

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO FRENTE AO PACIENTE COM SUSPEITA DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO ADMITIDO EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

DISTRIBUTIONS OF THE NURSE TO THE PATIENT WITH SUSPECT OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION ADMITTED IN A UNIT OF READY ATTENTION: A REVIEW OF THE LITERATURE

Bruna Xavier Nunes¹
Fábio Augusto de Lima Lara²
Franciele Monis dos Santos Andrade³
Taynara Agostinho dos Reis Ribeiro⁴
Selma Rodrigues Alves Montefusco⁵

RESUMO

As causas comumente envolvidas são a Aterosclerose e Arteriosclerose que culminam na obstrução ao fluxo sanguíneo para a musculatura cardíaca causando sofrimento muscular. A Síndrome Coronariana Aguda pode ser classificada em Angina estável, Instável, Infarto Agudo do Miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST e Infarto Agudo do Miocárdio sem supra desnivelamento do segmento ST. O tipo de infarto com maior ocorrência é o Infarto Agudo do Miocárdio Isquêmico com e sem supra de segmento ST. Na admissão do paciente são solicitados alguns exames laboratoriais que comprovam o suposto diagnóstico de IAM, sendo os mais utilizados dosagens enzimáticas de CPK, CK-MB, Troponina e Mioglobina. Este estudo objetiva identificar intervenções de enfermagem em pacientes admitidos com Síndrome Coronariana Aguda (SCA) em unidades de pronto atendimento. Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura. Dentre as intervenções de enfermagem as que mais se destacam são: realizar ECG, Punção venosa de bom calibre, tratamento imediato, MONAB, atenção ao paciente, orientação à família, repouso no leito, oxigênio quando dispneia ou saturação inferior a 90%, monitorização cardíaca, verificação dos sinais. Cabe a equipe de enfermagem intervir e prestar uma assistência rápida e de qualidade, para minimizar os possíveis danos ao paciente, diminuindo o risco de seqüelas ou óbitos ocasionados pelo infarto.

Palavras-chave: Infarto. Enfermagem.

¹ Enfermeira, especializando em S.C.I.H. Coordenadora dos estágios da Faculdade CGESP. E-mail: bruna_xn28@hotmail.com.

² Enfermeiro. E-mail: gugulara13@hotmail.com.

³ Enfermeira. E-mail: francielemonis@gmail.com

⁴ Enfermeira, especializando em S.C.I.H e Centro Cirúrgico. Supervisora de Enfermagem no Hospital de Olhos - LIO. E-mail: taynara.a.r@gmail.com.

⁵ Enfermeira, especialista em Educação em Enfermagem, Mestre em enfermagem, Doutora em Enfermagem-UFG, Docente no Curso de Enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira e Universidade Federal de Goiás-UFG. E-mail: sramontefusco@gmail.com

ABSTRACT

The commonly involved causes are the Atherosclerosis and Arteriosclerosis which end up obstructing the blood flow to the heart muscle causing muscle strain. The Acute Coronary Syndrome can be classified as Stable, Unstable Angina, Acute Myocardial Infarction with ST-segment elevation and Acute Myocardial Infarction without ST-segment elevation. The most frequent kind of infarction is the Acute Ischemic Myocardial Infarction with and without ST-segment. At the patient's admission some laboratory tests are requested to confirm the presumed AMI diagnosis, being the enzymatic doses of CPK, CK-MB, Troponin and Myoglobin the most used. This study has the objective to identify nursing interventions in patients admitted with Acute Coronary Syndrome (ACS) in emergency care units. This is a literature review. Among the nursing interventions, the most noteworthy are: ECG, venipuncture of good caliber, immediate treatment, MONAB, patient care, family guidance, bed rest, oxygen when dyspnea or saturation lower than 90%, heart monitoring, signal verification. Nursing.

Keywords: Infarction. Nursing.

1 INTRODUÇÃO

O coração é uma bomba cardíaca composta por quatro câmaras, dois átrios e dois ventrículos que são responsáveis pela manutenção do volume circulante de sangue. O Átrio direito é responsável por 25% do Débito Cardíaco (DC) e o ventrículo esquerdo por 75% do DC. À medida que o coração fornece nutrientes para utilização sistêmica, ele próprio recebe oxigênio e nutrientes através das coronárias o que resulta no equilíbrio entre oferta e demanda (GUYTON; HALL, 2012).

Condições que geram desequilíbrio resultam na síndrome Coronária Aguda (SCA), causada pela insuficiência do fluxo sanguíneo e a oferta inadequada de oxigênio para o coração, geralmente associada a dor torácica, dispneia, taquicardia, hipoxemia afetando a homeostase do corpo (SANTOS *et al.*, 2010; DESSOTE *et al.*, 2011; FIGUEIREDO *et al.*, 2013; MISSAGLIA *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2013; SOUZA *et et al.*, 2013).

Entende-se por Infarto Agudo do como a lesão do músculo cardíaco, causado pela oferta inadequada de oxigênio e nutrientes, levando a obstrução do fluxo sanguíneo e conseqüentemente a necrose da área afetada. (PERREIRA; NASSER, 2015). O infarto se classifica através de quatros níveis de Killip sendo eles I, II, III, IV, São classificados através do exame físico de

possíveis pacientes, buscando pacientes com maior risco de morte (TORRES, 2008; MELO *et al.*, 2014).

As causas comumente envolvidas são a Aterosclerose e Arteriosclerose que culminam na obstrução ao fluxo sanguíneo para a musculatura cardíaca causando sofrimento muscular. A obstrução pode ser total ou parcial, podendo causar o IAM hemorrágico ou IAM isquêmico, sendo o mais comum o Infarto Agudo do Miocárdio Isquêmico (IAMI) (DESSOTTE *et al.*, 2010; LOPES *et al.*, 2012; BRANT *et al.*, 2012).

A Síndrome Coronariana Aguda pode ser classificada em Angina estável, Instável, Infarto Agudo do Miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST e Infarto Agudo do Miocárdio sem supra desnivelamento do segmento ST (SANTOS *et al.*, 2010; TAKADA *et al.*, 2011; DESSOTTE *et al.*, 2011; FIGUEIREDO *et al.*, 2013; LEMOS *et al.*, 2010). Constituem um sério problema de saúde pública, gerando um custo médio de R\$3,88 bilhões, com destaque para Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Angina Instável (AI), tendo como principal manifestação dor torácica (TEICH, ARAUJO 2011; MAGEE *et al.*, 2012; CAVEIÃO *et al.*, 2014; BRANT *et al.*, 2012).

Dentre os principais fatores de risco desencadeante do IAM temos: sedentarismo, sobrepeso, obesidade, HAS, histórico familiar, estresse, dislipidemia, tabagismo, diabetes, infecção, IAM anterior, Arritmias graves, Choque Cardiogênico (Lemos *et al.*, 2010; MAGEE *et al.*, 2012; DESSOTTE *et al.*, 2011; MATOS *et al.*, 2012; TAKADA *et al.*, 2011).

O tipo de infarto com maior ocorrência e o Infarto Agudo do Miocárdio Isquêmico com e sem supra de segmento ST, podemos também destacar o Infarto Agudo do Miocárdio Hemorrágico que é pouco destacado nas literaturas (FIGUEIREDO *et al.*, 2013; MAGEE *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2010).

Na admissão do paciente são solicitados alguns exames laboratoriais que comprovam o suposto diagnóstico de IAM, sendo os mais utilizados dosagens enzimáticas de CPK, CK-MB, Troponina e Mioglobina. Utilizam-se também exames por condução elétrica, o Eletrocardiograma (ECG) (SANTOS *et al.*, 2010; TAKADA *et al.*, 2011; MISSAGLIA *et al.*, 2013; DESSOTTE *et al.*, 2010; PRAZERES *et al.*, 2013; FIGUEREIDO *et al.*, 2013; ESCOSTEGUY *et al.*, 2010;

LEMOS *et al.*, 2012; BRANT *et al.*, 2012; PIEGAS *et al.*, 2012; PEREIRA, NASSER 2015).

Entre as principais complicações do IAM estão o Acidente Vascular Cerebral (AVC), Choque Cardiogênico, Edema Agudo de Pulmão, Insuficiência Cardíaca, Novo Infarto, Angina Recorrente, Arritmias, Sangramentos, Parada Cardíaca, Complicações Mecânicas e Morte (PIEGAS *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2010;).

É de grande importância a correta classificação do paciente pelos Enfermeiros perante o quadro apresentado para que o mesmo seja atendido de forma mais rápida, diminuindo os riscos e seqüelas do provável distúrbio cardíaco (TAKADA *et al.*, 2011; BELLUCCI JUNIOR, MATSUDA 2012; FIGUEIREDO *et al.*, 2013; LOPES *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2013).

Entre as formas de classificação de risco está o Protocolo de Manchester que vem sendo utilizado amplamente em todo território nacional, devido a sua classificação por prioridade, cada queixa principal está relacionada aos sinais e sintomas classificados de acordo com cinco níveis (SILVA *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2013; MISSAGLIA *et al.*, 2013).

Dentre os procedimentos mais utilizados em pacientes com SCA destacam-se: angioplastia com colocação de *stent* e cirurgia de revascularização miocárdica (TAKADA *et al.*, 2012; FIGUEIREDO *et al.*, 2013; BRANT *et al.*, 2012).

2 OBJETIVO

Identificar intervenções de enfermagem em pacientes admitidos com Síndrome Coronariana Aguda (SCA) em unidades de pronto atendimento.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura. A Pesquisa bibliográfica é classificada como o modelo de estudo e análise de documentos de domínio científico utilizando livros, enciclopédias, periódicos, ensaios críticos, dicionários e artigos científicos e uma pesquisa na internet que se forma uma ferramenta

indesejável à humanidade para informações veloz sobre os mais diversos assuntos (MEDEIROS, 2015).

A questão de pesquisa foi: Quais intervenções de enfermagem contribuem de forma eficaz no atendimento ao paciente com IAM?

Foi realizadas buscas nas seguintes bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (Lilacs), *Scientific Electronic Library Online* (SciElo) e *Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica* (Medline), utilizando as seguintes palavras-chaves: Assistência de Enfermagem; Cuidado de Enfermagem; Infarto Agudo do Miocárdio.

Foram utilizados os critérios de inclusão: artigo na íntegra, de 2005 a 2015, ser publicado em língua portuguesa e inglesa. Exclusão: todos os artigos que não se adequaram aos critérios citados acima e com fuga do tema.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados pesquisados foram dispostos e organizados em forma de tabelas, para facilitar a discussão do trabalho, foram separados e organizados de acordo com autores nas normas de referencia ABNT. O quadro I mostra as Intervenções de Enfermagem em Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio, sendo subdivididos em Referências, Objetivo, Métodos e Intervenções.

Referências	Objetivo	Metodologia	Atuação do enfermeiro no processo de execução da classificação de risco mediante protocolos atualmente utilizados
-------------	----------	-------------	---

<p>NASCIMENTO, E. R. P; ROSSO HILSENDEGER, B; NETH, C; et al. Classificação de risco na emergência: Avaliação da equipe de enfermagem. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, jan/mar; v.19 n.1 p.84-8, 2011.</p>	<p>Conhecer e analisar como os profissionais de enfermagem de um serviço de emergência hospitalar avaliaram o acolhimento com classificação de risco.</p>	<p>Qualitativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atuar como gerente. • Direcionar, integrar e avaliar as reais necessidades dos pacientes.
<p>REDA FEIJÓ, V. B; JUNIOR, L. C; SOUZA, R. K; et al. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. Saúde debate. Rio de Janeiro, Jul-Set, v. 39, n. 106, p. 627-636, 2015.</p>	<p>Analisar a classificação de risco em serviço de urgência de um hospital</p>	<p>Transversal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar linguagem clínica orientada para sinais e sintomas. • Realizar escalas e avaliação e classificação de risco de acordo com o grau de urgência do agravo.
<p>SHIROMA, L. M. B; PIRES, D. E. P. Classificação de risco em emergência – um desafio para as/os enfermeiras/os. Enfermagem em Foco, v.2, n.1, p.14-17, 2012.</p>	<p>Conhecer a visão das/os enfermeiras/os acerca da implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) em serviços de emergência.</p>	<p>Abordagem Qualitativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhem o usuário, ouvindo suas queixas e dando resposta a seus questionamentos • Conduz e possibilita o atendimento ao usuário grave com mais agilidade. • Orientar.
<p>DINIZ, A. S; SILVA, A. P; SOUZA, C. C; et al. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. abr/jun, v.16. n.2 p.312-20, 2014.</p>	<p>Identificar a demanda clínica dos pacientes atendidos por enfermeiros na classificação de risco de uma Unidade de Pronto Atendimento, segundo o protocolo de Manchester.</p>	<p>Descritivo quantitativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza protocolo de Manchester como direcionador. • Avalia idade, condição clínica e possível prognóstico do paciente. • Avalia e identifica a queixa principal. • Utiliza fluxogramas de dor. • Avaliação dos sinais vitais.
<p>SILVA, A. P; DINIZ, A. S; ARAÚJO, F. A; et al. Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o protocolo de Manchester. R. Enferm. Cent. O. Min. jan/abr, v.3 n.1 p.507-517, 2013.</p>	<p>Identificar a presença da queixa de dor nos diferentes níveis de prioridade estabelecidos no protocolo de Manchester.</p>	<p>Descritivo quantitativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do pacientes. • Analisar queixa principal do paciente. • Avaliar Sinais e Sintomas. • Identificar nível da dor, interpretar e intervir. • Registrar.
<p>ZEM, K. K. S; MONTEZELI, J. H; PERES, A. M. Acolhimento com classificação de risco: Concepção de Enfermeiros de um Pronto Socorro. Rev. Rene. v.13 n.4 p.899-908, 2012.</p>	<p>Identificar o entendimento de enfermeiros de um pronto-socorro acerca da humanização e sua concepção sobre o acolhimento com classificação de risco.</p>	<p>Qualitativa descritiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar atendimento. • Orienta sobre as normas da instituição. • Encaminhar o paciente para o local adequado.

<p>NASCIMENTO, E. R. P.; ROSSOHILSENDEGER, B.; NETH, C; et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. Rev. Eletr. Enf. out/dez; v.13 n.4 p.597-603, 2011.</p>	<p>Conhecer e analisar como os profissionais de enfermagem de um serviço de emergência hospitalar público de Santa Catarina avaliam o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR).</p>	<p>Abordagem qualitativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza a entrevista, • Exame físico sucinto, a verificação dos dados vitais e eventualmente algum exame complementar. • Classifica a prioridade de atendimento por cores.
<p>SOUZA, C. C; MATA, L. R. F; CARVALHO, E. C; et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do Protocolo Manchester. Ver Esc Enferm USP, v.47, n.6, p.1318-24, 2013.</p>	<p>Identificar possíveis diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do protocolo Manchester.</p>	<p>Descritivo retrospectivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar e classificar a gravidade dos casos, determinando a prioridade de atendimento dos pacientes. • Reavaliar o paciente em tempo alvo estabelecido pelo protocolo de Manchester. • Identificar Diagnósticos de Enfermagem prioritários. • Avaliar dor. • Descrever sinais e sintomas.
<p>GUEDES, M. H; MARTINS, J. C. M; CHIANCA, T. C. M. Valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. Rev Bras Enferm. jan-fev, v.68, n.1, p.45-51, 2015.</p>	<p>Analisar o valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester em relação à evolução clínica de pacientes.</p>	<p>Observacional prospectivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação da queixa principal do usuário. • Descrição da avaliação realizada. • Atribuir nível de classificação de risco.
<p>COSTA, M. A. R, VERSA, G. L. G. S; BELLUCCI, J. A; et al. Acolhimento com Classificação de Risco: Avaliação de Serviços Hospitalares de Emergência. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Jul-Set, v.19, n.3, p.491-497, 2015.</p>	<p>Avaliar o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) implantado em dois serviços hospitalares de emergência.</p>	<p>Exploratória descritiva, de abordagem quantitativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Responsável pela classificação de risco. • Reavaliar os casos em espera. • Utilizar fluxograma de atendimento. • Encaminhar casos não emergenciais para Unidades Básicas de Saúde. • Informar tempo de espera.
<p>INOUE, K. C; JÚNIOR, J. A. B; PAPA, M. A. F; et al. Avaliação da qualidade da Classificação de Risco nos Serviços de Emergência. Acta Paul Enferm. v.28, n.5, p.420-5, 2015.</p>	<p>Avaliar a estrutura, o processo e o resultado do sistema de triagem Acolhimento com Classificação de Risco implantado em serviços de emergência brasileiros, sob a perspectiva de profissionais de enfermagem.</p>	<p>Transversal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Responsável pelo processo de classificação de risco durante a triagem. • Classificar a gravidade dos casos • Reavaliação dos casos em espera.

<p>TOMBERG, J. O; CANTARELLI, K. J; ECHEVARRIAGUANILO, M. E et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto Socorro: Caracterização Dos atendimentos. Cienc Cuid Saúde. Jan/Mar, v.12, n.1, p.080-087, 2013.</p>	<p>Caracterizar os atendimentos realizados no Pronto Socorro de Pelotas-RS segundo o protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco.</p>	<p>Quantitativa, Do tipo transversal e Descritivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Descrever queixas dos pacientes manualmente e por extenso que não constam nas opções inseridas no protocolo.
<p>SILVA, M. F. N; OLIVEIRA, G. N; MARCONATO, A. M; et al. Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência. Rev. Latino-Am. Enfermagem mar-abr.,v. 22 n. 2 p.21825, 2014.</p>	<p>Elaborar e validar o conteúdo e verificar a confiabilidade de um protocolo de classificação de risco para Unidade de Emergência.</p>	<p>Abordagem quantitativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Realizar a classificação de risco. •Avaliar as queixas, sinais e sintomas dos pacientes. •Utilizar protocolos e fluxogramas de atendimento para estabelecer prioridades.
<p>CAVEIÃO, C; HEY, A. P; MONTEZELI, J. H; et al. Desafios do enfermeiro na implantação da classificação de risco em unidade mista.. Rev.Enferm UFSM, Jan/Mar; v.4 n.1 p.189-196, 2014.</p>	<p>Identificar os desafios da implantação do Acolhimento com Classificação de Risco para o enfermeiro classificador em uma unidade mista.</p>	<p>Descritivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Avaliação do grau de urgência das queixas. •Avaliar Paciente. •Classificar Usuário conforme sua queixa. •Escuta qualificada •Avaliação e registro correto e detalhado da queixa principal. •Observação, raciocínio clínico, tomada de decisão e conhecimento das redes de apoio do sistema assistencial.
<p>JÚNIOR, E. F. P; PAULA, V. G; SANTIAGO, L. C; et al. Implementação da classificação de risco em unidade emergência de um hospital público do rio de janeiro- Um relato de experiência. R. pesq.: cuid. fundam. online. jan./mar., v.4, n.1, p.2723-32, 2012.</p>	<p>Descrever a implementação do projeto de classificação de risco pela Enfermagem em uma unidade de emergência de um hospital público do Estado do Rio de Janeiro.</p>	<p>Descritivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Identificar a queixa principal do cliente de acordo com o protocolo clínico estabelecido. •Identificação de sinais e sintomas. •Coleta de dados. •Verificar Sinais Vitais. •Tomada de decisão.
<p>OLIVEIRA, K. K. D; AMORIM, K. K. S; LIMA, A. P. F. N; et al. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. Rev Min Enferm. jan/mar; v.17 n.1 p.157-164, 2013.</p>	<p>Objetivou-se com este trabalho analisar o impacto da implementação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) no trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento.</p>	<p>Descritivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Escutar queixa principal do usuário. •Observa sinais e sintomas e conduzir para atendimento.

QUADRO I Intervenções de Enfermagem em Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio.

4.1 Anamnese breve

A anamnese é uma etapa do processo de cuidar que representa um instrumento de grande valia para a assistência, pois fornece uma visão geral sobre as condições do paciente, para assegurar uma intervenção precoce em qualquer situação envolvendo risco de vida. Uma vez que permite ao enfermeiro realizar o diagnóstico e planejar as ações de enfermagem, acompanhar e avaliar a evolução do paciente. O foco deve estar em expor a queixa principal e solicitar exames essenciais (OLIVEIRA, 2005; SANTOS, M. VEIGA, P. ANDRADE, R. 2011).

A equipe de enfermagem deve observar, anotar e registrar, é o mais importante, avaliar e tomar decisões que melhorem as condições de saúde dos pacientes. Os sinais vitais são uma forma rápida e eficiente de monitorização da condição do cliente ou de identificação de problemas e de avaliação da resposta do cliente (LOZOVY *et al.*, 2008; CARVALHO, 2013).

4.2 Sinais Vitais

Sinais vitais são aqueles que evidenciam o funcionamento e as alterações da função corporal, são parâmetros regulados por órgãos vitais e revela o estado funcionante deles.

4.3 Acesso venoso

Acesso venoso periférico constitui-se em uma alternativa rápida, segura e indispensável nas situações de urgências. É uma via capaz de prover a infusão de grandes volumes ao paciente, sendo também utilizadas para a infusão de drogas de efeitos diversos e de rápida resposta. Proporciona uma via para a administração de fluidos e drogas durante a RCP e o tratamento do choque, desde que seja estabelecido rapidamente em veia de grosso calibre (ALVES *et al.*, 2011; CARLOTTI, 2012; CARVALHO, 2013).

4.4 Oxigenação/ Ventilação

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, a administração de oxigênio em fluxo contínuo, aumenta a concentração de O² reduzindo a dor associada à baixa concentração de oxigênio circulante. Quando utilizada de forma desnecessária, a administração de oxigênio por tempo prolongado pode causar vasoconstrição sistêmica, aumento da resistência vascular sistêmica, aumento da pressão arterial, redução do débito cardíaco, portanto, sendo prejudicial (OLIVEIRA, 2005; LOZOVYOY *et al.*, 2008; ALVES *et al.*, 2011; CARVALHO, 2013; PEIGAS *et al.*, 2015).

4.5 Realizar ECG

Apresentam supra-desnívelamento 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, infradesnívelamento do segmento ST ou

mesmo ECG normal. Nestes casos ainda haverá o diagnóstico laboratorial. É de grande valor para o diagnóstico do infarto do miocárdio: ele informa sobre sua localização, sua extensão e complicações associadas como bloqueio e arritmias (ALVES *et al.*, 2011; CARVALHO, 2013; PEIGAS *et al.*, 2015).

O exame eletrocardiográfico deve ser realizado idealmente em menos de 10 minutos da apresentação à emergência, é o centro do processo decisório inicial em pacientes com suspeita de infarto agudo do miocárdio. Como o ECG pode ser inespecífico nas primeiras horas, é importante avaliar traçados seriados em curto período de tempo (5-10 min), se o paciente permanecer sintomático. O resultado do ECG é a chave da estratégia terapêutica. O reconhecimento de supradesnivelamento do segmento ST > 1,0 mm em derivações contíguas no plano frontal, o bloqueio de ramo esquerdo novo ou o supradesnivelamento do segmento ST > 2,0 mm em derivações precordiais sugere alta probabilidade de IAM. Após o atendimento inicial, o ECG deve ser repetido 12 horas após a internação e diariamente até a alta da unidade coronária (LOZOVY *et al.*, 2008; ALVES *et al.*, 2011; CARVALHO, 2013; PEIGAS *et al.*, 2015).

4.6 Solicitar exames

Quando os dados do ECG não apresentam sinais conclusivos de IAM devem ser realizados estudos enzimáticos. Através de exames laboratoriais é possível determinar a existência de certas enzimas na corrente sanguínea, sendo possível confirmar ou afastar o IAM. Diagnosticar precocemente o IAM e iniciar os cuidados emergenciais, aumenta a chance de sobrevivência do paciente infartado. Quando o miocárdio sofre alguma lesão decorrente do desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio às enzimas que estão presentes dentro das células é liberada, e o exame laboratorial consegue determinar sua dosagem (SAMPAIO, MUSSI, 2009; SANTOS, 2011; ALVES *et al.*, 2011; CARVALHO, 2013; PEIGAS *et al.*, 2015).

CK-MB são células cardíacas específicas, encontradas em níveis elevados quando ocorrem lesões miocárdicas. A CK-MB eleva-se em 4-6 horas após o início dos sintomas, com pico em torno de 18 horas, e normalizam-se entre 48-72 horas. A mioglobina é uma hemoproteína citoplasmática

transportadora de oxigênio de baixo peso molecular, encontrada músculo cardíaco, eleva-se entre 1-2 horas após o início dos sintomas, com pico entre 6-9 horas e normalização entre 12-24 horas, devido a seu elevado valor preditivo negativo, é considerada excelente para afastar o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. (LOZOVY *et al.*, 2008; SAMPAIO, MUSSI, 2009; ALVES *et al.*, 2011; SANTOS, 2011; CARVALHO, 2013; PEIGAS *et al.*, 2015).

4.7 Monitorização Cardíaca

A baixa sensibilidade do ECG admissional e a natureza dinâmica do processo do trombo oclusivo coronariana, presente nas síndromes agudas, podem ser mais bem avaliados pela monitorização contínua, que permite a identificação de novos episódios de isquemia, tanto sintomáticos como assintomáticos. (LOZOVY *et al.*, 2008; ALVES *et al.*, 2011; CARVALHO, 2013; PEIGAS *et al.*, 2015).

As arritmias cardíacas que são os distúrbios do ritmo e da frequência cardíaca e os distúrbios de condução, são freqüentes nas primeiras horas do IAM, e sua identificação deve ser imediata para adequada intervenção. O traçado eletrocardiográfico deve ser estável, com derivações padronizadas, com sistema de alarmes ajustados, permitindo adequada identificação de arritmias, assim como de alterações do segmento ST (LOZOVY *et al.*, 2008; ALVES *et al.*, 2011; CARVALHO, 2013; PEIGAS *et al.*, 2015).

4.8 Repouso no Leito e Ambiente calmo e tranquilo

Devido à lesão no miocárdio, é indicado o repouso no leito. Repouso facilitaria o processo de cicatrização do miocárdio, qualquer esforço exigirá um trabalho maior da bomba cardíaca e conseqüentemente uma demanda maior no gasto de energia, que nesse momento crítico poderá ter por conseqüência uma maior extensão da lesão. Nesse sentido, o paciente deve ser constantemente avaliado em relação a qualquer atividade física, e orientado quanto a sinalizar e expressar qualquer desconforto a dor (GIL *et al.*, 2005; LOZOVY *et al.*, 2008; ALVES *et al.*, 2011).

Na Teoria do Conforto, os cuidados de enfermagem no contexto ambiental estão direcionados às condições e influências externas como coloração, iluminação, sons, aroma e temperatura. A manutenção de um ambiente tranquilo faz parte dos cuidados necessários para o paciente com IAM, devendo ser também propiciado um ambiente terapêutico diminuindo ao máximo o stress nele presente (GILet *al.*, 2005; Ponte, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados coletados, foi possível destacar e pontuar as intervenções de enfermagem mais utilizadas em pacientes com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) admitidos em uma unidade de pronto atendimento. Anamnese breve, Sinais Vitais, Acesso venoso, Oxigenação/Ventilação, Realizar ECG, Solicitar exames, Monitorização Cardíaca, Repouso no Leito, Ambiente calmo e tranquilo. Podemos compreender a importância das intervenções de enfermagem em pacientes com IAM.

O IAM com lesão do músculo cardíaco causa oferta inadequada de oxigênio e nutrientes, levando a obstrução do fluxo sanguíneo e consequentemente a necrose da área afetada. O infarto se classifica através de quatro níveis de Killipe são classificados através do exame físico de possíveis pacientes, buscando pacientes com maior risco de morte. As causas comumente envolvidas são a Aterosclerose e Arteriosclerose. A obstrução pode ser total ou parcial, podendo causar o IAM hemorrágico ou IAM isquêmico.

Os principais fatores de risco que levam ao IAM são o sedentarismo, sobrepeso, obesidade, HAS, histórico familiar, estresse, dislipidemia, tabagismo, diabetes, infecção, IAM anterior, Arritmias graves e Choque Cardiogênico.

Cabe a equipe de enfermagem intervir e prestar uma assistência rápida e de qualidade, para minimizar os possíveis danos ao paciente, diminuindo o risco de seqüelas ou óbitos ocasionados pelo infarto. Quando a equipe de enfermagem está preparada para intervir de forma apta a assistência prestada se torna essencial no plano de cuidado do paciente.

REFERÊNCIAS

- ALVES, A.B, *et al.* A Conduta de Enfermagem Frente ao Paciente Infartado. **Rev Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**,v.1, n.1, p.1-10, 2011.
- ALVES T.E. *et. al*, Atuação do Enfermeiro no Atendimento Emergencial aos Usuários Acometidos de Infarto Agudo do Miocárdio. **RevEnferm UFPE**, v.7, n.1, p.176-83, 2013.
- BELLUCCI JÚNIOR, J.A. MATSUDA, L.M. Construção e Validação de Instrumentos para Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **RevBrasEnferm**, n.65, v.5, p.751-757, 2012.
- BRANT, L.C.C. A Importância da Criação de Rede de Cuidado para o Tratamento do IAM com Supra de ST e a Experiência da Unidade Coronariana do Hospital das Clínicas/UFMG. **RevMed Minas Gerais**, n.22, v.1, p.93-104, 2012.
- CARLOTTI A.P.C.P. Aceso Vascular. **RevFacMed Ribeirão Preto**, n.45, v.2, 2012.
- CAVEIÃO, C. *et al*, Dor Torácica: Atuação do Enfermeiro em um Pronto Atendimento de um Hospital Escola. **RevEnfermCent O Min**, n.4, v.1, p.921-928, 2014.
- CARVALHO D.C, PAREJA D.C.T, MAIA LFS. A Importância das Intervenções de Enfermagem ao Paciente Com Infarto Agudo do Miocárdio. **Revista Recien**. v.3, n.8, p.5-10, 2013.
- DESSOTTE, C.A.M.*et al*, Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Sujeitos internados, decorrente da Primeira Síndrome Coronariana Aguda. **Rev Latino-Am Enfermagem**, n.19, v.5, p.1-8, 2011.
- ESCOSTEGUY, C.C.*et al*, Implementando Diretrizes Clínicas na Atenção ao Infarto Agudo do Miocárdio em uma Emergência Pública. **Arq Bras Cardiol**, n.96, v.1, p.18-25, 2011.
- FIGUEIREDO, A.E. *et al*, Determinação do Tempo de Apresentação a Emergência de Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio. **Rev Enferm UFSM**, n.3, v.1, p.93-101, 2013.
- GIL A.C, *et al*. Reabilitação Após Infarto Agudo do Miocárdio. **Arq Bras Cardiol**, v. 64, n.3, 2005.
- GUYTON, A.C., HALL, J.E **Tratado de Fisiologia Médica** 12. Ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011.

Bruna Xavier Nunes et al. Atribuições do Enfermeiro frente ao paciente com suspeita de infarto agudo do miocárdio admitido em uma unidade de pronto atendimento: uma revisão da literatura

LEMOS, D.M. *et al*, Gatilho da Dor em Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda. **Rev Enferm UFSM**, n.2, v.3, p.480-486, 2012.

LEMOS, K.L. *et al*, Prevalência de Fatores de Risco para Síndrome Coronariana Aguda em Pacientes Atendidos em Uma Emergência. **Rev Gaúcha Enferm**, n.31, v.1, p.129-135, 2010.

LOPES, J.L. *et al*, Sistematização do Registro Eletrônico de Atendimento da Parada Cardiorrespiratória. **J. Health Inform**, n.4, v.1, p.17-22, 2012.

LOZOVVOY, M.A.B, PRIESNTZ, J.C, SILVA, A.S. Infarto agudo do miocárdio: Aspectos clínicos e laboratoriais. **Interbio**, v.2, n1, p.4-10, 2008.

MAGEE, R.F. *et al*, Síndrome Coronariana Aguda: uma revisão, **Ver Med Saúde Brasília**, n.1, v.3, p. 174-189, 2012.

MATOS, L.A.P, *et al*. Desfechos Clínicos aos 30 Dias do Registro Brasileiro das Síndromes Coronárias Agudas. **Arq Bras Cardiol**, n.100, v.1, p.6-13, 2012.

MELLO B.H.G, *et al*.Validação da Classificação de Killip e Kimball e Mortalidade Tardia Após Infarto Agudo do Miocárdio **Arq Bras Cardiol**,v.103, n.2, p.107-117, 2014.

MENDES, K.S. SILVEIRA, R.C.C.P, GALVÃO, C. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem, **Texto Contexto Enferm**, n.14, v.4,p. 758-764, 2008.

MISSAGLIA, M.T. NERIS, E.S. SILVA, M.L.T. Uso de Protocolo de Dor Torácica em Pronto Atendimento de Hospital Referência em Cardiologia. **Rev Bras Cardiol**, n.26, v.5, p.374-381, 2013.

OLIVEIRA, C.M, SANTORO, D.C. Conduta da Equipe de Enfermagem Diante das Alterações Clínicas do Cliente com Síndrome Isquêmica Coronariana. **Esc Anna Nery**, n.8, v.2,p.267-274, 2005.

PEIGAS, L.S. *et al*, Comportamento da Síndrome Coronariana Aguda. Resultados de um Registro Brasileiro. **Arq Bras Cardiol**, n.100, v.6, p.502-510, 2013.

PIEGAS L.S, *et al*. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia Sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio Com Supradesnível do Segmento ST. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, v.105, n. 2, 2015.

PERREIRA, P. R. NASSER, T.F. Os Principais Marcadores Bioquímicos Utilizados no Diagnostico de Infarto Agudo do Miocárdio. **News Lab**, n.127, v.1, p.82-86, 2015.

PONTE, K.M.A, *et al.* Cuidado Clínico de Enfermagem Para Conforto de Mulheres Com Infarto Agudo do Miocárdio. **Texto Contexto Enferm**, v.23, n.1, p.56-64, 2014.

PRAZERES, C.E.E. *et al.* Angiotomografia de Coronárias na Avaliação da Dor Torácica Aguda na Sala de Emergência. **Arq Bras Cardiol**, n.101, v.6, p.562-569, 2013.

ROCHA, L.A, MAIA, T.F, SILVA, L.F. Diagnósticos de Enfermagem em Pacientes Submetidos à Cirurgia Cárdica. **Rev. Bras Enferm**, n.59, v.3, p.321-326, 2006.

SAMPAIO E.S, MUSSI F.C. Cuidado de Enfermagem: Evitando o Retardo Pré-Hospitalar Face ao Infarto Agudo do Miocárdio. **Ver. Enferm UERJ**, n.17, v.3, p.1-10, 2009.

SANTOS, E.S. *et al.* Comparação entre Troponina I Cardíaca e CK-MB Massa em Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnivelamento de ST. **Arq Bras Cardiol**, n.96, v.3, p.179-187, 2011.

SANTOSJ.C.A, Piaggi L.F.D. Percepção do Enfermeiro Sobre o Atendimento ao Paciente com Suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio, **Revista Mineira de Ciências da Saúde**. Patos de Minas, v.1, n.2, p.43-51, 2010.

SILVA, A.P. *et al.* Presença da Queixa de Dor em Pacientes Classificados Segundo o Protocolo de Manchester. **Rev Enferm Cent O Min**, n.3, v.1, p.507-517, 2013.

SOUZA, C.C, *et al.* Diagnóstico de Enfermagem em Pacientes Classificados nos Níveis I e II de Prioridade do Protocolo de Manchester. **Ver Esc Enferm USP**, n.47, v. 6, p.1318-1324, 2013.

TAKADA, J.Y, *etal.* Hora da Admissão na Unidade de Emergência e Mortalidade Hospitalar na Síndrome Coronária Aguda. **Arq Bras Cardiol**, n.98, v.2, p.104-110, 2012.

TEICH, V. ARAUJO, D.V. Estimativa do Custo da Síndrome Coronariana Aguda no Brasil. **Rev Bras Cardiol**, n.24, v.2, p.85-94, 2011.

THEISEN C.I. Machado M.E. Assistência de Enfermagem na Terapia Trombolítica em Pacientes Pós-Infarto Agudo do Miocárdio. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v.1, n.2, p.116-132, 2012.

TORRES M.A. Estratificação de Risco Pós-Infarto Agudo do Miocárdio. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**, v.13, n.2, p.1-6, 2008.

TUIUTI E.B. *et al.* Protocolos de Atendimento em Enfermagem na Ocorrência de Arritmias Cardíacas, Infarto Agudo do Miocárdio e CaradaCárdio-

Bruna Xavier Nunes et al. Atribuições do Enfermeiro frente ao paciente com suspeita de infarto agudo do miocárdio admitido em uma unidade de pronto atendimento: uma revisão da literatura

respiratória, Baseados nas Funções Independentes da Enfermagem. **Ciência e Cultura**, v. 04, n. 36, p. 23-34,2007.