



## ARTICULO ESPECIAL

Disponible en:

www.revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx

## CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UNA INSTITUCIÓN ESPECIALIZADA EN SALUD CARDIOVASCULAR

### CONSTRUCTION OF A NURSING CARE MODEL AT A CARDIOVASCULAR HEALTH INSTITUTION

<sup>1</sup>Patricia Granados Moreno, <sup>2</sup>Olga Lucía Laverde Contreras, <sup>2</sup>Beatriz Sánchez-Herrera.

<sup>1</sup>Directora Departamento de Enfermería Fundación Clínica Shaio.

<sup>2</sup>Profesora Facultad de Enfermería y Rehabilitación, Universidad de La Sabana.

Recibido el 30 de Marzo de 2019 ; aceptado el 02 de Abril de 2020

## RESUMEN

**Introducción.** Los modelos de práctica profesional de enfermería han demostrado ser útiles para ayudar a cualificar el cuidado de enfermería en las instituciones de salud.

**Objetivo.** Describir la construcción de un modelo de práctica de enfermería en la Fundación Clínica Shaio, Bogotá, Colombia, 2018.

**Método.** Estudio descriptivo de tipo metodológico con la participación de 84 enfermeros(as), realizado en 4 etapas: 1) revisión teórica sobre los modelos de enfermería en la práctica de salud cardiovascular. 2) Descripción y validación con los participantes de los conceptos meta paradigmáticos para la enfermería de la institución. 3) Definición, y priorización de los supuestos teóricos del modelo 4) Consolidación, socialización y evaluación del modelo con pares académicos y asistenciales.

**Resultados.** El Modelo de enfermería descrito responde a las expectativas de calidad en la institución, a las buenas prácticas reportadas en la literatura; identifica el receptor, el dador, el contexto y la meta de cuidado, al igual que la forma como estos interactúan en el logro del bienestar del paciente y su familiar. La evaluación mostró coherencia interna del modelo y el cumplimiento de criterios internacionalmente establecidos.

**Conclusión.** El modelo "Enfermería, el Corazón del cuidado en la Clínica Shaio", desarrollado de manera sistemática y participativa, logró consolidarse como una guía que permite orientar la definición y evaluación de metas del cuidado, ayuda a fortalecer la autonomía de enfermería y su aporte interprofesional con el cuidado de los pacientes y sus familiares en una institución de vanguardia en la atención de la salud cardiovascular.

**Palabras clave.** Enfermería, Investigación Metodológica en Enfermería, Modelos de Enfermería, Teoría de Enfermería, Servicio de Enfermería en Hospital, Enfermería Cardiovascular.

## ABSTRACT

**Introduction.** Professional nursing practice models are useful for the qualification of nursing care in health institutions.

**Objective.** The aim of these research is to describe the construction of a nursing practice model at the Fundación Clínica Shaio, Bogota, Colombia, 2018.

**Method.** Descriptive study of methodological type with the participation of 84 nurses, carried out in 4 stages: 1) theoretical review of nursing models in cardiovascular health practice. 2) Description and validation with participants of the meta-paradigm concepts for nursing in the institution 3) Definition, and prioritization of the theoretical assumptions of the model 4) Consolidation, socialization and evaluation of the model with academic and assistance peers.

**Results.** The nursing model described responds to the expectations of quality in the institution, to the good practices reported in the literature; it identifies the recipient, giver, context and the goal of care, as well as how they interact in achieving the well-being of the patients and their family members. The evaluation showed internal model coherence and compliance with internationally established criteria.

**Conclusions.** The "Nursing, heart of care at the Clínica Shaio" model, was developed in a systematic and participatory manner. This model allows to guide nurses for the definition and evaluation of care goals; therefore, it helps strengthen nursing autonomy and their interprofessional contribution to the care of patients and their families in a leading institution in cardiovascular health care.

**Key words.** Nursing, Nursing Methodology Research, Nursing Models, Nursing Theory, Nursing Service Hospital, Cardiovascular Nursing.

## Dirección para correspondencia:

Patricia Granados Moreno

Calle 81-115-25 Int 19 Apto 402. Colombia. Teléfono: (57) 1 2715562

E-mail: patricia.granados@shaio.org

## INTRODUCCIÓN

Desde el punto de vista ontológico, el cuidado permite tener un lugar en el mundo y genera una identidad a quien es cuidador<sup>1</sup>. Cuidar es un compromiso que va más allá de las actividades que se realicen, es una decisión ética de entregarse al otro buscando su desarrollo como ser humano<sup>2,3</sup>. Para enfermería, el cuidado ha sido la noción central, dominante y unificadora de su conocimiento disciplinar y profesional<sup>4</sup>. Es así como enfermería ha declarado su eje paradigmático está en cuidar la experiencia de la salud de las personas, allí donde ellas se encuentran<sup>5</sup>.

A partir del paradigma enfermero han surgido y se han identificado diversos modelos y teorías que retoman los cuatro conceptos centrales que lo conforman: persona, enfermería, salud y contexto, y que los entrelazan e interpretan de acuerdo con diversos abordajes filosóficos<sup>6</sup>. Sin embargo, los modelos de enfermería solo son relevantes cuando se pueden llevar a la práctica, como una estrategia de mejorar el conocimiento disciplinar con efectos que repercutan en términos de calidad, autonomía y visibilidad del cuidado de enfermería<sup>7,8</sup>. Un modelo de enfermería aplicado a la práctica es una demostración de su capacidad de transformarla de manera positiva<sup>9</sup>. Es así como el empleo de modelos y teorías de enfermería se convirtieron en un paso de la actividad delegada a la autónoma y un fortalecimiento del conocimiento disciplinar de enfermería<sup>10-12</sup>.

En tal sentido, y atendiendo el llamado institucional de ser cada vez mejores en la atención a personas en el campo de la salud cardiovascular de alta complejidad, como se inicia un trabajo en alianza docencia-asistencia que buscó la identificación y descripción del modelo de cuidado que orienta la práctica de enfermería en la Fundación Clínica Shaio en Bogotá, Colombia, 2018.

## METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de tipo metodológico realizado en el marco de la alianza docencia-asistencia entre la Fundación Clínica Shaio-Departamento de Enfermería y la Universidad de La Sabana-Facultad de Enfermería y Rehabilitación, en 2018. El estudio hace parte de la investigación Validación de una estrategia para mejorar la práctica institucional de enfermería en alianza docencia asistencia, y contó con el aval institucional, previa revisión de sus componentes éticos y ambientales.

A partir del análisis de situaciones especiales de cuidado de enfermería y teniendo en cuenta la misión y visión institucionales, se identificó la necesidad de construir un modelo de práctica profesional de enfermería que se llevó a cabo en 4 etapas:

1) Revisión teórica sobre los modelos de enfermería en la práctica de salud cardiovascular para analizar la mejor evidencia disponible al respecto. Para ello y con el apoyo del metabuscador Eureka, se adelantó una búsqueda de literatura que respondió a la pregunta ¿Cuáles son los

modelos conceptuales y teorías de enfermería que se emplean en el ámbito de la práctica cardiovascular?. Se incluyeron 32 bases de datos, aceptando publicaciones arbitradas, con una ventana de observación de los últimos cuatro años, sin límites idiomáticos ni geográficos. Los descriptores empleados fueron: teoría de enfermería y enfermería cardiovascular, bajo la siguiente fórmula de búsqueda que fue incluida en inglés: [(Modelo de Enfermería OR Teoría de Enfermería) AND (Enfermería Cardiovascular)].

2) Descripción y validación con los participantes de los conceptos meta paradigmáticos para la enfermería de la institución. En esta fase participaron 84 profesionales de enfermería de la Clínica, quienes desarrollaron una guía elaborada por la Facultad, para orientar esta reflexión teórica en las instituciones asistenciales. Una vez identificados los cuatro conceptos metaparadigmáticos individualmente por los participantes, estos se revisaron y articularon para sacar una versión integrada de los mismos. La versión final fue validada mediante presentación grupal a la totalidad de los participantes, solicitándoles revisar si sus aportes estaban incluidos y si se identificaban con la versión final.

3) Definición, y priorización de los supuestos teóricos del modelo. A partir de los conceptos metaparadigmáticos establecidos, los participantes, agrupados por servicios y siguiendo una guía específica, propusieron cómo articular dichos conceptos para lograr la práctica esperada. Reuniendo la totalidad de las propuestas, se desarrolló un listado final de supuestos y se socializó con el grupo para realizar un proceso similar al de los conceptos. Una vez validados por los participantes se incorporaron todos los supuestos en una matriz de priorización en la cual se empleó la Técnica IgO<sup>13</sup> que permitió calificar el nivel de importancia y el de gobernabilidad desde y para la enfermería.

4) Consolidación, socialización y evaluación del modelo con pares académicos y asistenciales. Finalmente, a partir de los conceptos definidos y los supuestos priorizados por el grupo, se consolidó el modelo de enfermería dándole un nombre y buscando un eslogan que en conjunto reflejen la identidad compartida y los propósitos comunes para la práctica de enfermería en la institución y facilitaran su socialización y apropiación. Este producto se sometió a pares externos en un seminario internacional y se revisó bajo criterios establecidos para este tipo de desarrollo teórico como se documenta más adelante.

## RESULTADOS

La revisión teórica arrojó 36 artículos cuyo contenido puede agruparse en tres grandes áreas: Estudios que hacen énfasis en los pacientes o su experiencia; estudios que hacen énfasis en la competencia o contexto de la enfermería, y estudios con énfasis en lineamientos teóricos o conceptuales para comprender mejor los fenómenos de interés.

En cuanto a los pacientes y su experiencia, se encontró reporte de modelos aplicados con pacientes hipertensos atendidos en hogares especializados<sup>14</sup>, en quienes son apoyados para el cuidado con apoyo de tecnologías de información y comunicación<sup>15</sup>, personas asistidas en el control de alteraciones o manejo del sueño y sus efectos<sup>16,17</sup>, en el cuidado de su experiencia relacionada con la sexualidad a partir de su condición cardiovascular<sup>18,19</sup>, en su condición de género<sup>20</sup>, en el fomento del autocuidado y soporte social a partir de un plan de egreso<sup>21</sup>, en la disminución del riesgo de disfunción cardíaca con seguimiento y educación para evitar complicaciones<sup>22</sup>, en el fomento de la actividad física<sup>23</sup>, en el logro de mayor conciencia de la condición a partir de la educación<sup>24</sup>, mayor adherencia al tratamiento y comportamientos saludables<sup>25</sup>, el efecto de la rehabilitación individualizada en el estado de salud<sup>26</sup> y el efecto de los programas comunitarios para evitar morbilidad cardiovascular<sup>27</sup>.

Con relación al personal de enfermería, se encontraron reportes relacionados con la disponibilidad y competencia del recurso y la readmisión de pacientes que ingresaron por falla cardíaca<sup>28,29</sup>; la relación entre el sitio de trabajo, la demanda de actividad física y la salud cardiovascular del personal de enfermería<sup>30</sup>; la relación entre el entrenamiento de enfermería y el cuidado de pacientes cardiovasculares con alteración de la salud mental<sup>31-33</sup>; la relación entre la valoración sistemática y el descubrimiento del riesgo cardiovascular familiar<sup>34</sup>; el significado que se le da a la educación permanente a pacientes asistidos en un centro cardiovascular por parte de enfermería<sup>35</sup>, educación a pacientes y sus cuidadores familiares<sup>36</sup>, el empleo de hojas de ruta de riesgo cardiovascular<sup>37</sup>, la participación de los pacientes como fuente de estrés en el trabajo en el campo de la salud<sup>38</sup>, el empleo del Modelo de Adaptación de Callista Roy para realizar el baño en cama<sup>39</sup> y las variables relacionadas con la comunicación del pronóstico<sup>40</sup>.

En el tercer grupo, se evidenció el apoyo de los modelos para establecer las relaciones entre condicionantes psicológicos y situaciones de salud cardiovascular<sup>41</sup>, el efecto de los factores de riesgo cardiovascular en la mortalidad de personas con demencia<sup>42</sup>, la variación del idioma y la comprensión de la calidad de vida cuando se tiene enfermedad coronaria<sup>43</sup>, y cuando se tiene un cardio desfibrilador implantable<sup>44</sup>, la forma en que durante el cambio de turno se hace el reporte de medicamentos<sup>45</sup>, la perspectiva enfermera sobre programas de promoción de salud cardiovascular<sup>46</sup>, el fortalecimiento de dicha prevención mediante su sistematización<sup>47</sup>, el efecto de los factores de riesgo cardiovascular en la mortalidad de personas con demencia<sup>48</sup> y el reporte de una práctica de enfermería cardiovascular con los más altos estándares de cuidado<sup>49</sup>.

Sin embargo, la literatura analizada no reportó el empleo de modelos de enfermería para orientar la práctica de enfermería a nivel de una institución cardiovascular. Puesto que la enfermería de la Fundación Clínica Shaio, que se encuentra comprometida con la calidad y que

busca alinear el plan de cuidado de enfermería con el plan de atención médica a favor del paciente, esta orientación es indispensable.

En la segunda fase, con respecto a los conceptos metaparadigmáticos la mayor parte de las enfermeras(os) identificaron como características básicas del buen cuidado el trato humanizado, con conocimiento, vocación, dedicación, liderazgo y compromiso. Los participantes sugieren a partir de las reflexiones que es necesario para fomentar el fortalecimiento del cuidado tener educación continua, revisar la carga laboral, optimizar el colegaje, el trabajo en equipo, la comunicación, la remuneración y contar con el apoyo requerido.

Para enfermería en la Fundación Clínica Shaio el sujeto de cuidado es un paciente, niño o adulto, visto integralmente, quien asiste a los servicios ambulatorios u hospitalarios de la Fundación Clínica Shaio, para ser atendido por una enfermedad o una condición de vulnerabilidad frente a su salud. Este paciente, llamado por algunos usuarios o cliente externo, por lo general se encuentra apoyado por un familiar o acompañante a quien también se cuida. Los sujetos de cuidado presentan diversos tipos de patologías, con frecuencia cardiovasculares y crónicas, con frecuencia tienen afectada su estabilidad bio, psico, social y cultural. Algunos requieren procedimientos ambulatorios, especializados o quirúrgicos que exige darles un cuidado altamente especializado. Los funcionarios de la clínica, el entorno y la comunidad a la cual pertenecen los pacientes, también se consideran sujetos de cuidado.

El contexto del cuidado incluye al mismo paciente, sus necesidades, su familia y sus redes de apoyo. El paciente, de una manera integral con su historia, su edad, con su condición fisio patológica, emocional, socio familiar y su compromiso con el tratamiento. La institución, con su personal capacitado, sus procesos sistematizados, sus guías y protocolos que permiten responder con competencia al cuidado de la salud en situaciones patológicas diversas, en medio de alta tecnología. La infraestructura refleja la alta complejidad que se maneja para garantizar atención adecuada, buscar bienestar y responder a necesidades del paciente con criterios de seguridad y humanización (es cómodo, amable, acogedor, seguro, limpio, respetuoso, atento a la privacidad, cálido y confiable). El contexto del cuidado cambia de acuerdo con las necesidades del paciente y se caracteriza por ser bien dotado, atender aspectos socio políticos y normativos.

En la Fundación Clínica Shaio enfermería busca que a través del cuidado se logre el máximo de bienestar durante la estadía del paciente, para lo cual es necesario que él o ella sientan que sus necesidades están resueltas de la mejor manera, que ellos son partícipes de su cuidado, que están seguros, bien atendidos, que su intimidad es respetada y que se da solución a sus requerimientos para prevenir la enfermedad y fomentar o recuperar su salud. Se busca que el paciente mejore su autonomía con el apoyo de su núcleo familiar, con suficiente infor-

mación, acompañamiento y educación para afrontar la situación, aprender de ella, e incluso motivarse a mejorar sus propios hábitos de vida.

Con el cuidado se pretende contribuir de manera decidida para que el paciente mejore su calidad de vida y se busca que, junto con su familia, perciban oportunidad, idoneidad, calidez y calidad en la atención.

Enfermería espera protegerlo de daños o eventos adversos, contribuir con su tratamiento, ayudarlo para aliviar sus signos y síntomas y para que pueda estabilizar su condición clínica y rehabilitarse hasta lograr recuperar la condición integral de salud para reintegrarse a la sociedad en las mejores condiciones posibles o lograr confort cuando la recuperación no se pueda alcanzar. Cuando se logra hacer de la Clínica Shaio un segundo hogar, a pesar de la situación, las personas atendidas se llevan un grato recuerdo, se sienten satisfechos con la atención, expresan gratitud y reconocimiento por el personal, el servicio y la institución.

En tal sentido, enfermería en la Fundación Clínica Shaio cuida entendiendo que el paciente y sus familiares son holísticos y trascendentes, que requieren una atención integral en el cual se protejan sus derechos y su dignidad como personas únicas. Se les cuida acompañándolos en los diferentes procesos de salud, recuperación o muerte. Se cuida en medio de un equipo del cual el paciente, su familia, enfermería y demás personal de salud y la misma institución hacen parte. A este equipo se le reportan cambios, se le acompaña, se le ayuda, se le mantiene informado y se le acompaña en el afrontamiento de la situación de salud que se vive. Enfermería cuida para generar un cambio que promueva la salud, el bienestar y la recuperación. Su cuidado es terapéutico, favorece el mejoramiento e implica realizar procedimientos instrumentales y dar apoyo emocional. El cuidado se da con un enfoque humanizado, sin imposiciones, con conocimiento, basado en la evidencia disponible, sumando experiencia y manteniendo una actitud vigilante y reflexiva. La enfermera que cuida tiene responsabilidad y calidez y garantiza calidad y seguridad, adhiriéndose a pautas estandarizadas o protocolos y con sentido de pertenencia institucional. La herramienta que guía el cuidado es el Proceso de enfermería que valora, diagnóstica, planea, implementa y evalúa cada una de las necesidades del paciente y su familia mediante un plan de cuidado que debe tener seguimiento. El cuidado es el eje de la actuación de enfermería para proteger la salud y la vida. Este cuidado puede ser directo o indirecto, pero no es delegable. Atiende las necesidades propias de cada persona y en especial aquellas que se presentan por su condición de vulnerabilidad en donde además de revisar que estén satisfechas las necesidades básicas, se debe garantizar protección y buscar el mayor bienestar y comodidad posibles. El cuidado es intencional, busca educar, facilitar, asesorar, guiar y abogar para fortalecer la autonomía del otro, su capacidad de autocuidado. Este cuidado promueve la salud y previene lesiones y complicaciones, favorece la recuperación y ayuda a que las capacidades de cada persona se expresen en me-

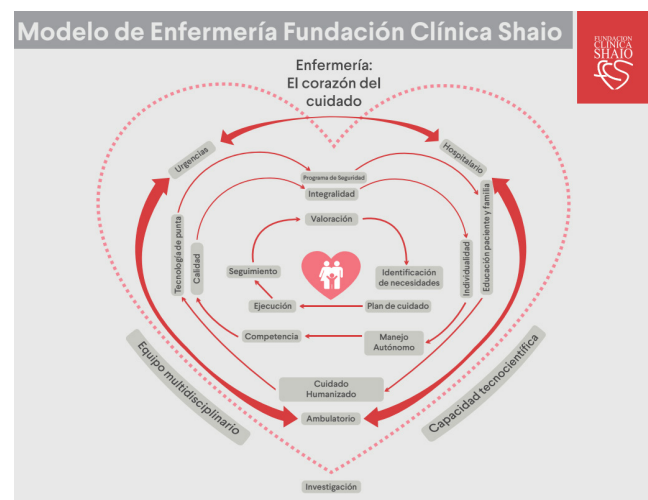
dio de un proceso de empoderamiento sobre su propia condición. Para ello, la enfermera coordina, soluciona, lidera, busca mejorar la atención y de esta forma crece personal y profesionalmente. La validación con el grupo ratificó los hallazgos.

Con respecto a los supuestos teóricos del modelo y su priorización, se identificaron 43 supuestos que en un entre sí los conceptos metaparadigmáticos de enfermería para la práctica deseada en la Clínica y que pudieron ser organizados dada su importancia y gobernabilidad desde y para enfermería (ver tabla 1).

Con respecto a la consolidación y socialización del modelo, se identificó que, para la Clínica Shaio, la enfermería es el corazón del cuidado. Para dar el cuidado esperado, es preciso conocer, planear y ofrecer una atención de calidad como eje para apoyar la recuperación y el mantenimiento de la salud, con las mejores condiciones posibles de bienestar. El cuidado debe ser Integral, individualizado, competente, de calidad y responder a las necesidades del paciente. Para comunicar la esencia del modelo se empleó un diagrama que lo representa (ver figura 1).

El modelo fue presentado en un seminario internacional entre pares académicos y asistenciales de quienes recibió reconocimiento por su claridad y pertinencia. Su evaluación se realizó bajo criterios de Kim y Parker<sup>50</sup> a través de los cuales se identificó que este es un modelo funcional, humanista, de práctica, integral, representativo, y útil para el propósito de contar con una enfermería de calidad. Su desarrollo teórico respeta los parámetros internacionales vigentes<sup>51</sup>.

**Figura 1.** Ilustración del Modelo de Enfermería de la Fundación Clínica Shaio: Enfermería el Corazón del Cuidado. Fuente: Departamento de Enfermería, Fundación Clínica Shaio, 2018.



**Tabla 1.** Resultados de la priorización de supuestos para el modelo de enfermería de la fundación Clínica Shaio según importancia y gobernabilidad

#	PROMEDIO	ITEM	SUPUESTO
1	4,944	30	La enfermera de FCS ve al sujeto de cuidado (paciente y familia), como el punto central del plan de cuidado de enfermería.
2	4,861	1	En la FCS un plan de cuidado de enfermería que mire integralmente al paciente y a su familia exige una adecuada valoración, identificación de problemas, priorización de metas de cuidado, intervención y evaluación del nivel de bienestar.
3	4,819	38	Las enfermeras de la FCS dirigen a través de un plan de cuidado las actividades necesarias para apoyar la recuperación o mantenimiento de la salud, teniendo en cuenta la individualización del cuidado.
4	4,792	32	Las enfermeras de la FCS deben cuidar al paciente y familia teniendo en cuenta las guías, y protocolos de buenas prácticas de enfermería, y la capacitación y actualización continua para direccionar los procedimientos y actividades que se realizan al paciente.
5	4,736	2	El manejo autónomo del cuidado de enfermería en la FCS exige conocimiento y entrenamiento hasta que se cuente con la experiencia requerida para poder garantizar dar un cuidado con calidad y calidez al paciente y su familia.
6	4,736	27	Para lograr el cuidado humanizado de enfermería en la FCS se deben involucrar valores, compromisos, conocimientos y estrategias que permitan facilitar el afrontamiento de la enfermedad, el manejo del tratamiento y en lo posible, mejorar el pronóstico.
7	4,667	17	La enfermera como parte de su ejercicio debe tener en cuenta prácticas ambientales seguras y de protección que incluyen el seguimiento de guías y protocolos, la conservación de recursos renovables y el acatamiento de normas de bioseguridad y el manejo adecuado de desechos.
8	4,653	29	La enfermera de la FCS es la protagonista del cuidado primordial para la recuperación físico y mental del paciente, involucra a la familia convirtiéndose en un eslabón orientador que brinda bases primordiales para atender el problema de salud.
9	4,653	31	Cuidar bien en la FCS exige que la seguridad y calidad del servicio estén presentes en la inducción, reinducción y actividades de cuidado.
10	4,639	5	Para dar un buen cuidado la enfermera de la FCS debe integrarse al equipo de salud y atender las normas y pautas institucionales.
11	4,639	41	En la FCS los sujetos de cuidado cardiovascular cuentan con el cuidado de las enfermeras que dirigen programas de rehabilitación.
12	4,583	36	En la FCS la enfermera busca identificar las necesidades del sujeto de cuidado y la familia realizando seguimiento continuo a los diferentes medios diagnósticos y reportes, así como datos subjetivos y objetivos del paciente, lo que sirve de base a un adecuado plan de cuidado.
13	4,556	35	Para realizar un plan de cuidado de enfermería, las enfermeras de la FCS deben relacionar la patología de base con sus metas y tener en cuenta a la familia de manera que puedan garantizar el bienestar e integridad del paciente y apoyar la recuperación de su salud.
14	4,556	43	La enfermera de la FCS en su plan de cuidado se anticipa, ayuda y apoya al paciente y su familiar, frente a las necesidades de aliviar, sanar o mejorar la salud y así logra la meta del cuidado.
15	4,486	4	En la FCS la enfermera a través de una atención humanizada respaldada con evidencia científica garantiza un cuidado adecuado a las necesidades del paciente.
16	4,486	42	Para satisfacer las necesidades del sujeto de cuidado (paciente y familia), como objetivo prioritario del plan de cuidado de las enfermeras de la FCS, se aplican estrategias que ayuden a brindar una respuesta a cada situación presentada o manifestada en el quehacer diario.
17	4,458	28	La enfermera de la FCS centra la atención en el autocuidado, enseñando y educando de acuerdo con las necesidades básicas del paciente y su patología, con el fin de mejorar su estado de salud.
18	4,389	34	Enfermería de la FCS brinda al sujeto de cuidado una atención individualizada, eficiente y eficaz, con un planteamiento organizado que busca alcanzar un objetivo previamente establecido.
19	4,361	40	El sujeto de cuidado (paciente y familia), recibe educación constantemente en la FCS para motivarlos a mejorar los hábitos de vida.
20	4,333	9	Un cuidado de enfermería que garantice los criterios de humanización y calidad necesita de un ambiente adecuado para responder a sus propias necesidades y atender las del paciente y la familia.
21	4,319	6	Para poder cuidar de manera adecuada al paciente y su familia, la enfermera de la FCS debe estar atenta a su propio cuidado.
22	4,236	37	Al ver el sujeto de cuidado como un ser vulnerable, la enfermera de la FCS facilita el empoderamiento del paciente frente al manejo de su salud, el autocuidado, el seguimiento y la modificación de hábitos de vida.
23	4,222	20	Para manejar y mantener un ambiente seguro de cuidado se requiere capacitación continua, entrenamiento y motivación al personal de enfermería.



24	4,208	33	La enfermería de la FCS da cuidado humano y de calidad al paciente y la familia atendiendo sus necesidades como seres holísticos y teniendo en cuenta al grupo interdisciplinario en la prestación de sus servicios.
25	4,139	8	Un ambiente saludable debe tener el personal adecuado y capacitado y los recursos necesarios para realizar los procedimientos requeridos y velar por el tratamiento, la rehabilitación y el acompañamiento que los pacientes y sus familias requieren.
26	4,139	12	Un ambiente amigable se asocia con un cuidado humanizado, respeta la privacidad, facilita la distracción, acepta la diversidad cultural y religiosa, maximiza las capacidades y mejora la calidad de vida de las personas atendidas por enfermería.
27	4,125	3	En la FCS, la enfermera presta un servicio fundamental para el bienestar, comodidad y rehabilitación del paciente teniendo en cuenta a su familia.
28	4,125	13	Para mejorar la seguridad y el bienestar de las personas atendidas por enfermería respondiendo a sus necesidades de información y apoyo presentes y futuras, es preciso que se tenga en cuenta que su contexto de su cuidado es cambiante.
29	4,097	19	Fortalecer el ejercicio interdisciplinario de la enfermera es indispensable para un cuidado adecuado del paciente y su familia.
30	4,028	15	El manejo adecuado de los recursos renovables y normas de bioseguridad por parte de enfermería, mejoran la armonía con el medio ambiente y contribuyen al logro de las metas del paciente, su familia, los profesionales y la institución.
31	4,000	24	El cuidado de enfermería de los pacientes y sus familias en la FCS se ve favorecido por la implementación de políticas de seguridad para disminuir los eventos adversos e incidentes asociados con la infraestructura y mobiliario.
32	3,972	25	La generación de una cultura institucional de seguridad que incluya a enfermería, al personal administrativo y al asistencial, hace que el cuidado logre cumplir mejores estándares de calidad.
33	3,944	7	En la FCS un ambiente de cuidado garantiza el bienestar y la comodidad del paciente y su familia, los mantiene informados, les reduce los riesgos y el estrés y atiende sus necesidades cambiantes para mejorar su calidad de vida.
34	3,875	16	El ambiente adecuado con condiciones de carga laboral, luz, humedad, temperatura, tecnología y bienestar para el personal, facilita la labor a la enfermera.
35	3,861	18	Un ambiente propicio para el cuidado atiende de manera simultánea las necesidades del paciente, las de la familia y las del personal de enfermería.
36	3,847	39	Para las enfermeras de la FCS es esencial que cada paciente logre alcanzar la recuperación adecuada brindándoles toda la tecnología de punta que requiere.
37	3,750	14	Para garantizar un cuidado de calidad que responda al bienestar y ofrezca confort al paciente y la familia por parte de enfermería, es necesario contar las instalaciones, los espacios, la tecnología, las normas, los protocolos, los insumos, las condiciones laborales y la capacitación y actualización requeridas, de manera permanente.
38	3,708	21	La enfermera de la FCS debe cuidar al paciente y a su familia facilitando la comunicación entre el equipo interdisciplinario en un entorno que le brinde confianza, bienestar y ante todo tranquilidad durante la estancia para la pronta recuperación.
39	3,653	10	Un ambiente seguro y tranquilo contribuye a la recuperación de la salud y mejora la calidad de vida de los pacientes y familias atendidas por enfermería.
40	3,611	26	La seguridad del cuidado en la FCS se ve favorecida por el uso de herramientas que facilitan la movilización, esparcimiento y seguridad del paciente.
41	3,514	22	En la FCS, el cuidado se debe garantizar desde la infraestructura de las instalaciones hospitalarias para lograr una estancia cómoda, confortable, que guarde la intimidad y seguridad del paciente y su familia con espacios limpios y estéticos y que respondan a la seguridad del cuidado.
42	3,264	11	Las condiciones externas determinan la atención de enfermería para procurar el bienestar del paciente y su familia, promover su salud, prevenir la enfermedad y evitar complicaciones.
43	3,236	23	El sujeto de cuidado en la FCS debe ser atendido proporcionándole los medios tecnológicos y la tecnología de punta que permitan agilizar los procesos y contribuir a la calidad de la atención.

Fuente: Elaboración propia con base en resultados del estudio, 2018.

## DISCUSIÓN

El presente desarrollo es una contribución al conocimiento enfermero que no se encontró reportado en la búsqueda anteriormente documentada.

Su aplicación fue en la totalidad de la institución hospitalaria para todos los sujetos atendidos, a diferencia de las reportadas anteriormente<sup>52-65</sup>.

De igual forma este modelo incluye a la totalidad del personal de enfermería, lo cual tampoco parece evidenciarse en los reportes encontrados<sup>66-76</sup>, aunque es preciso resaltar que el personal identifica la educación y el apoyo como algo requerido y que busca de manera explícita evitar la carga.

En el presente trabajo se evidencia la integralidad como logra verse en algunos estudios reportados y que incluyen la condición de salud mental, la cultura<sup>77-79</sup>.

Este modelo que se presenta no tiene indicadores desarrollados para poder compararse con aquellos que muestran el efecto de la sistematización<sup>80</sup> y la mortalidad<sup>81</sup> pero si refleja como otros una práctica de enfermería cardiovascular con los más altos estándares de cuidado<sup>82</sup>.

Su abordaje bajo parámetros generados en alianza docencia-asistencia sigue políticas vigentes a nivel internacional<sup>83</sup> y presenta un desarrollo similar a modelos de práctica y modelos funcionales reportados en el ámbito nacional<sup>84-86</sup>.

## CONCLUSIONES

El modelo “Enfermería el Corazón del cuidado en la Clínica Shaio”, es un modelo de práctica que permitirá orientar la definición y evaluación de metas del cuidado, ayuda a fortalecer la autonomía de enfermería y su aporte interprofesional como parte de una institución de vanguardia en la atención de la salud cardiovascular.

La metodología de guías de aplicación práctica y participación colectiva del talento humano de enfermería le da una fortaleza a la construcción lograda.

Si bien tener un modelo de práctica de enfermería es un paso muy importante en la cualificación del cuidado, es necesario reconocer que será preciso generar indicadores centrados en la experiencia del usuario lo que permita que este modelo sea útil para poder cuidar y evaluar dicha experiencia dentro de la institución.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mayeroff M. *On Caring*. Harper Perennial. 1st. ed. New York: Harper Collins Publishers; 1990.
2. Alvarado GA. La ética del cuidado. *Aquichan* [Serial en Internet]. 2004 Mar [citado 2016 Feb 20]; 4(1): 30-39. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972004000100005&lng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972004000100005&lng=pt).
3. García ML. La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. *Acta bioeth*. [Internet]. 2015 Nov [citado 2016 Feb 20]; 21(2): 311-317. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2015000200017&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2015000200017&lng=es).
4. Leininger M. *Teoría de los cuidados culturales*. En: Tomey AM. *Modelos y teorías en enfermería*. Edición sexta. Madrid: Elsevier Mosby; 1994.
5. Ariza OC. Desarrollo epistemológico de enfermería. *Enferm. univ* [Internet]. 2011 Jun [citado 2018 Jun 28]; 8(2): 18-24. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632011000200004&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000200004&lng=es).
6. Kuerten RP, Lenise DPM. Modelo de Cuidado: ¿Qué es y cómo elaborarlo? *Index Enferm* [Internet]. 2008 Jun [citado 2018 Ago 28]; 17(2): 128-132. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000200011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200011&lng=es).
7. Moreno ME. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. *Aquichán* [Internet]. 2005 Oct [citado 2018 Jun 28]; 5(1): 44-55. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972005000100005&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100005&lng=en).
8. Carvajal HE, Sánchez CB. Los modelos de enfermería aplicados en la práctica clínica: revisión integrativa. *Archivos de Medicina*. [Internet]. 2018 Jun [citado 2018 Ago 29]; 18(1): 82-93. Disponible en: <https://doi.org/10.30554/archmed.18.1.1701.2018>
9. Moreno ME, Muñoz L. *De La Teoría de Enfermería a la Práctica*. 1ra. ed. Bogotá, Colombia: Universidad de La Sabana; 2016.
10. Luengo MC, Paravic KT. Autonomía Profesional: factor clave para el ejercicio de la Enfermería Basada en la Evidencia. *Index Enferm* [Internet]. 2016 Jun [citado 2018 Ago 05]; 25(1-2): 42-46. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962016000100010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100010&lng=es).
11. Melo CMM, Florentino TC, Mascarenhas NB, Macedo KS, Silva MC, Mascarenhas SN. Autonomia profissional da enfermeira: algumas reflexões. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2016 [cited 2018 Aug 05]; 20(4): e20160085. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000400601&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000400601&lng=en). Epub Aug 25, 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160085>.
12. Luengo MC, Paravic KT, Burgos MM. Profesionalismo en enfermería: una revisión de la literatura. *Enfermería Universitaria*. [Internet]. 2017 feb [citado 2018 Ago 06]; 14(2): 131-142. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n2/2395-8421-eu-14-02-00131.pdf>
13. Mojica, F. J. *Dos Modelos de la Escuela Voluntarista de Prospectiva Estratégica*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia. 2008. Disponible en: [Http://Franciscomojica.Com/Index.Htm](http://Franciscomojica.Com/Index.Htm)
14. Welsh T, Gladman, J, Gordon, Adam L. The Treatment of Hypertension in Care Home Residents: A Systematic Review of Observational Studies. *JAMDA*. 2014; 8-16.
15. Cicolini G, Simonetti, V, Comparcini, D, Celiberti, I; Di Nicola M, Capasso, LM, Flacco ME, Bucci M, Mezzetti A, Manzoli L. Efficacy of a nurse-led email reminder program for cardiovascular prevention risk reduction in hypertensive patients: A randomized controlled trial. *IJNS*. 2014; 51(6): 833-843.
16. Matukaitis J, Eckman T, Baxter K, Bradley E, Hawrylack H, Johnson S, Mooney R, Papanicolas D, Briggs P. Sleepless in stepdown. *Nursing*. 2014; 44(7): 15-18.

17. Chang YL, Chiou AF, Cheng, Lin SM, Kuan C. Tailored educational supportive care programme on sleep quality and psychological distress in patients with heart failure: A randomised controlled trial. *IJNS*. 2016; 61: 219-229.
18. Mosack V, Hill TJ, Steinke EE. Sexual concerns of cardiac patients: Predictors and the influence of specific sexual activities. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2015; 14 (1): 45-52.
19. López MIM, Gil GE, Sánchez CV, Pancorbo PL. Patients' Experiences of Sexual Activity Following Myocardial Ischemia. *Clinical Nursing Research*. 2016; 25(1): 45-66.
20. Dahlviken M, Fridlund RNT; Mathisen L. Women's experiences of Takotsubo cardiomyopathy in a short-term perspective - a qualitative content analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2015; 29(2): 258-267.
21. Cossette S, Frasure SN, Vadeboncoeur A, McCusker J, Guertin MC. The impact of an emergency department nursing intervention on continuity of care, self-care capacities and psychological symptoms: Secondary outcomes of a randomized controlled trial. *IJNS*. 2015; 52(3): 666-676.
22. Maru S, Byrnes J, Carrington MJ, Chan YK, Stewart S, Scuffham PA. Economic evaluation of a nurse-led home and clinic-based secondary prevention programme to prevent progressive cardiac dysfunction in high-risk individuals: The Nurse-led Intervention for Less Chronic Heart Failure (NIL-CHF) randomized controlled study. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2018 Jun; 17(5): 439-445. PMID: 29166769.
23. Koehne K. A New Threat to the Nursing Workforce: Take a Stand!. *Creative Nursing*. 2015; 21(4): 234-241.
24. Reeder M. Cardiovascular Disease in African-American Women: An Assessment of Awareness. *ABNF Journal*. 2017; 28(3): 76-80.
25. Resnick B, Michael K, Griffith K, Klindedinst J, Galik E. The Impact of PRAISEDD on Adherence and Initiation of Heart Health Behaviors in Senior Housing. *Public Health Nursing*. 2014; 31(4): 309-316.
26. Larsen P, Pedersen PU. The effectiveness of individual rehabilitation on health status in patients with heart failure: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Pra*. 2016; 22(1): 15-21.
27. Yang SO, Kim SJ, Lee SH. Effects of a South Korean Community-Based Cardiovascular Disease Prevention Program for Low-Income Elderly with Hypertension. *Journal of Community Health Nursing*. 2016; 33(3): 154-167.
28. Giuliano KK, Danesh, V, Funk M. The Relationship Between Nurse Staffing and 30-Day Readmission for Adults with Heart Failure. *Journal of Nursing Administration*. 2016; 46: 25-29.
29. Hobbs JK. Reducing Hospital Readmission Rates in Patients with Heart Failure. *CNE SERIES. MEDSURG Nursing*. 2016; 25(3): 145-152.
30. Reed JL, Prince SA, Pipe AL, Attallah S, Adamo KB, Tulloch HE, Manuel D, Mullen K, Fodor G, Reid RD. Influence of the workplace on physical activity and cardiometabolic health: Results of the multi-center cross-sectional Champlain Nurses' study. *International Journal of Nursing Studies*. 2018; 81: 49-60.
31. Hardy S, Huber J. Training for practice nurses: Reducing the risk of cardiovascular disease and diabetes in people with mental illness. *Journal of Diabetes Nursing*. 2014; 18(7): 266-268.
32. Hardy S, Hinks P, Gray R. Does training practice nurses to carry out physical health checks for people with severe mental illness increase the level of screening for cardiovascular risk? *International Journal of Social Psychiatry*. 2014; 60(3): 236-242.
33. Happell B, Platania PC. Cardiovascular Health Promotion and Consumers with Mental Illness in Australia. *Issues in Mental Health Nursing*. 2015; 36(4): 286-293.
34. Kashani M, Eliasson A, Vernalis M, Bailey K, Terhaar M. A Systematic Approach Incorporating Family History Improves Identification of Cardiovascular Disease Risk. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2015; 30(4): 292-297.
35. Koerich C, Erdmann AL. Meanings attributed by nursing staff about permanent education in cardiovascular institution. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2016; 17(1): 93-102.
36. Srisuk N, Cameron J, Ski CF, Thompson DR. Randomized controlled trial of family-based education for patients with heart failure and their carers. *Journal of Advanced Nursing*. 2017; 73(4): 857-870
37. Wells S, Rafter N, Eggleton K, Turner C, Ying H, Bullen C. Using run charts for cardiovascular disease risk assessments in general practice. *Journal of Primary Health Care*. 2016; 8(2): 172-178.
38. Arnetz JE, Zhdanova L, Arnetz BB. Patient Involvement: A New Source of Stress in Health Care Work?. *Health Communication*. 2016; 31(12): 566-1572.
39. Flórez JM, González RV, Guerra KA. In: Modelo de adaptación de Roy en el baño en cama Avances en Enfermería. 2016; 34(3): 215-225.
40. van der Wal MHL, Hjelmfors L, Mårtensson J, Friedrichsen M, Strömberg A, Jaarsma T. Variables Related to Communication About Prognosis Between Nurses and Patients at Heart Failure Clinics in Sweden and the Netherlands. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2018; 33(2): E1-E6.
41. Chapa DW, Akintade B, Heesook S, Woltz P, Hunt D, Friedmann E, Hartung MK, Thomas SA. Pathophysiological Relationships Between Heart Failure and Depression and Anxiety Critical Care Nurse. 2014; 34(2): 14-2524.



42. Vorst IE, Koek HL, Vries R, Bots ML, Reitsma JB, Vaartjes I. [Effect of Vascular Risk Factors and Diseases on Mortality in Individuals with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of the American Geriatrics Society. 2016; 64\(1\): 37-46.](#)
43. Saengsiri A, Hacker ED. [Conducting Quality of Life Research in People with Coronary Artery Disease in Non-English-Speaking Countries. Journal of Cardiovascular Nursing. 2015; 30\(1\): 74-84.](#)
44. Wong FMF, Sit JWH, Wong EML, Choi KC. [Factors associated with health-related quality of life among patients with implantable cardioverter defibrillator: identification of foci for nursing intervention. Journal of Advanced Nursing. 2014; 70\(12\): 2821-2834.](#)
45. Braaf S, Rixon S, Williams A, Liew D, Manias E. [Medication communication during handover interactions in specialty practice settings. Journal of Clinical Nursing. 2015; 24\(19/20\): 2859-2870.](#)
46. Jorstad HT, Chan YK, Scholte WJM, Doornenbal J, Tijssen JGP, Peters RJG. [Nurses' perspectives on nurse-coordinated prevention programmes in secondary prevention of cardiovascular disease: a pilot survey. Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession. 2015; 51\(1\): 96-106.](#)
47. Volker N, Williams LT, Davey RC, Cochrane T, Clancy T. [BMC Implementation of cardiovascular disease prevention in primary health care: enhancing understanding using normalization process theory. Family Practice. 2017; 18: 1-9.](#)
48. Vorst IE, Koek HL, Vries R, Bots ML, Reitsma JB, Vaartjes I. [Effect of Vascular Risk Factors and Diseases on Mortality in Individuals with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of the American Geriatrics Society. 2016; 64\(1\): 37-46.](#)
49. Gupta D, Tang F, Masoudi FA, Jones PG, Chan PS, Daugherty SL. [A Report from the National Cardiovascular Data Practice Innovation and Clinical Excellence \(PINNACLE\) Registry. Journal of Cardiovascular Nursing. 2018; 33\(3\): 255-260.](#)
50. Kim K, Parker ME. [Nursing Theories and Nursing Practice. NY: F.A. DAVIS COMPANY; 1990.](#)
51. EUN-OK IM. [The Current Status of Theory Evaluation in Nursing. Journal of Advanced Nursing. 2015; 71\(10\): 2268-2278.](#)
52. Welsh T, Gladman J, Gordon AL. [The Treatment of Hypertension in Care Home Residents: A Systematic Review of Observational Studies. Journal of the American Medical Directors Association. 2014; 15\(1\): 8-16.](#)
53. Cicolini G, Simonetti V, Comparcini D, Celiberti I, Di Nicola M, Capasso LM, Flacco ME, Bucci M, Mezzetti A, Manzoli L. [Efficacy of a nurse-led email reminder program for cardiovascular prevention risk reduction in hypertensive patients: A randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies. 2014; 51\(6\): 833-843.](#)
54. Matukaitis J, Eckman T, Baxter K, Bradley E, Hawrylack H, Johnson S, Mooney R, Papanicolas D, Briggs P. [Sleepless in stepdown Nursing. 2014; 44\(7\): 15-18](#)
55. Chang YL, Chiou AF, Cheng SM, Lin KC. [Tailored educational supportive care programme on sleep quality and psychological distress in patients with heart failure: A randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies. 2016; 61: 219-229.](#)
56. Mosack V, Hill TJ, Steinke EE. [Sexual concerns of cardiac patients: Predictors and the influence of specific sexual activities. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2015; 14\(1\): 45-52.](#)
57. López MIM, Gil E, Sánchez CV, Pancorbo PL. [Patients' Experiences of Sexual Activity Following Myocardial Ischemia. Clinical Nursing Research. 2016; 25\(1\): 45-66.](#)
58. Dahlviken RM, Fridlund B, Mathisen L. [Women's experiences of Takotsubo cardiomyopathy in a short-term perspective - a qualitative content analysis. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2015; 29\(2\): 258-267.](#)
59. Cossette S, Frasure SN, Vadeboncoeur A, McCusker J, Guertin MC. [The impact of an emergency department nursing intervention on continuity of care, self-care capacities and psychological symptoms: Secondary outcomes of a randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies. 2015; 52\(3\): 666-676.](#)
60. Stewart S, Chan Y. [Economic evaluation of a nurse-led home and clinic-based secondary prevention programme to prevent progressive cardiac dysfunction in high-risk individuals: The Nurse-led Intervention for Less Chronic Heart Failure \(NIL-CHF\) randomized controlled study. European Journal of Heart Failure. 2015 Apr. DOI: 10.1002/ejhf.272.](#)
61. Koehne K. [A New Threat to the Nursing Workforce: Take a Stand!. Creative Nursing. 2015; 21\(4\): 234-241.](#)
62. Reeder M. [Cardiovascular Disease in African-American Women: An Assessment of Awareness. ABNF Journal. 2017; 28\(3\): 76-80.](#)
63. Resnick B, Michael K, Griffith K, Klinedinst J, Galik E. [The Impact of PRAISED on Adherence and Initiation of Heart Health Behaviors in Senior Housing. Public Health Nursing. 2014; 31\(4\): 309-316.](#)
64. Larsen P, Pedersen PU. [The effectiveness of individual rehabilitation on health status in patients with heart failure: A quasi-experimental study. International Journal of Nursing Practice. 2016; 22\(1\): 15-21.](#)
65. Yang SO, Shin J, Lee SH. [Effects of a South Korean Community-Based Cardiovascular Disease Prevention Program for Low-Income Elderly with Hypertension. Journal of Community Health Nursing. 2016; 33\(3\): 154-167.](#)

66. [Giuliano KK, Danesh V, Funk M. The Relationship Between Nurse Staffing and 30-Day Readmission for Adults with Heart Failure. Journal of Nursing Administration. 2016; 46\(1\): 25-29.](#)
67. [Hardy S, Huber J. Training for practice nurses: Reducing the risk of cardiovascular disease and diabetes in people with mental illness. Journal of Diabetes Nursing. 2014; 18\(7\): 266-268.](#)
68. [Hardy S, Hinks P, Gray R. Does training practice nurses to carry out physical health checks for people with severe mental illness increase the level of screening for cardiovascular risk? International Journal of Social Psychiatry. 2014; 60\(3\): 236-242](#)
69. [Happell B, Platania PC. Cardiovascular Health Promotion and Consumers with Mental Illness in Australia. Issues in Mental Health Nursing. 2015; 36\(4\): 286-293.](#)
70. [Kashani M, Eliasson A, Vernalis M, Bailey K, Terhaar M. A Systematic Approach Incorporating Family History Improves Identification of CardiovascularDisease Risk. Journal of Cardiovascular Nursing. 2015; 30\(4\): 292-297.](#)
71. [Koerich C, Erdmann AL. Meanings attributed by nursing staff about permanent education in cardiovascular institution. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. 2016; 17\(1\): 93-102.](#)
72. [Srisuk N, Cameron J, Ski CF, Thompson DR. Randomized controlled trial of family-based education for patients with heart failure and their carers. Journal of Advanced Nursing.2017; 73\(4\): 857-870.](#)
73. [Wells S, Rafter N, Eggleton K, Turner C, Ying C. Using run charts for cardiovascular disease risk assessments in general practice. Journal of Primary Health Care. 2016; 8\(2\): 172-178.](#)
74. [Arnetz JE, Zhdanova L, Arnetz BB. Patient Involvement: A New Source of Stress in Health Care Work?. Health Communication. 2016; 31\(12\): 566-1572.](#)
75. [Flórez JM, González RV, Guerra KA. In: Modelo de adaptación de Roy en el baño en cama Avances en Enfermería. 2016; 34\(3\): 215-225.](#)
76. [van der Wal, Martje HL, Hjelmfors L, Mårtensson J, Friedrichsen M, Strömberg A, Jaarsma T. Variables Related to Communication About Prognosis Between Nurses and Patients at Heart Failure Clinics in Sweden and the Netherlands. Journal of Cardiovascular Nursing. 2018; 33\(2\): E1-E6.](#)
77. [Chapa DW, Akintade B, Heesook S, Woltz P, Hunt D, Friedmann E, et al. Pathophysiological Relationships Between Heart Failure and Depression and Anxiety Critical Care Nurse. 2014; 34\(2\): 14-2524.](#)
78. [Vorst IE, Koek HL, Vries R, Bots ML, Reitsma JB, Vaartjes I. Effect of Vascular Risk Factors and Diseases on Mortality in Individuals with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of the American Geriatrics Society. 2016; 64\(1\): 37-46.](#)
79. [Saengsiri A, Hacker ED. Conducting Quality of Life Research in People with Coronary Artery Disease in Non-English-Speaking Countries. Journal of Cardiovascular Nursing. 2015; 30\(1\): 74-84.](#)
80. [Volker N, Williams LT, Davey RC, Cochrane T, Clancy T. BMC Implementation of cardiovascular disease prevention in primary health care: enhancing understanding using normalization process theory. JMIR Res Protoc. 2014 Jul 9;3\(3\):e33. doi: 10.2196/resprot.2882.](#)
81. [Vorst IE, Koek HL, Vries RB, Michiel L, Reitsma JB, Vaartjes I. Effect of Vascular Risk Factors and Diseases on Mortality in Individuals with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of the American Geriatrics Society. 2016; 64\(1\): 37-46.](#)
82. [Gupta D, Tang F, Masoudi FA, Jones PG, Chan PS, Daugherty SL. A Report from the National Cardiovascular Data Practice Innovation and Clinical Excellence \(PINNACLE\) Registry. Journal of Cardiovascular Nursing. 2018; 33\(3\): 255-260.](#)
83. [Carvajal HE, Pérez B, Sánchez B. Fortalecimiento de las alianzas docencia-servicio para el avance de la enfermería en Colombia. Rev Gerenc Polít Salud. \[Internet\]. 2017 Ago \[citado 2018 Ago 29\]; 16 \(32\): 96-107. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.fads>.](#)
84. [Actualizaciones en Enfermería \[Internet\]. Bogotá\(Colombia\): Revista de Enfermería del Hospital Universitario Santa Fe de Bogotá. Vol. 21, No. 1, 2019 \[citado 2019 Feb 27\]. Disponible en: <https://www.fsfb.org.co/wps/portal/fsfb/inicio/servicioensalud/servicios-y-especialidades/sectionItem/enfermeria/revista-enfermeria/revista-enfermeria>](#)
85. [Arroyo, L.P. Guevara, M. Pérez, B. Sánchez - Herrera, B. Commitment and a sense of humanity for the adaptation of patients during hospital care. Journal of Nursing Management. 2017; 00:1-7. Online ISSN: 1365-2834 <https://doi.org/10.1111/jonm.12581>](#)
86. [Carvajal H, E, Sánchez- Herrera, B. "Nursing Care with a Human Approach": A Model for Practice with Service Excellence. Aquichan 2018; 18\(2\): 149-159. Doi: 10.5294/aqui.2018.18.2.3](#)