



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PERCEPCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO
DURANTE LA TERAPIA FIBRINOLÍTICA**

TRABAJO TERMINAL

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN
ENFERMERIA EN TERAPIA INTENSIVA**

P R E S E N T A:

LIC.ENF.SULEYKA ESPERANZA JIMÉNEZ ALCÁNTARA

DIRECTOR ACADÉMICO

DRA.CLEOTILDE GARCÍA REZA

REVISORES

MTRA. MATIANA MORALES DEL PILAR

MTRA. VICENTA GÓMEZ MARTÍNEZ



TOLUCA, MEX., NOVIEMBRE 2017

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
JUSTIFICACIÓN	13
OBJETIVOS	15
METODOLOGÍA.....	16
MARCO CONTEXTUAL.....	20
MARCO TEÓRICO	21
EL INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO.....	22
LA TERAPIA FIBRINOLÍTICA	35
ELCUIDADO DE ENFERMERIA DURANTE LA TERAPIA FIBRINOLÍTICA.....	41
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	56
CATEGORIZACIÓN DE RESULTADOS	62
CONCLUSIONES.....	72
SUGERENCIAS	73
FUENTES DE INFORMACIÓN	74
ANEXOS.....	82
ANEXO 1	82
ANEXO 2	84
ANEXO 3.....	86

INTRODUCCIÓN

Se realizó la investigación para comprender la percepción que tiene el personal de enfermería en el cuidado durante la terapia fibrinolítica, así como narrar la información que se obtuvo por medio de entrevistas aplicadas al personal de la unidad de choque.

También se describió el perfil sociodemográfico de las enfermeras que realizan el cuidado del paciente durante la terapia fibrinolítica, así como las experiencias que tienen y el sentido del cuidado que la enfermera presenta durante la atención del paciente en la unidad de choque.

Se integró la metodología de estudio cualitativo, así como la aplicación del método etnográfico en enfermería y la descripción de la entrevista semiestructurada para la obtención de información referente a la percepción que tiene el personal de enfermería en el cuidado del paciente con infarto agudo al miocardio que se somete a terapia fibrinolítica.

El marco teórico se conforma por tres capítulos, en el primer capítulo se describe la enfermedad del infarto agudo al miocardio, haciendo énfasis en su fisiopatología, valoración de enfermería y diagnóstico oportuno. En el capítulo dos, se desarrolla la terapia fibrinolítica, con características especiales del tratamiento fibrinolítico en su farmacocinética y farmacodinamia, así como los efectos hemodinámicos que se presentan. En el capítulo tres, se aborda la teoría transcultural de Madeleine Leininger durante la terapia fibrinolítica, con énfasis en el modelo del Sol Naciente, con el fin de identificar el sentido filosófico y epistemológico del cuidado.

Los relatos de las entrevistas se transcribieron para poder identificar las palabras claves y establecer las categorías de acuerdo al análisis de contenido etic y emic para poder comprenderlas e interpretarlas con la Teoría Transcultural enfatizando la percepción que tienen las enfermeras de acuerdo a sus vivencias conocimientos, actitudes y creencias para poder otorgar el cuidado al paciente durante la terapia fibrinolítica.

Se concluye la investigación con las consideraciones finales y sugerencias para continuar con la apertura de nuevos estudios que aporten conocimientos científicos a la profesión de enfermería. Se incluyen los anexos correspondientes al consentimiento informado y a la entrevista semiestructurada que se aplicó a la muestra de la investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las Enfermedades cardiovasculares se han posicionado con el 80% de la defunciones (OMS, 2016) como la primera causa de muerte en el mundo en países en vías de desarrollo y en desarrollo, y en México el INEGI en el 2015, reporto un incremento del 35% de casos lo que equivale a 75,000 personas que presentaron un infarto agudo al miocardio en pacientes mayores de 65 años y 30,000 fallecimientos. La Secretaria de Salud, en el 2014 reportó una incidencia de 67.23% de casos, con un total de 57,948 personas que presentaron un infarto agudo al miocardio; 25 de 1000 habitantes sufrió esta enfermedad, en el grupo de edad de 25 a 44 años, con una tasa de morbilidad de 11 casos por cada 10,000 habitantes, lo que implica una alerta de salud pública para intensificar las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. (SSA: GPC IAM, 2013; SSA: DGE, 2015; SSA: INSP, 2015)

Se presenta un riesgo vascular mayor al tener diabetes mellitus e hipertensión arterial, obesidad, tabaquismo y dislipidemia, provocando isquemia y necrosis de las miofibrillas por la disminución del aporte sanguíneo de una arterial del corazón, evidenciando la aplicación de la terapia fibrinolítica dentro de las primeras 12 horas de aparición de los síntomas, para lograr la reperfusión tisular miocárdica. La terapia fibrinolítica, consiste en la ministración de enzimas que degradan los trombos en las arterias, restaurando la circulación y el aporte de oxígeno del área isquémica desde los primeros 15 minutos hasta 6 horas posteriores a su administración, reestableciendo la función ventricular y reduce la mortalidad hasta un 25%. (Cortés, 2004; Lorente, 2006; Meriño, 2012; Mata, 2012; Tintinalli, 2013; Lóriga, 2013; Castañeda, 2013; Ferreira, 2014; Magallón, 2014)

Por ello, el cuidado holístico durante la terapia fibrinolítica, visualiza al paciente como un ser bipsicosocial que sobrepasa la enfermedad, el alma, el cuerpo y estimula la interacción enfermera-paciente desde un análisis integral con la percepción moldeada de las experiencias, acciones jerarquizadas, conocimientos científicos y humanos, para prevenir o controlar las complicaciones inherentes a la cardiopatía isquémica durante la intervención de enfermería en la unidad de choque. (Cortés, 2004; Valero, 2005; Muñoz, 2007; Torres, 2010, Hernández, 2010; Reyes, s/f; Serradeli, 2011)

El cuidado cultural de la enfermería durante la terapia fibrinolítica es sistemático y creativo, en donde su visión humanista y ontológica del hombre, le permite a la enfermera interpretar las necesidades humanas, a través de conocimientos, ética y experiencia profesional, desde una perspectiva holística en sus estilos de vida, principios, valores, creencias, y contexto del entorno que orientan el razonamiento crítico, la toma de decisiones y ejecución de acciones en la esencia de la enfermería que otorga el cuidado al paciente durante la terapia fibrinolítica y para guiar el cuidado terapéutico de la profesión. (Millán, 2006; Aguilar, 2007; Sloman, 2009; Santana, 2010; Castañeda, 2013; Rodríguez, 2014)

Leininger (1981), afirma que con la teoría transcultural y el método de la etnoenfermería se pueden estudiar los cuidados durante la terapia fibrinolítica, pues van dirigidos al descubrimiento de la verdad, los puntos de vista, las creencias y los estilos de vida sistematizados de las enfermeras durante su intervención al paciente con infarto agudo al miocardio, transponiendo los límites científicos basados en el conocimiento, la estructura cultural y social, con un enfoque antropológico para preservar la salud, prevenir la enfermedad, recuperar la salud y ayudar a los pacientes a afrontar la muerte. (Dunckley,

2006; Muñoz, 2007; Pérez, 2009; Aguilar, 2009; Hernández, 2010; Rodríguez, 2011; Duque, 2014)

El profesional de enfermería, enfatiza el cuidado de la terapia fibrinolítica como un acto complejo que distingue sensaciones, sentimientos internos y externos adquiridos en su vida profesional, mediante la interpretación de experiencias, valores y conocimientos para proporcionar un cuidado de enfermería humanizado durante la terapia fibrinolítica, así mismo, comprender el sentido filosófico y encontrar significados del cuidado coherente desde el contexto cultural de un hospital en una unidad de choque. (Vargas, 1994; Ramírez, 2011; Uribe, 2011; Castañeda, 2013)

Con lo anterior, se pretende narrar **¿Cuál es la percepción que tiene la enfermera del cuidado durante terapia fibrinolítica?**

JUSTIFICACIÓN

La práctica de enfermería trasciende más allá del enfoque biológico, ya que parte de una relación transcultural que se caracteriza por la construcción de nuevos conocimientos en el cuidado, a través de la experiencia, valores y sentimientos que conciben un cuidado de enfermería humanizado de acuerdo a las necesidades del paciente durante la terapia fibrinolítica.

Es relevante esta investigación debido a que aporta un diálogo entre el cuidado cultural con un enfoque metodológico de la etnoenfermería, es un tema innovador para expresar el sentido del conocimiento transcultural basado en la evidencia y otorgar un cuidado humanizado y holístico al paciente durante la terapia fibrinolítica desde la perspectiva de Leininger, quien afirma que las percepciones de enfermería, se van adquiriendo durante su vida a través de las experiencias, valores, creencias y sentimientos que influyen directamente en sus pensamientos, decisiones y acciones referentes al cuidado que proporciona al paciente que ingresa a la unidad de choque.

Su aportación recae sobre el cuidado integral que se otorga al paciente, visualizando al personal de enfermería como un profesional que analiza los conocimientos científicos que posee y complementa con los conocimientos adquiridos durante su vida laboral para realizar una reflexión crítica y proporcionar los cuidados culturalmente congruentes durante la terapia fibrinolítica.

Así mismo, dentro del hospital de tercer nivel de atención, se pretendió impulsar al personal de enfermería a mejorar el protocolo de atención del paciente con síndrome coronario isquémico agudo y construir nuevos conocimientos profesionales de enfermería.

Se realizó la investigación en la unidad de choque con el permiso de la Subdirección de Enfermería y el apoyo de las coordinaciones de Enseñanza y Calidad en Enfermería de un hospital de tercer nivel de atención.

OBJETIVOS

General:

Comprender la percepción del personal de enfermería en el cuidado del paciente durante la terapia fibrinolítica en la unidad de choque de un hospital de tercer nivel de atención médica en el Estado de México.

Específicos:

Describir el perfil sociodemográfico de las enfermeras de la unidad de choque que realizan el cuidado durante la terapia fibrinolítica en un hospital de tercer nivel de atención médica en el Estado de México.

Narrar el sentido del cuidado de enfermería durante la terapia fibrinolítica en la unidad de choque en un hospital de tercer nivel de atención médica en el Estado de México.

METODOLOGÍA

La investigación fue con un enfoque cualitativo por su carácter holístico, empírico, fundamentado en el método etnográfico, para comprender los aspectos subjetivos del cuidado durante la terapia fibrinolítica a través de la comprensión de los significados, saberes, experiencias, vivencias y las perspectivas de las enfermeras. La investigación está incorporada al Cuerpo Académico de Enfermería y Cuidado de la Salud.

La etnografía es el estudio descriptivo de la cultura de una comunidad o de algunos aspectos fundamentales y la etnoenfermería se enfoca en simbolizar las creencias, valores y prácticas para proporcionar el cuidado al paciente durante la terapia fibrinolítica. (Monticelli, 2008)

Para ello se realizó la revisión y análisis de 51 revistas, entre ellos artículos publicados en bases de datos como PubMed, SCielo, Redalyc y Google Académico, ingresando las palabras claves: enfermería, etnoenfermería, enfermería transcultural, terapia fibrinolítica y percepción; sin embargo, no se encontraron artículos científicos actuales, se consideró oportuno incluir artículos con desarrollo antropológico, social y etnográfico de la profesión, para elegir 25 artículos que cumplieron con la información requerida para el desarrollo de la investigación.

El universo de estudio fue constituido por las Enfermeras del Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos” y el muestreo de tipo variación máxima (acumulativo y secuencial), hasta alcanzar la saturación teórica de los datos que consistió en la elección por métodos aleatorios, cuyas características fueron similares a la población de estudio. La muestra fue conformada por 12

enfermeras ubicadas en la unidad de choque y que proporcionaron cuidados al paciente durante la terapia fibrinolítica.

- Criterios de inclusión:

Enfermeras con grado académico de general, licenciatura, especialidad y posgrado.

Enfermeras adscritas al servicio de urgencias que roten por la unidad de choque con una antigüedad mínima de 6 meses.

Enfermeras con código laboral de especialistas, enfermeras generales A y C, de base, regularizadas y de contrato.

Enfermeras que proporcionen cuidados al paciente durante la terapia fibrinolítica.

- Criterios de exclusión:

Enfermeras que no acepten participar en la investigación.

Enfermeras en rol suplente.

Enfermeras que no hayan participado en el cuidado al paciente durante la terapia fibrinolítica.

Enfermeras auxiliares.

Se realizó la recolección de datos a través de una entrevista semi estructurada de 5 preguntas, para describir la percepción que tiene la enfermera e identificar el sentido y significado del cuidado durante la terapia fibrinolítica y fueron interpretados de acuerdo a la Teoría Transcultural del Cuidado de Madeleine Leininger y se utilizó una grabadora digital para facilitar y garantizar la fiabilidad de la transcripción de los datos. (Anexo 2)

La entrevista se desarrolló fuera del área de trabajo del entrevistado, para disminuir los distractores en un ambiente de cordialidad y confianza, con

una duración aproximada de 60 minutos. Se realizó el abordaje de cada enfermera durante su intervención con el paciente de infarto agudo al miocardio y posterior a su cuidado, se le solicitó participar en la investigación para recabar información a través de la entrevista, agendando día y hora específico para cada informante.

.Las entrevistas fueron aplicadas en el periodo de Septiembre-Diciembre de 2016 y el entrevistador fue el investigador. Con la información obtenida, se integró la categorización de datos con la técnica de colorimetría, ubicando en un procesador de textos las principales palabras que refieren las entrevistas.

Se realizó el análisis y categorización de la información de acuerdo a la descripción Etic y Emic. La perspectiva de Etic, se refiere a aquellos conceptos o categorías que se utilizan para hacer comparaciones entre culturas, así mismo, es descriptiva y refleja aspectos generales y acontecimientos que los informantes pueden encontrar inapropiados o sin sentido. Y Emic, presenta la perspectiva interna de las personas que ya están integradas dentro de una cultura o sociedad, para interpretar el significado común, con sus reglas y categorías para describir sus comportamientos, interacciones, creencias, valores y motivaciones. (Barfield, 2000)

También se analizó el contenido cualitativo, comprendiendo los supuestos ontológicos, epistemológicos y metodológicos, mediante la descripción del contenido de los mensajes, cuya inferencia de conocimientos fueron relativos al sentido del cuidado de enfermería durante la terapia fibrinolítica.

Para efectuar la entrevista y su grabación, se solicitó el consentimiento informado conforme al principio de la autonomía, basado en la voluntad, la

información y la comprensión del personal de enfermería que participaron en la investigación, de acuerdo a Ley General de Salud en sus artículos 2 (fracción VII) y 100 (fracción IV), referentes a la investigación científica y tecnología en salud. Considerando los aspectos éticos, beneficios, riesgos, privacidad, anonimato y confidencialidad. (Secretaría de Salud, México, 2007; Secretaría de Salud, México, 2015) (Anexo 1)

Se solicitó el permiso para realizar la investigación en el Departamento de Capacitación, sin embargo no fue evaluado por el Comité de Bioética debido a que no es un Trabajo de Investigación para evaluación de Grado por la Subdirección de Médica.

MARCO CONTEXTUAL

Se realizó la investigación en el Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos”, en la unidad de choque, debido a que es la puerta de entrada de los pacientes con infarto agudo al miocardio.

El Centro Médico, fue inaugurado el 7 de septiembre de 2005, por el Gobernador Lic. Arturo Montiel Rojas y actualmente atiende a 150,000 habitantes por día. Siendo el infarto agudo al miocardio la 4ta causa de atención.

La plantilla total del personal de enfermería es de 531, divididas en Enfermeras Generales, Especialistas, Licenciadas, Especialistas de posgrado y Maestras en Enfermería.

En la unidad de choque se encuentran 2 enfermeras por turno, siendo 6 turnos continuos. Matutino 1 Enfermera Especialista en Terapia Intensiva y 1 Enfermera General. Vespertino 1 Licenciado en Enfermería y 1 Enfermera General. Nocturno A 1 Licenciada en Enfermería y 1 Enfermera General. Nocturno B 1 Maestra en Terapia Intensiva y 1 Licenciado en Enfermería. Nocturno C 1 Licenciado en Enfermería y 1 Enfermera General. Especial 1 Maestra en Terapia Intensiva y 1 Enfermera Especialista.

La unidad de choque cuenta con 5 camas no censables, las cuales tienen la capacidad del manejo de paciente en estado crítico agudo, con medicamentos de alto riesgo, fibrinolítica, antiarritmicos, procedimientos invasivos de diagnóstico y tratamiento urgentes así como el manejo de la vía aérea invasiva.

El área de urgencias se encuentra dividida en 3 subáreas, urgencias triage, urgencias observación y unidad de choque. En donde la plantilla es de 2 enfermeras en triage, 6 enfermeras en observación y 2 enfermeras en la unidad choque.

MARCO TEÓRICO

EL INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

El infarto agudo al miocardio, comprende una patología del Síndrome Coronario Isquémico Agudo, el cual se caracteriza por la necrosis irreversible del tejido miocárdico como consecuencia de la isquemia producida por la obstrucción del flujo sanguíneo de una arteria coronaria. Conocer la anatomía y fisiología de la circulación coronaria, permite identificar los efectos fisiopatológicos de la isquemia y necrosis miocárdica, así como sus complicaciones y los beneficios del tratamiento oportuno. (Milán, 2006; Moya, 2011; Meriño, 2012; Tintinalli, 2013; SSA GPC IAM, 2013)

La cardiopatía isquémica es una causa importante de morbi-mortalidad en los países desarrollados y en vías de desarrollo, debido a la complejidad de establecer un diagnóstico rápido y definitivo, en donde el equipo interdisciplinario tiene un papel fundamental para el manejo en la unidad de choque. El infarto agudo al miocardio es la necrosis del tejido miocárdico por interrupción de la perfusión coronaria, ocasionado por la rotura de una placa de aterosclerosis y obstruye las arterias coronarias en el endocardio, epicardio o subendocardio. Los factores desencadenantes son la aterosclerosis, espasmo de arteria coronaria, embolia de arteria coronaria, hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo y taquiarritmias ventriculares. (Cortes, 2004; Da Silva, 2005; Duncley, 2006; Gutiérrez, 2010; Moya, 2011; Meriño, 2012; Lóriga, 2013; Tintinalli, 2013; SSA GPC IAM, 2013; Ferreria, 2014)

Se ha establecido una alerta de salud pública por enfermedad no transmisible, ante el incremento en su incidencia, siendo los individuos de 25 a 44 años con síndrome coronario agudo isquémico y en mayores de 65 años con

infarto agudo al miocardio establecido. La OMS en el 2016, sitúa a las enfermedades cardiovasculares como la primera causa de muerte en países en vías de desarrollo y en desarrollo, con el 80% de las defunciones. En México, el INEGI reportó en el 2015 un incremento del 35% de los casos, que equivale a 75,000 personas que presentaron un infarto agudo al miocardio en pacientes mayores de 65 años y 30,000 fallecimientos. En el Estado de México, se reportaron las enfermedades isquémicas como la 4ta causa de muerte y como la 3ra causa de morbilidad durante el 2016. (OMS, 2016; SSA Epidemiología, 2015; www.salud.edomexico.gob.mx)

Los factores de riesgo facilitan el desarrollo de la enfermedad coronaria, algunos de ellos son modificables con el estilo de vida saludable, sin embargo, se han mantenido y correlacionado directamente con el infarto agudo al miocardio. Entre los factores modificables se encuentran la hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, obesidad, sedentarismo, terapia hormonal ovárica, tabaquismo, diabetes mellitus e hipertensión arterial. Los factores no modificables son antecedentes familiares de cardiopatía isquémica en familiares de primer grado, mujeres menores de 55 años y hombres mayores de 55 años. (Cortes, 2004; Da Silva, 2005; Duncley, 2006; Gutiérrez, 2010; Moya, 2011; Meriño, 2012; Lóriga, 2013; Tintinalli, 2013; SSA GPC IAM, 2013; Ferreria, 2014)

La causa principal de la isquemia miocárdica es la aterosclerosis, la cual produce reducción del flujo sanguíneo por la formación de placas ateroscleróticas, que activan la respuesta plaquetaria mediante la adhesión, activación y agregación en el sitio de lesión aterosclerótica. (Moya, 2011; Meriño, 2012; Tintinalli, 2013; SSA GPC IAM, 2013; Ferreria, 2014)

El infarto agudo al miocardio se desarrolla de dos formas: la primera mediante un proceso de formación crónica y continua, en el que se origina un depósito de colesterol de baja densidad en la capa interna de la arteria coronaria; y la segunda como un proceso agudo debido a la rotura o erosión de una placa de ateroma, obstruyendo el flujo sanguíneo. La lesión generada en ambas formas, se caracteriza por el engrosamiento focal asimétrico de las capas internas de la arteria coronaria, produciendo inflamación y la activación de la respuesta inflamatoria aguda, con el acumulo del factor de coagulación para encapsular el trombo de ateroma. (Cortes, 2004; Da Silva, 2005; Gutiérrez, 2010; Moya, 2011; Meriño, 2012; Lóriga, 2013; Tintinalli, 2013; SSA GPC IAM, 2013; Ferreria, 2014)

El aporte de oxígeno depende de la capacidad transportadora en la sangre y del flujo coronario y está determinado por la cantidad de hemoglobina que contenga la saturación de oxígeno. El flujo sanguíneo depende de la duración diastólica y de la resistencia vascular periférica. Cuando se obstruye la circulación, hay una deficiencia de oxígeno en los tejidos provocando hipoxia transitoria o continua del tejido miocárdico, favoreciendo al daño celular y ocasionando acumulo de metabolitos a causa de la hipoerfusión. La isquemia ocurre cuando hay un desequilibrio entre el consumo y suministro de oxígeno. (Cortes, 2004; Da Silva, 2005; Gutiérrez, 2010; Moya, 2011; Meriño, 2012; Lóriga, 2013; Tintinalli, 2013; SSA GPC IAM, 2013; Ferreria, 2014)

El grado y duración de la isquemia permite determinar si el paciente desarrolla lesión miocárdica irreversible o necrosis por la obstrucción grave de la circulación coronaria, provocando inhibición de la contractilidad y afectando la perfusión central y periférica. Conforme se incrementa el tamaño del infarto, disminuye la función ventricular izquierda, aumentando la presión y el volumen latido al final de la diástole. Ocasionando datos de bajo gasto cardíaco que se

complican en insuficiencia cardiaca congestiva o edema pulmonar agudo. También se produce hipoperfusión cerebral y renal, causando alteración del estado mental y falla renal aguda. (Cortes, 2004; Da Silva, 2005; Gutiérrez, 2010; Moya, 2011; Meriño, 2012; Lóriga, 2013; Tintinalli, 2013; SSA GPC IAM, 2013; Ferreria, 2014)

El síntoma principal del infarto agudo al miocardio es el dolor precordial, de localización atípica retroesternal o en la parte izquierda del pecho, irradiándose hacia el brazo, cuello o mandíbula y manifiesta datos de vasoespasmo como hipotensión palidez de tegumentos, náuseas, ansiedad, cianosis, diaforesis, debilidad, vómito, bradicardia, bloqueos cardiacos y afecciones respiratorias principalmente la disnea debido a la inflamación del pericardio que suele causar molestia a la expansión torácica. Por ello, es necesario que el personal de enfermería identifique los cambios hemodinámicos del paciente al ingreso y estancia en la unidad de choque y otorgue un cuidado relacionado con estos síntomas, ello le otorga una vivencia del contexto hospitalario. (Moya, 2011; Meriño, 2012; Tintinalli, 2013; SSA GPC IAM, 2013; Ferreria, 2014)

El profesional de enfermería tiene como objetivo establecer un diagnóstico oportuno, identificando las necesidades humanas y disminuyendo el tiempo de actuación en las intervenciones terapéuticas, debido a que los estudios diagnósticos, reflejan la obstrucción completa o incompleta de la arteria coronaria. Por ello la relevancia del análisis del electrocardiograma de 12 derivación al ingreso a la unidad de choque y la medición de los marcadores cardiacos dentro de las primeras 6 horas siguientes de aparición de los síntomas para aumentar la sobrevida del paciente en el contexto de un hospital de alta complejidad. (Milán, 2006; Dunckley, 2006; Kauffmann, 2008; Moya, 2011; Meriño, 2012; Tintinalli, 2013; SSA GPC IAM, 2013; Ferreria, 2014)

Al ingresar a la unidad de choque es necesario realizar la valoración inmediatamente, identificando los patrones funcionales que presente alterados mediante la anamnesis profunda y la exploración física, para priorizar las necesidades de acuerdo al proceso de enfermería, con el fin de identificar las manifestaciones clínicas propias de la cardiopatía isquémica, considerando el tiempo de aparición de los síntomas, manteniendo la comunicación con el paciente y los familiares, así como la monitorización de signos vitales para valorar los cambios hemodinámicos que presente durante la estancia del paciente en la unidad de choque. (DaSilva, 2005; Dunckley, 2006; Gutiérrez, 2010 Zabalegui, 2013; Tintinalli, 2013; Ferreira, 2014)

El profesional de enfermería de la unidad de choque, es el primer contacto con el paciente que presenta dolor torácico agudo y debe ser capaz de identificar, mediante una correcta valoración clínica, si el dolor es indicativo de la existencia de un infarto agudo al miocardio, el cual, debe ser tratado de forma inmediata con terapias de reperfusión, mientras que la angina precisa una evaluación más detallada antes de aplicar un cuidado específico definitivo. El manejo debe de ir encaminado a reestablecer la perfusión miocárdica con rapidez, misma que determinara la supervivencia del paciente y la presencia de complicaciones. (Cortes, 2004; Da Silva, 2005; Dunckley, 2006; Gutiérrez, 2010; Moya, 2011; Lóriga, 2013; Tintinalli, 2013; Ferreria, 2014)

Los diagnósticos de enfermería más frecuentes en estos pacientes de acuerdo a la NANDA (2015-2017) son:

Disminución del gasto cardiaco, como una respuesta cardiovascular a inadecuada cantidad de sangre bombeada por el corazón para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo, relacionado por la alteración de la

contractilidad, alteración del ritmo cardiaco y la alteración de la postcarga; cuyas manifestaciones clínicas son la disminución del índice cardiaco, el índice de trabajo ventricular, ortopnea, cambios en el electrocardiograma por isquemia miocárdica, palidez de tegumentos, cianosis, disnea y piel fría y sudorosa.

Dolor agudo como un disconfort físico, la cual es una experiencia sensitiva y emocional desagradable, ocasionado por una lesión miocárdica, de inicio súbito e intensidad grave, con un final previsible; relacionado por una lesión isquémica grave manifestado por un la postura para aliviar el dolor y valoración por la escala visual análoga, que describe lo siguiente:

El dolor es definido por la Asociación Internacional para el estudio del dolor, como una “experiencia sensorial y emocional desagradable que se relaciona con un daño tisular real o potencial”, siendo subjetiva su medición, por ello se hay implementado la Escala Visual Análoga, la cual es un método simple que trata de identificar el nivel del dolor mediante el uso de una regla del 0-10 y solicitándole al paciente que indique su nivel del dolor de acuerdo a su intensidad y duración.



Ansiedad, como una respuesta de afrontamiento ante la sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma y un sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un

peligro; relacionado por un gran cambio en el estado de salud; manifestado por angustia, incertidumbre, sufrimiento y temor.

Por ello es necesario el análisis de estudios de laboratorio para detectar la elevación de los marcadores cardíacos, principalmente la creatincinasa (CK-MB) y las troponinas 1 y T, las cuales presentan un incremento a las 6 horas posteriores del inicio de los síntomas y que son indicadores confirmatorios del infarto agudo al miocardio. (Moya, 2011; Meriño, 2012; Tintinalli, 2013; SSA GPC IAM, 2013; Ferreria, 2014)

Ante la presencia de dolor precordial en el paciente, la enfermera debe realizar un electrocardiograma de 12 derivaciones dentro de los primeros 10 minutos de ingreso a la unidad de choque, es la mejor prueba individual para identificar el sitio y extensión de la lesión como resultado de la obstrucción de las arterias coronarias. La interpretación del electrocardiograma y el tiempo transcurrido desde la aparición de los síntomas, determinara la selección del tratamiento, considerando la elevación del segmento ST y la aparición de la onda Q alterada. Se analiza el electrocardiograma para valorar la función ventricular izquierda, anomalías de movimiento de pared y complicaciones. (Moya, 2011; Meriño, 2012; Tintinalli, 2013; SSA GPC IAM, 2013; Ferreria, 2014)

Arteria coronaria	Derivaciones ECG alteradas
Septal	Derivaciones V1 y V2
Anterior	V3 y V4
Lateral	V5 y V6
Lateral alto	I, aVL
Inferior	II, III y aVF
Anteroseptal	V1 a V4

Anterolateral	V3 a V6, I, aVL
Inferolateral	II, III, aVF, V5 y V6

(Tintinalli, 2013)

Las intervenciones de enfermería que se otorgue al paciente con infarto agudo al miocardio, debe ser individualizado, con un enfoque humanista, debido a que el paciente no solo presenta cambios hemodinámicos, además presenta alteración en el patrón conductual, presentando ansiedad y dolor, por ello, debe favorecer el profesional de enfermería, un ambiente tranquilo, de comunicación efectiva y de seguridad al paciente. Es necesario establecer de acuerdo a sus conocimientos científicos, vivencias y creencias, un plan de cuidados que sean congruentes a las necesidades que el paciente manifieste pueda proporcionar, antes, durante y posterior al tratamiento multidisciplinario. (Da silva, 2005; Martínez, 2006; Dunckley, 2006; Lorente, 2006; Moya, 2011; Meriño, 2012; Tintinalli, 2013; SSA GPC IAM, 2013; Ferreria, 2014)

Durante la terapia fibrinolítica, la reperfusión coronaria debe ser dentro de los primeros 30 minutos de ingreso a la unidad de choque, mediante la ministración de fármacos fibrinolíticos que degradan el trombo que obstruye la arteria coronaria, limitando el tiempo del infarto y recuperando la función ventricular izquierda. Tiene mejor eficacia si se combina con la terapia coadyuvante para proteger la función cardiaca. (Da silva, 2005; Martínez, 2006; Dunckley, 2006; Lorente, 2006; Moya, 2011; Meriño, 2012; Tintinalli, 2013; SSA GPC IAM, 2013; Ferreria, 2014)

Posterior a esta terapia, la angioplastia reduce la tasa de complicaciones cardiovasculares con respecto al tratamiento fibrinolítico, debido a que aumenta el tamaño de la luz arterial por la desintegración de la placa aterosclerótica, disminuyendo el riesgo de estenosis recidivante. También tiene menor

incidencia de muerte a corto y largo plazo, de reinfarto no letal y de hemorragia intracraneal en comparación con la terapia fibrinolítica. (Da silva, 2005; Martínez, 2006; Dunckley, 2006; Lorente, 2006; Moya, 2011; Meriño, 2012; Tintinalli, 2013; SSA GPC IAM, 2013; Ferreria, 2014)

Las intervenciones de enfermería como un patrón de cuidado en el manejo del dolor, es un factor importante que afecta la terapia fibrinolítica, debido a que la angustia y la molestia que presenta el paciente, no le permiten separar sus emociones y puede tomar una mala decisión al tener una sensación de muerte. Por eso se debe mejorar el confort del paciente con infarto agudo al miocardio, además de producir la activación del sistema nervioso simpático y se desencadene una vasoconstricción que aumenta el gasto cardíaco y la demanda de oxígeno miocárdico. Se valora con apoyo de la escala visual analógica para registrarse en el expediente clínico de enfermería, refiriendo su intensidad, localización y la sensación de amenaza vital que produce. (Blanca, 2008; Moya, 2011; Meriño, 2012; Tintinalli, 2013)

El apoyo del fármaco prescrito por el médico para el alivio del dolor, es la morfina intravenosa, en una dosis inicial de 2-4mg en bolo lento, pudiendo repetirse dosis de 2-8mg en bolo lento cada 5 a 15 minutos hasta controlar el dolor. Puede presentar efectos secundarios como náuseas, vómitos y bradicardia que pueden resolverse con la ministración de líquidos parenterales y antiarritmicos. En el caso de que presente el paciente depresión respiratoria, se debe colocar oxígeno complementario y en caso necesario un antagonista opioide, como la naloxona. No es recomendable la administración conjunta con antiinflamatorios no esteroideos selectivos de la ciclooxigenasa 2, debido a que aumentan la posibilidad de reinfartos y de muerte. (Blanca, 2008; Moya, 2011; Meriño, 2012; Tintinalli, 2013)

Esta interacción farmacológica, se debe al efecto protrombótico que se genera, debido a que su uso eleva la tensión arterial y la insuficiencia cardiaca favorecen las roturas miocárdicas. Es necesario disminuir la ansiedad generada por el dolor, las situaciones cognitivas que se presentan en el paciente durante la terapia fibrinolítica, para eso es necesaria la ministración de benzodiazepinas como diazepam, alprazolam, clonazepam, los cuales presentan un efecto inmediato y una vida media aproximada de 2 horas y metabolizados en el hígado. Siempre teniendo en cuenta la regla de la ministración de medicamentos de alto riesgo. (Martínez, 2006; Lorente, 2006; Sloman, 2009; Rodriguez, 2011; Ugalde, 2011; Moya, 2011; Tintinalli, 2013; Bulechek, 2014)

Con todo este panorama del paciente que sufre infarto agudo al miocardio, se diseñan objetivos e intervenciones de enfermería de acuerdo a las referencias NIC y NOC.

- **Disminución del Gasto cardiaco.**
 - Resultados para medir la resolución del diagnóstico:
 - * Efectividad de la bomba cardiaca: adecuación del volumen de sangre expulsado del ventrículo izquierdo para apoyar la presión de perfusión sistémica.
 - Arritmia: Puntuación diana: 4 Leve.
 - * Estado circulatorio: Flujo sanguíneo sin obstrucción, unidireccional a una presión adecuada a través de los grandes vasos de los circuitos sistémico y pulmonar.
 - Presión arterial sistólica: Puntuación diana: 4 desviación leve.
 - Presión arterial diastólica: Puntuación diana: 4: desviación leve.
 - Relleno capilar: Puntuación diana: 5 sin desviación.

- Resultados adicionales para medir las características definitorias:
 - * Perfusión tisular cardiaca: Capacidad del flujo sanguíneo a través de la vascularidad coronaria para el mantenimiento del funcionamiento del corazón.
 - Angina: Puntuación diana: 4 levemente – 5 nada.
- Intervenciones de Enfermería
 - * Cuidados cardiacos: Limitación a las complicaciones resultantes del desequilibrio entre el aporte y las necesidades de oxígeno del miocardio, con síntomas de alteración de la función cardiaca.
 - * Gestión del shock cardiaco: Promoción de una perfusión tisular adecuada en un paciente cuya función de bombeo cardiaco está gravemente comprometida.
 - * Monitorización de los signos vitales: Recogida y análisis de los datos cardiovasculares, respiratorios y la temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.
 - * Regulación hemodinámica: optimización de la frecuencia, precarga, postcarga y contractilidad miocárdica.
 - * Terapia intravenosa: Administración y vigilancia de los fluidos y medicamentos administrados por vía intravenosa.
 - * Educación al paciente: Enseñar a comunicar y describir las palpitaciones y el dolor: comienzo, duración, factores precipitantes, localización, características e intensidad.
- **Dolor agudo:**
 - Resultados para medir la resolución del diagnóstico:
 - * Control del dolor.
 - Reconoce la aparición del dolor: Puntuación diana: 5 habitualmente.

- Refiere dolor controlado: Puntuación diana: 5 habitualmente.
- Resultados adicionales para medir las características definitorias:
- * Control de síntomas.
- Aplica medidas preventivas: Puntuación diana: 5 habitualmente.
- Resultados asociados con los factores relacionados o resultados intermedios:

- * Perfusión tisular cardiaca.
- Expresiones faciales de dolor: Puntuación diana: 5 ninguno.
- Duración de los episodios de dolor: Puntuación diana: 5 ninguno.
- Inquietud o tensión muscular: Puntuación diana: 5 ninguno.
- Intervenciones de enfermería:
- * Administración de analgésicos: Uso de agentes farmacológicos para reducir o eliminar el dolor.
- * Gestión de la medicación: Fomento de un uso seguro y eficaz de los medicamentos preescritos y sin receta
- * Gestión del dolor: Alivio del dolor o reducción del dolor hasta un nivel que el paciente pueda soportar.

- **Ansiedad:**

- Resultados para medir la resolución del diagnóstico:
- * Nivel de ansiedad: Gravedad de la aprensión, tensión o incomodidad de origen no identificable.
- Mejoría de la ansiedad: Puntuación diana: 5 habitualmente.
- Resultados adicionales para medir las características definitorias:

- * Autocontrol de la ansiedad: Acciones personales destinadas a eliminar o reducir los sentimientos de aprensión, tensión o incomodidad de origen no identificable.

- Controla las distorsiones de la percepción. Puntuación diana: 5 habitualmente.

- Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad. Puntuación diana: 5 habitualmente.

- Resultados asociados con los factores relacionados o resultados intermedios:

- * Afrontamiento: Acciones personales destinadas a manejar los estresantes que ponen a prueba los recursos de un individuo.

- Planifica estrategias de afrontamiento para las situaciones estresantes. Puntuación diana: 5 habitualmente.

- Intervenciones de Enfermería:

- * Apoyo emocional: Proporcionar consuelo, aprobación y ánimo durante los momentos de estrés.

- * Mejorar el afrontamiento: Ayudar al paciente a adaptarse a los estresantes, cambios o amenazas percibidos que interfieren con la satisfacción de las demandas y los roles de la vida.

- * Reducción de la ansiedad: Administrar medicamentos para reducir la ansiedad si es preciso.

- * Técnica para tranquilizar: Reducir la ansiedad en un paciente con ansiedad aguda.

- * Proporcionar información objetiva acerca del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

- * Explicar todos los procedimientos, incluyendo las sensaciones que es probable que note durante el tratamiento.

LA TERAPIA FIBRINOLÍTICA

La terapia fibrinolítica, en los últimos años ha desarrollado cambios importantes en su aplicación, por el alto índice de eficacia durante la atención al paciente con infarto agudo al miocardio. Ha reducido la mortalidad en un 25%, mejorando la función ventricular izquierda y reduciendo el tamaño del infarto. Los máximos beneficios se obtienen dentro de las primeras 3 horas posteriores al inicio de los síntomas. Está indicada cuando el paciente muestre signos sugestivos de infarto agudo al miocardio, el electrocardiograma muestre elevación del segmento ST y los marcadores cardiacos se encuentren elevados. (Da silva, 2005; Martínez, 2006; Dunckley, 2006; Lorente, 2006; Moya, 2011; Meriño, 2012; Tintinalli, 2013; SSA GPC IAM, 2013; Ferreria, 2014)

La fibrinólisis es el proceso de degradación de un trombo dentro de la arteria coronaria. Esta degradación esta mediada por la plasmina, cuyo precursor es el plasminógeno, ha supuesto una reducción significativa de las defunciones por infarto agudo al miocardio y tiene una mayor eficacia al reducir la mortalidad e incrementar el índice de supervivencia si se ministra dentro de las primeras 12 horas posteriores al inicio de los síntomas. Es el tratamiento de elección si el paciente no presenta contraindicaciones y se realiza dentro de la unidad de choque, por lo cual, el personal de enfermería, interviene en el cuidado al paciente antes, durante y después de la terapia. (Da silva, 2005; Martínez, 2006; Dunckley, 2006; Lorente, 2006; Moya, 2011; Meriño, 2012; Tintinalli, 2013; SSA GPC IAM, 2013)

Antes de iniciar la terapia fibrinolítica, la enfermera debe realizar una historia clínica completa, para identificar los antecedentes personales patológicos que no son compatibles con el tratamiento por el alto riesgo de hemorragia. Debe ir acompañado de una exploración clínica minuciosa para

determinar el estado hemodinámico del paciente con la monitorización continua de los signos vitales y la revaloración continua para identificar las complicaciones inherentes al infarto agudo al miocardio e intervenir inmediatamente para preservar la vida y limitar el daño en conjunto con el equipo multidisciplinario en la unidad de choque. (Da silva, 2005; Martínez, 2006; Dunckley, 2006; Lorente, 2006; Moya, 2011; Meriño, 2012; Tintinalli, 2013; SSA GPC IAM, 2013; Ferreria, 2014)

Los fármacos fibrinolíticos, son enzimas proteolíticas inactivas, que se unen a la fibrina durante la formación del trombo para formar un complejo plasminógeno-fibrina. Dicho complejo incorpora la activación del plasminógeno circulante en el plasma, por ello los fibrinolíticos son específicos para el coagulo, en grado variable y esto induce a la proteólisis de la fibrina. Tienen mayor efecto si se ministran dentro de las primeras 6 horas hasta las 12 horas de aparición de los síntomas. Mejoran la función ventricular izquierda, reducen la mortalidad y aumentan la sobrevida del paciente. Actualmente se utilizan 3 fármacos de elección en las unidades hospitalarias. (Martínez, 2006; Lorente, 2006; Sloman, 2009; Rodriguez, 2011; Ugalde, 2011; Moya, 2011; Tintinalli, 2013; Bulechek, 2014)

El Alteplase Es una molécula sintética de cadena única del DNA, que inhibe el activador del plasminógeno e induce mayor reperfusión coronaria con depleción del fibrinógeno, pero la incidencia de hemorragia intracraneal es mayor. En México, se realizó un estudio para determinar la seguridad y efectividad del alteplase y se demostró que es la opción terapéutica de elección al demostrar una reperfusión de 80% y a 30 días una sobrevida del 95% de los pacientes trombolizados. Su dosis es de 1.5mg/kg, máximo 100mg durante 60 minutos. Se metaboliza en el hígado, tiene una vida media de 26 a 45 minutos y un efecto máximo de hasta 4 horas. (Zabalegui, 2003; Cortes, 2004; Da Silva,

2005; Dunckley, 2006; Gutiérrez, 2010; Moya, 2011; Rodríguez, 2011; Lóriga, 2013; Tintinalli, 2013; Ferreria, 2014;)

Su interacciones con antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes, incrementan el riesgo de sangrado y está contraindicado su aplicación en hemorragias recientes, alteraciones de la coagulación, neoplasia con riesgo de hemorragia, pancreatitis aguda, traumatismo craneoencefálico reciente, hipertensión arterial mayor a 200/100 mmHg. (Zabalegui, 2003; Cortes, 2004; Da Silva, 2005; Dunckley, 2006; Gutiérrez, 2010; Moya, 2011; Rodríguez, 2011; Lóriga, 2013; Tintinalli, 2013; Ferreria, 2014)

La **Tenecteplase** es similar a la forma nativa del rt-PA y difiere por tres situaciones en la cadena de aminoácidos. Es una proteína recombinante que activa el plasminógeno y se une al componente de fibrina del trombo, selectivamente convierte el plasminógeno unido al trombo en plasmina, la que degrada la matriz del trombo. Su dosis es un bolo en 5-10 segundos y es de acuerdo al peso del paciente: <60 kg: 30mg; 61-70 kg: 35mg; 71-80 kg: 40mg; 81-90 kg: 45mg y >91kg: 50mg. Se recomienda su infusión durante 30 minutos y en caso de hipotensión, aumentar a 60 minutos. Para ser eliminada de la circulación, se une a receptores específicos en el hígado y luego efectúa el catabolismo a péptidos pequeños. Su vida media es de 24 minutos hasta 129 minutos. Y se elimina por el hígado. (Zabalegui, 2003; Cortes, 2004; Da Silva, 2005; Dunckley, 2006; Gutiérrez, 2010; Moya, 2011; Rodríguez, 2011; Lóriga, 2013; Tintinalli, 2013; Ferreria, 2014)

La **Estreptocinasa**, es una proteína bacteriana producida por el estreptococo y convierte el plasminógeno en plasmina, con depleción secundaria del fibrinógeno, plasminógeno y factores V y VIII de la coagulación. Su dosis es de 1 500 000 UI en infusión de 60 minutos. Sus interacciones con

anticoagulantes y antiagregantes pueden aumentar el peligro de hemorragia; y sus contraindicaciones son las mismas para el alteplase, añadiendo neoplasia con riesgo de hemorragia. Tiene mayor vida media de 11 a 20 minutos hasta 83 minutos y su especificidad a la fibrina inhibe el activador del plasminógeno. Inicio de acción inmediata, máxima 20 minutos a 2 horas, duración de 4 horas. (Dunckley, 2006; Gutiérrez, 2010; Moya, 2011; Rodríguez, 2011; Lóriga, 2013; Tintinalli, 2013; Ferreria, 2014; Bertram, 2013)

Se recomienda el tratamiento coadyuvante con fármacos antiplaquetarios, antritrombinas, antagonistas B y nitratos, también deben considerarse los inhibidores B de la enzima convertidora de angiotensina, con base en los síntomas, signos vitales y presencia o ausencia de insuficiencia cardiaca. Estos fármacos deben iniciarse en el periodo terapéutico temprano. (Zabalegui, 2003; Cortes, 2004; Da Silva, 2005; Dunckley, 2006; Gutiérrez, 2010; Moya, 2011; Rodríguez, 2011; Lóriga, 2013; Tintinalli, 2013; Ferreria, 2014)

- Salicilatos: reducen la mortalidad del infarto agudo al miocardio a la mitad, al disminuir el riesgo de un reinfarto si se ministra en las 4hrs. siguientes al inicio de los síntomas.
- Heparina: Aumentan la permeabilidad cuando se usa con t-PA, disminuye la mortalidad, la tasa de reinfarto y los trombos en venas profundas.
- Nitratos: Disminuyen la mortalidad al reducir el tamaño del infarto y los trombos e incrementando la fracción de eyección mejorando el riego miocárdico por vasodilatación y reduce la precarga,

- Betabloqueadores: disminuyen la mortalidad y el reinfarto letal. También disminuyen hemorragias intracraneales, el dolor cardiaco y aumentan la perfusión al prolongar la diástole.
- Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina antes de 24 horas: Disminuyen la mortalidad y la insuficiencia ventricular izquierda.
- Lidocaína: Disminuyen la fibrilación ventricular, taquicardia ventricular. Aumenta el riesgo de mortalidad al producir disociación electromecánica, así como la toxicidad del sistema nervioso central en ancianos.
- Magnesio: Puede reducir la mortalidad y debe administrarse en las primeras 6 horas después del inicio de los síntomas, por la actividad antiplaquetaria que produce vasodilatación sistémica y coronaria.

Existen contraindicaciones que el profesional de enfermería debe conocer para la realización de fibrinólisis, las cuales pueden ser absolutas tales como: EVC hemorrágico e isquémico (6 meses previos); traumatismo o neoplasias del SNC; traumatismo grave, cirugía o herida craneal en los 3 meses previos; sangrado digestivo en el último mes; alteraciones de la coagulación conocidas; disección aortica; punciones no comprensivas (biopsia hepática, punción lumbar). Contraindicaciones relativas: anticoagulación oral, embarazo o 1^a semana puerperio; HTA refractaria al tratamiento (sistólica >180 y/o diastólica >110 mmHg); enfermedad hepática grave; endocarditis infecciosa; RCP traumática. (Zabalegui, 2003; Cortes, 2004; Da Silva, 2005; Dunckley,

2006; Gutiérrez, 2010; Moya, 2011; Lóriga, 2013; Tintinalli, 2013; Ferreria, 2014)

La principal complicación del tratamiento fibrinolítico es la aparición de un accidente vascular cerebral agudo. Cuando estos se producen en las primeras horas, suelen ser de tipo hemorrágico, mientras que los que se presentan más tardíamente, suelen ser de tipo isquémico o embólico. Cuando el tratamiento fibrinolítico no es eficaz o el paciente presenta un reinfarto, el tratamiento más adecuado es la realización de una ACTP de rescate. Cuando esto no sea posible, se puede realizar una nueva administración de fibrinolítico, si bien las evidencias existentes hasta el momento no han demostrado que dicha administración sea más eficaz que el tratamiento conservador. (Zabalegui, 2003; Cortes, 2004; Da Silva, 2005; Dunckley, 2006; Gutiérrez, 2010; Moya, 2011; Lóriga, 2013; Tintinalli, 2013; Ferreria, 2014)

ELCUIDADO DE ENFERMERIA DURANTE LA TERAPIA FIBRINOLÍTICA

La Teoría Transcultural permite el estudio de la profesión de enfermería, desde una visión ontológica con respeto a sus prácticas, valores, creencias a través del análisis de los cuidados que proporciona como un grupo social, científico y humanístico que constituye uno de los principios fundamentales de la construcción de conocimientos a través de la reflexión crítica y analítica para establecer modelos de cuidados culturales de acuerdo a las necesidades de los pacientes en la salud y enfermedad, que fundamenten sus intervenciones con la influencia de la tecnología, religión, factores filosóficos y sistemas sociales, valores culturales, factores políticos, legales y educacionales. (Vásquez, 2001; Fernández, 2006; Aguilar, 2007; Raile, 2015)

La enfermería transcultural considera a la cultura y a la sociedad, como factores que influyen en la modificación del estilo de vida de los pacientes que presentan infarto agudo al miocardio y al mismo tiempo, que van construyendo conocimientos tradicionales y genéricos que describen a la enfermera como un ente integral que no puede separarse de su estructura social ni cultural, bajo una concepción del mundo que constituye uno de los principales fundamentos de la teoría de Leininger y que permiten adaptar los cuidados de enfermería de acuerdo a las necesidades del paciente con una perspectiva holística que facilite la preservación de la salud y el mantenimiento de los cuidados.. (Fernández, 2006; Aguilar, 2007; Raile, 2015)

Leininger propone un cuidado holístico al paciente que ingresa a la unidad de choque, con un enfoque congruente, sensible y culturalmente competente a través de la unión del sistema tradicional y el profesional que impulsen a la comprensión de la terapia fibrinolítica antes, durante y después de ministrarla, considerando la fisiopatología del infarto agudo al miocardio para

analizar eficientemente las respuestas humanas que el paciente presente y tome decisiones adecuadas con una base científica y las vivencias profesionales que le han permitido establecer diagnósticos e intervenciones y adoptar el pensamiento crítico frente a la enfermedad que impulse a la comprensión del ser de la enfermería. (Aguilar, 2007; Muñoz, 2007; Pérez, 2009; Gaviria, 2009; Vélez, 2011; García, 2011; Rissardo, 2013; Raile, 2015)

La etnografía es considerada como un procedimiento cualitativo de investigación para estudiar la realidad en una sociedad, desde la concepción y aplicación del conocimiento con una perspectiva flexible, holística, naturalista, subjetiva, inductiva y descriptiva. Para comprender la complejidad del sentido que viven y sienten las personas a través de la expresión científica y priorizar sus intervenciones. Etimológicamente, la etnografía significa el análisis del modo de vida de un grupo de individuos, mediante la observación y descripción de lo que las personas hacen, como se comportan y cómo interactúan entre sí, para describir sus creencias, valores, motivaciones, perspectivas y como estos pueden variar en diferentes momentos y circunstancias. (Hammersley, 1994; Fonseca, 2010; Anon, 2015)

La etnometodología se centra en los hechos sociales a través de la interpretación de las vivencias del ser social la fisiopatología del infarto agudo al miocardio y los cambios hemodinámicos que se producen durante la terapia fibrinolítica para comprender los cuidados de acuerdo a las necesidades fisiológicas y psicológicas que presenta el paciente desde el ingreso a la unidad de choque, analizando los resultados de los estudios diagnósticos para interpretar los cambios que se presenten durante el tratamiento e identificar oportunamente complicaciones por el retraso en la atención o por no realizar la valoración completa del paciente para descartar las contraindicaciones absolutas y relativas de la terapia fibrinolítica. (Raile, 2015)

Woods (1987), propone que la etnografía permite identificar creencias, valores, perspectivas, reglas de conducta, formas de organización, roles internos y motivaciones que caracterizan las actividades diarias de la gente y Martínez (1996) debate este método, pues se limita a los estudios analíticos y descriptivos acerca de las costumbres, creencias, prácticas sociales y religiosas, conocimientos y comportamientos de una cultura específica, mediante estudios de cualitativos, de casos y antropológicos. La construcción del conocimiento transcurre en un contexto sociocultural específico, a través interacciones psicológicas y sociales que permiten un enfoque holístico esencial para poder otorgar el cuidado de enfermería durante su estancia en el área de choque. (D'Angelo, 2004; Anon, 2015)

La etnoenfermería simboliza las creencias, valores y prácticas designadas a brindar cuidados específicos a pacientes que por su condición patológica necesitan comprender el proceso salud-enfermedad, en su dimensión humanista mediante la perspectiva profesional y el significado de las acciones y situaciones en su relación con otras personas. Los significados y expresiones relacionados con los cuidados de enfermería transcultural, sirven de herramienta para la construcción de conocimientos a través de la conducta, flexibilidad y creatividad y adaptar las intervenciones de enfermería con pensamiento crítico y filosófico del ser humano, con características y actitudes determinados por la experiencia del cuidado. (D'Angelo, 2004; Leno, 2006; Muñoz, 2007; Aguilar, 2007; Ramírez, 2011)

La etnoenfermería es el método de investigación a partir de la etnociencia, la cual describe la forma de vida de un grupo a través de la obtención de un relato preciso de la conducta de cada miembro y el modo en el que perciben y conocen su universo. Este método es una herramienta que permite comprender el sentido del cuidado ante una intervención y predecir la

conducta humana dentro de un contexto cultural y describir sus creencias, valores, motivaciones, perspectivas para el entendimiento en la organización y construcción de nuevos conocimientos de la terapia fibrinolítica. (Reyes, s.f.; Martínez, 1994; Vásquez, 2007; Sierra, 2006; Muñoz, 2007; Pérez, 2009; García, 2011; García, 2012; Secretaria de Salud, 2013; Rissardo, 2013)

Madeleine Leininger, es la fundadora de la enfermería transcultural y líder en la teoría de los cuidados. Durante el análisis de la teoría para el cuidado, el sentido refleja que sus decisiones y acciones son de gran importancia para la atención de los pacientes en la unidad de choque y elaborar un método de investigación que identificara el punto de vista interno de la enfermera, con un análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores, cuidados, expresiones y creencias de la salud y la enfermedad ante un Infarto Agudo al Miocardio, teniendo como propósito, descubrir las particularidades y universalidades de los cuidados de enfermería para recuperar la salud y afrontar la muerte de una manera culturalmente congruente. (Aguilar, 2007; Muñoz, 2007; Pérez, 2009; Raile, 2015)

Leininger, propone describir las experiencias propias de la enfermera que tiene durante la atención al paciente con infarto agudo al miocardio y en las intervenciones durante la terapia fibrinolítica que le permitan interpretar las situaciones internas y expresiones profesionales que guíen su razonamiento para la toma de decisiones e intervenir congruentemente con las necesidades del paciente y que le permitan dar un significado epistemológico del ser enfermera. (Aguilar, 2007)

La enfermería es una disciplina que se ha estipulado como un elemento estratégico dentro del equipo de salud en la unidad de choque, por los conocimientos, habilidades, actitudes y dinamismo para la atención del paciente

con infarto agudo al miocardio, lo que ha permitido desarrollar una visión integral del ser humano dentro de los procesos de recuperación de la salud y proporcionar cuidados con un fundamento científico, humanístico, ético y crítico, evidenciando resultados exitosos que trascienden la perspectiva biológica hacia un análisis reflexivo que le permita construir modelos de atención en enfermería que guíen su práctica profesional. (NOM-019-SSA3-2013; OMS, 2016)

La visión de la enfermera debe permitirle dar un significado a los atributos del cuidado durante la terapia fibrinolítica que le proporciona al paciente con infarto agudo al miocardio desde 3 perspectivas:

Microperspectiva: Los profesionales de enfermería, se rigen por costumbres científicas y tradicionales que involucran su formación académica, sexo, antigüedad y el número de trabajos que desempeñan, edad, creencias religiosas, creencias filosóficas, nivel socioeconómico, creencias políticas en un mundo simbólico en donde las causas de la enfermedad son progresivas, modificables y pocas veces predecibles y que en la sociedad actual se permite valorar la vida, la naturales y a la persona como un ser integral y que le permitan a la enfermera otorgar un cuidado para promover la vida, prevenir la enfermedad y fomentar los estilos de vida saludables, manteniendo la autonomía del paciente (Vásquez, 2001; Fernández, 2006; Aguilar, 2007; Raile, 2015)

Perspectiva media: Los conocimientos científicos que se han adquirido durante la formación académica, le permiten a la enfermera integrarse de manera activa al equipo en la unidad de choque, como una parte fundamental al realizar la valoración inicial del paciente cuando ingresa e integrar diagnósticos de enfermería que le permitan planear intervenciones para proporcionar cuidados generales y específicos de acuerdo a las necesidades y cambios

hemodinámicos que presente favoreciendo la seguridad del entorno y propiciando la confianza con una comunicación efectiva a través de la interacción enfermera-paciente. (Cortés, 2004; Da Silva, 2005; Martínez, 2006; Fernández, 2006; Dunckley, 2006; Lorente, 2006; Aguilar, 2007; Lara, 2009; Raile, 2015)

Macroperspectiva: En la unidad de choque, las vivencias que tiene la enfermera durante el cuidado de la terapia fibrinolítica, le permiten experimentar situaciones de estrés, miedo, angustia y desconcierto durante la atención al paciente que ingresa a la unidad de choque, estructurando mentalmente los planes de cuidados integrales científicos y tradicionales que ejecuta como un proceso vital ante la necesidad de mantener la supervivencia del paciente a quien visualiza como un ente bipsicosocial y esencia humana, quien sufre intranquilidad y confusión por la enfermedad que presenta, manifestando alteraciones físicas y psicológicas, proximidad a la muerte y desesperanza. (Fernández, 2006; Aguilar, 2007; Quintero, 2010; Raile, 2015)

Campinha-Bacote y Madeleine Leininger, definen como competencia cultural al proceso por el cual, la enfermera lucha por alcanzar la habilidad cognitiva y proporcionar cuidados culturalmente congruentes durante la terapia fibrinolítica, perfilando la conciencia profesional como una guía de acción que favorece el pensamiento crítico mediante una valoración sistemática del paciente con infarto agudo al miocardio identificando los cambios experimentados en el proceso vital y las necesidades que manifieste como pueden ser de comunicación, personalización, seguridad, espirituales y religiosas, comprendiendo los valores, creencias y prácticas de la propia enfermera (Vásquez, 2001; Ruiz, 2005; Aguilar, 2007; Blanca, 2008; Raile, 2015)

La sociedad se rige por medio de costumbres, educación, sexo, edad, ocupación y creencias mismas que condicionan en una persona a presentar un infarto agudo al miocardio y la enfermería analiza estos cambios dentro del proceso fisiopatológico para establecer los cuidados que proporciona desde el ingreso hasta la valoración posterior de la ministración de la terapia fibrinolítica, valorando los factores de riesgo, su estilo de vida, sus complicaciones y los cambios hemodinámicos, con una fundamentación científica, humanística y filosófica que se requiere para que el paciente pueda recuperar su salud y adopte nuevas conductas para futuras intervenciones con una reflexión crítica y analítica. (Vásquez, 2001; Ruiz, 2005; Aguilar, 2007; Blanca, 2008; Raile, 2015)

El cuidado de enfermería, debe integrarse con el reconocimiento de las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de la propia enfermera y del paciente, interactuando profesionalmente en la unidad de choque y aplicando intervenciones específicas y generales de enfermería, valorando la respuesta positiva que se genere al incrementar el nivel de supervivencia, propiciando un entorno de apoyo y protección sobre los factores internos y externos de la fisiopatología del paciente con infarto, reconociendo la influencia sociocultural y espiritual para modificar los estilos de vida, con gran responsabilidad y satisfaciendo las necesidades humanas de ambos grupos para fortalecer el conocimiento y crear nuevos modelos de atención. (Rivera, 2007)

El hacer de la enfermera, hace referencia al conocimiento científico, conocimiento tradicional, habilidades profesionales, liderazgo en equipo, trabajo en equipo y comunicación efectiva que impulsará la edificación de nuevas guías terapéuticas para lograr la excelencia del cuidado, el cual, es la esencia, el eje y el corazón de la ciencia de enfermería, pretendiendo mantener la armonía entre

el cuerpo, mente y alma para el paciente y la propia enfermera, con un ambiente de respeto por la vida, ayuda mutua, dignidad humana, confianza y seguridad durante la terapia fibrinolítica, orientando a la toma de decisiones científicas, humanistas, filosóficas, ontológicas y epistemológicas durante el cuidado al paciente en la unidad de choque. (Rivera, 2007)

La enfermera debe poseer habilidades cognitivas que la orienten a la toma de decisiones eficaces, incluyendo valores, actitudes, conocimientos, liderazgo, comprensión del proceso patológico, gestionando un clima de trabajo favorable y participativo entre el equipo multidisciplinario, considerando la sociodemografía de cada enfermera como su edad, género, residencia, vivencias, experiencia profesional, nivel académico, motivación, valores éticos y socioculturales que han demostrado su influencia en el comportamiento humano y que modifican su personalidad sensitiva frente a las actitudes de los demás, para planificar, ejecutar y controlar el cuidado con calidad y sensibilidad humana. (Zabalegui, 2003; Poblete, 2007; Rivera, 2007; Estefo, 2010)

El cuidar en la enfermería, implica un autoconocimiento de sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones como una persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad y apoyo efectivo durante su intervención en la terapia fibrinolítica. Este autoconocimiento de la enfermera, debe nutrirse y crecer subjetivamente para permitirle aproximarse a una reflexión teórica, filosófica del ciclo vital humano y familiar y partir de esta visión para romper esquemas y paradigmas biologicistas, y manifestarse como persona única y auténtica ante una realidad social que aun la limita a planificar, ejecutar y controlar con calidad las intervenciones que integra para el paciente con infarto agudo al miocardio y que necesita de una complejidad científica para recuperar su salud. (Rivera, 2007)

El hombre de Piaget prefiere seleccionar e interpretar de manera activa la información del entorno para la construcción de su propio conocimiento, más que copiar pasivamente la información tal como llega a los sentidos. La estructura del entorno durante la búsqueda del conocimiento, el hombre de Piaget, reconstruye e interpreta el entorno según su propio marco mental. La mente no copia el mundo, ni lo ignora creando una concepción mental particular de este desde su totalidad, la mente se funde con el entorno de manera extremadamente activa, dirigida por uno mismo. La filosofía es la forma más abstracta de expone el significado de los fenómenos de enfermería a través del análisis, el razonamiento y la presentación lógica.

Una enfermera adquiere un contexto sociocultural específico de normas, valores y esferas de actividad social, con responsabilidades, compromisos y roles que desempeña durante su actividad diaria. Cuando se otorga el cuidado desde la perspectiva intelectual, emocional, social y espiritual y ejercer con un alto nivel de responsabilidad con pensamiento crítico, reflexivo y creativo en las diferentes esferas de la vida social. Y por ello, el enfoque de Leininger, es interpretar la manera en que se proporciona el cuidado a los pacientes durante la terapia fibrinolítica, en donde las experiencias, creencias y valores revelan sus conocimientos y guían el cuidado necesario para el paciente durante la terapia fibrinolítica en la unidad de choque. (D'Angelo, 2004; Ruiz, 2005; Fonseca, 2010; Raile, 2015)

Las experiencias sensoriales se interpretan y adquieren significados bioculturales, para la selección y organización de conocimientos moldeados por pautas culturales e ideológicas, los cuales, conciben un aprendizaje de manera implícita en su proceso cognitivo. La formulación de juicios y opiniones, están involucrados en los mecanismos vivenciales construidos en la selección y organización de sensaciones y estímulos, que permiten considerar

circunstancias intelectuales a través de mecanismos de preferencias y prioridades acerca de lo que se percibe, evaluando la importancia dentro de las circunstancias biológicas, históricas y culturales que estimulan el aprendizaje mediante una reflexión científica, filosófica y humanística. (; Sierra, 2006; Perdomo, 2011; Castañeda, 2013)

La percepción del personal de enfermería ante las vivencias contrastadas con los conocimientos, contemplando las dimensiones humanas del cuidado durante la terapia fibrinolítica por encima de los instrumentos tecnológicos, para alcanzar el equilibrio entre lo científico y lo humanístico, identificando las competencias profesionales para su aplicación y análisis de los cuidados que requieren los pacientes, aplicando, construyendo y reproduciendo modelos de atención para la toma de decisiones y ejercicio profesional de enfermería desde la perspectiva cultural, incorporando teorías de la comunicación transpersonal. (Vargas, 1994; D'Angelo, 2004; Sierra, 2006; Leno, 2006; Muñoz, 2007; Aguilar, 2007; Torres, 2010; Ramírez, 2011; Castañeda, 2013)

La modificación de la conducta del hombre a través de la internalización de experiencias es de especial importancia para el desarrollo de los procesos mentales superiores para la transformación de la actividad que se sirve de respuestas, cuya historia y característica quedan ilustradas por el desarrollo de la inteligencia práctica, de la atención voluntaria y de la memoria. Por lo tanto, la percepción es un proceso interpersonal que va desarrollando la atención voluntaria, la memoria lógica y la formación de conceptos críticos que engloban el cuidado cultural para llegar a la toma de decisiones y acciones en los cuidados de enfermería durante la terapia fibrinolítica. (Vargas, 1994; D'Angelo, 2004; Sierra, 2006; Leno, 2006, Muñoz, 2007; Aguilar, 2007; Torres, 2010; Ramírez, 2011; Castañeda, 2013)

Percepción: la percepción es un acto complejo que depende tanto de quien recibe como de quien proporciona la información, percibimos sensaciones, sentimientos y la intimidad de la otra persona, en ese momento el individuo se reduce el mundo que lo rodea a unos hechos concretos, por lo tanto, se puede definir como la interpretación de esas sensaciones, dándoles significado y organización. La organización, interpretación, análisis e integración de los estímulos, implica la actividad no solo de nuestros órganos sensoriales, sino también de nuestro cerebro. Es una dimensión determinada por el contexto sociocultural, los hábitos y las costumbres; además del ambiente físico donde se brinda el cuidado. (Muñoz, 2007; Aguilar, 2007; Torres, 2010; Ramírez, 2011; Castañeda, 2013)

La percepción del cuidado de enfermería se define como un proceso mental de ser humano que le permite organizar de una forma significativa y clara en el interior de si mismo, todo aquello que obtiene del exterior, para poder tener conciencia de lo que le rodea, en la relación enfermera-ser cuidado, esta percepción del cuidado de enfermería hace referencia a la impresión que subyace de esta interrelación en el momento de cuidar al otro y como se interiorizan y clasifican los momentos y acciones intencionales de la persona cuidada y de aquella denominada cuidadora. Es importante tener en cuenta que cada experiencia del cuidado recibe influencia de múltiples factores sociales, personales, históricos y culturales. (Rivera, 2007; Ramírez, 2011; Castañeda, 2013)

Rivera (2007) refiere que el dar apoyo emocional como categoría de cuidado humanizado se refleja en los comportamientos: confianza, acompañamiento durante los procedimientos médicos, dar tranquilidad, dar un cuidado amoroso y dedicado y atención fundamentada en el apoyo emocional y Watson (1999) fundamenta su teoría del cuidado humano sobre el ejercicio

profesional de la enfermería, en donde argumenta que la enfermera debe estar preparada para los sentimientos positivos y negativos que surgen en la interacción de cuidado, reconociendo que la comprensión intelectual y la comprensión emocional de una situación son diferentes. Cada persona percibe el mundo y observa las cosas de manera distinta, acumula una serie de conocimientos que se van adquiriendo a lo largo de la vida. (Rivera, 2007; Ramírez, 2011; Castañeda, 2013)

La enfermera es apreciativa y sensitiva de los valores, creencias, estilos de vida, prácticas y estrategias de resolución de problemas en la cultura de los clientes, debe incluir conocimientos, sino somos conscientes de nuestros propios valores y creencias corremos el riesgo de ser impositivos en el cuidado. La necesidad de conocer por parte del personal de enfermería el proceso individual que cada persona experimenta acerca de la enfermedad, el conocimiento de su historia personal, sus opiniones, sus vivencias, así como el significado y la interpretación que tiene con respecto al proceso que está experimentando debe ser contemplado por encima de los instrumentos diagnósticos. Promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. (Vásquez, 2001; Zabalegui, 2003; Ruiz, 2005)

Los cuidados de enfermería durante la terapia fibrinolítica, tienen gran impacto sobre la recuperación de los pacientes, como lo reconocen los demás integrantes del equipo de salud. Sin embargo, no hay estudios en México que evidencien estas competencias ni el soporte de entrenamiento para que las enfermeras puedan realizar esta terapia. En Inglaterra, se aprobó la participación activa de los profesionales de enfermería para realizar esta terapia y estudios han demostrado su efectividad y eficiencia en la precisión de la terapia fibrinolítica, integrando un cuidado holístico y humanizado que fundamentan la base sólida de los conocimientos y que permiten a las

enfermeras guiar sus prácticas y métodos terapéuticos específicos para ayudar a los pacientes a recuperar su salud. (Aguilar, 2007; Sloman, 2009; Pérez, 2009; Santana, 2010; Muñoz, 2007; Mata, 2012)

El cuidado de enfermería durante la terapia fibrinolítica, debe ser basado en sus estilos de vida, creencias, contexto del entorno, valores y modelos tradicionales y profesionales, enfocados en las necesidades humanas para la recuperación de la salud, integrando los conocimientos, experiencias y ética para enfatizar el sentido del cuidado que es la esencia de la enfermería. Este cuidado durante la terapia fibrinolítica es capaz de trascender la teoría, puesto que engloba a la familia, necesidades psicoemocionales, relaciones interpersonales, relaciones interprofesionales, afecto, escucha, política, filosofía como dimensiones ontológicas y epistemológicas que determinan las acciones de la enfermera humanista. (Muñoz, 2007; Gaviria, 2009; Pérez, 2009; García, 2011; Rissardo, 2013; Raile, 2015)

El cuidado debe ser una acción diferencial, teniendo en cuenta la singularidad del ser humano como ser único, la universalidad de las prácticas y valores, complejidad humana, descubriremos los múltiples aspectos que cada ser trae en su condición de humano. La atención incluye los actos para ayudar y dar soporte o facilidades a individuos o grupos con necesidades evidentes o previsibles, también sirve para mejorar las condiciones humanas y los modos de vida. Los cuidados de enfermería implican una interacción, interpretación, comprensión y experiencia hermenéutica, basada en los conocimientos, competencias, confianza en los pacientes y capacidad para gestionar todos los elementos en el contexto de tales cuidados. (Vásquez, 2001; Aguilar, 2007; Rivera, 2007; Raile, 2015)

El profesional de enfermería, debe responder a las necesidades de los pacientes con infarto agudo al miocardio, con el uso de la tecnología y estrategias de mejoramiento continuo susceptibles a garantizar la óptima calidad del cuidado durante la terapia fibrinolítica, ejerciéndolo con dinamismo e impacto social, mediante los principios propios y sustentados por avances en la sociología, psicología y medicina, conceptualizando el cuidado humanista como centro en la visión de ser único, integral y trascendental que refleja el pluralismo y la diversidad de su enfoque. (Reyes, s.f.; Ortiz, 2000; León, 2003; Barbosa & Azevedo, 2006; Aguilar, 2007; Muñoz, 2007; Gaviria, 2009; Pérez, 2009; Torres, 2010; García, 2011; Rissardo, 2013; Raile, 2015)

La ciencia de enfermería ante el usuario con la terapia fibrinolítica, tiene la capacidad reflexiva y metodología emitiendo un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros e integrales que sustenten la mejor evidencia relativa al conocimiento enfermero para la toma de decisiones sobre el cuidado, con una visión de la vida humana y de la salud. El desarrollo de conocimientos se enfocan en la persona, su comportamiento y el significado de sus experiencias consideradas de manera holística. Por lo tanto, las transacciones biosociales y espirituales del ser humano son centrales a la disciplina de la enfermería. (Zabalegui, 2003; Aguilar, 2007; Muñoz, 2007; Gaviria, 2009; Pérez, 2009; Torres, 2010; García, 2011; Rissardo, 2013; Raile, 2015)

Las decisiones y acciones del cuidado de enfermería serán benéficas y satisfactorias para los clientes si usan las tres formas de intervenciones congruentes, basadas sobre la evaluación de los beneficios y riesgos de creencias, valores y modos de vida. La enfermera debe identificar aquellas prácticas y valores dignos de mantener, pues promueven el bienestar y condiciones de vida adecuadas para la conservación de la salud. Dando

respuesta al bienestar en diferentes contextos a nivel mundial. Este conocimiento contribuye a que podamos elaborar herramientas que faciliten, no solo que las personas tomen decisiones informadas sobre el cuidado que queremos proveer, sino que también ayude en los procesos que desarrollamos de negociación y reestructuración del cuidado. (Vásquez, 2001; Aguilar, 2007; Estefo, 2010; Raile, 2015)

El razonamiento previo utiliza la lógica deductiva a partir de la causa efecto o por generalización del infarto agudo al miocardio, a través de las conjeturas y refutaciones durante el cuidado en la terapia fibrinolítica que le permiten a la enfermera comprobar los métodos empíricos y el análisis lógico como 2 enfoques que producen el conocimiento científico. Los conceptos y teorías conducen al razonamiento mental acerca de pautas específicas observadas y los juicios razonados sobre las evidencias disponibles que determina el nivel de las acciones y decisiones de los cuidados enfermeros, en este nivel se proporcionan los cuidados enfermeros integrales que incluyen la preservación, acomodación y remodelación de los cuidados culturalmente congruentes. (Fernández, 2006; Aguilar, 2007; Raile, 2015)

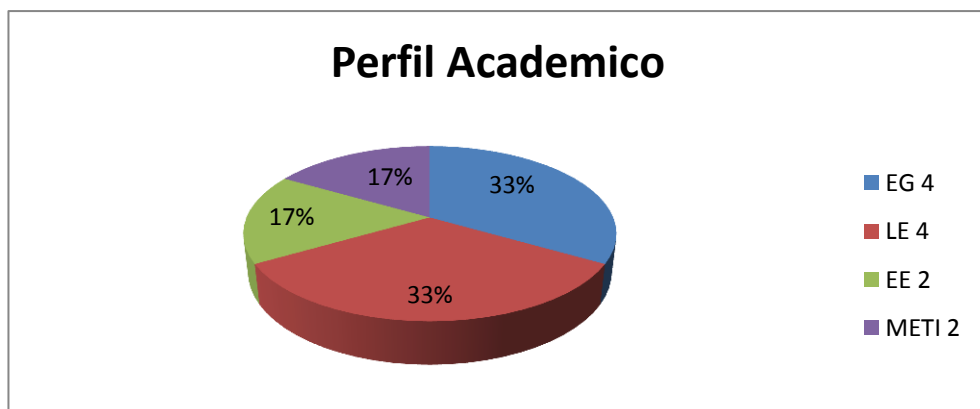
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Se recopilaron datos demográficos de los entrevistados, entre los cuales se preguntó el perfil académico, código laboral, turno actual, antigüedad en el servicio, edad, sexo y tipo de recurso. El hospital de tercer nivel, labora los 7 días de la semana, dentro de los cuales, están distribuidos en 6 turnos para asegurar la cobertura de los servicios dentro de la unidad de choque. Cada turno se integra por 2 enfermeras.

Tabla 1 según el perfil académico de las enfermeras de un hospital de tercer nivel en Toluca, México; 2017.

Perfil Académico	Frecuencia
Enfermera General	4
Licenciada en Enfermería	4
Enfermera Especialista	2
Maestra en Terapia Intensiva	2
Total	12

Fuente: Entrevistas

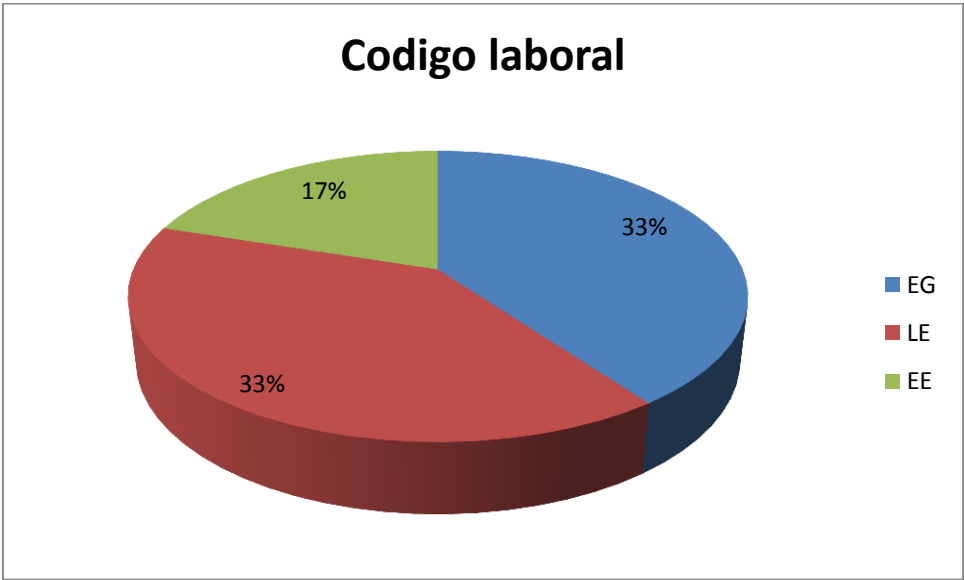


Entre la población encuestada, se encontró que el 33% tiene grado académico de Enfermera General al igual que el nivel Licenciatura con 33%, seguidos de la Enfermera especialista y la Maestría en Enfermería con un 17%.

Tabla 2 de acuerdo al código laboral de las enfermeras de un hospital de tercer nivel en Toluca, México; 2017.

Código laboral	Frecuencia
EG	6
EGC	3
EE	3
Total	12

Fuente: Entrevistas

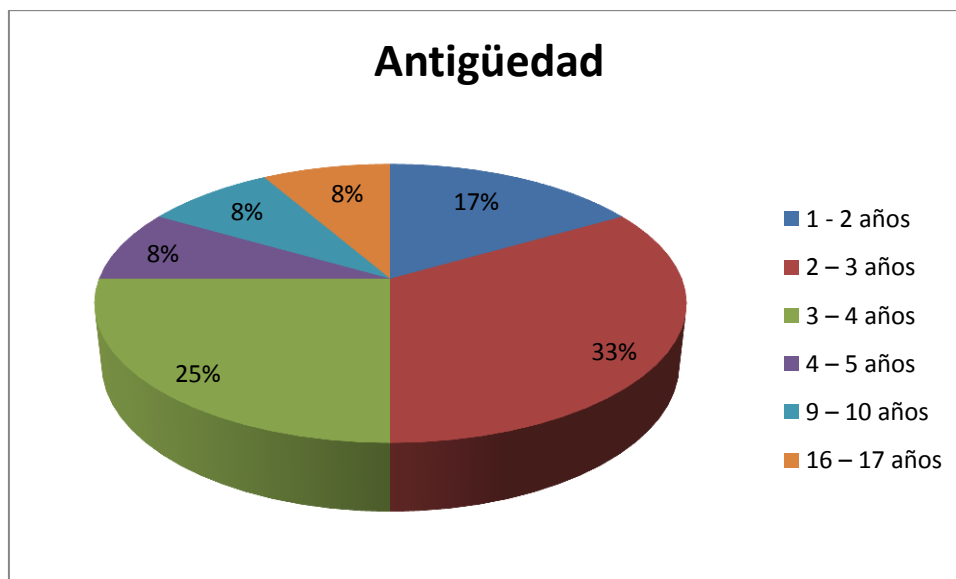


El 50% de los entrevistados, tienen un código de Enfermera General “A” y con 25% cada uno tienen código de Enfermera General “C” y Enfermera Especialista.

Tabla 3 según la antigüedad de las enfermeras en la unidad de choque de un hospital de tercer nivel en Toluca, México; 2017.

Antigüedad	Frecuencia
1 - 2 años	2
2 – 3 años	4
3 – 4 años	3
4 – 5 años	1
9 – 10 años	1
16 – 17 años	1
Total	12

Fuente: Entrevistas

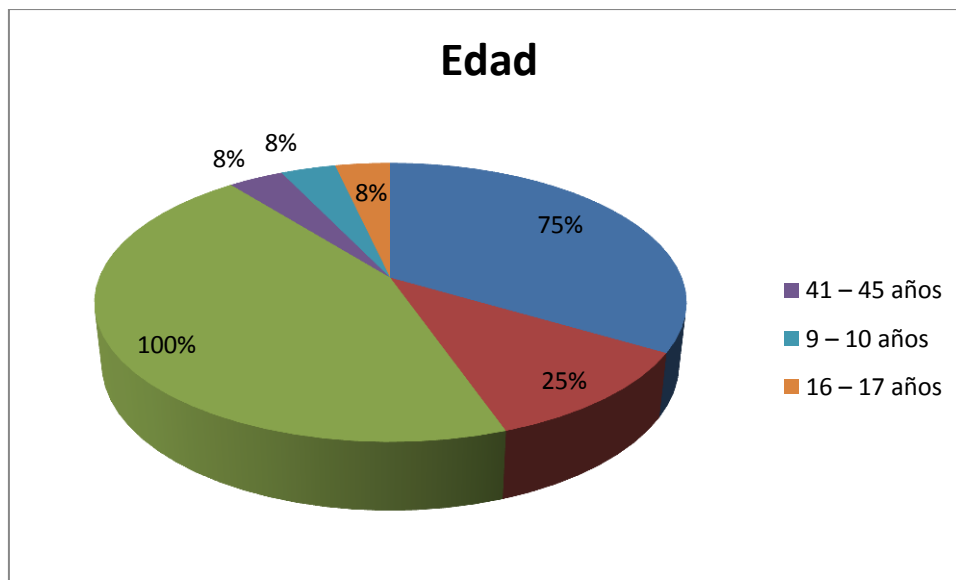


El 33% de la población de estudio, tiene una antigüedad entre 2 a 3 años, seguido de 3 a 4 años con un 25%, de 1 a 2 años se encuentra el 17% y mayores de 4 años de antigüedad con el 24%.

Tabla 4 de acuerdo a la edad de las enfermeras en la unidad de choque de un hospital de tercer nivel en Toluca, México; 2017.

Edad	Frecuencia
26 – 30 años	3
31 – 35 años	3
36 – 40 años	5
41 – 45 años	1
Total	12

Fuente: Entrevistas

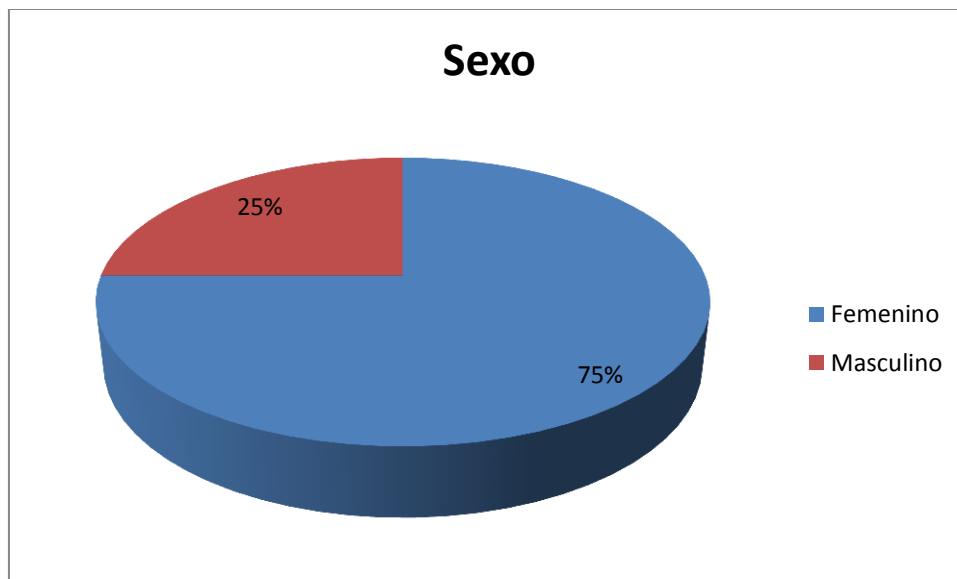


El 42% del personal de enfermería entrevistado, tiene de 36-40 años de edad, con 25% de 26-30 y 31-35 años respectivamente y el 24% es mayor de 41 años de edad, teniendo una gran diversidad de conocimientos tradicionales por edad generacional.

Tabla 5 de acuerdo al sexo de las enfermeras de la unidad de choque de un hospital de tercer nivel en Toluca, México; 2017.

Sexo	Frecuencia
Femenino	9
Masculino	3
Total	12

Fuente: Entrevistas

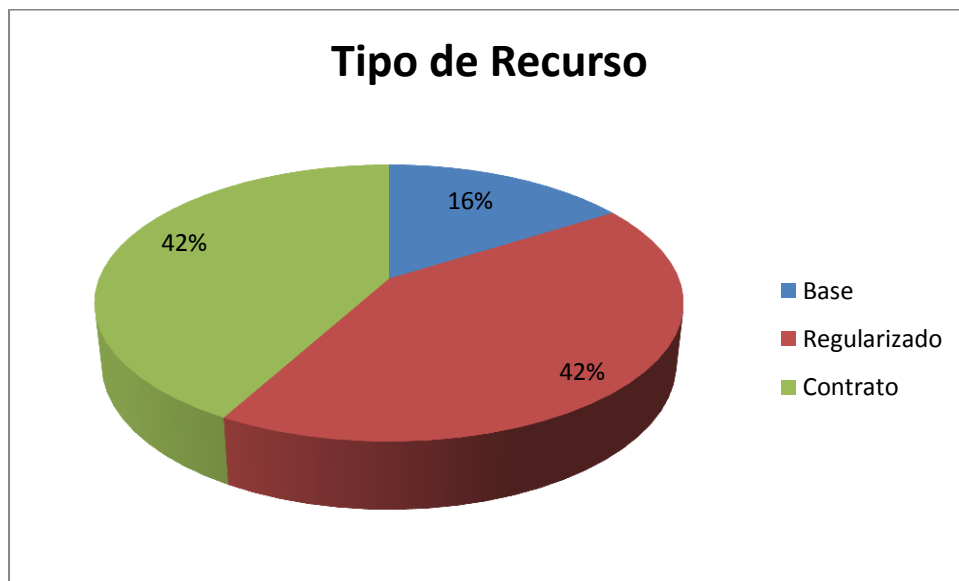


El 75% del personal entrevistado, es del sexo femenino y el 25% del sexo masculino.

Tabla 6 según el tipo de recurso de las enfermeras de la unidad de choque de un hospital de tercer nivel en Toluca, México, 2017.

Recurso	Frecuencia
Base	2
Regularizado	5
Contrato	5
Total	12

Fuente: Entrevistas



El 16% es recurso de base y el personal de contrato y regularizado tienen el 42% cada uno.

CATEGORIZACIÓN DE RESULTADOS

El grupo de profesionales estuvo comprendido por 12 enfermeras que expresan la percepción sobre el cuidado, derivado de la información obtenida mediante el proceso de codificación inductiva se obtuvieron 4 categorías:

1. La columna vertebral integral, científica y humanística.
2. La experiencia, una vivencia con el paciente en el hacer de enfermería.
3. Una oportunidad de vida como esencia del ser enfermera.
4. Cuidados de enfermería desde la visión transcultural.

La importancia del trabajo de campo se transcribió fielmente, realizando el análisis paralelamente a su recolección, durante el desarrollo de la investigación se fue haciendo la comprensión del sentido crítico y reflexivo, el cual fue constante y de ello se establecieron categorías de forma inductiva para integrarse los resultados.

Categoría 1 La columna vertebral integral, científica y humanística

A partir de la lectura de los relatos de las enfermeras, el cuidado debe ser encaminado al paciente, cuando la enfermera percibe que llega con dolor en el pecho, interviniendo para reducir el riesgo de muerte. Este cuidado debe ser con fundamento científico, humanista y éticos que la profesión establece. Tal como lo expresan los siguientes relatos:

S1: “Yo lo percibo como la columna vertebral en la atención del paciente.”

S3: “La responsabilidad de estar en choque es que tengo que tener habilidades y conocimientos...”

S5: “El cuidado es muy importante, porque realmente es necesario jerarquizar las intervenciones de enfermería, pues depende de un acceso venoso funcional, monitorización oportuna y oxigenación.”

S6: “La percibo como una terapia integral, pues el manejo hemodinámico y el tratamiento están descritos en la Guía de Práctica Clínica...”

S11: “Pues como lo más importante, porque como enfermera es esencial proporcionar el cuidado integral, con las intervenciones de enfermería enfocadas en la recuperación del paciente.”

S12: “Percibo el cuidado como una integración de conocimientos para que podamos proporcionar al paciente intervenciones de enfermería enfocadas en la recuperación del paciente que ha sufrido un infarto.”

Esos discursos destacan la universalidad de los cuidados de enfermería, con visión del entorno desde la estructura social que permea durante la terapia fibrinolítica para afrontar la vida del usuario a través de experiencias que guie las prácticas terapéuticas de la enfermera, además de contar con habilidad para la toma de decisiones, trasladar ideas a las experiencias al cuidado holístico

para promover la vida, prevenir la muerte, dimensión transcultural a través de la reflexión crítica y analítica para establecer modelos de cuidados culturales de acuerdo a las necesidades de los pacientes. (Barbosa, 2006; Fernández, 2006;, 2007; Muñoz, 2007; Vázquez Truissi, 2008; Pérez, 2009; Gaviria, 2009; García, 2011; Rissardo, 2013; Raile, 2015; Reyes, s.f.)

Categoría 2 La experiencia, una vivencia con el paciente en el hacer de enfermería

El sentido de la experiencia de la enfermera es lo que rigen su comportamiento y la convivencia entre el paciente y el personal de enfermería. La experiencia de las enfermeras durante el cuidado en la terapia fibrinolítica, permite llegar al conocimiento sistemático desde el punto de vista sociocultural, pues es imperativa la necesidad de la supervivencia del paciente ante el riesgo inminente de muerte. Esta categoría está fundamentada en los siguientes relatos:

S1. *“Es importante organizarnos, así reducimos tiempos de atención y mejoramos el cuidado de enfermería...”*

S2. *“Yo los realizo de acuerdo a la priorización de necesidades y eso con la experiencia y la práctica lo vas adquiriendo...”*

S3: *“... debemos actuar con profesionalismo, con ética y sobre todo con el pensamiento crítico de las decisiones que tomamos...”*

S7. *“Es conforme a la experiencia que vas aprendiendo a hacer las cosas, y poco a poco, los médicos van confiando en nosotros para poder dejarnos hacer el cuidado de enfermería...”*

S9. *“... poco a poco me he ido haciendo mi propio protocolo, siempre guiándome de lo establecido, pero la experiencia te va ayudando a ver de diferente forma las cosas...”*

S12: *“Con cada paciente se aprende lo mejor y yo creo que si he tenido algunas situaciones que pongan en riesgo la vida de los paciente, pero voy aprendiendo poco a poco sobre las situaciones que generan complicaciones...”*

Esta interpretación de vivencias es de acuerdo a su experiencia y se derivan de sus percepciones y acciones en relación con los contextos sociales y

culturales que permiten llegar a juicios, razonamientos y actos a partir de significados y prácticas que ejerce la enfermería trans-cultural. Leininger, refiere que las enfermeras deben trabajar de tal modo que se explique el uso de los cuidados y los significados, así como los cuidados culturales, valores, creencias y modos de vida que puedan facilitar bases fiables y exactos para planificar y aplicar eficazmente los cuidados específicos de enfermería. (Barbosa, 2006; Fernández, 2006; Aguilar, 2007; Muñoz, 2007; Vázquez Truissi, 2008; Pérez, 2009; Gaviria, 2009; García, 2011; Rissardo, 2013; Raile, 2015; Reyes, s.f.)

El sentido final en la experiencia cotidiana en el ser y hacer de la enfermería, al mismo tiempo que va construyendo conocimientos tradicionales y genéricos que describen a la enfermera como un ente integral que no puede separarse de su estructura social ni cultural, bajo una concepción del mundo que constituye uno de los principales fundamentos de la Teoría de Leininger. (Barbosa, 2006; Fernández, 2006; Aguilar, 2007; Muñoz, 2007; Vázquez Truissi, 2008; Pérez, 2009; Gaviria, 2009; García, 2011; Rissardo, 2013; Raile, 2015; Reyes, s.f.)

Categoría 3 Una oportunidad de vida como esencia del ser enfermera

Estos relatos muestran el sentido de la enfermería como una oportunidad de vida, con responsabilidad y decisiones con valores y profesionalismo, donde sustentan en una base de creencias y valores de forma holística cuando el paciente manifiesta sentir angustia y miedo a la muerte, desarrollando durante la experiencia de la vida laboral cuya evidencia conlleva a la responsabilidad consiente del cuidado humanístico, así manifiestan los siguientes relatos.

S1: “Pues que tiene mucha responsabilidad porque es una vida la que estamos tratando y tanto el paciente como los familiares confían en nosotros y depende de las decisiones que tomemos, serán los resultados exitosos que en equipo le demos al paciente.”

S2. “Significa una oportunidad de vida para una persona si se le da el tratamiento inmediato. Para que una terapia sea exitosa, debemos de tener los conocimientos y las habilidades necesarias para poder proporcionar el cuidado.”

S3: “Es de gran importancia, pues nos ayuda a reducir el nivel de mortalidad del paciente, dándole los cuidados necesarios.”

S4. “Debemos de hacer un plan de cuidados estableciendo prioridades y sobre todo que siempre le demos la confianza al paciente...”

S5. “un acto de profesionalismo, pues es poner en práctica los conocimientos y las habilidades que hemos desarrollado durante nuestra vida laboral...”

S6. “Es muy noble ayudar a las personas que lo necesitan, en este caso, los pacientes con infarto, necesitan que alguien los ayude, pues con el simple dolor que presentan, para ellos es motivo de angustia, y las creencias de algunos pacientes y familiares es que el infarto es motivo de muerte.”

S7: “Es importante estar al pendiente de los cambios hemodinámicos que presente, pues cada momento es susceptible para que el paciente se desestabilice.”

S9: “... nosotros como personal de enfermería debemos de estar capacitados para la atención del código SICA, de esta forma, se reducen tiempos de tratamiento y el paciente tendrá una mejor sobrevida...”

S10: “Para mi significa, una oportunidad de vida para los pacientes... es indispensable que lo hagamos siempre con profesionalismo, con el fin de que el paciente pueda irse a su casa, consciente de que tiene que hacer cambios en su estilo de vida...”

La enfermería transcultural describe los cuidados científicos de manera holística, dado que Leininger expresa que el cuidar es el corazón de enfermería, concepto unificador y dominante de la disciplina, considerando su riqueza generacional, constituida por valores, creencias, formas de vida y tradiciones que guían los pensamientos y acciones de la enfermera. Permitiendo asistir, sostener o habilitar a otros con necesidades evidentes o anticipadas para mejorar o estimular una condición humana o un modo de vivir o para afrontar la muerte con un enfoque congruente, sensible y culturalmente competente a través de la unión del sistema tradicional y el profesional que impulsen a la comprensión de la terapia fibrinolítica antes, durante y después de ministrarla. (Barbosa, 2006; Aguilar, 2007; Muñoz, 2007; Vázquez Truissi, 2008; Pérez, 2009; Gaviria, 2009; García, 2011; Rissardo, 2013; Raile, 2015; Reyes, s.f.)

La enfermera experimenta cuidados culturalmente coherentes, responsables y seguros, que disminuyen la satisfacción del paciente y por consiguiente la confianza hacia las enfermeras. Por ello, la universalidad de los cuidados, pone en manifiesto que los cuidados culturales son imprescindibles para curar y recuperar la salud a través de acciones humanísticas y científicas

de acuerdo a las necesidades fisiológicas y psicológicas que presenta el paciente desde su ingreso a la unidad de choque. (Barbosa, 2006; Aguilar, 2007; Muñoz, 2007; Vázquez Truissi, 2008; Pérez, 2009; Gaviria, 2009; García, 2011; Rissardo, 2013; Raile, 2015; Reyes, s.f.)

Categoría 4 Cuidados de enfermería desde la visión transcultural.

La disciplina de enfermería comprende la epistemología del saber enfermero, mediante la integración de conocimientos, experiencias, valores y creencias, enfocados en la conceptualización personal de la vocación. En donde la enfermera desarrolla fortalezas personales aceptando sus necesidades científicas y humanistas para brindar cuidados al paciente que llega a la unidad de choque.

S1. *“No soy muy sensible, pero procuro que los pacientes tengan confianza en nuestro equipo de trabajo... También debe ser con valores y profesionalismo. Y que nuestras experiencias vayan retroalimentando la atención con cada paciente.”*

S4. *“al principio me daba miedo, porque no sabía qué hacer, ni que respuestas esperar del paciente durante la terapia, pero poco a poco fui aprendiendo... y he mejorado mi habilidad...”*

S5. *“Me visualizo como una persona preparada para actuar cuando sea necesario... por eso me entusiasma el poder ayudar a las personas en cuanto lo requieran.”*

S8. *“Me gusta aprender algo que no conozco y el hecho de estar involucrada directamente con los pacientes que se trombolizan, me hace sentir muy competente para seguir adelante.”*

S10. *“Tiene un significado muy particular... nos permite darle el cuidado al paciente conforme lo requiere y de manera humanista.”*

S12. *“Con cada paciente se aprende lo mejor y creo que si he tenido algunas situaciones que pongan en riesgo la vida de los pacientes, pero voy aprendiendo poco a poco sobre las situaciones que generan complicaciones o la muerte y me siento muy capaz de seguir atendiendo a los pacientes”*

El mayor reto para la profesión de enfermería es adaptarse y cubrir las necesidades de los pacientes y de la propia enfermera, teniendo en cuenta que las necesidades cambian desde una visión psicológica, social, física, humanística y científica, en donde las creencias, valores y modos de vida van influenciando en las formas de pensamiento y acción. Tomando conciencia y aceptación de los valores propios que desencadenan dudas, miedos y prejuicios que afectan el desarrollo integral del cuidado. Leininger, confiere que la principal medida es formarse, conocer y comprender el ser de la enfermera como una oportunidad de crecimiento profesional y la construcción del conocimiento transcurre en un contexto sociocultural específico, a través de interacciones psicológicas y sociales que permiten un enfoque holístico esencial para poder otorgar el cuidado de enfermería. (D'Angelo, 2004; Barbosa, 2006; Aguilar, 2007; Muñoz, 2007; Vázquez Truissi, 2008; Pérez, 2009; Gaviria, 2009; García, 2011; Rissardo, 2013; Raile, 2015; Reyes, s.f.)

Para ello es necesario elaborar un método de investigación que identifique el punto de vista interno de la enfermera, con un análisis de las diferentes culturas, con respecto a los valores, cuidados, expresiones y creencias de la salud y la enfermedad, para alcanzar la habilidad cognitiva y proporcionar cuidados culturalmente congruentes durante la terapia fibrinolítica, perfilando la conciencia profesional como una guía de acción que favorece el pensamiento crítico mediante una valoración sistemática del paciente con infarto agudo al miocardio, identificando los cambios experimentados en el proceso vital y las necesidades que manifiesten como pueden ser de comunicación, personalización, seguridad, espirituales y religiosas, comprendiendo los valores, creencias y prácticas de la propia enfermera. (Vásquez, 2001; Ruíz, 2005; Aguilar, 2007; Muñoz, 2007; Blanca, 2008; Pérez, 2009; Raile, 2015)

CONCLUSIONES

La Teoría Transcultural de Madeleine Leininger refiere que el conocimiento no solo es saber la fisiopatología del infarto agudo al miocardio, sino comprender las respuestas humanas que el paciente presenta durante la terapia fibrinolítica, así mismo, el perfil académico le permite ampliar el panorama epistemológico del ser enfermera.

Esta investigación reveló la percepción del cuidado que el profesional de enfermería tiene durante la terapia fibrinolítica, en donde la formación académica y la experiencia incrementan el sentido crítico y reflexivo para comprender el entorno social durante

Se percibe desde su concepción epistemológica, la acción práctica y simbólica en la comprensión del otro, para no fragmentar a este grupo de enfermeras a partir de su punto de vista.

Se desarrolla el cuidado basado en el sistema de creación, desde el punto de vista filosófico que la disciplina otorga sobre el proceso salud-vida y ponerse en el cuerpo del otro, a fin de conocer el sentir de ese grupo de enfermeras en su hacer cotidiano que seguramente permitirá trascender a la enfermería con un aporte epistemológico desde la Teoría de Leininger.

SUGERENCIAS

Con los resultados expuestos de las entrevistas realizadas, se sugiere facilitar al personal de enfermería, la realización de las intervenciones independientes y fortalecer el dinamismo de la unidad de choque con capacitación acerca del infarto agudo al miocardio y las intervenciones durante la terapia fibrinolítica.

El análisis de las vivencias debe enfatizar el cuidado tradicional que se proporciona al paciente y el cuidado profesional, considera aspectos relevantes en el aprendizaje cognitivo, por lo cual, se sugiere la integración de equipos de análisis sobre el infarto agudo al miocardio y elaborar guías terapéuticas de acuerdo con resultados evidentes mediante estudios internos sobre la aplicación del cuidado cultural.

Es necesario impulsar estudios transculturales hospitalarios, por la riqueza científica que aportan para la elaboración, adaptación e implementación de protocolos en la intervención de enfermería durante el cuidado que se proporciona a los pacientes en la unidad de choque, de acuerdo a las necesidades epidemiológicas.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Aguilar Guzmán, O., Carrasco González, M. I., García Piña, M. A. & Saldivar Flores, A., 2007. Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, IV(2), pp. 26-30.

Blanca Gutiérrez, J. J., Blanco Alvariño, A. M., Luque Pérez, M. & Ramírez Pérez, M. A., 2008. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Global*, I(12), pp. 1-14.

Bongard, F. S. & Sue, D. Y., 1995. Enfermedades cardíacas coronarias. En. M. Contreras Razo, ed. *Diagnóstico y tratamiento en cuidados intensivos*. D.F.: Manual Moderno, pp. 569-585.

Cáceres, P., 2003. Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Revista de la Escuela de Psicología*, II(1), pp. 52-82

Castañeda Hidalgo, H. y otros, 2013. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de Enfermería. *Ciencia y Enfermería*, XIX(2), pp. 77-88.

Cortes Villareal, G., 2004. Atención de Enfermería a pacientes con Síndrome Coronario Agudo sometido a tratamiento trombolítico. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, XII(2), pp. 79-81.

Da Silva Paiva, G. & De Oliveira Lopes M. V., 2005. Respuestas humanas identificadas en pacientes con Infarto Agudo del Miocardio ingresados en una unidad de Terapia Intensiva. *Enfermería en Cardiología*, I(36), pp. 22-27.

Dunckley, M. y otros, 2006. Acute coronary syndrome nurses: Perceptions of other members of the health care team. *Accident and Emergency Nursing*, Issue XIV(1), pp. 204-209.

Duque Páramo, M. C., Castellanos Soriano, F. & Buitrago García, C., 2014. La investigación cualitativa en enfermería en Colombia. *Enfermería Global*, I(36), pp. 208-222.

Estefo Agüero, S. & Paravic Klijn, T. 2010. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. *Ciencia y enfermería*, XVI(3), pp. 33-39.

Fernández García, V., 2006. Perspectiva de la enfermería transcultural en el contexto mexicano. *Enferm IMSS*, XVI(1), pp. 51-55.

Ferreira González, I., 2014. Epidemiología de la enfermedad coronaria. *Revista Española de Cardiología*, LXVII(2), pp. 139-144.

García Hernández, M. d. L. y otros, 2011. Construcción emergente del concepto: Cuidado profesional de Enfermería. *Texto Contexto Enfermería Florianópolis*, I(20), pp. 74-80.

Gaviria Noreña, D. L., 2009. La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. *Investigación y Educación en Enfermería*, XXVII(1), pp. 24-33.

Gutiérrez Lizardi, P., 2010. Papel actual de la trombólisis en el infarto agudo al miocardio. En: J. L. Morales Saavedra, ed. *Protocolos y procedimientos en el paciente crítico*. D.F.: Manual Moderno, pp. 171-175.

Hammersley, M., & Atkinson, P., 1994. ¿ Qué es la etnografía?. *Etnografía. Métodos de investigación*, 15-40

Hernandez Vergel, L. L., Zequeira Betancourt, D. M. & Miranda Guerra, A. d. J., 2010. La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, I(26), pp. 30-41.

Hurford, W. E. y otros, 2001. Enfermedad de la arteria coronaria. En: R. Prevoznik, ed. *Cuidados Intensivos*. Madrid: Marbán, pp. 273-292.

Lara Lara, M. D. & Segura Saint-Gerons, C., 2009. Diagnósticos e intervenciones de enfermería en el paciente ambulatorio con cardiopatía isquémica. *Enfermería en Cardiología*, I(46), pp. 17-22.

Lipson, J. G., 2000. Cultura y Cuidados de Enfermería. *Index Enferm*, XXVIII(29), pp. 19-25.

Lorente Millán, Y. M. & Llana Rampirez, M. R., 2006. Fibrinólisis. Terapéutica decidida y aplicada por los enfermeros del Sistema Integrado de Urgencias Médicas de Manzanillo (Cuba). *Enfermería en Cardiología*, I(39), pp. 38-42.

Lóriga García, O., Pastrana Román, I. & Quintero Pérez, W., 2013. Características clínico epidemiológicas de pacientes con infarto agudo al miocardio. *Revista de ciencias médicas*, XVII(6), pp. 37-50.

Mata H., G. J. & García C., J. C., 2012. Trombolisis en infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST en paciente mayor de 75 años. *Revista Colombiana de Enfermería*, VII(7), pp. 122-128.

Merck & Co., Inc., 2011. Enfermedad Coronaria. En: M. Villalba, ed. *Nuevo Manual Merck de información general*. Barcelona.: Océano, pp. 241-261.

Milán YM, L. & Ramirez MR, L., 2006. Fibrinólisis, Terapéutica decidida y aplicada por los enfermeros del sistema integrado de urgencias médicas de Manzanillo (Cuba). *Enfermería en Cardiología*, I(39), pp. 38-42.

Monticelli, Marisa, Cruz Quevedo, Juana Edith & Villareal Reyna, María de los Angeles. 2008. *Investigación cualitativa en Enfermería: Contexto y bases conceptuales*. Whashington, D.C., Ed. Organización Panamericana de la Salud. 239 pags.

Ortiz Zapata, A. C., 2000. Gestión del cuidado de Enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería*, XVIII(1), pp. 93-102.

Ortíz Zapata, A. C., 2000. Gestión del cuidado de Enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería*, XVIII(1), pp. 93-102.

Raffensperger, E. B., Lloyd Zusy, M., Marchesseault, L. C. & Neeson, J. D., 2004. Enfermedad coronaria. En: X. Ruíz, ed. *Manual de la Enfermería*. Barcelona: Océano, pp. 161-168.

Reina G., N. C., 2010. El proceso de Enfermería: Instrumento para el cuidado. *Umbral Científico*, I(17), pp. 18-23.

Rissardo, L. K., Machado Moliterno, A. C., Borghi, A. C. & Carrerira, L., 2013. Factores de la cultura Kaingang que interfieren en el cuidado del anciano: Perspectiva de los profesionales de la salud. *Revista Latino-Americana, Enfermagem*, pp. 1-8.

Rodriguez Campo, V. & Paravic Klijn, T., 2011. Enfermería basada en la evidencia y Gestión del cuidado. *Enfermería Global*, X(4), pp. 246-253.

Rodríguez Quezada, M. P., 2014. Manejo de Herramientas de gestión y percepción del cuidado de Enfermería en hospitales de Chachapoyas, Perú. *Enfermería Universitaria*, XI(1), pp.3-10

Rohrbach Viadas, C., 1998. Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger. *Cultura de los Cuidados*, II(3), pp. 41-45.

Romero García, M. y otros, 2013. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enfermería Intensiva*, XXIV(2), pp. 51-62

Santana Cabrera, L. y otros, 2010. Percepción de las actitudes éticas de la enfermería de cuidados intensivos ante la limitación del tratamiento. *Enfermería Intensiva*, IV(21), pp. 142-149.

Secretaria de Salud, 2013. *Diagnóstico y Tratamiento del Infarto Agudo al Miocardio con Elevación del Segmento ST en el Adulto Mayor*, México: CENETEC.

Secretaria de Salud, México, 2013. *Guía de Práctica clínica. Intervenciones de Enfermería en la Atención del Adulto con Infarto Agudo del Miocardio*, D.F., México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Sec

Secretaria de Salud, México, 2015. *Dirección General de Epidemiología*. www.epidemiologia.salud.gob.mx (Último acceso: 02 Mayo 2016).

Secretaria de Salud, México, 2015. *Instituto Nacional de Salud Pública*. www.insp.mx (Último acceso: 18 Agosto 2016)

Serradeli Cabra, A. & Catecura López, P., 2011. *Enfermería en Urgencias*. 2a ed. Barcelona: Mansa Prayma.

Sierra Herrera, M. T., Cardona Cardona, L. P., Bernal Segura, M. F. & Forero Rozo, A. E., 2006. Percepción del cuidado de enfermería en diferentes instituciones hospitalarias de la ciudad de Bogotá. *Avances en Enfermería*, XXIV(1), pp. 68-72.

Sloman , B. & Williamson, B., 2009. Thrombolysis administration by nurses: An evolving UK evidence base?. *International Emergency Nursing*, I(17), pp. 193-202.

Sloman, M. & Williamson, G. R., 2009. Thrombolysis administration by nurses: An evolving UK evidence base?. *Science Direct*, XVII(1), pp. 193-202.

Torres Contreras, C. C., 2010. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Avances en Enfermería*, XXVIII(2), pp. 98-110.

Universidad de Colombia, Facultad de Enfermería, 2010. *Avances en el cuidado de Enfermería*. 1a ed. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

Uribe Alvarado, J. I., Márquez González, C. V., Amador Fierros, G. & Chávez Acevedo, A., 2011. Percepción de la Investigación Científica e intención de elaborar Tesis en estudiantes de Psicología y Enfermería. *Revista Enseñanza e investigación en Psicología*, XVI(1), pp. 15-26.

Valero, R., 2005. Análisis de la gestión y administración de recursos en una unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Global*, IV(2), pp. 1-16.

Vázquez Truissi, M. L., 2001. El cuidado de enfermería desde la perspectiva transcultural: una necesidad en un mundo cambiante. *Investigación y educación en enfermería*, XIX(1), pp. 48-54.

Vélez Álvarez, C. & Vanegas García, J. H., 2011. El cuidado en Enfermería, perspectiva fenomenológica. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, XVI(2), pp. 175-189.

Vigotsky, L. S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores* (pp. 159-178). M. Cole (Ed.). Barcelona: Crítica.

Organización Mundial de la Salud. www.who.int. (Último acceso: 13 Septiembre 2016)

Comisión Internacional de Enfermeras. www.icn.ch (Último acceso: 05 Agosto 2016)

Vigotsky, L. S., 1978. El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. En: M. Cole, V. John-Steiner, S. Scribner & E. Souberman, edits. *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Grupo Editorial Grijalbo, p. 220

Vargas Melgarejo, L. M., 1994. Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, IV(8), pp. 47-53.

Spector, R. E., 2000. La enfermería transcultural: Pasado, presente y futuro. *Cultura de los cuidados*, IV(7 y 8), pp. 116-127.

Ley General de Salud. www.salud.gob.mx. (Ultimo acceso: 02 Mayo 2016).

León Molina, J., 2003. Enfermería: Profesion, humanismo y ciencia. *Enfermería Global*, I(2), pp. 1-8.

Barbosa de Pinho, L. & Azevedo Dos Santos, S. M., 2006. Significados y percepciones sobre el cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm*, XV(54), pp. 20-24.

Leno Gonzalez, D., 2006. Buscando un modelo de cuidados de Enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropologia*, XXII(1), pp. 1-22.

Muñoz De Rodríguez, L. & Lucía Vásquez , M., 2007. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Colombia Médica*, XXXVIII(2), pp. 98-104.

Poblete Troncoso, M. & Valenzuela Suazo, S., 2007. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm*, XX(4), pp. 499-503.

Pérez Pimentel, S., 2009. Enfermería Transcultural como metodo para la gestión del cuidado en una comunidad urbana. Camaguey 2008.. *Revista Cubana de Enfermería*, III(25), pp. 1-9.

Quintero, M. T. & Gómez, M., 2010. El cuidado de enfermería significa ayuda. *Aquichan*, X(1), pp. 8-18.

Moya Mir, M. S., Piñera Salmerón, P. & Mariné Blanco, M., 2011. Síndrome Coronario Agudo. En: M. Mora Mir, P. Piñera Salmerón & M. Mariné Blanco, edits. *Tratado de Medicina de Urgencias*. Barcelona: Océano, pp. 553-570.

Ramírez Perdomo, C. A. & Parra Vargas, M., 2011. Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Avances en Enfermería*, XXIX(1), pp. 97-108.

Rodríguez Campo, V. A. & Paravic Klijn, T. M., 2011. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Enfermería Global*, X(4), pp. 246-253.

Meriño Echavarría, T. & Castillo Duany, J., 2012. Caracterización clínica, epidemiológica y terapéutica de pacientes con infarto agudo al miocardio. *Medisan*, XVI(9), pp. 1416-1421.

Cisneros Sánchez, L.G. & Carranza Garcés, E., 2013. Factores de riesgo de la cardiopatía isquémica. *Revista Cubana de Medicina General*, XXIX(3), pp. 369-378.

NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

Magallón Mariné, J. & González García, N. A., 2014. Infarto Agudo al Miocardio. En. M. C. Macotela Mora, ed. *Temas selectos de Urgencias*. D.F.: Prado, pp. 85-101.

Castrillon Chamadoira, E., 2015. La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural. *Cultura de los cuidados*, XIX(42), pp. 128-136.

Raile Alligood, M., 2015. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 8ª edición. Barcelona: Elsevier.

Secretaría de Salud, 2013. *Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud*, D.F., México: Diario Oficial de la Federación.

Barfield, T., ed., 2000. *Diccionario de Antropología*. 1ª ed. D. F.: Siglo Veintiuno Editores.

Colliere, M.-F., 2009. *Promover la vida*. 2ª ed. México: Mc Graw Hill.

Tintinalli, J., 2013. *Medicina de Urgencias*. 7ª ed. D. F.: Mc Graw Hill Education.

ANEXOS

ANEXO 1



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO
DE ESTADO DE MÉXICO**
Facultad de Enfermería y Obstetricia



PROYECTO TERMINAL PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA EN TERAPIA INTENSIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente solicito su autorización para llevar a cabo la investigación titulada: **Percepción de Enfermería en el cuidado durante la Terapia Fibrinolítica**. Tiene como objetivo: Comprender la percepción del personal de enfermería en el cuidado del paciente durante la terapia fibrinolítica en la unidad de choque de un hospital de tercer nivel de atención médica en el Estado de México.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se obtenga será confidencial y anónima, no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Asimismo usted tendrá la libertad para negarse a participar en esta investigación y a retirarse de la misma si es su voluntad, no causando problema alguno para ambas partes. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al entrevistador y no responderlas.

Es importante mencionar que esta investigación no provocará daños o gastos a los entrevistados y que los nombres de los participantes de la investigación no serán divulgados, para evitar conflictos y daños de éstos.

Yo _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entendido que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Fecha

Nombre y firma del participante

ANEXO 2



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO
DE ESTADO DE MÉXICO**
Facultad de Enfermería y Obstetricia



PROYECTO TERMINAL PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA EN TERAPIA INTENSIVA

“Percepción de Enfermería en el Cuidado durante la Terapia Fibrinolítica”

Entrevista

La enfermería integra el conocimiento holístico y humanístico como elementos fundamentales para poder proporcionar cuidados al paciente que lo requiere, trasponiendo el contexto biológico e integrando valores, creencias y actitudes para ampliar el paradigma profesional de enfermería.

Durante el desarrollo de la entrevista, se mantendrá su confidencialidad y la información que proporcione será para fines documentales e interpretados conforme a la Teoría del Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger.

Perfil Académico:

Categoría:

Recurso:

Antigüedad en el servicio:

Edad:

Sexo:

1. ¿Cómo percibes el cuidado durante la terapia fibrinolítica?
2. ¿Qué significa para ti el cuidado durante la terapia fibrinolítica?
3. ¿Qué piensas sobre la terapia fibrinolítica?
4. ¿Qué crees que involucre la acción de la terapia fibrinolítica?
5. ¿Cuál es el sentido que tiene la terapia fibrinolítica para ti?

ANEXO 3

Relatos obtenidos en las entrevistas.

Cuando ingresa un paciente con infarto agudo al miocardio y cumple con los criterios de diagnóstico para realizar la terapia fibrinolítica, ¿Cómo percibes el cuidado durante la terapia fibrinolítica?

S1- Pues yo la percibo como la columna vertebral en la atención del paciente con un problema de oclusión, puesto que llega con dolor en el pecho y sabemos por clínica, que es signo característico del infarto y lo debemos de atender inmediatamente.

S2.- Como la integración de intervenciones enfocadas en la recuperación del paciente que presenta un infarto, y sobre todo que lo hagamos con responsabilidad, porque si no conocemos los datos clínicos de un infarto, entonces no sabremos qué hacer.

S3.- Debe ser integral, científico y humanístico, no solo el paciente es un cuerpo, también es un alma y siente temor ante la muerte, por eso debemos de ser muy precavidos con la información que le proporcionamos, con el fin de evitar que el paciente se angustie más de lo que ya está.

También es importante la ética, para poder dar el cuidado con valores y certeza de que el sanara.

S4.- Como lo más importante y no solo del infarto, sino de cualquier paciente que llegue al hospital. En este caso, el paciente llega con dolor el pecho, probablemente por un infarto y debemos de conocer las manifestaciones clínicas y la fisiopatología para poder identificar oportunamente el infarto y realizar las intervenciones de enfermería necesarias para que el paciente no muera.

S5.- Como los cuidados de enfermería que deben darse al paciente infartado, hay compañeras que aún no tienen la experiencia de este tipo de paciente, entonces, no saben qué hacer cuando llega. Por eso, debemos de apoyarlas si es que lo sabemos nosotros y en caso de que no, apoyarnos con los médicos para que en trabajo en equipo el paciente se recupere.

S6.- Como lo más importante en la atención del paciente infartado. Se establece un programa de intervenciones que se encuentran registrados en el plan de cuidados del síndrome coronario agudo, y de acuerdo a la fisiopatología del paciente se establece un diagnóstico y si es necesario la trombolisis, se hace y si el paciente no es candidato a la terapia, entonces se envía a la uci y posterior a hemodinamia.

S7.- Como lo más importante, pues mientras más rápido y eficientemente, se reduce el riesgo de muerte, siempre y cuando el paciente sea candidato a terapia fibrinolítica, sino, el paciente es enviado a hemodinamia o a la UCI.

S8.- Pues que debe realizarse lo más rápido posible, pues a veces los médicos no están y nosotros debemos de monitorizarlo para identificar cual es el ritmo cardiaco y el trazo del electrocardiograma. Y pues nos apoyamos de los médicos para que el paciente tenga las menos complicaciones posibles.

S9.- Como lo más importante, pues nosotros como personal de enfermería, debemos de estar capacitados para la atención del código SICA, de esta forma, se reducen tiempos de tratamiento y el paciente tendrá una mejor sobrevida, siempre y cuando se encuentre con los criterios diagnósticos para la terapia fibrinolítica. Además de que los primeros que nos acercamos al paciente somos nosotros y por eso debemos de darle la atención inmediata al paciente.

S10.- Como un proceso continuo de atención al paciente, pues la fisiopatología la debemos de conocer para realizar el tratamiento adecuado y que el paciente sobreviva. Si no le damos una atención inmediata con los cuidados de

enfermería, entonces solo estamos siendo el apoyo del médico, aunque debemos de trabajar en equipo para que el paciente sobreviva.

S11.- Pues como lo más importante, por que como enfermera es esencial proporcionar el cuidado integral, con las intervenciones de enfermería enfocadas en la recuperación del paciente.

S12.- Como profesional de enfermería, es importante conocer las cualidades del cuidado, no solo es atender la enfermedad como tal, sino ir más allá, ver por la estabilidad del paciente en todos los aspectos, desde cómo se siente él y su familia de angustia, también despejarle todas sus dudas, mantenerlo tranquilo y consciente de que lo vamos a ayudar con los conocimientos que tenemos. Entonces el cuidado de enfermería debe ser integral.

¿Qué cuidados le das al paciente que ingresa por un probable infarto?

S1.- Primero monitorizarlo porque dependiendo del trazo electrocardiográfico podremos identificar más rápido si el paciente se está infartando. Somos 2 enfermeros en la unidad de choque y debemos coordinarnos para disminuir los tiempos de atención y poder facilitar el diagnóstico y el tratamiento. Mientras uno monitoriza, el otro va canalizando una vía de grueso calibre y que se afectiva porque si es candidato a terapia fibrinolítica, debemos prevenir complicaciones por una flebitis o quizá ocasionar sangrado por la ministración de heparina. También debemos colocar oxígeno por mascarilla para reducir el esfuerzo respiratorio y favorecer la oxigenación.

S2.- Depende de mis conocimientos y mi experiencia. He estado en la terapia y es diferente, allá lo tienes monitorizado, pero aquí en urgencias no. Aquí la primera reacción la tienes tú como enfermera, porque a veces llegan 2 o 3 pacientes juntos y los médicos están con los pacientes conforme vayan llegando, entonces debes de ser muy hábil para poder actuar oportunamente. Depende del trabajo en equipo y sobre todo que actuemos inmediatamente de acuerdo a las guías de práctica clínica y a los protocolos establecidos.

S3.- Pues aún me faltan conocimientos acerca de la terapia, digo, si un paciente llega y tengo que atenderlo, lo hago, pero me falta conocer más acerca de la terapia fibrinolítica, los medicamentos, las dosis y sus efectos terapéuticos, sobre todo, la interpretación del electrocardiograma y también los estudios de laboratorio.

S4.- ¿Qué cuidados?, no pues cuando llegan los monitorizamos y les instalamos una venoclisis para que se les aplique ese actylise o el metalyse, también vigilar que no presente sangrado, y que la venoclisis este permeable porque luego no los podemos recanalizar por el riesgo con los anticoagulantes.

También les ponemos oxígeno y los colocamos en posición semifowler para mejorar la respiración y de esta forma disminuir el dolor a la expansión torácica.

S5.- El tiempo que tengo trabajando aquí en urgencias, me ha permitido identificar a los pacientes, pues el dolor que ambos traen es muy fuerte, pero al preguntarles las características del dolor como la intensidad con que duele, la extensión de dolor, porque algunos solo duele el pecho o el epigastrio pero es tipo ardor y eso puede enmascarar un infarto y confundirse con una gastritis o esofagitis, y también preguntándoles cuanto tiempo dura y con qué posición o actividad disminuye.

S6.- Primero lo monitorizamos, con el fin de identificar el ritmo cardíaco y el trazo electrocardiográfico. Es importante hacerlo, porque algunos pacientes refieren dolor en epigastrio o en el tórax derecho irradiado hacia el brazo, pero se confunden con gastritis o con contracturas musculares. También colocamos oxígeno y canalizamos una vía venosa de grueso calibre. También le pedimos que se tranquilice y que nos explique más cosas de cómo se siente, con el fin de identificar los cambios hemodinámicos al momento de trombolizarlo.

S7.- Cuando ingresa un paciente a choque por infarto, es necesario monitorizarlo, también instalarle una venoclisis de grueso calibre, también si lo requiere colocar oxígeno. Es importante estar al pendiente de los cambios hemodinámicos que presente, pues cada momento es susceptible para que el paciente se desestabilice.

S8.- Primero y lo más importante de todo, es monitorizarlo para identificar el trazo en el electro, si presente un dato significativo de infarto, también hay que tomar laboratorios y un electrocardiograma de 12 derivaciones para identificar en que parte del corazón está el infarto. También es importante colocar una venoclisis de grueso calibre para trombolizarlo y evitar complicaciones por extravasación. Y no olvida la analgesia, porque el paciente refiere dolor intenso en el pecho y eso le ocasiona dificultad para respirar.

S9.- Cuidados de enfermería, monitorizarlo inmediatamente que llega, es más ni le retiramos la ropa completamente, solo le descubrimos el pecho para colocar los electrodos. También canalizar una vía venosa con catéter grueso. Hay que mantenerlo informado sobre lo que le vamos a hacer, porque si de por sí, viene todo ansioso, el estrés que genera dentro de la unidad de choque, entonces ocasionara que el paciente se angustie más. También hay que vigilar los cambios hemodinámicos que presente el paciente para evitar complicaciones antes, durante y posteriores a la trombolisis.

S10.- Monitorizarlo inmediatamente, para poder identificar el trazo en el electro y así determinar si es infarto o no, también tomar laboratorios enzimas cardiacas ahora biomarcadores cardiacos y electro de 12 derivaciones. Instalar un acceso venoso y colocar oxígeno. También es importante darle confianza al paciente que no se estrese y genere más cambios hemodinámicos antes de que se trombolice o se envíe a cateterismo cardiaco. Mantenerlo en una posición fowler o semifowler que le permita tolerar el dolor.

S11.- Si el paciente ingresa por un probable infarto, entonces debemos de instalarlo en la unidad que esté disponible y monitorizarlo inmediatamente, para identificar oportunamente el trazo electrocardiográfico y determinar si es infarto o no. También hay que canalizar una vía venosa gruesa y colocar oxígeno. El paciente lo debemos mantener tranquilo e informarle las intervenciones que le haremos, desde la toma de signos vitales hasta la terapia fibrinolítica que le realizaremos.

S12.- Primero monitorizar al paciente, después canalizar una vía venosa y la ministración de medicamentos. Es importante puncionar una sola vez para evitar sangrados posteriores y también hay que tomar un electrocardiograma para identificar en que porción del corazón se encuentra el infarto.

Esos cuidados que mencionas, ¿te los indica el medico?

S1.- Al principio si los indicaba, pero ahora ya sabemos que si llega un paciente con posible infarto, hay que monitorizarlo en primera instancia, y mientras uno lo monitoriza, la otra ya le está colocando la venoclisis. Además es importante organizarnos, así reducimos tiempos de atención y mejoramos el cuidado de enfermería.

S2.- No, esos son cuidados o intervenciones que debemos realizar, y te lo dice la bibliografía, pero no dice en qué orden deben realizarse, yo los realizo de acuerdo a la priorización de necesidades y eso con la experiencia y la práctica lo vas adquiriendo.

S3.- Me baso en las indicaciones de los médicos, y si tengo dudas o necesito ayuda, ellos despejan mis dudas. Los cuidados básicos al paciente se los proporciono, como la monitorización del paciente, la instalación de venoclisis, la oxigenoterapia y la aplicación de medicamentos, pero bien no conozco su efecto terapéutico. Pues un poco lo que he leído es necesaria porque las arterias del corazón están tapadas por algún trombo o ateroma, y el tejido de esas arterias llega a necrosarse, por eso es necesaria la terapia, para reestablecer la circulación sanguínea en esa arteria afectada.

S4.- No precisamente, ellos nos dicen que diagnostico probable es y dependiendo de ello, nosotros ya sabemos que hacer, primero monitorizar que es lo más importante porque nos dará la referencia de que zona del corazón se está infartando. Al principio si nos decían como hacerlo, pero ahora ya con la experiencia hemos adquirido nuevos conocimientos y priorizamos la atención.

S5.- Algunos si nos dicen que hagamos primero, pero siempre y cuando el paciente sea dudoso del infarto. Cuando ya van con la certeza y nos dicen que el paciente es código SICA, entonces ya sabemos que hacer, primero identificar si es o no un infarto y monitorizamos al paciente, después colocar la venoclisis

para la ministración de medicamentos. Si el paciente viene termodinámicamente inestable, entonces procuramos hacerlo lo más rápido posible.

S6.- No todos, sobre todo cuando son compañeros en rol o que han estado poco tiempo en choque, los médicos si nos lo indican pero cuando estamos nosotras ya ni nos dicen que hacer de primera instancia. Solo nos apoyan con las dosis y evaluar el estado del paciente y si tenemos duda nos apoyamos mutuamente.

S7.- Pues es que si lo indican, pero cuando ya nosotros lo hicimos. Es conforme a la experiencia que vas aprendiendo a hacer las cosas, y poco a poco, los médicos van confiando en nosotros para poder dejarnos hacer el cuidado de enfermería, aunque muchas veces ese cuidado sea solo biologicista y menos holístico.

S8.- Algunos si nos dicen hay que monitorizarlo, sobre todo cuando tenemos un paciente que llego minutos antes y estamos apenas preparándolo y sobre todo cuando van a pasar a quirófano de urgencia. Pero por lo regular, nosotros ya sabemos cómo atenderlo, primero la monitorización que es lo más importante para el diagnóstico temprano, ya después se le toman los laboratorio y el electrocardiograma de 12 derivaciones.

S9.- Al principio si nos decían que hacer, ahora ya no tanto. Han sido varios los pacientes que he atendido en la terapia fibrinolítica, que poco a poco me he ido haciendo mi propio protocolo, siempre guiándome de lo establecido, pero la experiencia te va ayudando a ver de diferente forma las cosas, y sobre todo, que ningún paciente es igual a otro. Siempre hay cambios que los diferencian. Entonces ahora las intervenciones iniciales las hacemos nosotros, ya ellos nos indicaran el tratamiento farmacológico, pero en cuanto al cuidado que compete a enfermería nosotros lo hacemos.

S10.- Al principio si y depende del médico que este de guardia, muchas veces nosotros damos los cuidados iniciales del paciente y poco a poco vamos aprendiendo algo nuevo. Yo considero que si conoces la patología y el tratamiento, será más sencillo. Además si el paciente llega inestable y con datos de bajo gasto o inconsciente, pues con mayor razón se monitoriza al paciente.

S11.- Algunas veces si y otras no, todo depende con quien este en el servicio tanto médicos como enfermeras, pues las que no conocen bien el servicio y les llega un paciente con código sica, se preocupan más por la venoclisis que por la monitorización, pero eso lo vas aprendiendo poco a poco, conforme estas en el servicio, además de que los pacientes son distintos y no siempre refieren los mismos datos hemodinámicos.

S12.- Al principio si, ahora casi no. pues abordamos al paciente y lo instalamos en la camilla, para que le coloquemos los electrodos y se monitorice para identificar si es un infarto o no. en caso de que si, se hacen estudios de laboratorio y se toma un electrocardiograma de 12 derivaciones. Y estas intervenciones las vamos adquiriendo poco a poco en la práctica.

¿Qué significa para ti el cuidado durante la terapia fibrinolítica?

S1.-Pues que tiene mucha responsabilidad porque es una vida la que estamos tratando y tanto el paciente como los familiares confían en nosotros y depende de las decisiones que tomemos, serán los resultados exitosos que en equipo le demos al paciente.

S2.- Significa una oportunidad de vida para una persona si se le da tratamiento inmediato. Para que una terapia sea exitosa, debemos de tener los conocimientos y las habilidades necesarias para poder proporcionar el cuidado inmediato. Debe ser corresponsable en las actividades que se le hacen al paciente.

También debe tener una comunicación eficiente para que no se cruce la información y cometamos errores.

También debe ser con valores y profesionalismo. Y que nuestras experiencias vallan retroalimentando la atención con cada paciente.

S3.- Es de gran importancia, pues nos ayuda a reducir el nivel de mortalidad del paciente, dándole los cuidados necesarios. Pues llego y me presento con el paciente y trato de que él tenga confianza en nosotros, le despejamos las dudas que tiene y le explicamos el procedimiento que se le realizará. Siempre con la responsabilidad profesional y los conocimientos que tengo para hacerlo.

S4.- Es esencial para evitar complicaciones. Debemos de hacer un plan de cuidados estableciendo prioridades y sobre todo que siempre le demos la confianza al paciente, sino luego están todos inquietos y nerviosos.

También es necesario explicarle lo que le vamos a realizar y si tiene alguna duda resolvérsela. Pues, le explico lo que es el infarto, y los cuidados que le voy a dar cuando este conmigo, y también algunas cosas que no deberá hacer para que no se complique ni presente otro infarto.

S5.- *Un acto de profesionalismo, pues es poner en práctica los conocimientos y las habilidades que hemos desarrollado durante nuestra vida laboral. Es importante estar actualizados, pues no conocemos mucho sobre los medicamentos y conforme a la evidencia es que van sacando artículos nuevos de investigación. Por eso conlleva mucha responsabilidad.*

S6.- *Es muy noble ayudar a las personas que lo necesitan, en este caso, los pacientes con infarto, necesitan que alguien los ayude, pues con el simple dolor que presentan, para ellos es motivo de angustia, y las creencias de algunas pacientes y familiares es que el infarto es motivo de muerte. Es cierto que algunos pacientes no quedan completamente sanos, pero si se limita el daño en el corazón. Por eso debemos de darle una atención integral y holística para que permitan realizarles la terapia fibrinolítica, y generarles confianza tanto a los pacientes como a los familiares.*

S7.- *Es muy relevante el cuidado, pues es la esencia del ser enfermera o enfermero. Dar cuidados que apoyen al paciente a su recuperación. Y su esencia porque debe ser holística, ver al paciente como un ser que siente, que piensa, que cree, que no solo es la enfermedad del corazón, sino que esta angustiado y tiene miedo a la muerte y quizá en cierta forma a dejar solos a su familia.*

S8.- *Es indispensable para que las intervenciones de enfermería, sean eficientes, muchas veces, el paciente viene con temor, pues la creencia es que algún familiar o conocido, se murió de un infarto, entonces es el miedo a que ellos también puedan morir, por eso debemos de tratarlos con profesionalismo y humanismo para que ellos estén tranquilos y confíen en el tratamiento. Platicando con ellos, sobre cómo se sienten, que esperan del tratamiento y sobre todo que puedan cambiar de hábitos de vida y mejore su salud.*

S9.- *Significa que tengo que hacerlo con mayor responsabilidad. Uno de mis familiares, murió por un infarto, y ni tiempo le dio de llegar al hospital, entonces*

murió en su casa. Además de que no supieron que hacer y murió. Entonces para mí el atender a los pacientes que vienen por un infarto, es no angustiarme, pero si recuerdo a mi familiar que murió por la misma situación. Conozco de la terapia y ha dado buenos resultados, entonces eso me motiva a cuidar a los pacientes que lo necesitan y trato de tranquilizar al paciente y a su familia.

S10.- Para mi significa, una oportunidad de vida para los pacientes. Antes el tratamiento era muy limitado por eso fallecían muchas personas, ahora el tratamiento de primera elección es la terapia fibrinolítica. La cual permite mejorar el estado de salud de los pacientes, reperfundiendo el corazón. Entonces el atender a un paciente por infarto, es indispensable que lo hagamos siempre con profesionalismo, con el fin de que el paciente pueda irse a su casa, consciente de que tiene que hacer cambios en su estilo de vida no solo para él, sino también para su familia.

S11.- Significa poder ayudar a las personas con infarto, no siempre llegan al hospital, solo se desvanecen y mueren en el camino, pero los que llegan, se les proporcionan los cuidados necesarios para que se recupere. Esa ayuda, es haciendo las intervenciones de enfermería con lo que requiere, pero también debemos de ser profesionales y apoyar al paciente, que tiene miedo de morir, de que le preocupe su familia, entonces por eso debemos de apoyar al paciente visualizándolo de manera holística.

S12.- Tiene un significado muy particular, porque yo considero que todos hemos tenido algún familiar o conocido que presento un infarto, entonces eso nos permite darle el cuidado al paciente conforme lo requiere y de manera humanista. Hablamos siempre de que las mejores prácticas de tratamiento clínico, pero donde queda el apoyo moral que le debemos dar al paciente. Entonces el cuidado debe ser integral y sobre todo humanista.

¿Qué piensas sobre la terapia fibrinolítica?

S1.- Es un procedimiento que si se utiliza con el paciente adecuado y en el tiempo adecuado, será la diferencia y calidad de vida para el paciente.

S2.- Que es un tratamiento fundamental para que el paciente sobreviva. Aunque no todos los pacientes son candidatos a la terapia, es importante el diagnóstico para poder limitar el daño y poder disminuir el riesgo de muerte. Creo que es muy completo, desde que llega primero monitorizamos al paciente y después canalizamos un acceso venoso, en cuanto se integran los criterios para trombolizar al paciente, es necesario que conozcamos al paciente y las manifestaciones clínicas que tenga, pues de acuerdo a las condiciones del paciente se determinaran las complicaciones oportunamente.

S3.- Es muy importante para la destrucción de coágulos y restaurar el flujo de una arteria coronaria. También reduce el riesgo de mortalidad al reperfundir el corazón.

Además como te decía, la responsabilidad de estar en choque es que tengo que tener habilidades y conocimientos, además he ido aprendiendo poco a poco con los pacientes que he tenido y cada uno es diferente pues las respuestas que tiene cada uno son diferentes.

S4.- Es una técnica terapéutica que consiste en la administración de anticoagulantes y antiagregantes para que destruyan a la placa de colesterol que está tapando esas arterias coronarias. Que es una técnica muy importante, porque si se realiza a tiempo, disminuye el riesgo de muerte en el paciente, además de que se tiene que realizar antes de las 12 horas de aparición de los síntomas.

S5.- Es un tratamiento efectivo, mientras más precoz sea su administración en relación al comienzo del infarto, así como conocer puerta-aguja y puerta-balón,

así como activar los sistemas de código SICA y tener disponible una sala de hemodinamia y realizar un cateterismo oportuno. El cuidado es muy importante, porque realmente es necesario jerarquizar las intervenciones de enfermería, pues depende de un acceso venoso funcional, monitorización oportuna y oxigenación.

S6.- La percibo como una terapia integral, pues el manejo hemodinámico y el tratamiento están descritos en la Guía de Práctica Clínica, sin embargo, no me he involucrado tanto con los pacientes para darles el cuidado como debe ser.

S7.- Pues es una terapia muy importante que debe realizarse lo más rápido que se pueda, para que el paciente sobreviva. Pues he visto en hospitalización a los pacientes que fueron trombolizados y están recuperándose, otros de plano ya no tienen muchas expectativas de vida.

S8.- Pues la terapia fibrinolítica enfoca principalmente en mantener con vida al paciente. Es buscar el bienestar para que el infarto no termine en muerte.

Todos los pacientes con dolor en el pecho, ¿son pacientes con infarto?

No todos, algunos llegan solo por angina de pecho estable o inestable, pero de igual forma debemos darle la atención inmediata.

S9.- la percibo como una terapia muy importante, como la terapia de elección cuando el paciente tiene un infarto, además de que la responsabilidad debe ser muy grande para poder hacerla porque cualquier error en el diagnóstico, puede ocasionarle daño al paciente por la aplicación de fibrinolíticos.

S10.- Como una técnica muy relevante para la atención del paciente infartado, no a todos se les aplica, pero a la mayoría sí, siempre y cuando no tenga contraindicaciones para su uso.

S11.- Muy compleja, porque hay que integrar los criterios de diagnóstico para poder aplicarla, es necesario tener los conocimientos para poder identificar el

infarto durante la monitorización y sobre todo la ministración y efectos de los medicamentos fibrinolíticos.

S12.- percibo el cuidado como una integración de conocimientos para que podamos proporcionar al paciente intervenciones de enfermería enfocadas en la recuperación del paciente que ha sufrido un infarto.

¿Cómo visualizas al paciente que llega a la unidad de choque con infarto?

S1.- *¿Cómo lo visualizo? Pues como un paciente que requiere atención inmediata, que está en riesgo su vida y debe ser atendido con prontitud.*

También es necesario entablar una conversación pequeña para poder atraer su confianza y sobre todo tranquilizarlo para que sepa que lo estamos atendiendo y que lo que le haremos será para que se recupere pronto.

S2.- *La mayoría de los pacientes son mayores de 55 años, entonces les preocupa que pasara con su familia si él se muere, porque ellos llegan con la idea de que el infarto es para morirse, pero no, con la terapia fibrinolítica, les damos una esperanza de vida y aunque no todos responden igual a la terapia les damos un poco más de tiempo para q puedan someterse a un cateterismo y reducir el riesgo de muerte.*

S3.- *Es de gran importancia darle un cuidado de enfermería adecuado, pues nos ayuda a reducir el nivel de mortalidad del paciente, si le generamos confianza él se tranquilizara para que sepa que lo estamos haciendo y en que lo ayudara.*

S4.- *Que es una persona que depende de los conocimientos que tenemos y sobre todo de la experiencia para con cada paciente que hemos tenido, algunos son muy exagerados y otros no, pero la mayoría llega muy asustado porque tiene miedo a morirse y otros llegan asustados por la influencia de sus familiares.*

Por eso debemos tener todos los sentidos alertas para monitorizar y ver cambios importantes, cuadro clínico y conformar el mejoramiento en la salud del paciente.

S5.- *Como a una persona que sufre y tiene miedo a morir, además de que necesita de los conocimientos que tengo y sobre todo de las experiencias que*

he tenido. Algunas veces el paciente llega temeroso, entonces debo de explicarle las características del tratamiento que se le va a hacer, por tal motivo, debemos de despejar las dudas y escucharlo, para poder ayudarlo.

S6.- Lo veo como una persona que temeroso por morir, pero a veces me da coraje, porque llegan los pacientes con sobrepeso u obesidad y a pesar de que se les dice que tienen que cambiar su estilo de vida y no lo hacen, llegan complicados por el infarto, entonces tenemos que darle la mejor atención y sobre todo tranquilizarlo a pesar de que nos de coraje. Y los familiares también influyen en esa angustia, pues todos temen a que se muera y el hecho de saber que está en choque y se encuentra grave, los hace suponer que se va a morir. Por eso cuando pasan a visita o se les informa de lo que se les va a hacer, debemos de hacernos de su confianza para que se recupere pronto su paciente.

S7.- Pues lo visualizo como una persona que necesita ayuda, pues las cifras de mortalidad cada día aumentan, pero también son mayores los casos que se atienden en el hospital, por eso debemos de darles el tratamiento con un amplio profesionalismo.

S8.- Lo veo como una persona que tiene un estilo de vida muy afectado, ya sea por el consumo de grasas o por estrés, entonces eso hace que venga al hospital y cuando llega, a veces los familiares exigen la atención, cuando la atención se la debieron haber dado antes de llegar así. Pero cuando ingresa ya con dolor y angustia, creo que todo eso se olvida, y es una persona muy vulnerable al miedo a morir, por eso debemos de darle la confianza para que se concientice que tiene que hacer cambios en su vida, que la terapia le dará una nueva oportunidad de vida y que no tiene que desaprovechar.

S9.- Como una persona que necesita ayuda, que requiere cuidado, que detrás de sus malos hábitos alimenticios, tiene quizá una costumbre de alimentación, por eso el consumo excesivo de grasas que hicieron que su corazón se infarte.

S10.- Yo veo a una persona que ha descuidado su salud, que los malos hábitos alimenticios y la poca actividad ocasionan que sus arterias se tapen y por eso llegan al hospital. Sin embargo, nosotros no debemos enjuiciar al paciente, pues no sabemos la forma de vida que tiene por eso se tiene que otorgar el cuidado específico y sobre todo humanitario para que él se recupere pronto.

S11.- Pues lo veo como una persona que necesita de muchos cuidados, además de la concientización acerca de su enfermedad, ya que el de por si está preocupado y angustiado por temor a la muerte entonces el ver el movimiento de nosotros y las caras que hacemos pues lo estresamos más. Por eso debemos darle la confianza necesaria para que se tranquilice y el tratamiento sea exitoso.

S12.- Muchas veces los pacientes llegan todos angustiados y sobre todo temerosos en lo que pueda pasar si ellos murieran, con quien dejarían a su familia, o si tienen cosas pendientes como ellos le llaman y no les pueden dar solución, entonces es cuando el cuidado de enfermería debe ser integral, no solo verlo en la parte biológica, sino en la parte holística.

¿Cómo te visualizas cuando llega un paciente a choque por infarto?

S1.- Yo me siento preparado para atenderlo, pero si me pongo nervioso, esa adrenalina de hacer las cosas pronto y bien hechas, he tenido varios pacientes con infarto y aun me siento nervioso cuando llegan, pero trato de controlarme para que no le genere ninguna complicación.

S2.- No soy muy sensible, pero procuro que los pacientes tengan confianza en nuestro equipo de trabajo y cuando estoy dándole los cuidados a mis pacientes procuro hablarles y alguno que otro chistecillo para que no se sientan tan temerosos.

S3.- En la escuela y aquí nos han capacitado muy poco, yo considero que si ya se acredita el hospital con el código SICA, deberían intensificar la capacitación al personal porque aun desconozco mucho sobre la enfermedad. Pues sí, ya que solo nos dieron un panorama de la fisiopatología del infarto, entonces se me complica en cierta forma. Pero aun así, hacemos la terapia y el paciente con ayuda de todo el equipo de choque sale adelante hasta que se envía a la UCI para continuar con su manejo hemodinámico y si lo requiere realizarle un cateterismo coronario.

S4.- Pues, cuando me llegaban los pacientes con infarto, al principio me daba miedo, porque no sabía qué hacer, ni que respuestas esperar del paciente durante la terapia, poco a poco fui aprendiendo acerca del infarto y cuáles son las características, he mejorado mi habilidad para canalizar y sobre todo, cada paciente es diferente, algunos llegan de comunidades rurales y debemos hablarles con el lenguaje que ellos comprendan, sobre todo para comunicar los síntomas que presenten.

Y aunque hay muchos pacientes recomendados, debemos tratarlos igual, pues todos son pacientes y están enfermos.

S5.- *Ahora me visualizo como una persona preparada para actuar cuando sea necesario. En el caso de la terapia fibrinolítica, he leído mucho y conozco los efectos de los medicamentos y la razón de ser en el tratamiento. Por eso me entusiasma el poder ayudar a las personas en cuanto lo requieran.*

S6.- *Me visualizo como enfermera capaz de ayudar al paciente, desde que entre a trabajar he visto actualizaciones en los medicamentos y poco a poco he ido aprendiendo la forma de utilizarlos y las complicaciones o reacciones secundarias de cada uno de ellos. Actualmente tenemos 2 y son los que utilizamos para que el paciente se trombolice.*

S7.- *Aquí en choque se aprende muchísimo siempre y cuando tengan las ganas para hacerlo. En mi caso, sé que aún me falta mucho pero cada paciente me aporta algo nuevo y aprendo de ellos. Sobre todo trato de ser muy abierto y recibir sugerencias de algo que desconozco, y eso me motiva a ser mejor cada día.*

S8.- *Me gusta aprender algo que no conozco y el hecho de estar involucrada directamente con los pacientes que se trombolizan, me hace sentir muy competente para seguir adelante.*

S9.- *En ocasiones me siento nerviosa, pero a la vez me siento capaz de atender al paciente. Al principio que me mandaban a choque y me tocaba un paciente así, me sentía muy pero muy asustada, porque me decían que si no tenía cuidado, mi paciente comenzaría a sangrar, por eso ahora trato de ser mejor en mi trabajo.*

S10.- *Me visualizo como un enfermero capaz de atender a los pacientes que lo requieran, es necesario que todos tengamos mucha disciplina para ir aprendiendo de cada paciente. Quizá con algunos el tratamiento fue efectivo y con otros el tratamiento solo potencializo la muerte del paciente, por eso de cada uno se aprende lo mejor.*

S11.- Yo me visualizo como una enfermera capacitada para atender al paciente, sin embargo, todo depende de las condiciones en las que se encuentre y muchas veces ver al paciente quejarse de dolor, pues si me hace sentir incomoda, pues el tratamiento también involucra la analgesia, y si los médicos no indican alguno, entonces yo me veo imposibilitada para dárselo.

S12.- Con cada paciente se aprende lo mejor y yo creo que si he tenido algunas situaciones que pongan en riesgo la vida de los pacientes, pero voy aprendiendo poco a poco sobre las situaciones que generan complicaciones o la muerte y me siento muy capaz de seguir atendiendo a los pacientes.

¿Qué crees que involucre la acción de la terapia fibrinolítica para que sea realizada con éxito?

S1.-Tener los conocimientos sobre la enfermedad, porque si no sabemos ni que es el infarto y sus características, pues lo podemos confundir con otra cosa y no le daremos la atención adecuada al paciente, y lo peor, puede ser alguno de nuestros familiares.

S2.- Involucra la acción del profesionalismo, nosotros tenemos el conocimiento acerca del infarto y las causas principalmente y de ello las manifestaciones clínicas. También involucra la confianza que le generemos al paciente para que esté tranquilo, porque si comienza a angustiarse, los analgésicos no disminuirán el dolor.

También debemos incluir a la familia, pues ellos son los que reciben los informes médicos y si tienen dudas del tratamiento o de la condición del paciente, le pueden generar desconfianza al paciente y no estabilizarse termodinámicamente. También realizar el diagnóstico oportuno y poder establecer el tratamiento necesario, la terapia fibrinolítica es de elección cuando no se tienen contraindicaciones

S3.- Los conocimientos acerca de la fisiopatología, el manejo adecuado del paciente y el tratamiento oportuno, sobre todo la vigilancia continúan para evitar complicaciones y que sea dinámico para valorar las respuestas favorables para la terapia. Siempre debemos de actuar con profesionalismo, con ética y sobre todo con el pensamiento crítico de las decisiones que tomamos durante la atención del paciente, teniendo precaución de que no presente sangrados o el estado de conciencia se vea afectado.

S4.- La monitorización continua y los registros de enfermería son fundamentales para darle seguimiento al paciente, porque si omitimos algún

registro de los medicamentos, entonces podemos ocasionar una sobredosis y de esa forma afectar al paciente.

S5.- Pues del trabajo en equipo y sobre todo que el tratamiento que se les da, sea el correcto, también es importante la influencia de los familiares para que el paciente este tranquilo. Tener los conocimientos acerca de la fisiopatología del infarto, hacer un plan de cuidados con priorización de necesidades y la aplicación correcta de los medicamentos.

S6.- influyen las experiencias que tengamos como profesionistas o como familiares, porque algunas compañeras no saben que es la terapia y solo lo han escuchado y nunca han trombolizado a un paciente, y si no le colocan la venoclisis a la primera, pues lo están picoteando a cada rato, también cuando se inicia la terapia no puede colocarse nada como sondas porque al momento de introducirlas se lacera y puede ocasionar sangrado y hay compañeras que no conocen y le quieren colocar sondas y todo lo demás que se les pone en choque, casi casi hasta intubarlos quieren y ponerles catéter central.

Pero todo eso lo vamos aprendiendo con la práctica y los conocimientos que tenemos.

S7.- Es importante las habilidades que tengamos sobre todo para la canalizada, y siempre hacerlo con profesionalismo, porque cuando el paciente está bien, yo me siento satisfecho con los cuidados, sin embargo, cuando el paciente se complica por algo que omití hacer, me siento mal, por no hacer las cosas cuando debía y como debía.

Por eso siempre estoy aprendiendo algo nuevo para mejorar mis cuidados con los pacientes.

S8.- La responsabilidad de saber que estoy atendiendo una vida humana, y que en algún momento, puede ser mi familiar o quizá yo. Y las experiencias, he tenido varios pacientes y cada uno es distinto, por el nivel académico, nivel

socioeconómico, es más hasta por las creencias políticas y religiosas hemos tenido situaciones de inconformidad o de agradecimiento.

S9.- Involucra la necesidad de actualizarse constantemente, de esta forma, podremos proporcionar un mejor cuidado al paciente. También es indispensable el trabajo en equipo para reducir los tiempos en la atención y poder darle el tratamiento necesario. También involucra la empatía con el paciente, a veces solo los tratamos como un cuerpo más, sin embargo, es una persona que siente, que ve la angustia de sus familiares al saber su estado de salud, entonces, eso obliga al personal de enfermería a tratarlo con humanismo.

S10.- Yo creo que involucra la necesidad de ser más humanos y sobre todo la de actualizarnos en el conocimiento de la enfermedad, pues cada día salen nuevos artículos que evidencian la forma en que debemos de hacer un tratamiento efectivo, los valores son muy importantes, sobre todo la de trabajo en equipo y ayudarnos mutuamente para que paciente mejore.

S11.- Tener los conocimientos necesarios y sobre todo la disposición de aprender diario de cada paciente y enfermedad. El trabajo en equipo y las experiencias que poco a poco se van adquiriendo.

S12.- Los conocimientos deben ser actualizados constantemente, también las habilidades manuales y la toma de decisiones oportuna, son factores que influyen en el buen cuidado al paciente. Si tenemos los conocimientos adecuados, podremos tomar decisiones oportunamente con el fin de disminuir el riesgo de mortalidad al paciente.

¿Cuál es el sentido que tiene la terapia fibrinolítica para ti?

S1.- El sentido es único y exclusivamente en el mejoramiento de la función y vida de un paciente que tiene un problema. Es de vital importancia actuar inmediatamente para que pueda mejorar el paciente, y sobre todo no sentirlo como un trabajo pesado, porque si es laborioso estar pendiente del paciente, pero se hace más tedioso si no lo hacemos como debe y luego el paciente se complica.

S2.- Un sentido de responsabilidad, pues la capacitación constante hace que hagamos mejor nuestro trabajo, debemos de ser muy cautelosas en cuanto a la información que les damos a los pacientes, pues a veces tienden a confundir su tratamiento y cualquier manifestación clínica que ellos sientan, comenzaran a angustiarse y debemos generarles un estado de confianza. También debemos de ser amables cuando los atendemos, porque sabemos las causas del infarto y una de ellas y la más importante es la de la alimentación. Por eso no debemos de enjuiciarlos, por el contrario, tenemos la responsabilidad de orientarlos ahora para que tengan una recuperación adecuada.

S3.- El sentido es la de proporcionar el cuidado integral al paciente, porque puede estar muy ansioso y debemos darle apoyo moral y sobre todo saber que él puede apegarse a algo como su religión, la mayoría son católicos y confían más en nosotros porque saben que con la ayuda del ser en el que creen también nos ayudara a nosotros. Sí, soy católica y sé que él nos cuida siempre y sobre todo que si nos encomendamos a él, todo saldrá mejor. No debemos hacer énfasis en la religión, pero a veces es necesario para poder calmar la angustia del paciente y debemos de ser empáticos con los pacientes para que ellos también le echen ganas.

S4.- El ayudar al paciente a mejorar y sobre todo a evitar la muerte por un infarto. También darle los cuidados necesarios siempre con profesionalismo,

también establecer un trabajo en equipo para que la comunicación sea efectiva y el paciente no se complique.

S5.- Si yo hago bien mi trabajo el paciente saldrá bien, y me voy a mi casa con una satisfacción muy grande porque no solo ayude a una persona, sino también a su familia para que se recupere pronto. En cambio, si yo hago algo mal, mi remordimiento no me deja y comienzo a pensar, que pude haber hecho cosas mejores si los conocimientos y la práctica la tengo, por eso trato de esforzarme más con todos mis pacientes.

S6.- El poder ayudar al paciente con infarto, pues si decidí estudiar y trabajar de enfermera es porque me gusta ayudar a las personas, conjuntando mis conocimientos, habilidades y sobre todo la actitud de seguir aprendiendo y ayudando.

S7.- El sentido no solo es darle mayor importancia al aspecto clínico, sino también al aspecto holístico, saber que el paciente necesita apoyo moral y es nuestro deber hacerlo, pues la esencia de enfermería es ver más allá del simple efecto patológico. Abarcando sus aspectos culturales, valores, angustias, miedos y sobre todo la concientización de que tiene que mejorar sus hábitos alimenticios y su forma de vida.

S8.- Es lo más importante, pues de la ministración adecuada, el paciente tiene mayor probabilidades de sobrevivir. Esto tiene mayor responsabilidad, porque trabajamos con la vida de los pacientes, y si no lo hacemos adecuadamente, entonces, el paciente puede morir.

S9.- Sin duda, a mí me genera un mayor compromiso el saber la técnica correcta de la ministración de los medicamentos, pues, en caso de que no tengamos los conocimientos adecuados, ocasionaremos errores, tanto en la ministración como en las intervenciones de enfermería. La práctica te va ayudando y de eso vas aprendiendo. Aunque no siempre sea así, por eso la

terapia fibrinolítica en el paciente infartado, es de gran importancia para que se recupere el paciente.