada en sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeros(as), a través del ejercicio de su actividad profesional ante personas con limitaciones de la salud.¹¹

De los tres TSFR antes expuestos, la hemodiálisis es el más utilizado mundialmente, implica la asistencia a la unidad de hemodiálisis tres veces por semana y el tratamiento es realizado desde su inicio hasta su fin por enfermeros(as). La diálisis peritoneal continua ambulatoria, supone un autotratamiento del paciente, previo entrenamiento por el personal de enfermería, que consiste en al menos cuatro conexiones al día para la realización del proceder depurador o una conexión nocturna en el caso de los pacientes que tienen un tratamiento automatizado, conlleva una activa labor de autocuidado por parte del paciente; el trasplante renal es el método preferido, pero no siempre disponible, dada la necesidad de condiciones de salud suficientes para someterse al tratamiento quirúrgico, la escasez de órganos donados, y la cada vez más avanzada edad de los sujetos que padecen la condición de ERC, con las consiguientes comorbilidades que pueden contraindicar el método.⁶

Orem, definió el autocuidado como "la práctica de actividades que el individuo inicia y ejecuta por sí mismo para mantener la vida, la salud y el bienestar general".^{6, 11} Aunque esta teoría parece centrarse en el cuidado propio, no limita el autocuidado al individuo. El autocuidado también incluye el cuidado administrado por los integrantes del equipo de salud, la familia o amistades (cuidadores) cuando el individuo no puede proveerse algún tipo de cuidado hacia sí mismo ya sea por cortos o largos períodos de tiempo.⁶

El deterioro que implica la ERC en ocasiones actúa en detrimento del autocuidado del paciente, quien recibe el tratamiento por enfermería en el caso de la hemodiálisis y en múltiples ocasiones depende para la realización de actividades básicas, de la asistencia de un familiar. En este caso la enfermera, aplicando el modelo de Orem, debe encontrar alternativas que promuevan la autovalidez del paciente. Los diferentes instrumentos de calidad de vida, autovalidismo y capacidad funcional aplicados a estos enfermos, casi siempre reflejan una mejor calidad de vida e independencia en los pacientes en diálisis peritoneal. Para ambos TSFR, el consejo de enfermería, dada su incuestionable estrecha relación con el paciente, es crucial en el control de las restricciones en la ingesta hídrica, en un clima de temperaturas preponderantemente elevadas que impera en Cuba, la orientación en cuanto a opciones de alimentación ceñida a las privaciones propias de la enfermedad, formas de cuidado del acceso vascular o peritoneal, medidas ante la aparición de complicaciones, entre otras.

Las acciones de enfermería en función del bienestar del paciente, incluyen la detección de manifestaciones de pérdida de autocuidado, promoción de la recuperación del mismo, asunción de un rol de orientador, contando con la participación del paciente, desarrollo de habilidades de motivación, así como diseño

y planificación de la forma de capacitar y animar al individuo para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud. Como se observa, el encargo de la enfermería no es meramente el de un espectador pasivo, sino de vigilante activo de cualquier manifestación de pérdida de autocuidado, basado en elementos científicos prediseñados.

Como profesionales del sistema de salud que brindan cuidados directos, los enfermeros(as) de nefrología pueden asistir a los pacientes con los cambios en los estilos de vida, facilitándoles oportunidades y estrategias educacionales que favorezcan el autocuidado. Es importante centrarse en el cuidado personalizado y el establecimiento de intervenciones de enfermería específicas, que incluyan al paciente como parte activa en el proceso de recuperación o mejora del estado de salud.¹²

También es fundamental el apoyo y la motivación que se le brinde al paciente, además de reconocer los esfuerzos que realiza en el afrontamiento de su enfermedad. Los enfermeros(as) deben proveer retroalimentación a los pacientes, siempre que estos lo necesiten, más que juzgarlos, por algún fallo en el manejo de su enfermedad. Por ejemplo, un paciente que llega a hemodiálisis con una ganancia de peso superior al 4 % de su peso corporal en su período interdialítico, el enfermero(a) debe revalorar con el paciente las formas para prevenir el exceso de volumen líquido, más que recriminarlo por la situación presentada. Los recordatorios continuos, favorecen el establecimiento de cambios positivos y mejoran los resultados en los pacientes.^{12, 13}

En consecuencia con el análisis de la aplicación de la teoría de Orem, en el campo de la enfermería nefrológica, se debe destacar que el paciente debe involucrarse como un miembro dinámico del proceso asistencial para retomar algo de control sobre sus situaciones. Los enfermeros(as) monitorean al paciente a través del examen físico, entrevista, exámenes de laboratorio y reevaluación; realizan intervenciones, como brindar una educación sanitaria adecuada o realizar los cambios pertinentes en el plan de cuidados del paciente. De esta forma, el paciente transitará de una relación de dependencia al desarrollo del autocuidado. Los enfermeros(as) continuamente deben evaluar y cambiar las intervenciones para lograr satisfacer las necesidades de sus pacientes.¹²

La vía final para promover autocuidado en los pacientes en hemodiálisis es el instarlos a participar en su tratamiento. Los pacientes bien enseñados y entrenados pueden realizar el chequeo de su peso, medición de su temperatura corporal y presión arterial, de pie y sentado, previo al inicio del tratamiento. En adición se les puede brindar la oportunidad de insertarse ellos mismos las cánulas o agujas de hemodiálisis. La técnica del "buttonhole" puede ser usada por el paciente para acceder a su fistula arteriovenosa siempre y cuando se instruya adecuadamente al paciente en la técnica de colocación de la aguja y la importancia del control de las infecciones. En alguna literatura también se sugiere que el paciente debe aprender a preparar la máquina de diálisis antes de iniciar el proceder.^{12, 14} El autor desea resaltar que, el paciente, debe tener la oportunidad de protagonizar un rol más dinámico en el tratamiento depurador, pues su participación activa le brindará mayor sentido de independencia y favorecerá una mejor adherencia al tratamiento. Claro está, su participación estará limitada a aquellos procedimientos que no incluyan la posibilidad de violación de cualquier principio que pudiera poner en riesgo la vida del paciente. En nuestro contexto, la ejecución del procedimiento de hemodiálisis es exclusiva en el ámbito hospitalario por lo que los enfermeros(as) son los responsables de ejecutar todos los elementos incluidos en este proceder. Por su parte, la diálisis peritoneal continua ambulatoria es ejecutada casi en su totalidad por el paciente o su cuidador. Sin embargo, no todos los pacientes serían tributarios de realizar este proceder, solo sería para aquellos que su situación

clínica y estado psicológico e intelectual le permitan realizar tales procedimientos. Cualquiera que fuere la actividad a desarrollar, estos pacientes necesitarían de un riguroso entrenamiento y de supervisión continua.

Virginia Henderson, contribuyó a la filosofía de la enfermería con su modelo de las catorce necesidades básicas, las cuales son normalmente cubiertas cuando la persona está sana y tiene suficientes conocimientos para ello, y deben ser satisfechas para que el ser humano alcance la independencia a la que aspira.¹⁵

De estas necesidades, siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada, temperatura), dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales), dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias) y tres con la autorrealización (trabajar, entretenerse, aprender).¹⁵

En el paciente que vive bajo régimen dialítico, la satisfacción de estas necesidades no constituye un simple consejo que se puede o no acatar, sino que la inobservancia de estas demandas de índole fisiológica, afectiva, de seguridad y realización psicológica, puede conducir a la aparición de complicaciones que pongan en riesgo la vida del paciente. Así, al enfocarse en las necesidades relacionadas con la fisiología, los malos hábitos dietéticos que en un individuo de la población general generarían consecuencias a largo plazo, en el paciente que vive bajo TSFR, las transgresiones dietéticas dadas por una ingesta hídrica superior a lo indicado, podría conllevar a un edema agudo pulmonar, con peligro de muerte inminente; o un consumo superior a lo recomendado de frutas y vegetales, podría derivar en una hiperpotasemia, con riesgo de parada cardíaca. El accionar del enfermero(a) en la orientación del paciente es vital para su buena evolución y la no ocurrencia de complicaciones de este tipo.

En cuanto a la eliminación, es relevante que el enfermero(a) domine las funciones de excreción del paciente, por ejemplo, el volumen de diuresis del enfermo, pues los pacientes anúricos tienen una peor evolución y mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares y de sobrecarga hídrica que aquellos que manejan un buen volumen urinario. Al seguir la línea de pensamiento relacionada con las necesidades del paciente, se podría analizar la necesidad de una buena higiene personal, en la que los enfermeros(as) desempeñan un rol primordial; así, estos profesionales en las unidades de hemodiálisis al comenzar el tratamiento tienen un control estricto de las condiciones del catéter venoso central de los pacientes que utilizan este acceso vascular, y si las condiciones higiénicas no son las apropiadas, el peligro de infecciones que podrían devenir sepsis generalizada a través de esta puerta de entrada estaría incrementado.

De modo general, es el enfermero(a) con un adecuado conocimiento filosófico y científico quien prevé el advenimiento de complicaciones desde los primeros signos de inadecuada higiene personal.

El paciente que ha logrado una calidad de vida adecuada, tendrá espacio para el trabajo social. Es muy común en Cuba, que el paciente al comenzar el tratamiento dialítico con hemodiálisis, abandone la actividad laboral y se acoja a la jubilación por peritaje médico. El enfermero(a), siempre en contacto con el paciente, y conocedor de la mejora en la calidad de vida que ofrece el hecho de estar afiliado a las actividades laborales, siempre que las condiciones físicas y biológicas lo permitan, incitará al paciente a mantenerse activo en el trabajo remunerado, así como en el ejercicio físico dosificado, y en las actividades recreativas, para favorecer de este modo a la satisfacción de la necesidad de autorrealización.

En la administración de cuidados de enfermería a los pacientes con afecciones renales crónicas avanzadas se pueden establecer los tres niveles en la relación enfermera _ paciente descritos por Henderson. En situaciones de gravedad crítica, paciente con ERC agudizada, el enfermero(a) asume la satisfacción total de las necesidades del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad, capacidad o conocimiento y se comporta como el sustituto(a) del paciente. En los estadios intermedios de la ERC, el enfermero(a) asume el rol de ayudante del paciente, esforzándose siempre por alcanzar una interdependencia sana. Como compañeros, el enfermero(a) y el paciente, planifican o formulan el plan de asistencia, así organizan el régimen dietético, el ejercicio programado, las ponderaciones, entre otras actividades.

Definitivamente, no actuará de igual modo un enfermero(a) con una visión encaminada puramente a solucionar la problemática que presenta el paciente en el momento de recibir su atención, que aquellos que sobre un sólido fundamento teórico sean capaces de advertir anticipadamente la presencia de necesidades no resueltas que conllevarán a un deterioro en la calidad de vida relacionada con la salud percibida por el individuo.

El uso de un modelo conceptual o teoría de enfermería en la atención a pacientes garantiza que todos los enfermeros(as) compartan igual concepción de los conceptos metaparadigmáticos de esta profesión e igual lenguaje en la orientación de los cuidados.

Es pertinente recordar que una práctica es científica cuando sus actuaciones se basan en teorías que han sido desarrolladas científicamente y se aplican mediante un método sistemático, para resolver los problemas de su área de competencia.¹⁶

La práctica científica de la Enfermería requiere la adopción de una teoría que dé significado a la realidad donde se ejecutan los cuidados y un método sistemático para determinar, organizar, realizar y evaluar las intervenciones de Enfermería.¹⁶

Si realmente se quiere realzar el valor y la independencia del actuar de enfermería, corresponde seguir basando el quehacer diario de estos profesionales, en los aspectos teóricos que definen e identifican la profesión y conviene insistir en la investigación para, basados en la evidencia, continuar con pasos agigantados hacia el avance de la ciencia de enfermería.

CONSIDERACIONES FINALES

La aplicación de los fundamentos filosóficos y teorías de enfermería en la práctica clínica de esta disciplina es definitivamente posible; no solo constituye un instrumento de perfeccionamiento de la atención al paciente sino que permite una visión más amplia, profunda y abarcadora de la enfermería que viabiliza el camino a la excelencia en la atención al paciente.

Los modelos y las teorías de enfermería son aplicables en la atención al paciente nefrológico cubano, y deben constituir la guía para la mejora continua de la práctica clínica de estos profesionales en el cuidado de las personas con ERC.

Las labores educativas, docentes, administrativas y clínicas alcanzan su acmé cuando la enfermera es capaz de explotar todas las posibilidades en el esfuerzo de ejercer su actividad desde una perspectiva filosófica y científica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santos Ruiz S, López Parra M, Varez Peláez S, Abril Sabater D. Perspectiva de la enfermería de un centro sociosanitario sobre la aplicabilidad y utilidad de los modelos enfermeros en la práctica. *Gerokomos* 2008;19(4):32-7.
2. Moreno Fergusson ME. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de la enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la Sabana. *Aquichán* 2005;5(1):44-55.
3. Pfetscher SA, de Graaf KR, Marriner Tomey A, Mossman CL, Slebodnik M. Florence Nightingale: la enfermería moderna. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M. *Modelos y teorías de enfermería*. 4ta Ed. Madrid: Harcourt; 2000. p. 69-87.
4. Raile Alligood M, Chong Choi E. Evolución del desarrollo de las teorías de enfermería. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M. *Modelos y teorías de enfermería*. 4ta Ed. Madrid: Harcourt; 2000. p. 55-68.
5. López Día AL. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. *Invest Educ Enf* 2006;24(2):90-100.
6. Graham J. Nursing theory and clinical practice: how three nursing models can be incorporated into the care of patients with end stage kidney disease. *CANNT Journal* 2006; Oct-Dec. 16(4): 28-31.
7. Greenwood J. Nursing theory. In: Daly J, Speedy S, Jackson D. *Contents of nursing: An introduction*. Sydney: MacClennant Petty. 2000. p. 2-100.
8. Varez Peláez S, López Parra M, Santos Ruiz S, Abril Sabater D. Perspectiva sobre modelos y teorías de enfermería en el ámbito de nefrología *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2008; 11 (3):178-183.
9. Marriner-Tomey A. Introduction to analysis of nursing theories. In A. Marriner-Tomey (3rd ed.), *Nursing theorists and their work*. St. Louis, MO: Mosby-Year Book; 1994. p. 24-40.
10. Hernández Conesa J. *Cuestiones de Enfermería*. España. McGraw-Hill/Interamericana. 1996. p. 3-11.
11. Taylor SG, Compton A, Donohue Eben J, Emerson S, Nergess N, Marriner Tomey A, et al. Dorothea E. Orem: teoría del déficit de autocuidado. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M. *Modelos y teorías de enfermería*. 4ta Ed. Madrid: Harcourt; 2000. p. 175-194.
12. Simmons L. Dorothea Orem's self care theory as related to nursing practice in hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal* 2009; July-August. 36(4):419-21.
13. Constantini L. Compliance, adherence, and self-management: Is a paradigm shift possible for chronic kidney disease clients. *CANNT Journal* 2006; 16(4):22-26.
14. Quinan P. Control and coping for individuals with end stage renal disease on hemodialysis: A position paper. *CANNT Journal* 2007; 17(3):77-84.

15. Alexander JE, Wertman DeMeester D, Lauer T, Marriner Tomey A, Neal SE, Williams S. Virginia Henderson: definición de enfermería. En. Marriner Tomey A; Raile Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. 4ta Ed. Madrid: Harcourt; 2000. p. 99-111.

16. León Román CA. Enfermería ciencia y arte del cuidado. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2006 Dic [citado 2012 Feb 02]; 22(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es .

Recibido: 15 de mayo de 2012.

Aprobado: 17 de junio de 2012.

Correspondencia:

MSc. Lic. Roynel Rodríguez Martínez. Instituto de Nefrología "Dr. Abelardo Buch López". La Habana, Cuba.

E mail: roynel.rdiguez@infomed.sld.cu