

A CONDUTA DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA AO PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO¹

THE NURSING CONDUCT IN EMERGENCY CARE TO THE PATIENT WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Idel De Oliveira Martins²;
Keila Caroline Da Fonseca Alves³;
Rayana Gomes de Oliveira Loreto³;
Gabriela Rodrigues Alves⁴

RESUMO

O infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é a principal causa de morte nos países ocidentais, apesar dos avanços em seu tratamento. Portanto, é fundamental o seu reconhecimento para que possa ser efetuado o tratamento apropriado e reduzir o risco de morte e sequelas. Este trabalho se fundamenta na necessidade de identificar a assistência do enfermeiro diante do IAM. Objetivo: Definir o diagnóstico do IAM, conhecer o papel do enfermeiro junto aos pacientes vítimas de IAM, ressaltando o enfermeiro como intermediador dos procedimentos e exames realizados, sendo este, peça fundamental no seguimento de protocolos, bem como a necessidade da assistência voltada para uma visão holística. Materiais e Método: Neste estudo será utilizado a revisão integrativa que envolve a sistematização e publicação dos resultados de uma pesquisa bibliográfica em saúde para que possam ser úteis na assistência à saúde, acentuando a importância da pesquisa acadêmica na prática clínica. Resultados: A assistência de enfermagem frente ao paciente infartado foi identificada com a dificuldade para conseguir o atendimento precoce e o prognóstico que depende fundamentalmente da agilidade em alcançar um serviço médico e na eficiência desse serviço em obter a reperfusão coronariana o mais rápido possível e da necessidade da enfermagem atuar na educação com treinamento da população.

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem. Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Angina.

¹Artigo apresentado ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro Goiano de Ensino, Pesquisa e Pós-graduação.

²Enfermeira, especialista em Urgência e Emergência e Unidade de Terapia Intensiva. e-mail: dedel_oliveira@hotmail.com.

³Enfermeira, especialista em Urgência e Emergência e Unidade de Terapia Intensiva. keila_carol@hotmail.com.

³Enfermeira, Especialista em SCIH, Mestre em Enfermagem UFG-GO, Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da UFG-GO. Docente na UniRV, Coordenadora Acadêmica da Faculdade CGESP. E-mail: rayana.loreto@hotmail.com

⁴Enfermeira. Mestre em enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Docente da faculdade CGESP. E-mail: gabrielarodriguesalves@gmail.com

ABSTRACT

Acute Myocardial Infarction (AMI) is the leading cause of death in Western countries, despite advances in its treatment. Therefore, recognition is essential for appropriate treatment and reducing the risk of death and sequelae. This work is based on the need to identify nurses' care before AMI. Objective: To define the diagnosis of AMI, to know the role of the nurse in the AMI patients, emphasizing the nurse as the intermediary of the procedures and examinations performed, being this a fundamental part in the follow-up of protocols, as well as the need for assistance aimed at a holistic vision. Materials and Methods: In this study we will use the integrative review that involves the systematization and publication of the results of a bibliographical research in health so that they can be useful in health care, emphasizing the importance of academic research in clinical practice. Results: Nursing care in relation to the infarcted patient was identified with the difficulty to achieve early care and the prognosis that depends fundamentally on the agility to reach a medical service and on the efficiency of this service in obtaining coronary reperfusion as soon as possible and on the need Of nursing work in education with training of the population.

Keywords: Nursing care. Acute Myocardial Infarction (AMI). Angina.

1 INTRODUÇÃO

O Infarto Agudo do Miocárdio, conhecido popularmente como ataque cardíaco, é uma patologia onde o suprimento de sangue que é rico em oxigênio fica reduzido ou inexistente no músculo cardíaco. Isto ocorre quando a artéria coronária, responsável pelo suprimento sanguíneo, fica parcialmente ou completamente obstruída. A diminuição da oxigenação do músculo cardíaco leva a disfunção do coração causando tipicamente a dor súbita no peito que se espalha para braços e pescoço. No entanto algumas pessoas podem referir desconforto na região estomacal, falta de ar, náuseas e transpiração intensa, fria e pegajosa (BRUNNER; SUDDARTH, 2006).

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é um foco de necrose, causado pela destruição de células miocárdicas do coração de maneira permanente, sem haver regeneração (CECIL, 2001).

Por ser uma das doenças coronarianas que mais acometem pessoas de diferentes idades e raças, tornando-se uma verdadeira pandemia, onde as taxas de morbimortalidade vem aumentando significativamente em todo mundo, devido as modificações no estilo de vida das pessoas, relacionadas ao processo de industrialização e inovações tecnológicas, tornando o ser humano cada vez mais

próximo do sedentarismo, do stress e maus hábitos alimentares. Isso resulta no aumento dos níveis pressóricos, obesidade, desordens lipídicas, assim como aceitação do tabagismo pela sociedade (LOZOVY; PRIESNTZ, 2008).

No Brasil não é diferente, e o IAM é considerado uma das maiores causas de morbimortalidade em todo país, onde o aumento da sua incidência é consequência de uma nova conduta de vida. Embora haja uma estimativa de aumento na expectativa de vida das pessoas através do acesso às informações, elas demonstram o contrário e não percebem as modificações no seu próprio estilo de vida (MUSSI, 2004).

A assistência aos pacientes vítimas de IAM devem contemplar medidas eficazes e eficientes desde a suspeita diagnóstica até a minimização dos riscos impostos à vitalidade dos mesmos. Em virtude disso, o enfermeiro, profissional que está presente na assistência aos pacientes de forma diferenciada, deve voltar-se para um cuidar integral, visando atender as suas necessidades. Na maioria das vezes, o enfermeiro é o primeiro contato desses pacientes com o serviço de saúde, assim eles podem distinguir os sinais e sintomas de IAM e de outras emergências cardiovasculares, visto que o tempo é um fator determinante e primordial para o prognóstico (POMPEO et al., 2007).

Diante ao exposto e devido à escassez de informações na literatura científica sobre a assistência do enfermeiro nesta emergência, este trabalho fundamenta-se na necessidade de identificar a assistência do enfermeiro diante do IAM.

Esta pesquisa justifica-se pela necessidade e importância em socializar conhecimentos referentes ao Infarto Agudo do Miocárdio, de forma a viabilizar intervenções efetivas direcionadas ao tratamento do paciente, possibilitando o conhecimento teórico e prático dos profissionais de saúde que atuam nas unidades de Emergências públicas e privadas. Dessa forma, percebe-se a necessidade em alertar os profissionais e gestores de saúde, sobre o despreparo dos profissionais, frente à assistência ao paciente em curso de IAM.

No Brasil as doenças cardiovasculares são responsáveis por 16,7 milhões de mortes ao ano com projeção para 2020 se persistirem como a principal causa de mortalidade e incapacitação (SCHNEIDER et al., 2008). E das doenças coronárias, o IAM lidera os óbitos, sendo que cerca de 50% das mortes ocorrem nas primeiras horas de evolução dos sintomas e o conseqüente retardo na procura de ajuda na emergência pioram o prognóstico (SANTOS et al., 2010).

2 OBJETIVO

Conhecer o papel do enfermeiro junto aos pacientes vítimas de IAM, ressaltando o enfermeiro como intermediador dos procedimentos e exames realizados, sendo este, peça fundamental no seguimento de protocolos, bem como a necessidade da assistência voltada para uma visão holística.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico com abordagem qualitativa, cuja trajetória metodológica percorrida apoiou-se nas leituras exploratórias e seletivas do material de pesquisa, bem como sua revisão literária, contribuindo para o processo de síntese e análise dos resultados de vários estudos, criando um corpo de literatura compreensível (GIL, 1989).

O presente estudo foi desenvolvido através de um levantamento bibliográfico, usando periódicos de enfermagem, encontrados no *Centro Especializado da Organização Pan-americana de Saúde* (BIREME), que abrange as bases de dados *Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica* (MEDLINE), *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) acerca do tema, em período livre. Foram consideradas publicações que abordavam o tema Infarto Agudo do Miocárdio, utilizando-se descritores como: Infarto Agudo do Miocárdio; Assistência de enfermagem; Emergência.

Os critérios de inclusão foram textos em português, inglês e espanhol e disponível na íntegra. Logo após a leitura e fichamento do material encontrado, foram excluídos os que não estavam nos idiomas pré-estabelecidos e literaturas parciais. A segunda seleção foram excluídos artigos que não atendem ao tema proposto. Depois lido na íntegra os artigos foram selecionados as literaturas que melhor responderam a questão proposta, para a compilação de dados e a confecção de resultados e discussão.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 45 artigos, e foi realizada leitura exploratória dos mesmos, sendo que destes 23 foram excluídos por caracterizarem fuga ao tema. Para a presente pesquisa serão usados 22 artigos conforme descritos na tabela abaixo:

Título	Objetivo do estudo	Ano	Referência
Compreendendo o significado da dor torácica isquêmica de pacientes admitidos na sala de emergência.	IAM em emergência	2007	ARAÚJO, R.D.; MARQUES I. R. Rev Brasileira de Enfermagem. Nov-dez. p. 676-680, 2007.
Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.	Assistência em enfermagem	2006	BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan S.A. 2006;
Infarto agudo do miocárdio e morte súbita documentada.	IAM relacionada a morte súbita	2005	CARVALHO, Gustavo; MACHADO, Maurício de Nassau and Maia, LÍLIA Nigro.. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2005, vol.84, n.1, pp. 51- 54. ISSN 0066-782X. Doi: 10.1590/S0066-782X2005000100012.
Tratado de medicina interna	Diagnostico de IAM	2001	CECIL, Russell L. (Russell La Fayette), GOLDMAN, Lee; BENNETT, J. Claude.. 21. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c 2001. 2º Vol;
Infarto agudo do miocárdio: Aspectos clínicos e laboratoriais	Aspectos do IAM	2008	LOZOVYOY, MAB; PRIESNTZ, JC; SILVA, AS. . Interbio. V.2, n1, 2008, p.4-10
Paciente vulnerável: epidemias cardiovasculares emergentes.	Doenças cardiovasculares de emergencia	2003	MESQUITA ET. Rio de Janeiro (RJ): Lápiz de Cor; 2003.
O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção.	Assistência de enfermagem no IAM	2004	MUSSI Fernanda Carneiro. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2004, vol.12, n.5, pp. 751- 759. ISSN 0104-1169. Doi: 10.1590/S0104-11692004000500008
Práticas de Enfermagem	Assistência de enfermagem	1998	NETTINA S.. 6ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1998.
Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes.	Assistência de enfermagem	2007	POMPEO, D. A; PINTO, MH; CESARINO, CB; ARAUJO, RRDF; POLETTI, NAA. Rev Acta Paul Enfem., 2007; Vol.20 n.3 p.45-50. Disponível em: http://www.scielo.br , acesso em 01/11/2016.
Patologia estrutural e funcional	Aspectos do IAM	2000	ROBBINS, SL; COTRAN, RS; KUMAR, VY. Patologia estrutural e funcional. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000, 1251 p.
Cuidado de enfermagem: evitando o retardo pré-	Assistência de enfermagem em	2009	SAMPAIO ES, MUSSI FC. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 jul/set; vol.17 n.3 p.442-6.

hospitalar face ao infarto agudo do miocárdio.	IAM		
Análise de registros eletrocardiográficos associados ao infarto agudo do miocárdio.	Aspectos laboratoriais do IAM	2006	MANSUR Paulo Henrique Garcia et al. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2006, vol.87, n.2, pp. 106-114. ISSN 0066-782X. doi: 10.1590/S0066-782X2006001500007.
Semelhanças e diferenças da dor nas síndromes torácicas:revisão da literatura.	Síndromes laboratoriais	2008	SANTORO BDC, PIMENTA ,C.A.M. Rev Gaúcha Enferm.,Porto Alegre (RS)2008 jun vol.29, n.02 p.301-7. Disponível em:http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5595
Tratamento de uma coorte de pacientes com infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST	Infarto Agudo do Miocardio	2009	SOARES Jamil da Silva et al.. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2009, vol.92, n.6, pp. 464-471. ISSN 0066-782X. Doi: 10.1590/S0066-782X2009000600009
Maior letalidade e morbidade por infarto agudo do miocárdio em hospital público, em Feira de Santana - Bahia.	Mortalidade do IAM	2009	FERREIRA et alArq. Bras. Cardiol. [online]. 2009, vol.93, n.2, pp. 97-104. ISSN 0066-782X. Doi: 10.1590/S0066-782X2009000800006
Vivências de mulheres à dor no infarto do miocárdio.	IAM em mulheres	2006	MUSSI Fernanda Carneiro; Ferreira, Sílvia Lúcia and Menezes, Angélica Araújo de. Rev. Esc. Enferm. USP [online]. 2006, vol.40, n.2, pp. 170-178. ISSN 0080-6234. Doi: 10.1590/S0080-62342006000200004.
Escore TIMI no infarto agudo do miocárdio conforme níveis de estratificação de prognóstico.	Infarto Agudo do Miocardio	2009	PEREIRA Jaqueline Locks; Sakae, Thiago Mamôru; Machado, Michele Cardoso and Castro, Charles Martins de. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2009, vol.93, n.2, pp. 105-112. ISSN 0066-782X. Doi: 10.1590/S0066-782X2009000800007.
Cardiologia.	Aspectos do IAM	2000	JULIAN, Desmond G.; COWAN, J. Campbell. São Paulo: Saraiva, 2000.
Tratado de cardiologia	Aspectos do IAM	2005	NOBRE, Fernando; SERRANO JR., Carlos V. SOCESP. Barueri: Manole, 2005.
Manual de Atendimento cardiovascular de emergências para provedores de saúde: AHA/ Fundação interamericana do coração.	Emergencias cardiovasculares	2001	MARTINEZ, Eulógio. (baseado nas diretrizes internacionais de 2001).
Rotinas das emergências cardiovasculares. Hospital Pró-Cardíaco/PROCEP.	Emergências cardiovasculares	2002	MESQUITA, TINOCO; CLARE, Cristina Monsanto. São Paulo: Atheneu, 2002.
Urgências cardiovasculares.	Urgências cardiovasculares	1996	TIMERMAN A, SOUSA JE, PIEGAS LS. São Paulo (SP): Sarvier; 1996.

Foi realizada leitura analítica dos artigos selecionados que possibilitou a organização dos assuntos por ordem de importância e a sintetização destas que

visou à fixação das ideias essenciais para a solução do problema da pesquisa. Para operacionalizar a pesquisa os achados serão discutidos em categorias.

4.1 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

O IAM é um foco de necrose e ele ocorre devido às células miocárdicas do coração ser destruídas de maneira permanente, sem haver regeneração. Há um fluxo sanguíneo prejudicado, tendo como causas a diminuição do suprimento de oxigênio no músculo, devido à presença de trombos ou êmbolos na parede das artérias coronárias, assim como “o vasoespasma e demanda aumentada de oxigênio, em razão de uma frequência cardíaca rápida, tireotoxicose ou ingestão de cocaína” (CECIL, 2001).

A destruição do músculo do coração é motivada, geralmente, por depósitos de placas de ateroma nas artérias coronárias. Desse modo, essas placas nada mais são do que o amontoado de células no interior dos vasos sanguíneos. Lesões dos próprios vasos, assim como depósitos de gordura que vão desenvolvendo-se com o tempo, constituem-se verdadeiras “rolhas” no interior das artérias do coração (MARTINEZ, 2001).

O infarto significa a morte de uma parte do músculo cardíaco (miocárdio), por falta de oxigênio e irrigação sanguínea. A oxigenação necessária ao funcionamento do coração sucede por um conjunto de vasos sanguíneos, as chamadas artérias coronárias. Quando uma dessas artérias que irrigam o coração impede o abastecimento de sangue e oxigênio ao músculo, redundando em um processo de destruição irreversível, podem ocasionar parada cardíaca (morte súbita), morte tardia ou insuficiência cardíaca com sérias limitações de atividades físicas (ERAZO, 2008).

Os pacientes que passam por um infarto, são comumente do sexo masculino, pois são mais facilmente vulneráveis que as mulheres. Isso porque, acredita-se que as mulheres possuam uma eficácia protetora que é a produção de hormônios (estrógeno), tanto que após a menopausa, pela falta de produção desse hormônio, a circunstância de infarto na mulher cresce de sobremaneira (STEFANINI, 2004).

Outro fator também que contribui é o colesterol: quanto maior o volume de colesterol no sangue maior a probabilidade de enfartar. Existem 03 tipos de colesterol: o de baixa densidade (LDL), o de muita baixa densidade (VLDL), e o de

Revista Científica FacMais, Volume. XI, Número 4. Dezembro. Ano 2017/2º Semestre. ISSN 2238-8427

alta densidade (HDL). O HDL conhecido como bom colesterol, possui efeito protetor para o infarto do miocárdio, recomendado mantê-lo em níveis altos no sangue (ARAUJO; MARQUES, 2007).

O LDL por sua vez, o mau colesterol, como é popularmente conhecido, deve ser observado, pois em níveis elevados no sangue aumenta a probabilidade de infarto. Geralmente, a pessoa tem o colesterol alto devido a doenças hereditárias, fazendo com que o organismo não consiga produzir as enzimas imprescindíveis para desmanchar a gordura. Por este motivo é que há casos de jovens tendo infarto. É fundamental e necessário detectar se existem casos desse tipo na família, pois quando essas doenças são tratadas antecipadamente, pode-se evitar que essas pessoas sofram o infarto (ARAUJO; MARQUES, 2007).

A hipertensão (pressão alta) e a obesidade fazem o coração bombear mais, exigindo mais sangue, o que também é um dos fatores para o aumento do risco de infarto do miocárdio. Sobre isso, Nobre e Serrano Jr. (2005, p. 29), asseguram que: “A pressão arterial correlaciona-se intensamente com risco vascular. Dados obtidos na região metropolitana de São Paulo reforçam a necessidade de prevenção primária da HAS, permitindo assim a diminuição do risco cardiovascular da população, com consequentes reduções das taxas de IAM, e provavelmente de acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca e insuficiência renal”.

O marasmo, o estresse, a ansiedade e a falta de prática física, também contribuem na produção do infarto. O fumo está intrinsecamente arraigado com o infarto do miocárdio: os fumantes são em número 60% mais vulneráveis de sofrer infarto do que os não fumantes. O fumo causa não somente a destruição de vasos do coração, como também aumenta a chance de formar trombose (coágulos de sangue). Essa propensão de provocar coágulos aumenta ainda mais em mulheres que tomam anticoncepcionais, principalmente, entre os 30 e 40 anos de idade (SAMPAIO, 2009).

Nobre e Serrano Jr. (2005, p. 27), nesse contexto, alertam que “A importância do tabagismo vem sendo demonstrada ao longo dos anos por uma série de evidências intra e interpopulacionais”. Subsistem algumas causas que levam à obstrução das artérias coronárias, entretanto, em primeiro lugar está a aterosclerose a qual se constitui pelo acúmulo de gordura na parede das artérias, formando verdadeiras placas, que podem vir a obstruir o vaso e impedir o fluxo de sangue a partir daquele local.

É comum, em casos de IAM, o paciente queixar-se de dor torácica insistente e repentina, com intensidade variada localizada sobre a região inferior do esterno (parte central e posterior do peito) e abdômen superior. A dor vai tornando-se mais grave até ficar quase insustentável. Mesmo quando a pessoa está acordando ou fazendo pouco esforço também pode surgir o mal-estar o qual pode atingir o ombro e o braço esquerdo, as costas, o pescoço e a mandíbula, os dois últimos são atingidos em poucos casos. O paciente sente uma violenta dor e um aperto no peito que se estendem de 30 minutos a algumas horas e, estes, não são aliviados pelo repouso ou pela nitroglicerina (MARTINEZ, 2001).

Quanto aos sintomas associados, se incluem aumento da frequência respiratória, palidez, sudorese abundante, fria e pegajosa, tonteira e confusão mental e, algumas vezes, uma sensação de opressão torácica. Também pode haver, por reflexo vagal, náuseas e vômitos e, morte iminente (POMPEO et al., 2007).

Porto (2002, p. 610), enfatiza que o “paciente com suspeita de infarto agudo do miocárdio deve ser avaliado o mais rapidamente possível quando da chegada ao hospital/pronto socorro, se possível nos 10 primeiros minutos, mas nunca demorando mais de 20 minutos”.

Quanto aos aspectos clínicos e laboratoriais, uma dor intensa localiza-se tipicamente na região retroesternal ou precordial associada a uma sensação de peso ou aperto e com uma duração acima de 30 minutos. Ela pode irradiar-se para o pescoço, mandíbula, membros superiores e dorso. Estão associados também outros sinais, tais como sudorese, dispneia, náuseas e vômitos. Nos pacientes com diabetes, a dor é, por vezes, atípica devido à neuropatia frequente em uma fase mais avançada da doença, o que requer da equipe de enfermagem uma investigação de qualquer queixa de desconforto (POMPEO et al., 2007).

Segundo Lozovoy et al. (2008), o diagnóstico clínico é feito através de características da síndrome e de manifestações clínicas que são: ansiedade e agitação, sudorese, sinais de choque com hipotensão arterial, diminuição de amplitude de pulso devido a necrose maciça com grande déficit de contratilidade, sinais de falência ventricular, arritmias e vômitos. Porém, o diagnóstico de IAM apenas com critérios clínicos e eletrocardiográficos, pode ser difícil no momento em que o paciente é admitido na sala de emergência.

Se o nível do segmento ST estiver alterado haverá um problema cardíaco, porém o ECG pode não avaliar ou não detectar o problema com certeza, pois

Revista Científica FacMais, Volume. XI, Número 4. Dezembro. Ano 2017/2º Semestre. ISSN 2238-8427

apenas 41 a 56% dos pacientes que chegam a emergência apresentam supra-desnivelamento do segmento ST no ECG, sendo possível estabelecer o diagnóstico imediato nestes casos. Porém nos demais casos ocorrem alterações não diagnosticadas, como bloqueio do ramo esquerdo, inversão de onda T do ECG, infradesnivelamento do segmento ST ou mesmo ECG normal. Nestes casos ainda haverá o diagnóstico laboratorial (LOZOVY et al., 2008).

A avaliação laboratorial baseia-se na determinação de macromoléculas intracelulares na circulação, que extravasam das células miocárdicas, fatalmente lesadas através de uma membrana sarcolemal comprometida. As macromoléculas que são diagnosticadas nos exames laboratoriais para o IAM são: creatina-quinase (CK), aspartato-aminotransferase (AST), lactato desidrogenase (LDH), troponina T e troponina I (TNT e TNI) e mioglobina (ROBBINS, 2000).

A interpretação das enzimas cardíacas como, a Creatina Cinase (CK) é indicador sensível de lesão miocárdica, porém pouco específica. As isoenzimas que são as CK-MM, atuante no 7 músculo esquelético, CK-BB, atuante no tecido cerebral e a CK-MB são específicas das células cardíacas, todas encontradas em níveis elevados quando ocorrem lesões miocárdicas (BRUNNER & SUDDARTH, 2006; CECIL, 2001).

A mioglobina é encontrada tanto no músculo cardíaco como esquelético, porém não havendo especificidade no seu aumento como indicação de um evento cardíaco (CECIL, 2001).

A troponina encontrada somente no músculo cardíaco, podendo permanecer elevada por um período de 72 horas, quando ocorre lesão cardíaca. Além das isoenzimas, outras avaliações permitem uma mensuração mais adequada nos pacientes com IAM. São elas: avaliação da gasometria e a oximetria de pulso. Na gasometria, observa-se valores da pressão de oxigênio alveolar (PaO₂), abaixo de 60 mmHg, revelando-se uma intensa hipoxemia (ERAZO, 2008) .

Deve-se avaliar também a SpO₂ arterial, onde o mesmo deve apresentar-se maior que 93%. Vale ressaltar a importância da monitorização cardíaca através de eletrodos conectados, para possibilitar uma avaliação elétrica contínua. (CECIL, 2001).

A administração de agentes trombolíticos objetivam desmanchar possíveis trombos ou através da angioplastia. Neste momento os médicos, de modo geral, optam pela administração da dolantina por ser uma droga de efeito analgésico

Revista Científica FacMais, Volume. XI, Número 4. Dezembro. Ano 2017/2º Semestre. ISSN 2238-8427

potente. Também podem ser utilizados antiarrítmicos, mais seu uso ainda é discutido (TIMERMAN et al., 1996).

Porto (2002, p. 610), assegura que:

Uma vez hospitalizado, o paciente deve ser monitorizado de forma contínua, na derivação com maior supradesnivelamento. O diagnóstico do infarto deve ser confirmado com a confirmação de ECGs e dosagens enzimáticas seriadas. Nesta fase impõe-se o controle intensivo do paciente, pois a maioria dos reinfartos ocorre nas primeiras 24 horas. Nessa fase o paciente precisa ser vigiado o tempo todo. Para que seu músculo cardíaco não sinta ausência de sangue é preciso que se administrem oxigênio e drogas que reduzam a dor causada pela baixa concentração de oxigênio circulante.

Assim, nesse período crítico deve-se limitar a permanência do paciente na UTI pelo período mínimo de 72 horas, pois neste momento há a necessidade de se monitorar continuamente o infarto devido a várias circunstâncias de complicações que possam vir a ocorrer (CARVALHO et al., 2005).

4.2 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

É desejável que haja um esforço por parte da comunidade e dos profissionais de saúde, no sentido de serem desenvolvidos programas que permitam: a) Educar a população sobre os sinais/sintomas de IAM, inclusive com a possibilidade de acesso a um telefone de emergência à menor suspeita; b) Treinar pessoal especializado e propiciarão mesmo material adequado para tratamento das emergências médicas ainda dentro das ambulâncias (MANSUR et al., 2006).

O treinamento adequado dos profissionais de saúde e até mesmo do público leigo no reconhecimento de tal situação de emergência poderia mudar a sua história e evolução. No entanto, em casos atípicos e duvidosos, mesmo seguindo criteriosamente todos os passos na avaliação, na emergência, de pacientes com dor torácica, a doença arterial coronariana pode se manifestar com este desfecho letal e inesperado e sua reversão estaria relacionada não só ao tempo gasto até o atendimento da vítima, mas também à extensão do miocárdio isquêmico e sua reestabilização elétrica (SOARES et al., 2009).

A enfermeira pode atuar na educação à saúde de pessoas com risco potencial para infarto do miocárdio, seus familiares e a comunidade em geral

(prédios públicos, ambientes de trabalho, escolas etc.), com vistas à conscientização sobre os sinais e sintomas eminentes do infarto e da importância do socorro médico imediato em face da dor.

A literatura preconiza o papel do enfermeiro como de provisão, promoção, manutenção e restauração do conforto. Além disso, na prática hospitalar, pode-se perceber que o conforto é algo esperado pelo paciente no processo de tratamento e, ao mesmo tempo, preocupação e meta da enfermagem. Parecem coincidir, assim, a busca do enfermeiro e a expectativa do paciente: conforto faz parte tanto dos referenciais teóricos quanto práticos da profissão (FERREIRA et al., 2009).

O enfermeiro tem papel fundamental no atendimento deste paciente, esclarecendo suas dúvidas, avaliando suas necessidades, atendendo expectativas, além de manter participação ativa nos procedimentos intra-hospitalares. Percebe-se, nos estudos acima que o enfermeiro tem um papel importante na organização da qualidade do atendimento e capacitação eficiente da equipe frente ao paciente infartado. O enfermeiro, por meio de seus cuidados, é um profissional essencial na construção da conduta adequada no cuidado com o paciente infartado. Conclui-se que a conduta do enfermeiro frente ao paciente infartado exige capacitação e competência técnica (PEREIRA et al., 2009).

O enfermeiro tem a responsabilidade de organizar a informação, a educação e o treinamento do público e de capacitar-se para atuar com competência técnico-científica, ética e humanística no cuidado a pessoas com IAM visando à redução do retardo pré-hospitalar intervindo na prevenção primária e secundária (SAMPAIO, 2009).

A literatura preconiza o papel do enfermeiro como de provisão, promoção, manutenção e restauração do conforto. Além disso, na prática hospitalar, pode-se perceber que o conforto é algo esperado pelo paciente no processo de tratamento e, ao mesmo tempo, preocupação e meta da enfermagem. Parecem coincidir, assim, a busca do enfermeiro e a expectativa do paciente: conforto faz parte tanto dos referenciais teóricos quanto práticos da profissão (MUSSI, 2007).

A responsabilidade da enfermagem no atendimento ao IAM é evitar complicações e propiciar aos clientes sua máxima capacidade funcional, física e emocional. Assim, a enfermagem deve ser capaz de avaliar continuamente o estado clínico do paciente através de: monitorização eletrocardiográfica; observação direta do paciente; e monitorização hemodinâmica. Em situações de emergência, ela

também deve ser capaz de intervir mantendo infusões venosas pérvias; oxigenoterapia; tratamento das arritmias; respiração assistida e realizando desfibrilação; e ressuscitação cardiopulmonar, sempre que necessário (NETTINA, 1998).

A monitorização cardíaca é essencial para se detectar qualquer arritmia. Nesse sentido, é a equipe de enfermagem que deve manter vigilância constante sobre o monitor cardíaco, para se evitar as arritmias letais. Na avaliação clínica, deve-se considerar o estado clínico do paciente em intervalos regulares, até que aconteça a estabilização de sua condição clínica. A avaliação deverá ser realizada a cada duas horas durante as primeiras oito horas, após a admissão. Depois dessas primeiras oito horas, a avaliação deve ser realizada a cada quatro horas (ARAUJO; MARQUES, 2007).

A equipe de enfermagem deve manter todos os equipamentos em perfeito funcionamento, para a cobertura adequada das intercorrências que possam vir a acontecer. Também deve receber incentivo e facilidades de treinamento constante em reanimação cardiopulmonar (NETTINA, 1998).

Um balanço hídrico rigoroso é fundamental para o paciente com IAM, pois, na presença de uma super hidratação ou desidratação, poderá ocorrer comprometimento da circulação levando à insuficiência ventricular esquerda ou de choque cardiogênico (MESQUITA, 2003).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através das publicações pesquisadas e analisadas, constatou-se que o atendimento precoce é, ainda, a melhor maneira de evitar a morte e amenizar possíveis sequelas. Portanto, se faz necessário que os profissionais de saúde busquem aperfeiçoar-se dentro das novas tecnologias com o fim de salvar vidas.

Como pudemos ver no decorrer do estudo, pacientes admitidos nos serviços de emergência precocemente são os que podem se beneficiar com as técnicas terapêuticas hoje disponíveis. Portanto, o prognóstico dos pacientes depende, primordialmente, da agilidade em encontrar um serviço médico e da eficiência desse procedimento para obter a reperfusão coronariana o mais rápido possível.

O sintoma mais relevante do IAM é a dor ou desconforto intenso atrás do osso esterno que, na maioria das vezes, é referido como aperto, opressão, peso ou

queimação. Costumeiramente esses sintomas vêm seguidos de náuseas, vômitos, sudorese, palidez e sensação de morte iminente. Tais desconfortos têm duração acima de vinte minutos, entretanto dores com duração abaixo de vinte minutos podem ser suposição de angina no peito.

Foi constatado neste estudo, que dois terços das mortes súbitas por doenças coronarianas acontecem fora do hospital e, grande parte, em duas horas após o início dos sintomas. Muitas dessas ocorrências fatais poderiam ser evitadas se o paciente recebesse atendimento imediato e apropriado. Portanto, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado reduzem a possibilidade de morte arritmica e melhoram a função ventricular esquerda após o infarto.

O tempo e a qualidade da atenção médico-hospitalar são fatores essenciais logo nos primeiros minutos da manifestação dos sintomas. A questão do retardo da atenção médica está não apenas ligada ao paciente, que nem sempre reconhece e hesita em aceitar a gravidade de sua condição, mas, também, a fatores quanto à disponibilidade de transporte e possibilidade de acesso à rede hospitalar. Um sistema de atendimento médico-emergencial carente do ponto de vista de recursos materiais e humanos pode ser altamente lesivo para os pacientes que sofrem um IAM.

Este trabalho, além de reforçar a importância do tema, possa contribuir para o esclarecimento, especialmente, dos profissionais em saúde no sentido de proporcionar à população um atendimento rápido, adequado e eficiente.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, R.D.; MARQUES I. R. Compreendendo o significado da dor torácica isquêmica de pacientes admitidos na sala de emergência. **Rev Brasileira de Enfermagem**. Nov-dez. p. 676-680, 2007.

BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan S.A. 2006;

CARVALHO, Gustavo; MACHADO, Maurício de Nassau and Maia, LÍLIA Nigro. Infarto agudo do miocárdio e morte súbita documentada. *Arq. Bras. Cardiol.* [online]. 2005, vol.84, n.1, pp. 51- 54. ISSN 0066-782X. Doi: 10.1590/S0066-782X2005000100012.

Idel De Oliveira Martins et all. A conduta de enfermagem no atendimento de emergência ao paciente com infarto agudo do miocárdio

CECIL, Russell L. (Russell La Fayette), GOLDMAN, Lee; BENNETT, J. Claude. Tratado de medicina interna. 21. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c 2001. 2º Vol;

LOZOVVOY, MAB; PRIESNTZ, JC; SILVA, AS. Infarto agudo do miocárdio: Aspectos clínicos e laboratoriais. Interbio. V.2, n1, 2008, p.4-10

MESQUITA ET. Paciente vulnerável: epidemias cardiovasculares emergentes. Rio de Janeiro (RJ): Lápis de Cor; 2003.

JULIAN, Desmond G.; COWAN, J. Campbell. Cardiologia. São Paulo: Saraiva, 2000.

NOBRE, Fernando; SERRANO JR., Carlos V. Tratado de cardiologia SOCESP. Barueri: Manole, 2005.

MARTINEZ, Eulógio. Manual de Atendimento cardiovascular de emergências para provedores de saúde: AHA/ Fundação interamericana do coração. (baseado nas diretrizes internacionais de 2001).

MESQUITA, TINOCO; CLARE, Cristina Monsanto. Rotinas das emergências cardiovasculares. Hospital Pró-Cardíaco/PROCEP. São Paulo: Atheneu, 2002.

MUSSI Fernanda Carneiro. O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2004, vol.12, n.5, pp. 751- 759. ISSN 0104-1169. Doi: 10.1590/S0104-11692004000500008

NETTINA S. Práticas de Enfermagem. 6ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1998.

POMPEO, D. A; PINTO, MH; CESARINO, CB; ARAUJO, RRDF; POLETTI, NAA. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Rev Acta Paul Enfem.*, 2007; Vol.20 n.3 p.345-50. Disponível em: <http://www.scielo.br>, acesso em 01/11/2016.

ROBBINS, SL; COTRAN, RS; KUMAR, VY. Patologia estrutural e funcional. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000, 1251 p.

SAMPAIO ES, MUSSI FC. Cuidado de enfermagem: evitando o retardo pré-hospitalar face ao infarto agudo do miocárdio. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009 jul/set; vol.17 n.3 p.442-6.

MANSUR Paulo Henrique Garcia et al. Análise de registros eletrocardiográficos associados ao infarto agudo do miocárdio. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. 2006, vol.87, n.2, pp. 106-114. ISSN 0066-782X. doi: 10.1590/S0066-782X2006001500007.

SANTORO BDC, PIMENTA, C.A.M. Semelhanças e diferenças da dor nas síndromes torácicas: revisão da literatura. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS)2008jun: vol.29 n.02 p.301-7. Disponível em:<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5595>

Idel De Oliveira Martins et al. A conduta de enfermagem no atendimento de emergência ao paciente com infarto agudo do miocárdio

SOARES Jamil da Silva et al. Tratamento de uma coorte de pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. 2009, vol.92, n.6, pp. 464-471. ISSN 0066-782X. Doi: 10.1590/S0066-782X2009000600009

FERREIRA et al. Maior letalidade e morbidade por infarto agudo do miocárdio em hospital público, em Feira de Santana - Bahia. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. 2009, vol.93, n.2, pp. 97-104. ISSN 0066-782X. Doi: 10.1590/S0066-782X2009000800006

MUSSI Fernanda Carneiro; Ferreira, Sílvia Lúcia and Menezes, Angélica Araújo de. Vivências de mulheres à dor no infarto do miocárdio. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online]. 2006, vol.40, n.2, pp. 170-178. ISSN 0080-6234. Doi: 10.1590/S0080-62342006000200004.

PEREIRA Jaqueline Locks; Sakae, Thiago Mamôru; Machado, Michele Cardoso and Castro, Charles Martins de. Escore TIMI no infarto agudo do miocárdio conforme níveis de estratificação de prognóstico. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. 2009, vol.93, n.2, pp. 105-112. ISSN 0066-782X. Doi: 10.1590/S0066-782X2009000800007.

TIMERMAN A, SOUSA JE, PIEGAS LS. Urgências cardiovasculares. São Paulo (SP): Sarvier; 1996.