

---

## **Proposta de elaboração de um manual de assistência de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio**

---

CÁSSIA VALÉRIA PETERNELI PIRES(G-UNINGÁ)<sup>2</sup>  
CÁTIA MILLENE DELL AGNOLO(UNINGÁ)<sup>1</sup>  
THAÍS MARTOS TATIM(G-UNINGÁ)<sup>2</sup>

### **RESUMO**

No Brasil as doenças cardiovasculares constituem-se nas principais causas de mortalidade, destacando-se o infarto agudo do miocárdio com a ocorrência mais freqüente dentre as doenças isquêmicas do coração. Apesar de todo avanço terapêutico dos últimos tempos o infarto ainda apresenta taxas expressivas de mortalidade, sendo que grande parte dos pacientes não recebem tratamento adequado. Muitos foram os avanços tecnológicos no tratamento atual do infarto, estritamente relacionados a uma melhora no prognóstico do paciente, sendo necessário, e constituindo-se no objetivo deste trabalho, realizar uma revisão bibliográfica enfatizando conceito, fisiopatologia, quadro clínico, diagnóstico, tratamento e assistência de enfermagem através do desenvolvimento de um manual que contemple esses itens e seja voltado para a enfermagem.

**Palavras-chave:** Infarto agudo do miocárdio. Equipe de enfermagem. Assistência de enfermagem.

### **INTRODUÇÃO**

Nos últimos anos cada vez mais o envelhecimento populacional se torna evidente, pela ocorrência da morbidade das doenças cardiovasculares que, entre outras alterações caracterizam o processo fisiológico da velhice. Nos países desenvolvidos vem ocorrendo uma transição epidemiológica onde as doenças crônico-degenerativas substituem as antigas

---

<sup>1</sup> Professora Mestre Faculdade Ingá – UNINGÁ

<sup>2</sup> Acadêmicas do Curso de Enfermagem, Faculdade Ingá – UNINGÁ

epidemias de doenças infecto-parasitárias (PRADO,1999).

Atualmente existe uma discussão muito grande sobre as mudanças que ocorrem com o processo do envelhecimento e em particular as doenças cardiovasculares.

No Brasil, tais doenças constituem-se nas principais causas de mortalidade, sendo que o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é um dos diagnósticos mais freqüentes entre as doenças do coração. Ainda hoje sabe-se que a maioria dos indivíduos morrem antes mesmo de receber atendimento hospitalar (PRADO, 1999).

O estudo do infarto agudo do miocárdio é portanto, fundamental pela alta prevalência e morbidade da doença. A intenção deste trabalho é fazer uma revisão bibliográfica, visando a elaboração de um manual de assistência de enfermagem ao infarto agudo do miocárdio, que subsidie a atuação da equipe da enfermagem de forma fundamental.

### **JUSTIFICATIVA**

A necessidade de realização deste trabalho deve-se ao fato de ter sido constatado durante a graduação, uma escassez de material científico direcionado a assistência de enfermagem ao IAM, sendo que, por trata-se de uma emergência médica, a sua ocorrência requer atuação rápida e eficaz de toda equipe, inclusive a da enfermagem podendo representar a diferença na sobrevida desses pacientes. Vale lembrar que já é fato conhecido o envelhecimento da população onde as doenças cardiovasculares passam a se manifestar mais precocemente e ainda, apesar de todos os avanços técnico-científicos atinge níveis elevados de morbi-mortalidade.

### **METODOLOGIA**

Para a realização deste trabalho foi feito inicialmente um levantamento bibliográfico a cerca do tema, durante o período de novembro de 2004 a março de 2005, através de pesquisa realizada em acervos de livros, revistas e sites de pesquisa voltados à área da saúde.

Após este levantamento realizou-se a revisão dos estudos já existentes, destacando os assuntos de maior relevância à enfermagem, ordenando-os de forma objetiva, porém completa, de forma a contemplar o conteúdo necessário à elaboração de um manual de assistência de enfermagem ao IAM.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo a AMERICAN HEART ASSOCIATION (1997), o IAM é causado por uma diminuição do fluxo coronariano por tal magnitude e duração, ocasionando necrose do músculo cardíaco. No infarto, o coração deixa de receber o fluxo proveniente de uma das artérias diminuindo a oxigenação e nutrição da área que deixou de ser irrigada.

No Brasil as doenças cardiovasculares continuam sendo a primeira causa de morte, ou seja, são responsáveis por 32% de todos os óbitos, e representam a terceira maior causa de internação. Entre elas o IAM ocupa o lugar de destaque por apresentar umas das maiores causas de morbidade e mortalidade (PESARO, 2004).

Segundo um trabalho realizado no Hospital das Clínicas na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, as altas taxas de morbi-mortalidade do infarto permanecem, apesar dos avanços terapêuticos das últimas décadas, justamente porque grande parte dos pacientes não recebe o tratamento adequado.

Um dos aspectos de fundamental importância na sobrevivência do paciente é o seu diagnóstico precoce. Segundo Knobel (1994), o infarto se constitui na principal causa de morte nos países industrializados, inclusive constituindo-se entre as doenças cardiovasculares, também a principal causa de morte no Brasil.

Boundy (2004), coloca que o sexo masculino é mais susceptível a ocorrência do infarto do que as mulheres no período anterior à menopausa, principalmente acima dos quarenta anos, apresentando aterosclerose dos vasos coronarianos, habitualmente com hipertensão arterial.

Porém de acordo com Goldberger (1988), ficou constatado que a incidência vem aumentando em mulheres que fumam e usam anticoncepcionais orais, tornando-se as taxas semelhantes a dos homens; no período pós menopausa, aproximadamente 60% dos óbitos de pacientes com infarto ocorre na primeira hora, geralmente antes do paciente chegar ao hospital. Após este período a taxa de óbito cai drasticamente e caso ele sobreviva por uma semana suas chances de alta hospitalar são excelentes (KNOBEL, 1994).

Conforme fundamentado pela AMERICAN HEART ASSOCIATION (1997), nos últimos anos, o manuseio atual do infarto foi reformulado, sendo introduzido o uso de agentes trombolíticos capazes de desobstruir os trombos e angioplastia coronariana capaz de desobstruir os

vasos ocluídos, ambos diminuindo significativamente a mortalidade e a ocorrência de complicações.

Com o surgimento das unidades coronarianas e introdução da terapia de reperfusão com o uso de trombolíticos, ou angioplastia primária tem-se notado uma redução da mortalidade e nas complicações relacionadas à doença.

Porém Pesaro (2004), afirma que apesar de todos os avanços das últimas décadas, a taxa de mortalidade do infarto ainda é expressiva, devido ao fato de grande parte dos pacientes não receber tratamento adequado.

Estudos epidemiológicos demonstram taxas de mortalidade ao redor de 30% ocorrendo, a metade dos casos de óbito nas primeiras 2 horas após o início da dor e 14% morrem antes mesmo de receber atendimento médico.

Na década de 60 a mortalidade intra-hospitalar do infarto era de aproximadamente 30%, diminuindo para aproximadamente 16% com o surgimento das unidades coronarianas.

Todos os profissionais envolvidos no atendimento devem ter conhecimento sobre os princípios fundamentais do diagnóstico, tratamento, complicações das doenças isquêmicas do coração devendo, portanto, todos os pacientes com suspeita de IAM ser internados e tratados em unidade coronariana.

Assim sendo o prognóstico desses pacientes depende do acesso rápido ao serviço médico e da eficiência deste serviço, disponibilizando equipamentos e materiais necessários ao atendimento imediato do paciente infartado, bem como da agilidade e da capacitação da equipe envolvida no atendimento. Sendo, portanto estritamente necessário, disponibilizar aos profissionais de enfermagem, envolvidos diretamente na assistência desses pacientes material teórico e científico, de acesso rápido e fácil, que direcione a sua atuação.

#### **PROPOSTA DE ELABORAÇÃO DE MANUAL DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**

As doenças cardiovasculares continuam sendo a primeira causa de morte no Brasil, sendo responsáveis por quase 32 % de todos os óbitos no país e representando a terceira maior causa de internação (PESARO, 2004).

Dentre elas se destaca o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), uma das maiores causas de morbidade e mortalidade, apesar dos avanços

terapêuticos das últimas décadas, porque grande parte dos pacientes não recebe o atendimento adequado.

Estudos epidemiológicos revelam taxas de mortalidade geral ao redor de 30%, sendo que metade dos óbitos ocorrem nas primeiras duas horas do evento e 14% morrem antes de receber atendimento médico (PESARO, 2004).

O sexo masculino é mais suscetível ao IAM, principalmente os homens com idade inferior a 50 anos. Até essa idade o homem tem um risco de sofrer um infarto cerca de 3 vezes maior que a mulher da mesma idade. Após os 50 anos a diferença na incidência da doença entre os dois sexos diminuem, e as mulheres após a menopausa tornam-se tão vulneráveis ao infarto quanto os homens da mesma faixa etária, embora a incidência esteja aumentando em mulheres que fumam e usam anticoncepcionais orais (BOUNDY, 2004).

A vantagem da mulher sobre o homem antes da menopausa parece relacionada a alguns mecanismos da fisiologia reprodutiva responsáveis pela menor tendência trombolítica e uma proteção hormonal (JOHANSSON; VEDIN; WILHELMSSON, 1983; KANNEL, 1987).

IAM se refere a um processo dinâmico pelo qual uma ou mais regiões do músculo cardíaco experimentam uma diminuição grave e prolongada no suprimento de oxigênio devido ao fluxo sanguíneo coronário insuficiente, subseqüentemente, ocorre a necrose ou “morte” do tecido do miocárdio. O início do processo de infarto do miocárdio pode ser súbito ou gradual e a evolução do acontecimento demora aproximadamente de 3 a 6 horas (NETTINA, 1998).

Em geral, o infarto do miocárdio ocorre quando existe a diminuição súbita do fluxo sanguíneo coronariano após oclusão trombótica de uma artéria coronária previamente estreitada pela aterosclerose. Normalmente as estenoses significativas de artéria coronária, com desenvolvimento lento, não precipitam o Infarto Agudo do Miocárdio, em virtude do desenvolvimento de uma rica rede colateral com o passar do tempo. Em vez disso o infarto ocorre quando um trombo de artéria coronária desenvolve-se rapidamente em um local de lesão vascular. Esta lesão é produzida ou facilitada por fatores como o tabagismo, a hipertensão arterial e o acúmulo de lipídeos. Na maioria dos casos, o infarto acontece quando uma placa aterosclerótica sofre fissura, ruptura ou ulceração. E quando condições (locais ou isquêmicas) favorecem a trombogênese, de modo que um trombo mural forma-se no local de ruptura e leva a oclusão da artéria coronária.

O IAM resulta da obstrução de uma das artérias coronárias, e essa obstrução pode ser devida à aterosclerose, trombose, agregação plaquetária, estenose ou espasmo da artéria coronária, os fatores predisponentes são:

- Envelhecimento devido à perda da elasticidade dos vasos sanguíneos aumentado assim o risco de acúmulo de placa de gordura é da sobrecarga cardíaca;

- Diabetes Mellitus, devido a alterações nos padrões glicêmicos, ocorre a perda da elasticidade dos vasos aumentado assim a pressão e dessa forma ocasionando a sobrecarga cardíaca;

- Níveis elevados de triglicérides, e concentrações altas de lipoproteínas de baixa densidade, concentração e níveis altos de colesterol e concentrações baixas de lipoproteínas de alta densidade no soro – devido ao risco de formação de placas de ateroma aumentando assim a sobrecarga cardíaca;

- Ingesta excessiva de gorduras saturadas, carboidratos ou sal;

- Hipertensão, pois vai causar uma desregulação (aumentando o fluxo sanguíneo) aumentando assim a sobrecarga cardíaca;

- Obesidade devido à sobrecarga cardíaca;

- História familiar de doença arterial coronariana – relacionada à hereditariedade, como fator favorável;

- Sedentarismo devido à falta de atividades, aumentando o risco de acúmulo de placas de ateroma aumentando a sobrecarga cardíaca;

- Tabagismo, pois o fumo causa a destruição dos vasos do coração, aumentando a chance de formar coágulos, causando uma obstrução e possível isquemia;

- Estress, irritabilidade, impaciência e fatores emocionais, aumentam a sobrecarga cardíaca;

- Cirurgias recentes, aumentando o risco de embolização e o risco de obstrução vascular, levando ao aumento do esforço cardíaco.

Além disso, o uso de drogas como anfetaminas ou cocaína pode provocar o infarto do miocárdio (BOUNDY, 2004).

Em quase metade dos casos, um fator precipitante parece existir antes do infarto do miocárdio, como esforço rigoroso, estresse emocional ou uma doença clínica ou cirúrgica. O infarto pode começar em qualquer momento do dia ou da noite, porém a frequência é mais elevada pela manhã, após as primeiras horas, ao acordar (HARRISON, 1998).

Esse pico circadiano pode ser provocado por uma combinação de aumento no tônus simpático e maior tendência à trombose entre as 6 e

12h do dia. A dor é a queixa mais comum das vítimas de IAM. Em alguns casos, o desconforto pode ser acentuado o suficiente para ser descrito como a pior dor que o paciente já sentiu. A dor é profunda e visceral, os adjetivos comumente empregados para descrevê-la são: intensa, constrictiva ou esmagadora, embora casualmente seja descrita como queimação ou pontada. Ela exibe caráter semelhante ao desconforto da angina de peito, porém, em geral é mais forte e dura mais tempo. Tipicamente a dor afeta a porção central do tórax e/ou epigástrio, sendo que ocasionalmente se irradia para os braços. Os locais mais comuns de erradicação incluem o abdome, as costas, a mandíbula e o pescoço. A localização freqüente da dor abaixo do processo xifóide e a negativa do paciente de que esteja sofrendo um infarto são os principais responsáveis pela impressão errônea comum de indigestão. A dor do infarto do miocárdio pode irradiar-se até um nível tão elevado quanto à área occipital, porém nunca abaixo do umbigo. Ela é freqüentemente acompanhada por fraqueza, sudorese, náuseas, vômitos, ansiedade e uma sensação de morte eminente. O desconforto pode começar quando o paciente está em repouso. Quando a dor começa durante um período de esforço, geralmente não diminui com a cessação da atividade ao contrário da angina do peito (HARRISON, 1998).

Embora a dor seja a queixa mais comum, isso não significa que sempre ocorra. A incidência de infartos indolores é maior em pacientes com diabetes mellitus e aumento com a idade (HARRISON, 1998).

No idoso, os sinais de infarto podem se apresentar com a dispnéia de estabelecimento súbito, o qual progride para edema de pulmão. As outras apresentações menos comuns, com ou sem dor, incluem perda súbita da consciência, estado de confusão, sensação de fraqueza profunda, aparecimento de uma arritmia, evidências de uma embolia periférica e queda de pressão.

A maioria dos pacientes mostra-se ansiosa e agitada, tentando sem sucesso, aliviar a dor, movimentando-se no leito, alterando sua posição e estirando-se. Frequentemente, sinais como palidez associada à perspiração e extremidades frias também são notados. Dor torácica substernal persistente por mais de 30 minutos e diaforese, também são sugestivos de infarto. Embora muitos pacientes apresentem freqüência cardíaca e PA normais na primeira hora, após o infarto, cerca de 25% dos pacientes com IAM de parede anterior, mostram manifestações de hiperatividade do sistema nervoso simpático (taquicardia / hipertensão), sendo que até metade daqueles com infarto de parede inferior, exibem

evidências de hiperatividade parassimpática (bradicardia / hipotensão) (HARRISON, 1998).

Na ausculta cardíaca, os ruídos encontram-se abaulados, sendo a quarta bulha cardíaca o achado freqüente. A presença da terceira bulha relaciona-se com a gravidade da disfunção ventricular. Sopros de insuficiência mitral aguda secundário, com grave disfunção ventricular, isquemia e/ou ruptura do músculo papilar, requer atenção especial dada à gravidade de suas repercussões hemodinâmicas. A ruptura do septo intraventricular, geralmente associada à extensão do infarto da parede anterior, causa sopro olosistólico no bordo esternal esquerdo com irradiação para o ápice cardíaco.

A seqüência bulha hiperfonética na área pulmonar em pacientes não portadores de doença cardiopulmonar prévia traduz hipertensão pulmonar por disfunção do ventrículo esquerdo. Desdobramento paradoxal da segunda bulha é observada nos bloqueios de ramo esquerdo, durante episódios de dor e na insuficiência ventricular.

Se houver sinais de hipoperfusão periférica, hipotensão e estase de jugular na ausência de estertores pulmonares, deve-se incluir o diagnóstico de infarto ventricular esquerdo (KNOBEL, 1994).

Os exames laboratoriais valiosos na confirmação do diagnóstico do infarto podem ser divididos em quatro grupos:

Eletrocardiograma, os marcadores séricos cardíacos, imagenologia cardíaca e índices de necrose tecidual e de inflamação.

No tratamento farmacológico a terapia visa a proteção do tecido cardíaco isquêmico lesado para conservar a função muscular, reduzir o tamanho do infarto e evitar a morte. No tratamento não-farmacológico, os objetivos a serem alcançados são de restaurar um ótimo nível fisiológico, psicológico, social e de trabalho, ajudar a estabelecer a confiança e a auto-estima, desenvolver com o paciente a capacidade de auto monitoramento e ajudá-lo no tratamento de seus problemas cardíacos, bem como modificar os fatores de risco.

São várias as complicações do infarto, entre as mais importantes:

- Disfunção ventricular – após o infarto do miocárdio o ventrículo esquerdo sofre várias alterações no formato, no tamanho na espessura, quer na parte que sofreu injúria ou nas outras.

- Hipovolemia – esta é facilmente corrigida, podendo contribuir para uma hipotensão e um colapso vascular associado ao infarto.

- Choque cardiogênico – nos últimos anos, devido aos esforços para reduzir o tamanho do infarto, e o tratamento imediato da isquemia



continuada e de outras complicações do infarto do miocárdio, parecem ter reduzido a incidência do choque cardiogênico de 20% para cerca de 7%, segundo HARRISON (1998).

- Disfunção e ruptura do músculo papilar - Essa disfunção é causada comumente por isquemia cardíaca, porém sua ruptura efetiva é uma complicação rara do infarto.

- Arritmias – a incidência de arritmias após o infarto do miocárdio é mais elevada nos pacientes observados precocemente após o início dos sintomas. Os mecanismos responsáveis pelas arritmias ligadas ao infarto incluem desequilíbrio do sistema nervoso autônomo, distúrbios eletrolíticos, isquemia e condução.

- Extra-sístoles ventriculares – despolarizações ventriculares prematuras infrequentes, esporádicas que ocorrem em quase todos os pacientes e não necessitam de terapia.

- Taquicardia e fibrilação ventricular – nas primeiras 24 horas do infarto, a taquicardia e a fibrilação ventricular podem aparecer sem arritmias prévias de advertência.

- Ritmo idioventricular acelerado – o ritmo idioventricular acelerado (taquicardia ventricular lenta), um ritmo ventricular com frequência de 60 a 100 batimentos por minuto, ocorre em 25% dos pacientes infartados (HARRISON 1998).

- Pericardite – os atritos pericárdicos ou dor pericárdica são freqüentemente encontrados nos pacientes com IAM transmural .

#### **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**

##### **Manter o paciente em repouso absoluto no leito**

Justificativa: com repouso absoluto no leito há uma diminuição do esforço físico, diminuindo o trabalho cardíaco e conseqüentemente a ocorrência de sobrecarga cardíaca.

##### **Administrar oxigênio terapia por cateter nasal 3 a 4 l umidificado conforme prescrição médica (cpm)**

Justificativa: a oxigênio terapia aumenta o suprimento de oxigênio para o tecido isquêmico do miocárdio.

##### **Manter decúbito elevado do leito**

Justificativa: a cabeceira elevada favorece a expansão pulmonar, melhorando a troca gasosa e com isso o oxigênio disponível ao miocárdio.

**Manter monitorização cardíaca continuamente**

Justificativa: detectar alterações na frequência cardíaca e no ritmo cardíaco, indicadores de prováveis arritmias e/ou mesmo parada cardíaca.

**Viabilizar acesso venoso calibroso pérvio**

Justificativa: para infusão de drogas, sendo essencial devido ao volume de infusão.

**Monitorar sinais vitais de 15 em 15 minutos na primeira hora e após de 30 em 30 minutos, até a estabilização do paciente**

Justificativa: pressão arterial – hipotensão severa é um sinal de IAM, se PA sistólica  $\leq 90$ mmHg ser indutivo da possibilidade de choque cardiogênico; hipertensão promove aumento da pós-carga aumentando o trabalho e o consumo de oxigênio pelo coração; nitroglicerina, betabloqueadores e agentes trombolíticos promovem queda na pressão arterial devido a vasodilatação, sendo contra-indicados se PA sistólica  $\leq 90$ , hipertensão arterial é contra-indicação relativa para administração de trombolítico. O uso de vasopressores altera a pressão arterial, e a ansiedade altera a frequência cardíaca, pressão arterial e frequência respiratória.

Frequência cardíaca – bradiarritmias do IAM, assim como traquiarritmias, ocorrendo principalmente nas primeiras 6 horas.

Ausência de pulso indica parada cardíaca, sendo uma emergência médica.

Betabloqueadores são contra-indicados se frequência cardíaca  $\leq 60$  batimentos/min, pois provocam bradicardia intensa.

Taquicardia pode ser indicativo de hipovolemia, sendo esta última contra-indicação para administração de sulfato de morfina, trombolíticos e nitroglicerina.

Frequência respiratória – a administração de sulfato de morfina pode levar a depressão respiratória.

Taquidispnéia pode indicar a ansiedade e/ou diminuição da oferta de oxigênio.

Temperatura – hipertermia é um dos sinais do infarto

**Realizar anamnese e exame físico breve e dirigido**

Justificativa: através da anamnese será possível levantar informações relevantes como: história familiar, doenças predisponentes, hábitos alimentares e fatores de risco. E através do exame físico serão obtidos achados clínicos importantes sugestivos de injúria cardíaca.

**Verificar oximetria de pulso continuamente**

Justificativa: a oximetria de pulso possibilita a verificação do nível de saturação de oxigênio na corrente sanguínea, além de verificar se o efeito do oxigênio adequado em torno de 97 a 98%.

**Administrar anti-agregante plaquetário conforme cpm, atentando-se para sinais de sangramento, gastrite e hipersensibilidade à droga**

Justificativa: a administração de anti agregante plaquetário tem uma ação trombolítica, reduzindo desta forma a mortalidade por IAM, reinfarto e redução de risco de acidente vascular cerebral.

**Oferecer apoio emocional e tranquilizar o paciente**

Justificativa: tranquilizar o paciente a fim de reduzir a ansiedade na qual está relacionada ao aumento da frequência e do trabalho cardíaco, consumo de oxigênio e sobrecarga cardíaca.

**Providenciar a realização de radiografia de tórax, de preferência nos primeiros 30 minutos conforme prescrição médica**

Justificativa: para detectar alterações no tamanho cardíaco.

**Realizar ausculta cardíaca**

Justificativa: ao realizar a ausculta cardíaca podemos detectar sons anormais que poderão ser indicativos de complicação.

**Manter material e equipamentos de emergência durante o atendimento**

Justificativa: visando proporcionar atendimento rápido e eficaz na ocorrência de complicações.

**Disponibilizar material para monitorização hemodinâmica invasiva cpm**

Justificativa: A monitorização hemodinâmica invasiva permite avaliar o desempenho cardíaco, orientar tratamento e o uso de droga vasoativas.

**Realizar ECG (eletrocardiograma) em doze derivações, de 6 em 6 horas e/ou conforme prescrição médica**

Justificativa: O ECG auxilia no diagnóstico do IAM, podendo-se visualizar a extensão, localização e evolução do infarto, além de detecção de complicações.

**Coletar níveis séricos de marcadores cardíacos, dosagem de eletrólitos e fatores de coagulação cpm e/ou a cada 6 horas**

Justificativa: São exames que auxiliam no diagnóstico, estadiamento, acompanhamento da evolução do IAM, alterações eletrolíticas, distúrbios de coagulação decorrentes da administração de

medicamentos e/ou para detectar contra-indicações, devido a distúrbios de coagulação pré-existentes.

**Administrar trombolítico cpm**

Justificativa: A terapia trombolítica ajuda a aliviar a oclusão coronariana dissolvendo os coágulos, de forma a prevenir a progressão da isquemia para infarto.

**Administrar sulfato de morfina cpm**

Justificativa: A administração da morfina vai reduzir a dor isquêmica, reduzir a ansiedade, aumentar a capacitância venosa e diminuir a resistência vascular sistêmica.

**Administrar nitroglicerina cpm segundo a via de administração sendo contra indicado se PA sistólica  $\leq 90$  mmHg**

Justificativa: A administração da nitroglicerina diminui a dor da isquemia, aumenta a dilatação venosa, diminui o retorno venoso para o coração, diminui a pré-carga e consumo de oxigênio, aumenta do fluxo colateral cardíaco, ou seja, diminui a dor do infarto e melhora os padrões hemodinâmicos.

**Administrar betabloqueadores cpm**

Justificativa: Diminui os níveis de catecolaninas, reduzindo o risco de arritmias, a contratividade cardíaca, a pressão arterial, e o consumo de oxigênio pelo miocárdio.

**Administrar anticoagulantes cpm**

Justificativa: A administração de anticoagulante previne a recorrência após trombólise e a formação de trombos.

**Monitorar quanto a sinais de sangramento, evitar punções venosas e arteriolar desnecessárias**

Justificativa: Os trombolíticos causam lise do coágulo, podendo causar sangramento.

**Verificar nível de consciência constantemente**

Justificativa: Uma alteração no estado mental, pode indicar diminuição do débito cardíaco decorrente da oxigenação cerebral inadequada.

**Administrar ansiolítico cpm**

Justificativa: Diminui a ansiedade, o trabalho e a sobre-carga ao coração.

**Administrar vasopressores cpm**

Justificativa: para promover aumento da pressão arterial, porém seu uso é controverso por causar um aumento na resistência vascular sistêmica, acentuando o trabalho cardíaco.

**Administrar soluções EV, cpm**

Justificativa: a solução EV (endovenosa) pode ser necessária para compensar o retorno venoso diminuído, produzido por nitratos e morfina, e/ou hidratar o paciente hipovelêmico.

**Observar, anotar e comunicar turgência da veia jugular externa, hipotensão, edema (mais acentuado em membros inferiores) ausculta pulmonar com estertores e sibilos**

Justificativa: Sinais e sintomas que podem ser indicativos de insuficiência ventricular esquerda, uma das complicações do IAM.

**Observar coloração e temperatura da pele**

Justificativa: pele fria e pegajosa está associado a vasoconstrição secundária e diminuição do débito cardíaco.

**Observar sinais de sangramento**

Justificativa: trombolíticos e anticoagulantes podem levar a complicações e sangramento.

**Observar náuseas, vômitos e depressão respiratória**

Justificativa: efeitos colaterais da administração de sulfato de morfina.

**Monitorar débito urinário de hora em hora, nas primeiras 24 horas e depois a cada período**

Justificativa: a diminuição do débito urinário, pode indicar uma diminuição no fluxo sanguíneo, decorrente do débito cardíaco diminuído em consequência de insuficiência cardíaca. Diminuição do débito urinário pode ser indicativo de hipovolemia.

**Reservar vaga de UTI**

Justificativa: a fim de proporcionar um atendimento mais qualificado e de alta complexidade.

**Preparar o paciente para realização de angioplastia coronária transluminal percutânea**

Justificativa: realizada com a finalidade de desobstrução da coronária, conforme prescrição médica, se esta estiver disponível 24 horas. Quando há contra indicação para trombólise, na vigência de choque cardiogênico ou em pacientes com história de revascularização prévia com possibilidade de oclusão do enxerto.

**Orientar quando a reeducação alimentar e à dieta hipossódica, cpm**

Justificativa: deve-se priorizar uma dieta saudável, redução do sódio, diminuindo a sobre-carga cardíaca.

**Orientar quando a retomada das atividades gradativamente, cpm**

Justificativa: a retomada das atividades deve ser cautelosa evitando assim uma grande sobrecarga cardíaca.

**Orientar quando a hábitos saudáveis como exercícios físicos supervisionados moderados, diminuição ou ausência do fumo, controle da pressão arterial e hábito alimentar saudável**

Justificativa: dessa forma será possível diminuir os fatores de risco que causam ou precipitam a ocorrência de doenças cardiovasculares.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O infarto, apesar de ainda se constituir uma causa de morte bem freqüente, tem apresentado redução na mortalidade, atingindo dados estatísticos bem menores se comparado há décadas anteriores. Sem dúvida alguma, a preocupação com a redução dos fatores de risco teve sua contribuição para este fato.

Contudo, ficou comprovado que o avanço tecnológico na terapia do infarto bem como a capacitação do pessoal envolvido no atendimento, reduziu e vem reduzindo drasticamente os índices de mortalidade.

Por tratar-se de um assunto específico, hoje em dia se constituindo cada vez mais numa especialidade, não abordada de forma aprofundada na graduação do Curso de Enfermagem. Concluímos que a elaboração deste material contempla todos os itens básicos em relação a conceitos atuais de infarto, fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e principalmente assistência de enfermagem fundamentada, de acordo com as diretrizes nacionais e internacionais.

### REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION, **Suporte Avançado de vida em cardiologia**. 1997.

BOUNDY, J. et al. **Enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Affonso Editores, 2004.

GOLDBERGER, B. **Tratamento de emergências cardíacas**. São Paulo: Atheneu, 1988.

HARRISON. **Medicina interna**. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 1998.

JOHANSSON,S.; VEDIN,A.; WILHELMSSON,C. Myocardial infarction in women. *Epidemiol Reviews*, v.5, p. 67-95, 1983.

KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. São Paulo: Atheneu, 1994.

NETTINA. **Prática de enfermagem**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

PESARO, A.E.P. Trabalho realizado na Unidade Clínica de Coronariopatia Aguda – Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo/SP, 2004.

PRADO, P. C. Insuficiência cardíaca em idosos: relato de caso. Nursing. Edição brasileira. *Rev. Técnica de Enfermagem*, n. 16, ano 2. set./1999:

