



**Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"**

KIARA MARCELINE FRANCO DE ASSIS

**MECANISMO DE AÇÃO DE FIBRINOLÍTICOS EM PACIENTES
PORTADORES DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO E PARTICIPAÇÃO
DO ENFERMEIRO**



**Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"**

KIARA MARCELINE FRANCO DE ASSIS

**MECANISMO DE AÇÃO DE FIBRINOLÍTICOS EM PACIENTES
PORTADORES DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO E PARTICIPAÇÃO
DO ENFERMEIRO**

Projeto de pesquisa apresentado ao curso de Enfermagem do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisito parcial à obtenção do Certificado de Conclusão.

**Orientanda: Kiara Marceline Franco de Assis
Orientador: Prof. Salviano Francisco Chagas Filho**

**Assis/SP
2017**

FICHA CATALOGRÁFICA

A848m ASSIS, Kiara Marceline Franco de

Mecanismo de ação de fibrinolíticos em pacientes portadores de infarto agudo do miocárdio e participação do enfermeiro / Kiara Marceline Franco de Assis. – Assis, 2017.

28p.

Trabalho de conclusão do curso (Enfermagem). – Fundação Educacional do Município de Assis-FEMA

Orientador: Esp. Salviano Francisco Chagas Filho

1.Fibrinolíticos 2.Medicamentos

CDD 615.31

**MECANISMO DE AÇÃO DE FIBRINOLÍTICOS EM PACIENTES
PORTADORES DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO E PARTICIPAÇÃO
DO ENFERMEIRO**

KIARA MARCELINE FRANCO DE ASSIS

Projeto de pesquisa apresentado ao curso de Enfermagem do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisito parcial à obtenção do Certificado de Conclusão.

Orientador: _____
Salviano Francisco Chagas Filho

Examinador: _____
Fernanda Cenci Queiroz

**Assis/SP
2017**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser minha fonte de inspiração e autor do meu destino, por me presentear a cada dia com um novo amanhecer e a certeza de que em SUA presença tudo posso. Dedico também ao meu PAI Ivani por acreditar e nunca me deixar desistir dos meus sonhos, a minha MÃE Marli mulher da minha vida, protetora e guerreira que mesmo com tantos obstáculos NUNCA me deixou sozinha, que é a luz do meu caminho em qualquer escuridão, ao meu AMADO FILHO Lucas por compreender a minha ausência nestes anos e me mostrar todos os dias que o amor é a melhor saída, dedico ao meu mais complicado e perfeito amor Roberto que é o culpado de tudo isso, obrigada por sua insistência.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus por confiar a mim a missão de amar e cuidar do próximo. Agradeço imensamente ao meu orientador Salvi Salviano, por entender minha rotina e mesmo assim não desistir de mim, que DEUS o abençoe por todos os dias de sua vida.

A irmã que a vida me deu Cleusa, obrigada por existir e me fazer feliz. Amo minhas princesas Malu e Clarinha.

A minha amiga, melhor amiga Cintia, por esses longos e preciosos anos. Te amo chata.

E a Ivana mulher incrível, amiga que Deus colocou em minha vida e permitiu ensinar-me como a vida é maravilhosa e que com Deus tudo é possível. Obrigada por todos os ensinamentos e principalmente por sua amizade fiel e verdadeira. Amarei-te por toda eternidade.

“Só lamenta a hora da partida, quem viveu uma vida sem razão de ser vivida.”

Elias Knobel

RESUMO

A terapia de reperfusão fibrinolítica aplicada em pacientes portadores de infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST é de suma importância, visto que esta é de fácil acesso nas unidades que não dispõem de centros hemodinâmicos. O presente trabalho tem por objetivo descrever a terapia de reperfusão coronária através da administração de fibrinolíticos seu mecanismo de ação, efeitos adversos e a participação do enfermeiro. Apontar a importância das intervenções e dos diagnósticos de enfermagem, bem como o plano de cuidados e plano de alta a pacientes portadores de infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST frente à terapia de reperfusão coronariana. Realizado através de estudos bibliográficos de publicações no período de 1999 a 2017. A identificação das fontes foi realizada por meio de bibliografias e sistemas informatizados de busca Literatura Latino Americana De Ciências Da Saúde (LILACS) e o Banco de Dados Bibliográficos da SCIELO, realizado busca em 52 referências sendo utilizadas 16 referências pertinentes ao tema. Observado a escassez de material para pesquisas bibliográficas que abordam o assunto relacionado às Unidades Básicas de Saúde.

Palavras-chave: Enfermeiro. Fibrinolíticos. Reperusão.

ABSTRACT

The fibrinolytic reperfusion therapy applied in patients with acute ST-elevation myocardial infarction is of paramount importance, since it is readily available in the units that do not have hemodynamic centers. The purpose of this study was to describe coronary reperfusion therapy through the administration of fibrinolytics, its mechanism of action, adverse effects and the participation of nurses. To point out the importance of nursing interventions and diagnoses, as well as a plan of care and discharge plan for patients with acute myocardial infarction with ST-segment elevation before coronary reperfusion therapy. It was carried out through bibliographical studies of publications from 1999 to 2017. The identification of the sources was carried out through bibliographies and computerized systems for the Latin American Literature of Health Sciences (LILACS) and the Bibliographic Database of SCIELO. 52 references being used 16 references relevant to the topic. Observed the scarcity of material for bibliographic research that addresses the subject related to Basic Health Units.

Keywords: Nurse. Fibrinolytics. Reperfusion.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS.....	13
2.1. OBJETIVO GERAL	13
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3. METODOLOGIA	14
4. REVISÃO DA LITERATURA.....	15
4.1. INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO	15
4.2. SINAIS E SINTOMAS	16
4.3. DIAGNÓSTICO	17
4.4. REAÇÕES ADVERSAS E CONTRAINDICAÇÕES	18
4.5. PRINCÍPIOS DA TERAPIA FIBRINOLÍTICA	19
4.6. PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO	20
4.7. ANAMNESE E EXAME FÍSICO – ACHADOS	20
4.8. EXAMES DIAGNÓSTICOS - ACHADOS.....	21
4.9. DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	21
4.10. PLANO DE CUIDADO.....	22
4.11. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM – NIC.....	23
4.12. PLANO DE ALTA - NIC	24
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
6. REFERÊNCIAS.....	27

1. INTRODUÇÃO

Conforme descrito pela Sociedade de Cardiologia, fibrinolíticos ou trombolíticos são moléculas biológicas que possuem ação de quebra do coágulo permitindo assim a reperfusão coronariana (ZIMERMANN et al, 2009).

O Manual do Infarto Agudo do Miocárdio descreve o Infarto Agudo do Miocárdio, como um evento agudo que requer internação hospitalar, de diagnóstico clínico relevante, baseado no pré-histórico clínico e sinais e sintomas atuais, realização de eletrocardiograma e exames laboratoriais como troponina e enzimas cardíacas (MATTOS, 2011).

Os fibrinolíticos têm indicação clara nos pacientes com sintomas sugestivos de síndrome coronariana aguda, associada à presença, no ECG, de supra desnivelamento persistente do segmento ST em pelo menos duas derivações contíguas ou de um novo ou presumivelmente novo bloqueio de ramo esquerdo, desde que não existam contraindicações, diante deste princípio, o uso de fibrinolíticos para o tratamento do o infarto agudo do miocárdio resulta na recanalização precoce dos vasos coronarianos ocluídos, reduz a necrose miocárdica e a mortalidade nesses pacientes, assim podendo apresentar uma melhora na evolução clínica dos pacientes, minimizando o tamanho do infarto e preservando a função ventricular. Quanto mais cedo o fluxo sanguíneo for restaurado, maiores as chances de evitar a morte do músculo cardíaco.

Por décadas, a terapia fibrinolítica tem sido valiosa no índice diminutivo de mortalidade por infarto agudo do miocárdio, além de restaurar a potência da artéria culpada, reduzir a área afetada e preservar a função ventricular esquerda. Quanto menor o tempo de reperfusão, maior o benefício (PIEGAS, 2015).

A fibrinólise apresenta máximo benefício quanto à redução de mortalidade quando realizada dentro das primeiras 02 horas do início dos sintomas (KNOBEL et. al, 2006).

A restauração do fluxo coronariano é o principal objetivo terapêutico no infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST, no qual a trombose coronariana é o principal mecanismo fisiopatológico subjacente, limitando a extensão da necrose miocárdica e reduzindo a mortalidade (MATTOS, 2011).

Com base no que foi exposto acima, ressalta-se a importância do enfermeiro sobre o conhecimento dos sinais e sintomas do infarto agudo do miocárdio e das drogas fibrinolíticas. É imprescindível que o enfermeiro tenha conhecimento a cerca dos fibrinolíticos utilizados, seu mecanismo de ação e seus efeitos adversos, a fim de desenvolver um plano de cuidados que possibilite assistir aos indivíduos em suas particularidades, identificando suas complicações por meio do preparo técnico-científico deste profissional (SMELTZER, 2012).

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Descrever a terapia de reperfusão coronária através da administração de fibrinolíticos em pacientes portadores de infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST, mecanismo de ação, efeitos adversos e a participação do enfermeiro diante da terapia de reperfusão.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Enfatizar e destacar o uso de fibrinolíticos para o tratamento do infarto agudo do miocárdio e a participação do enfermeiro na assistência a pacientes submetidos à terapia de reperfusão coronária.
- Apontar a importância do plano de cuidados a pacientes portadores de infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST frente a terapia de reperfusão coronariana.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, exploratória e descritiva com análise qualitativa. As fontes bibliográficas identificadas foram através de literaturas e buscas em sistemas informatizados da Literatura Latino Americana De Ciências Da Saúde (LILACS) e o Banco de Dados Bibliográficos da SCIELO, levando-se em consideração ano de publicação e pertinência temática.

4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

O Infarto Agudo do Miocárdio é uma situação de emergência, caracterizada pelo início agudo da isquemia miocárdica que resulta em morte do miocárdio. O infarto agudo do miocárdio consiste em grandes índices de óbitos na fase pré-hospitalar. Entre 40 a 65% dos casos ocorre à morte na primeira hora de manifestação da doença devido à fibrilação ventricular e 80% ocorre nas primeiras 24 horas (ANDRADE et al, 2012).

A grande parte do infarto agudo do miocárdio é causada por abrupta súbita e formação de trombo sobre placas vulneráveis ricas em lipídios que atrapalham o funcionamento do organismo e com capa fibrosa delgada. Uma parte menor está associada á erosão da placa aterosclerótica.

No infarto agudo do miocárdio ocorre a destruição permanente de uma área no miocárdio, geralmente devido a rupturas de uma placa aterosclerótica, formação de trombos, constrição ou estreitamento súbito ou até mesmo a oclusão de uma artéria coronária, havendo assim um desequilíbrio entre o aporte e a demanda de oxigênio no miocárdio (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA et al, 2009).

O objetivo do tratamento é promover a reperfusão coronariana é a trombólise miocárdica em menor tempo possível. Quanto mais rápido a reperfusão, maior a chance de restabelecer o fluxo, e assim um número maior de músculo cardíaco poderá ser salvo e melhorar o prognóstico. Os medicamentos de primeira escolha utilizados para o tratamento de infarto agudo do miocárdio são os fibrinolíticos em unidades que não dispõe de intervenção coronária percutânea (BODEN, EAGLE &GRANGER,2007 apud SMELTZER, 2012, p.773).

Os fibrinolíticos dissolvem todos os coágulos, não apenas aqueles que se encontram na artéria coronária, sendo assim uma anamnese criteriosa pode preservar o paciente de algum dano precocemente, caso este tenha histórico clínico de coágulo protetor formado em outro local, como por exemplo, cirurgia de grande porte recente ou acidente vascular

encefálico hemorrágico, podendo assim o paciente correr o risco de apresentar sangramentos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA et al, 2009).

Como terapia adjuvante são usados antiplaquetários como o ácido acetilsalicílico (AAS). O ácido acetilsalicílico é o medicamento mais utilizado, ele deve ser administrado em todos os pacientes com infarto agudo do miocárdio o mais rápido possível após o diagnóstico (ANDRADE, 2012).

A terapia medicamentosa consiste ainda no uso de medicações antiarrítmicas, vasodilatadores, betabloqueadores, inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina e analgésicos (SMELTZER, 2012).

No que se refere à assistência de enfermagem ao paciente com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, o enfermeiro deve identificar as necessidades do paciente e a partir destes dados estabelecer seu plano de cuidados e intervenções, é válido ressaltar que a observação severa de alterações neurológicas e de sinais multifocais como náuseas, vômitos, convulsões e hipertensão arterial aguda são indicativos de hemorragia intracraniana se ocorrido nas primeiras 24 horas após a terapia de reperfusão, tendo esta como causadora (KNOBEL, 2006).

O cuidado objetiva aliviar os sinais e sintomas de isquemia, identificar e prevenir complicações, entre elas as lesões miocárdicas e estabelecer relacionamento terapêutico e promover o autocuidado (SANTOS, 2017).

As metas principais consistem em proporcionar o alívio da dor ou dos sinais e sintomas isquêmicos, prevenção de lesão miocárdica, ausência de disfunção respiratória, redução de ansiedade, reconhecimento precoce das complicações. Reduzir ao máximo o número de punções e traumatismos teciduais pelo risco de sangramentos indesejados (SMELTZER, 2012).

4.2. SINAIS E SINTOMAS

De acordo com a tríade, podemos identificar a manifestação clínica do Infarto agudo do miocárdio consiste em: desconforto torácico, anormalidades do Eletrocardiograma (ECG)

e marcadores séricos elevados. Além destes pode ocorrer sintomas descritos como episódios de dor precordial, palpitações, tontura, cansaço e dispneia (SANTOS, 2017).

O cliente pode apresentar uma combinação de sinais e sintomas que pode também incluir: taquicardia, taquipnéia, pele fria, pálida e úmida. Tais sinais e sintomas são dados como resposta do sistema nervoso simpático e pode-se dar em um curto período ou tornar-se persistente. É válido atentar para quaisquer alterações: A hipertensão e a hipotensão podem revelar choque cardiogênico iminente ou medicamentoso, taquicardia, bradicardia ou outras arritmias indicam alterações no segmento ST, distensão venosa jugular, náuseas, vômitos, diminuição de débito urinário, inquietação, medo e sensação de morte eminente, todos esses sinais e sintomas podem ser apresentados por um cliente portador de infarto agudo do miocárdio (GUARALANDRO, 2012).

4.3. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico dá-se pelo histórico do cliente. A descrição dos sintomas apresentados, história pregressa ou familiar de doença cardíaca, eletrocardiograma com inversão da onda T, elevação do segmento ST e o desenvolvimento de uma onda Q anormal, exames laboratoriais são utilizados para se estabelecer o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, são denominadas enzimas e biomarcadores cardíacos.

Os biomarcadores cardíacos incluem a mioglobina e a troponina de análise rápida estabelecendo um diagnóstico acurado. A mais comumente utilizada é a troponina que é responsável por regular o processo de contração do miocárdio. O aumento dos níveis séricos de troponina ocorre em poucas horas, podendo permanecer por até 3 semanas (SMELTZER, 2012).

A mioglobina não é muito específica na indicação de infarto agudo do miocárdio, pois esta proteína também é encontrada no músculo esquelético, contudo o resultado negativo de mioglobina pode excluir o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio (SMELTZER, 2005).

Isoenzimas de creatinoquinase como CK (pertencentes ao músculo esquelético) e CK-MB

(pertencentes ao músculo cardíaco) apresentando níveis elevados CK 95 a100 U/L, CK-MB >5,0 ng/dl. As alterações desses níveis principalmente de CK- MB são necessários para estabelecer o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio (VAN DE WERF, 1999).

4.4. REAÇÕES ADVERSAS E CONTRAINDICAÇÕES

Recomenda-se que quando administrado o fibrinolítico, se tenha à disposição medicamentos e equipamentos de ressuscitação em todas as circunstâncias. Sangramentos é a complicação mais comum durante a terapia de reperfusão coronariana (THEISEN, 2012).

O uso concomitante do anticoagulante heparina pode contribuir para a ocorrência de sangramentos. Como a fibrina é lisada durante o tratamento com fibrinolíticos, podem ocorrer sangramentos em locais de punção. Portanto, a terapia de reperfusão requer cuidadosa atenção a todos os possíveis locais de sangramento, incluindo aquele após inserção de cateter, punção arterial e venoso, dissecação e punções com agulhas. Deve-se evitar o uso de cateteres rígidos, injeções intramusculares e manipulações desnecessárias em pacientes durante o tratamento. Se ocorrerem sangramentos graves, principalmente hemorragia cerebral, a administração concomitante de heparina deve ser interrompida imediatamente (GUARALANDRO, 2012).

Nos poucos pacientes que não respondem a essas medidas conservadoras, pode-se indicar o uso criterioso de produtos de transfusão. A transfusão de crioprecipitados, plasma fresco congelado e plaquetas devem ser considerados com reavaliação clínica e laboratorial após cada administração (THEISEN, 2012).

Se o tempo de sangramento for prolongado a transfusão de plaquetas é uma alternativa, porém, é necessário saber se que essas alternativas podem desencadear reoclusão da artéria relacionada ao infarto (KNOBEL, 2006).

O uso de fibrinolíticos deve ser avaliado cuidadosamente, deve-se atentar para as contraindicações absolutas para sua administração: acidente vascular encefálico hemorrágico, lesão vascular cerebral (malformação arteriovenosa), neoplasia maligna intracraniana, acidente vascular encefálico isquêmico nos últimos três meses,

sangramentos interno ativo (exceto menstruação), suspeita de dissecação de aorta e traumatismo craniano ou facial importante nos últimos três meses (OLIVEIRA et al, 2016).

É contraindicado o uso de fibrinolíticos em pacientes que também apresentem: histórico de hipertensão arterial sistêmica grave, crônica ou não controlada, ressuscitação cardiopulmonar com duração >10 minutos, cirurgias de grande porte há menos de seis meses, gravidez e pacientes em uso de anticoagulantes (KNOBEL et al, 2006).

As arritmias de reperfusão podem ocorrer devido aumento de cálcio ou a formação de radicais livres de oxigênio, estas podem ser confundidas devido as isquemias e não ao fibrinolítico administrado, visto que as isquemias também são responsáveis pela sobrecarga de cálcio, o que pode ocasionar a parada cardíaca súbita e com a sua reversão o miocárdio atordoado retorna as suas funções vagorosamente podendo levar de horas a semanas (WOODS et al, 2005).

4.5. PRINCÍPIOS DA TERAPIA FIBRINOLÍTICA

Deve ser administrada em até 06 horas do início da dor, apresentação de dor torácica por mais de 20 minutos que não se alivia com a administração de nitroglicerina conforme a prescrição médica ou protocolo preexistente da instituição e em tempo porta agulha (SMELTZER, 2012).

Apresentação de elevação do segmento ST maior 0,1mV em pelo menos duas derivações contíguas em plano precordial ou duas derivações periféricas, na impossibilidade de angioplastia primária, previsão de tempo porta balão >90 minutos ou na apresentação precoce dos sintomas menor que três horas (KNOBEL et al, 2006)

O sucesso da terapia de reperfusão deve apresentar se no período de 60 minutos após a administração do fibrinolítico com diminuição do supra ST > 50%, arritmias de reperfusão que incluem ritmo idioventricular acelerado e extrassístoles ventriculares e a melhora da dor. Quando a tentativa de reperfusão farmacológica não é obtida com êxito, o paciente deve ser encaminhado a angioplastia de resgate (OLIVEIRA et al, 2016)

4.6. PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO

O enfermeiro é o profissional responsável e qualificado técnico e cientificamente para a realização da anamnese e exame físico do paciente.

É de extrema importância à coleta do histórico do paciente a fim de determinar início da dor, história pregressa, identificar sistematicamente as necessidades do paciente para assim priorizá-las. O exame físico preciso e completo é um fator determinante e fundamental para se rastrear e evitar possíveis complicações e alterações no quadro clínico do paciente. A elaboração do plano de cuidado, diagnósticos e prescrições de enfermagem (SMELTZER, 2012).

As metas da reabilitação para o cliente que sofreu infarto agudo do miocárdio consistem em estender a vida e melhorar sua qualidade, fazer com que o cliente retorne ao trabalho e mesmo estilo de vida antes da doença, melhorar o estado psicossocial e prevenir outro evento cardíaco. Objetivos estes alcançados através de um plano de cuidados que envolva estimulação de atividade física e condicionamento, orientações e aconselhamentos ao cliente/ família e intervenções comportamentais (ANDRADE, 2012).

4.7. ANAMNESE E EXAME FÍSICO – ACHADOS

Coleta de dados e comparações com contraindicações para a terapia de reperfusão adquiridas na abordagem de admissão do paciente para e basear o desenvolvimento do plano de cuidados ao paciente que será submetido a terapia de reperfusão.

A dor torácica substernal irradiando para maxilar inferior, ombros, região posterior ou membros superiores, dispneia, hipoxemia, sudorese intensa, êmese, náuseas, ansiedade, hipotensão e elevação da temperatura podem ser avaliados durante a sistematização de enfermagem (HUDDLESTON, 2006).

4.8. EXAMES DIAGNÓSTICOS - ACHADOS

Elevação da creatinocinase sérica (CK-MB), elevação de lactato desidrogenase sérica (LDH), elevação do segmento ST maior que 0,1mV, redução de débito cardíaco, aumento da pressão da artéria pulmonar (HUDDLESTON, 2006).

4.9. DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

A avaliação da primeira hora da intervenção fibrinolítica é de extrema importância e deve ser relevante quanto ao relato do paciente, deve-se atentar para relatos da melhora do desconforto torácico, da diminuição da escala de dor por indicador verbal ou facial, retorno da estabilidade de sinais vitais e alterações do eletrocardiograma para a normalidade. Manter a monitorização de multiparâmetros e conseqüentemente atentar para novos episódios de fadiga, edemas e indicadores de um novo bloqueio de ramo esquerdo e alterações de níveis de consciência. É imprescindível manter o ambiente tranquilo e fornecer orientações de maneira clara e adequada, permitindo assim a cooperação do paciente junto a equipe de saúde (CHEREGATTI et al, 2010).

Cabe ao enfermeiro: avaliar dor aguda, reduzir o esforço cardíaco, monitorar e tratar arritmias, manter e reestabelecer o equilíbrio hidroeletrólítico, providenciar duas linhas intravenosas antes do início da terapia de reperfusão, evitar o uso contínuo do manguito de pressão arterial não invasivo, avaliar e verificar sinais e sintomas de hemorragias e atentar para sinais e sintomas de rebaixamento de nível de consciência (SMELTZER, 2012)

Baseado nas manifestações clínicas, anamnese e dados históricos do paciente podemos indicar os principais diagnósticos definidos e classificados no NANDA(2012-2014):

Débito cardíaco diminuído caracterizado por fração de ejeção diminuída e índice do trabalho sistólico do ventrículo esquerdo diminuído, relacionado por volume de ejeção alterado e contratilidade alterada.

Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída por fatores de historia familiar de doença da artéria coronária e/ou hipovolemia.

Risco de desequilíbrio eletrolítico por fatores como: efeitos secundários relacionados à tratamento (ex. medicamentos) e volume de liquido deficiente

Ansiedade relacionada a morte caracterizada por relato de preocupações quanto a impacto da própria morte sobre as pessoas significativas e relato de medo do processo de morrer relacionado à experiência de quase morte e observações relacionadas a morte.

Risco de dignidade humana comprometida por fatores como: exposição do corpo e perda do controle sobre as funções corporais.

Privação do sono caracterizado por ansiedade e capacidade funcional diminuída relacionada a ambiente para o sono desconfortável por tempo prolongado e desconforto prolongado (ex. físico e psicológico).

Intolerância à atividade caracterizada por alterações eletrocardiográficas refletindo isquemia e desconforto aos esforços relacionados ao desequilíbrio entre a oferta e demanda de oxigênio e repouso no leito.

Dor aguda caracterizada por alterações na pressão sanguínea e mudanças na frequência cardíaca relacionados a agentes lesivos (ex. biológicos, químicos, físicos, psicológicos).

4.10. PLANO DE CUIDADO

O plano de cuidado deve ser desenvolvido pelo enfermeiro, afim de priorizar as necessidades do paciente submetido a terapia de reperfusão coronária por uso de fibrinolíticos.

Engloba-se no plano de cuidado a prescrição de enfermagem e os resultados esperados.

Como exemplo pode-se citar:

Avaliar, registrar e relatar todos os eventos que possam ocorrer tais como: desconforto respiratório, intensidade da dor e irradiação da mesma, epigastralgias, sudoreses, rebaixamento do nível de consciência e diminuição de perfusão periférica, instabilidades em parâmetros vitais.

Prescrever cuidados básicos como banho no leito, repouso absoluto para minimizar esforços e eletrocardiograma durante o acontecimento de algum evento que possa indicar um novo infarto ou bloqueio de ramo esquerdo (SMELTZER et al, 2012).

4.11. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM – NIC

- Avaliar a dor no peito (intensidade, localização, irradiação, duração e fatores precipitantes e alívio da dor).
- Realizar uma avaliação abrangente da circulação periférica (verificar pulsos periféricos, edema, enchimento capilar, cor e temperatura de extremidades).
- Monitorar ritmo e frequência cardíaca.
- Auscultar sons cardíacos.
- Monitorar estado neurológico.
- Obter ECG com 12 derivações.
- Coletar níveis séricos de CK e LDH.
- Monitorar as tendências de pressão sanguínea e os parâmetros hemodinâmicos.
- Monitorar eficácia de oxigenoterapia.
- Monitorar os determinantes da distribuição de oxigênio.
- Manter um ambiente propício ao repouso e restabelecimento.
- Monitorar a eficácia dos medicamentos.
- Orientar paciente e família sobre a restrição a progressão das atividades.
- Estabelecer uma relação de apoio com o paciente e família.
- Orientar o paciente sobre a importância de informar imediatamente qualquer desconforto no peito.
- Monitorar a ocorrência de dispneia, fadiga, taquipneia e ortopneia.
- Oferecer apoio espiritual ao paciente e familiar.
- Manter registro preciso de ingestas e eliminações.
- Monitorar a ocorrência de manifestações de desequilíbrio eletrolítico.
- Oferecer assistência até que o paciente fique totalmente capaz de assumir o autocuidado.
- Explicar todos os procedimentos, inclusive sensações que o paciente possa ter durante o procedimento.
- Observar sinais verbais e não verbais de ansiedade.

Durante a terapia fibrinolítica.

- Confirmar a identidade do paciente

- Explicar todos os procedimentos ao paciente e a pessoa importante
- Obter oximetria de pulso e aplicar oxigênio, conforme apropriado.
- Fazer ECG de 12 derivações, conforme apropriado.
- Iniciar acesso intravenoso e conseguir amostras de sangue para análises laboratoriais.
- Avaliar diretrizes quanto ao tratamento.
- Obter o consentimento informado.
- Obter local de acesso adicional.
- Evitar amostra arterial para prevenir complicações hemorrágicas.
- Administrar os agentes fibrinolíticos conforme as diretrizes específicas de administração.
- Continuamente monitorar ritmo cardíaco, sinais vitais, nível de dor, sons cardíacos e pulmonares, nível de consciência, perfusão periférica, ingestão e eliminação, mudança no estado neurológico e se houve resolução dos sintomas , quando indicado.
- Observar se há sinais de sangramento.
- Preparar para iniciar medidas básicas e avançadas de suporte à vida, se indicado.

4.12. PLANO DE ALTA - NIC

- Auxiliar paciente e familiar a se prepararem para a alta.
- Identificar a compreensão que o paciente e cuidador principal têm do conhecimento ou habilidades necessárias após a alta.
- Monitorar a prontidão da alta.
- Documentar plano de alta do paciente no prontuário.
- Formular um plano de manutenção para o acompanhamento após a alta.
- Elaborar um plano que leve em conta os cuidados de saúde, as necessidades sociais e financeiras do paciente.
- Agendar uma avaliação pós-alta, quando apropriado.
- Organizar a alta para o nível seguinte de atendimento.
- Discutir os recursos financeiros quando houver necessidade de providências de cuidados a saúde após a alta.

- Coordenar os encaminhamentos relevantes para provedores de cuidados a saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dada à importância do assunto, é válido salientar que a avaliação criteriosa da tríade do infarto agudo do miocárdio pode resultar em terapia de reperfusão por fibrinolítico de sucesso, visto que o tempo porta balão não é acessível em todas as unidades de saúde, sendo mais utilizado o tempo porta agulha nestas instituições. O conhecimento técnico científico do enfermeiro nestas unidades torna se primordial para uma avaliação clínica e desenvolvimento do processo cuidar. Foi observada a escassez de material bibliográfico e de artigos científicos pertinentes ao tema em que se trate do infarto agudo do miocárdio ou até mesmo o reconhecimento deste evento em unidades básicas de saúde não sendo possível destacar este assunto no presente trabalho. O enfermeiro tem papel fundamental no reconhecimento, avaliação e administração da terapia de reperfusão coronariana por fibrinolíticos junto a equipe médica de saúde, cabe ao mesmo a avaliação criteriosa antes, durante e após recanalização dos vasos coronários mediante aos riscos de intercorrências que podem acontecer.

Ofertar amparo, informações do quadro clínico e procedimentos a serem realizados, ambiente tranquilo e seguro é o diferencial neste tratamento, pois necessita de autorização prévia do paciente. O esclarecimento dos fatos facilita na decisão do paciente que será submetido a terapia de reperfusão.

6. REFERÊNCIAS

- AGUIAR, L. et al. **Principais características da utilização de terapêutica fibrinolítica numa Unidade de Cuidados Intensivos Coronários e suas complicações.** v. 665, p. 25, 2005.
- ANDRADE, Jadelson Pinheiro de, et al. **IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST,** 2012.
- BULECHEK, Gloria M. et al. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC).** Rio de Janeiro. Ed. Elsevier, 2010.
- CHEREGATTI, Aline Laurenti org. **Enfermagem em unidade de terapia intensiva.** São Paulo; ed. Martinari, 2010.
- Diagnósticos de enfermagem da **NANDA: definições e classificação 2012-2014/ NANDA International;** tradução Regina Machado Garcez. - Porto Alegre: Artmed, 2013.
- GUALANDRO, Danielle Menosi et al. Acute myocardial infarction after noncardiac surgery. **Arquivos brasileiros de cardiologia,** v. 99, n. 5, p. 1060-1067, 2012.
- KATZ, Marcelo; TARASOUTCHI, Flavio; GRINBERG, Max. Terapêutica trombolítica em trombose de prótese valvar. **Arq Bras Cardiol,** v. 85, n. 1, p. 76-8, 2005.
- MATTOS, Luiz Alberto Piva. Rationality and methods of ACCEPT registry-Brazilian registry of clinical practice in acute coronary syndromes of the Brazilian Society of Cardiology. **Arquivos brasileiros de cardiologia,** v. 97, n. 2, p. 94-99, 2011.
- PIEGAS, Leopoldo Soares et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST. **Arquivos brasileiros de cardiologia,** v.
- SANTOS, Elizabete Silva dos et al. Registro de síndrome coronariana aguda em um centro de emergências em cardiologia. **Arq Bras Cardiol,** v. 87, n. 5, p. 597-602, 2006.
- SANTOS, Doralice Ribeiro dos et al. **O papel do enfermeiro no atendimento emergencial ao paciente vítima de infarto agudo do miocárdio na sala vermelha: uma revisão e literatura.** 2017.
- SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** Guanabara Koogan, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA et al. Diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST. **Arq. bras. cardiol**, v. 93, n. 6, supl. 2, p. e179-e264, 2009.

THEISEN, Célia Ines; MACHADO, Maria Élide. Assistência de enfermagem na terapia trombolítica em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 1, n. 1, p. 116-132, 2012.

VAN DE WERF, Frans et al. Single-bolus tenecteplase compared with front-loaded alteplase in acute myocardial infarction: the ASSENT-2 double-blind randomised trial. **The Lancet**, v. 354, n. 9180, p. 716-722, 1999.

WOODS, Susan L. et al. **Enfermagem em Cardiologia**. Editora Manole, 4ª edição, p.583; 596; 629 e 645, 2005.