

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM UM ADULTO JOVEM: RELATO DE CASO

Natane Moreira de Carvalho

Enfermeira. Especialista em Gestão Hospitalar pela Escola de Saúde Pública (ESP-MG) e em Terapia Intensiva pela UFMG
Preceptora de estágio na Universidade Federal de Itaipava
e-mail: natanecarvalho@gmail.com

Anadias Trajano Camargos

Enfermeira. Mestre em Enfermagem em Biologia Celular pela UFMG
Professora assistente da UFMG

Andrei Pereira Pernambuco

Fisioterapeuta. Doutorando em Biologia Celular pela UFMG
Professor do UNIFOR

RESUMO

Introdução: O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é causado pela interrupção do fluxo sanguíneo nas artérias coronárias que irrigam o miocárdio. Trata-se de um evento de alta relevância clínica que requer internação hospitalar, preferencialmente em um Centro de Terapia Intensiva. **Objetivo:** Descrever o caso de um homem jovem de 30 anos que apresentou IAM, e a assistência do enfermeiro para este paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** Trata-se de um estudo de caso realizado em um hospital da região Centro-Oeste de Minas Gerais, em dezembro de 2008, conveniado ao Sistema único de Saúde, utilizando o Processo de Enfermagem baseado em Horta (1979) e na Sistematização da Assistência de Enfermagem baseado na taxonomia II da NANDA. **Resultado:** Foram encontrados 15 diagnósticos e intervenções associadas. **Conclusão:** Importância fundamental da Assistência do Enfermeiro para o tratamento dos pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio.

Palavras-chave: Infarto Agudo do Miocárdio. Adulto jovem. Estudo de caso. Assistência de enfermagem.

MYOCARDIAL INFARCTION IN YOUNG ADULT: A CASE REPORT

ABSTRACT

Introdução: Acute myocardial infarction (AMI) is caused by interruption of blood flow in coronary arteries that supply the myocardium. This is an event of high clinical relevance that requires hospitalization, preferably in an intensive Care Unit. **Objective:** Study a case about a young man that is 30 years old and had AMI and a nursing assistance for this patient to take in to hospital in Intensive Care Unit. **Method:** It is about one case study executed on a hospital of Minas Gerais, mid wester region, on 2008, December, that use the Unified National Health System, and use the Process of Nursing, according to Horta (1979) and according to NANDA Taxonomy II. **Result:** We founded 15 diagnosis and intervention. **Conclusion:** The fundamental importance of the nursing assistance for the treatment of the patient with acute Myocardial infarction.

Keywords: Acute myocardial infarction. Young adult. Case report. Nursing assistance.

1 INTRODUÇÃO

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é causado pela interrupção do fluxo sanguíneo nas artérias coronárias que irrigam o miocárdio. Trata-se de um evento de alta relevância clínica que requer internação hospitalar, preferencialmente em um Centro de Terapia Intensiva. Devido à complexidade e gravidade do estado em que o paciente passa a se encontrar, o desenvolvimento de padrões de qualidade da assistência é de fundamental importância, sobretudo devido às novas tecnologias médicas hospitalares, o impacto da mortalidade, a letalidade hospitalar e o volume de internações que o IAM acarreta. (MANSUR et al, 2006).

Scheider et al, (2008) ressaltam que, no Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 16,7 milhões de mortes ao ano, com projeções para o ano de 2020 de persistirem como a causa principal de mortalidade e incapacitação entre adultos. Dentre as doenças cardíacas, destacam-se a doença arteriosclerótica coronariana e o infarto do miocárdio, sendo que os conhecidos fatores de risco são: idade, sexo, hipercolesterolemia, hipertensão, diabetes mellitus, obesidade, tabagismo, estilo de vida sedentário, estresse psicológico e antecedentes familiares, entre outros. (SCHEIDER et al, 2008).

O IAM, por sua vez é uma das doenças cardíacas mais frequentes em pacientes hospitalizados nos países ocidentais, incluindo o Brasil. Apesar do grande acúmulo de conhecimentos acerca da etiologia, fisiopatologia, epidemiologia, história natural, diagnóstico e tratamento das doenças cardiovasculares, nos últimos 50 anos, estas continuam sendo a mais importante causa de morbidade e mortalidade a partir da quarta década de vida. (ROCHA; SILVA, 2000).

Araújo e Marques (2007) consideram que os sintomas do IAM são: dor ou forte pressão no peito; dor no peito refletindo nos ombros, braço esquerdo, pescoço e maxila; dor abdominal; suor; palidez; dispnéia, perda temporária da consciência; sensação de morte iminente; náuseas e vômitos. A prevenção do IAM está relacionada com uma alimentação balanceada, controle do peso e do índice de massa corporal, à prática de exercícios físicos regulares e aos exames de prevenção, como eletrocardiograma, hemograma, glicose, colesterol, entre outros, conforme critério médico.

Até recentemente, acreditava-se que o IAM não seria comum em indivíduos jovens, por acometer somente quatro a oito por cento desta população. Considerando-se, entretanto, em números absolutos, verifica-se que o acometimento nessa faixa etária não pode ser

desconsiderado. Apenas nos hospitais brasileiros credenciados pelo Sistema Único de Saúde, durante o ano de 2000, 4.549 pacientes com menos de 45 anos de idade foram internados devido ao infarto agudo do miocárdio. (CONTI et al, 2002).

Quando o IAM acomete um jovem, diversos outros fatores devem ser considerados, já que existem alterações peculiares a esta classe, como características etiopatogênicas, anatômicas e prognósticas próprias, diferenciando-a dos pacientes mais velhos. O fato de acometer jovens abruptamente e levá-los ao adoecimento durante seus anos de maior produtividade traz consequências psicossociais e econômicas ainda mais graves, necessitando, pois, de apoio constante, tanto familiar, quanto da equipe multiprofissional.

Nesse sentido, pode-se afirmar que o enfermeiro tem papel fundamental neste contexto, pois ele está presente desde a entrada do paciente na rede hospitalar até o encaminhamento do mesmo para Centro de Terapia Intensiva, assistindo-o em todas as suas necessidades. O processo de enfermagem foi desenvolvido a partir da Teoria de Motivação Humana proposto por Maslow, que se fundamenta nas necessidades humanas básicas, que segundo o autor, em equilíbrio as necessidades não se manifestam, mas no desequilíbrio elas se instalam. Partindo deste pressuposto, as necessidades básicas foram hierarquizadas em cinco níveis: Necessidades Fisiológicas, Necessidades de Segurança, Necessidades de Amor, Necessidades de Estima e Necessidades de Auto-realização. (HORTA, 1979). Ainda segundo a autora, as necessidades não atendidas ou atendidas de forma inadequada trazem desconforto e, se isto se prolonga, gera doença.

Ao analisar este contexto, é que se propôs a realização deste estudo, para descrever o caso de um homem jovem de 30 anos que sofreu Infarto Agudo do Miocárdio e que foi atendido em um Centro de Terapia Intensiva; discutir a importância do Processo de Enfermagem, tomando como referência a Teoria das Necessidades de Wanda Horta e construir os diagnósticos de enfermagem conforme taxonomia II do NANDA, além das intervenções necessárias.

2 MÉTODOS

Este estudo se caracteriza como um estudo descritivo, exploratório e documental, com abordagem qualitativa, do tipo relato de caso. Este desenho de estudo contribui para a compreensão dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos, resultando em uma estratégia comum de pesquisa na psicologia, sociologia, na ciência política, ciências da

saúde, dentre outras. (LIMA et al, 2007). Ao término deste tipo de investigação, espera-se que o profissional possa reunir informação suficiente para tomar decisões e resolver os problemas identificados no relato de caso. (GALDEANO et al, 2003).

A coleta de dados ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Filantrópico Manoel Gonçalves (Itaúna – Minas Gerais – Brasil) pelo parecer favorável número 021/2008. Todas as etapas do estudo cumpriram as recomendações da resolução 196/96 do CONEP/MS. Os critérios de inclusão foram: Ser portador de IAM (Infarto Agudo do Miocárdio), estar hospitalizado com diagnóstico de IAM no Centro de Terapia Intensiva e aceitar participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A operacionalização da coleta de dados aconteceu no mês de novembro, período de internação do paciente, seguindo estes passos do processo: obtenção dos dados através da anamnese e exame físico (evolução do paciente); acompanhamento diário do paciente durante a permanência hospitalar em um leito de CTI; planejamento dos diagnósticos de enfermagem determinados conforme taxonomia II do NANDA; intervenções de enfermagem ao paciente que foram propostas em conjunto por diversos autores e, por último, a resposta do paciente às mesmas. Foi utilizada também coleta de informações no prontuário e exames.

3 RESULTADOS

3.1 Descrição do caso

Paciente F. J., 30 anos e 6 meses, negro, casado, natural e procedente de Minas Gerais, auxiliar de bombeiro hidráulico, com diagnóstico clínico de IAM, apresentando-se com supra desnivelamento de segmento ST após realização de eletrocardiograma. Foi admitido no serviço em 25/11/2008, proveniente do Pronto Socorro, queixando-se de dor epigástrica após esforço físico. No dia da admissão, sentiu dor tipo pontada na região do precórdio, associada à dispnéia intensa durante o trabalho, o que o levou a procurar o hospital. Relata não fazer uso de medicação em domicílio. No Pronto Socorro foi medicado com Isordil®, Dolantina® e Tramal®. Negou tabagismo, etilismo, hipertensão e diabetes, desconhecia alergias medicamentosas, não realizava atividades físicas e desconhecia a doença. Não apresentava antecedentes familiares de coronariopatias e doença vascular cerebral. Informou ingestão hídrica e calórica satisfatória, eliminações urinárias e fecais preservadas, ausência de insônia, relatava ansiedade devido à dor que havia sentido e medo de morrer.

Após ter sido internado no CTI, seu medo da morte aumentou ainda mais. No Centro de Terapia Intensiva, foram prescritas as seguintes medicações: Dipirona quando necessário (SN), Plasil® SN, Omeprazol 40 mg, Liquemine 5000UI/0,25 ml, AAS 100 mg, Propranolol 40 mg, Captopril 25 mg, Hidroclorotiazida 25 mg, Isordil® 0,5 mg sub lingual, Diazepan® 20 mg, Sulfato de Morfina 2mg/2 ml SN, Soro Fisiológico para manter veia e dieta oral branda.

Durante a realização do exame físico pela enfermeira, o paciente apresentava-se com bom estado geral, corado, hidratado, anictérico, acianótico, afebril. Consciente, orientado no tempo, espaço e pessoa, pupilas isocóricas e fotorreagentes, força motora e sensibilidade preservadas. Eupneico, com oxigenação suplementar através do cateter nasal (CN) a 03 l/min, expansibilidade e simetria pulmonar preservadas, saturação de O₂ = 96%, pulmões limpos. Normotenso (PA de 130x70 mmHg), eucárdico (120bpm), mantém monitorização cardíaca em ritmo sinusal, ausculta cardíaca: bulhas normorrítmicas e normofonéticas (BRNF) em dois tempos (2t) . Apresentava abdome globoso, flácido e indolor à palpação, ruídos hidroaéreos (RHA) presentes. Aparelho genital sem anormalidades. Mantinha acesso venoso periférico heparinizado em Membro Superior Esquerdo (MSE) sem sinais flogísticos, recebendo SF 0,9% para hidratação. Mantinha repouso no leito na posição de *Semi fowler*, com cabeceira elevada a 45°. Apresentava pulsos simétricos, com boa perfusão periférica.

Os exames laboratoriais demonstraram os seguintes resultados, Creatina fosfoquinase (CPK) total 322 mg/dl e Creatina fosfoquinase (CPK MB) de 21,0 mg/dl.

3.2 Diagnósticos e intervenções de enfermagem

Os diagnósticos e as intervenções de enfermagem foram levantados conforme necessidade do paciente, sendo os diagnósticos embasados na taxonomia II do NANDA e as intervenções de acordo com Carpenito (2006), Smeltzer e Bare (2002), Penna e Barros (2003), Morton et al, (2007) e Lima et al, (2007).

Lima et al, (2007) propõe que os diagnósticos e intervenções de enfermagem necessitam ser agrupados conforme necessidade, de maneira que se evite a repetição de informações.

1 - Dor aguda relacionada à dor precordial: Reconhecer a presença da dor e avaliar início, duração, intensidade, localização e irradiação. Ouvir atentamente a respeito da dor. Explicar as causas da dor. Explicar por quanto tempo poderá durar. Proporcionar alívio ideal da dor

com analgésicos prescritos. Após administrar o medicamento, retornar após um tempo para averiguar a eficiência.

2 - Padrão respiratório ineficaz relacionado à dor e ansiedade: Garantir ao paciente que estão sendo tomadas as medidas para manter a segurança. Monitorar frequência respiratória e padrão respiratório a cada duas horas ou conforme necessidade. Observar saturação de oxigênio por meio da oximetria de pulso a cada duas horas ou conforme necessidade. Oferecer oxigenação suplementar conforme prescrição, não esquecendo de trocar a água destilada dos umidificadores diariamente. Avaliar parâmetros da gasometria arterial. Manter cabeceira elevada a 45 graus. Manter paciente na posição de semi-Fowler. Observar perfusão capilar. Realizar ausculta pulmonar.

3 - Risco de desequilíbrio do volume de líquidos relacionado aos procedimentos invasivos maiores e diminuição do débito cardíaco: Manter hidratação endovenosa conforme prescrição. Manter a ingestão de líquidos recomendada. Realizar balanço hídrico a cada 12 horas. Monitorar os níveis de eletrólitos séricos. Monitorar a hidratação pela coloração da urina. Avaliar sinais de desidratação e edema.

4 - Nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais relacionada à incapacidade de absorver nutrientes devido aos vômitos e/ou dietas restritas: Orientar que a restrição da dieta por 24 horas é necessária. Incentivar a hidratação. Solicitar avaliação do nutricionista. Explicar a importância da nutrição adequada. Estar perto e incentivar a alimentação limitando o tempo em no máximo 30 minutos. Evitar procedimentos dolorosos antes das refeições. Planejar formas para reduzir odores durante a refeição. Manter higiene oral.

5 - Náusea relacionada à dor cardíaca, medo e ansiedade: Administrar antiemético conforme prescrição. Após administrar o medicamento, retornar após um tempo para avaliar a eficiência. Encorajar o paciente a ingerir dietas brandas quando liberado. Evitar ingerir grande quantidade de líquidos. Evitar grande ingestão de líquidos durante e após a refeição. Evitar deitar-se por no mínimo duas horas após a refeição. Evitar odores desagradáveis.

6 - Ansiedade relacionada ao medo da morrer: Permitir que a pessoa compartilhe as

percepções sobre a situação. Explorar a relação que a pessoa estabelece com a espiritualidade. Controlar de forma agressiva, sintomas que não alcançaram alívio. Transmitir segurança.

7 - Medo relacionado à hospitalização no Centro de Terapia Intensiva: Orientar quanto ao ambiente usando explicações simples. Orientar o funcionamento da rotina das atividades de enfermagem. Falar pausadamente. Explicar as modificações que irão acontecer durante a permanência no Centro de Terapia Intensiva, como restrição no leito, banho de leito, monitorização cardíaca, avaliação de sinais vitais, dentre outros. Enfatizar que pacientes que são internados no CTI são aqueles dentro das possibilidades terapêuticas. Orientar familiares, antes no horário de visita, sobre a rotina do CTI.

8 - Déficit no auto-cuidado para banho e higiene relacionado à restrição de movimentos: Explicar a necessidade e orientar que é temporário. Proporcionar privacidade durante a rotina de banho. Direcionar homens para ajudar na rotina de pacientes do sexo masculino (ex: momento do banho). Definir com o paciente a temperatura da água. Combinar quando possível, o melhor horário de banho. Avaliar queixas algícas. Manter repouso absoluto no leito nas primeiras 24 horas ou conforme necessidade.

9 - Intolerância a atividade física relacionada à restrição de movimentos: Explicar a necessidade da restrição de movimentos durante a internação no CTI e orientar que é temporário. Manter repouso absoluto no leito nas primeiras 24 horas ou conforme necessidade. Orientar mudança de decúbito a cada duas horas e observar de perto possíveis alterações.

10 - Padrão de sono perturbado relacionado ao barulho, iluminação, mobiliário para sono não familiares, estimulação excessiva para procedimentos e odores nocivos: Explicar para a pessoa as causas do transtorno do sono. Reduzir o ruído. Limitar o sono durante o período do dia. Fazer leitura, assistir televisão ou ouvir rádio durante o período do dia. Usar tampões de orelha. Trazer objetos familiares (travesseiros, cobertores, outros). Administrar sedativos ou ansiolíticos conforme a prescrição durante o período noturno.

11 - Interação social prejudicada relacionada a isolamento terapêutico: Explicar a

necessidade e orientar que é temporário. Ajudar a identificar como o estresse agrava o problema. Proporcionar um relacionamento individual sustentador. Incentivar atividades de distração, como leitura. Reforçar com a família sobre a importância do horário de visita.

12 - Risco para infecção relacionado a procedimentos invasivos: Reduzir a entrada de microrganismos nos indivíduos pela lavagem das mãos, técnica asséptica, realizar somente procedimentos necessários e uso de luvas de forma correta. Encorajar a manter a ingesta calórica ideal. Observar manifestações clínicas de infecção e registrar caso haja presença. Trocar acesso venoso periférico e equipos a cada 72 horas ou na presença de sinais inflamatórios e se necessário colher ponta do cateter para cultura. Trocar fixação dos acessos de micropore e esparadrapo todos os dias ou conforme necessidade. Limpar a inserção do acesso com degermante e depois soro fisiológico 0,9%.

13 - Risco de desequilíbrio na temperatura corporal relacionado a medicações vasodilatadoras e exposição a ambiente quente: Ensinar a pessoa a ter uma ingesta de líquidos adequada. Monitorar ingestão e eliminação. Tomar banhos mornos. Evitar cobertores e roupas quentes. Ensinar os sinais precoces de hipertermia.

14 - Risco de débito cardíaco diminuído relacionado à interrupção do fluxo arterial e ejeção alterada: Observar sinais como fadiga, confusão mental, ausculta pulmonar, débito urinário, pressão arterial, temperatura periférica e perfusão capilar. Monitorar nível de consciência. Encorajar ingesta hídrica. Realizar balanço hídrico a cada 12 horas para evitar sobrecarga hídrica e pulmonar. Verificar níveis séricos bioquímicos. Manter monitorização cardíaca e de saturação de oxigênio frequente. Observar pressão venosa central a cada duas horas.

15 - Perfusão tissular cardíaca ineficaz relacionada à interrupção do fluxo arterial: As mesmas orientações acima.

3.3 Evolução de enfermagem

A evolução de enfermagem consiste em um relato diário ou periódico das mudanças acontecidas ao paciente enquanto estiver sob assistência profissional. É uma síntese global dos

planos de cuidado. (HORTA, 1979).

Esta evolução de enfermagem aconteceu diariamente durante o tempo de internação do paciente no Centro de Terapia Intensiva, sendo feita pelo enfermeiro. Neste estudo, buscou-se relatar seus aspectos mais relevantes.

Faz parte da rotina do hospital em questão manter os pacientes portadores de IAM por no mínimo 72 horas internados em um leito de CTI. Isto foi relatado ao paciente já no primeiro dia, para reduzir sua ansiedade de alta. No mesmo dia, ele foi orientado sobre as intervenções de enfermagem às quais seria submetido e que, durante os dias de internação no CTI, passaria a receber orientações constantes. Durante as abordagens, ele foi receptivo, demonstrou atenção e em muitos momentos questionou algumas intervenções de enfermagem, o que demonstrava interesse e curiosidade sobre o tema. Apesar das argumentações, percebeu-se o desconhecimento do mesmo sobre sua patologia, evidenciando, pois, a necessidade de uma orientação específica sobre a doença.

No segundo dia, o paciente relatou diminuição da ansiedade que, segundo ele, aconteceu devido à melhora da dor e devido também às orientações da equipe de enfermagem. Entretanto, o mesmo relatou que os ruídos (ambientais, eletrônicos etc) gerados no setor e a monitorização contínua o incomodavam muito. Neste momento, o paciente foi orientado novamente sobre a necessidade do uso da tecnologia para o tratamento de seu caso e que os ruídos eram necessários, servindo como alerta para a equipe de enfermagem.

No último dia de internação, o paciente relatou que as orientações de enfermagem o ajudaram muito, o deixaram menos ansioso, reduziram o stress gerado pela doença e pela internação e amenizaram o medo de morrer. No momento da alta, o paciente relatou que não gostaria de passar por aquele episódio novamente e que para isso procuraria modificar hábitos alimentares, praticar atividades físicas após autorização médica e realizar acompanhamento com um cardiologista. Relatou segurança a partir das orientações e que, caso fosse necessário, indicaria o hospital como referência, dizendo que atualmente ele conhece o significado da patologia IAM e a repercussão que pode ter em sua vida.

4 DISCUSSÃO

No Brasil, de acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares são responsáveis por 16,7 milhões de mortes ao ano. Os estudos mostram que, para o ano de 2020, elas serão a principal causa de mortalidade e incapacitação.

(SCHNEIDER et al, 2008).

A síndrome coronariana aguda (SCA) compreende o conjunto de sinais e sintomas decorrentes de isquemia aguda do miocárdio. Esta síndrome pode ter duas formas de apresentação clínica: o complemento angina instável/infarto agudo do miocárdio (IAM) sem supradesnivelamento do segmento ST e o infarto agudo do miocárdio (IAM) com supradesnivelamento do segmento ST. (KNOBEL, 2006).

O paciente normalmente apresenta dor precordial mais frequentemente retroesternal, de forte intensidade, que pode surgir durante a realização de atividades físicas intensas (18% dos casos) ou em repouso (+ - 50% dos casos), com mais de 30 minutos de duração, podendo irradiar para ambos os membros superiores ou só o membro superior esquerdo, mandíbula, dorso, ou mesmo não apresentar irradiação para as regiões citadas anteriormente. A dor pode caracterizar-se por aperto, constrição, peso e queimação. Pode originar-se na região epigástrica, caracterizando quadros abdominais. Além da dor, o paciente pode apresentar náuseas e vômitos. (KNOBEL, 2006). O mesmo autor ainda relata que alguns grupos de pacientes (diabéticos, idosos, hipertensos, neurológicos e em pós operatório) podem manifestar a dor de forma diferente, não existindo ou não sendo o sintoma mais importante. O quadro clínico é variável e as queixas podem ser inespecíficas, sendo às vezes necessária a utilização de protocolos de probabilidade utilizados nas Unidades de DOR Torácica.

Discute-se, ainda, se o tamanho do infarto pode ser influenciado por outros fatores, como: a extensão, intensidade, duração do episódio isquêmico, o tamanho do vaso, a quantidade de circulação colateral, o estado do sistema fibrinolítico intrínseco, o tônus vascular e as demandas metabólicas do miocárdio no momento do evento. Já a localização do infarto é um determinante importante da função ventricular, podendo-se localizar na parede anterior, septal, lateral, posterior ou inferior do ventrículo esquerdo (MORTON *et al.*, 2007).

Morton et al, (2007) afirmam que os principais fatores de risco são: idade, hereditariedade, raça, sexo, tabagismo, dislipidemia, hipertensão, sedentarismo, obesidade e sobrepeso, diabetes mellitus, estresse, hormônios sexuais, pílulas anticoncepcionais, ingestão excessiva de álcool e níveis de hemocisteína. Atualmente estes fatores têm acometido pacientes mais jovens.

Conti et al, (2002) consideram jovens com infarto agudo do miocárdio os pacientes com idade ≤ 40 ou 45 anos. Colombo e Aguilar (1997) demonstram que, mesmo nos países em desenvolvimento, com um maior controle das doenças infecto-parasitárias e consequente aumento da longevidade das populações, o IAM tem alcançado índices cada vez maiores em

pessoas com faixas etárias cada vez menores.

Portanto, faz-se necessário que o diagnóstico seja preciso e realizado rapidamente, para assim diminuir os riscos de lesões ainda maiores no miocárdio. O diagnóstico do IAM baseia-se em quatro principais elementos: história, exame físico, eletrocardiograma (ECG) e a realização de marcadores bioquímicos. Com a obtenção dessas informações, é possível definir a forma de abordagem para o início do tratamento dos clientes, de modo a orientar a terapêutica. (SCHETTINO et al, 2006)

Morton et al (2007) concordam que o IAM pode ser determinado a partir de inúmeras perspectivas diferentes, incluindo as perspectivas clínicas, eletrocardiográfica, bioquímica e patológica. Por isso, segundo o autor, a *European Society of Cardiology e o American College of Cardiology Committee* desenvolveram um documento conjunto de consenso de redefinição do IAM. Os autores apontaram os seguintes critérios para o diagnóstico de IAM: A - Aumento típico e diminuição gradual da troponina ou aumento mais rápido e queda dos marcadores bioquímicos da necrose miocárdica com pelo menos um dos seguintes: sintomas isquêmicos; desenvolvimento de ondas Q patológicas no Eletrocardiograma (ECG); alterações eletrocardiográficas indicativas de isquemia (elevação ou depressão do segmento ST); intervenção da artéria coronária. B - Achados patológicos de IAM.

Knobel (2006), por sua vez, explica que os marcadores de necrose miocárdica são necessários para o diagnóstico de infarto e estimam o prognóstico. A membrana plasmática dos cardiomiócitos perde a integridade e permite a passagem dessas macromoléculas intracelulares para o interstício, capilares linfáticos e microvasculatura do coração, atingindo a circulação periférica, sendo, portanto, diagnosticadas. Os marcadores que mais contribuem para o diagnóstico do IAM são a CKMB (creatinoquinase-enzima que pode ser medida e avaliada quanto à origem, células miocárdicas) e as troponinas. A CKMB começa a se elevar com cerca de quatro a oito horas do IAM, voltando ao normal em três a quatro dias. As troponinas T, I e C são proteínas que regulam a interação, dependente do cálcio, entre miosina e actina. A troponina C apresenta-se de modo igual nas células musculares esqueléticas e cardíacas, entretanto, a sequência de aminoácidos da troponina T e I é diferente no músculo cardíaco em relação ao músculo esquelético, possibilitando assim a diferenciação de sua origem.

Vários estudos relatam que a troponina T e I são marcadores sensíveis e específicos de necrose miocárdica, podendo ser detectados na corrente sanguínea três horas após os sintomas, com pico em 24 horas; diferentemente da CKMB, permanecem aumentadas por até

14 dias, assegurando o diagnóstico de IAM, na fase tardia. Uma amostra deve ser colhida na admissão e uma segunda amostra colhida entre oito a doze horas após, conforme sugestão da *American Heart Association*. Para a rotina na fase aguda da doença já diagnosticada, podem ser colhidas três a quatro amostras consecutivas, respeitando os horários fixados: seis, 12, 18 e 24 horas. (KNOBEL, 2006).

O autor supracitado afirma que a Mioglobina é uma proteína que está presente no citoplasma do miócito das células musculares cardíacas e esqueléticas. É liberada na corrente sanguínea em uma a quatro horas após o processo necrótico, sendo um marcador pouco específico por este motivo.

Como valores de referência para CK MB temos o de $< 5\text{ng/ml}$, para Mioglobina, o de $10\text{-}12\text{ ng/ml}$ e para Troponina, $<0,05\text{ ng/ml}$ (SCHETTINO et al, 2006). Conforme descrito neste estudo de caso, pode-se perceber que o diagnóstico do paciente foi definido no setor do Pronto Socorro do Hospital, basicamente pela história do paciente, sinais e sintomas e com a realização do eletrocardiograma, fator que contribuiu para indicação de internação num Centro de Terapia Intensiva e assim buscar atendimento específico e adequado. Porém a confirmação através da realização dos exames bioquímicos, CK e CKMB, efetuou-se somente quando o paciente já estava internado no CTI, fator este que entra em desacordo com a literatura consultada.

Para Morton et al (2007) o tratamento envolve o uso da terapia trombolítica, quando não existe contra-indicação para seu uso. A Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea Primária (ACTP) é uma alternativa efetiva para restabelecer o fluxo do sangue para o miocárdio. Durante a terapia farmacológica, é essencial o uso de beta-bloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA) e heparina. Os antiarrítmicos profiláticos durante as primeiras 24 horas de hospitalização não são recomendáveis, mas devem estar de fácil acesso. O uso de um cateter de artéria pulmonar para monitoração hemodinâmica está indicado para aqueles pacientes com IAM que apresentarem também uma Insuficiência Cardíaca Congestiva Grave (ICC).

Assim, os autores acima também indicam repouso no leito, dieta zero, balanço hídrico registrado e emolientes fecais a serem administrados para evitar a manobra de Valsalva, cuidados estes também realizados com o paciente deste estudo de caso. Exames adicionais como Imageamento com Radionuclídeo, Ecocardiograma, Teste de Esforço e Angiografia Coronária podem ser solicitados, porém, não foram necessários desta vez.

Quando o paciente vivencia um processo de doença, ele está em desequilíbrio

psíquico, físico e emocional. Tratando-se de um paciente jovem, como descrito no estudo de caso, este efeito pode ser ainda mais grave, pois, um paciente jovem que apresenta o infarto diferencia-se dos demais pela rápida alteração ocorrida em seu cotidiano, já que ele encontrava-se inserido em sua trajetória de vida, economicamente ativo e engajado socialmente, quando repentinamente, defronta-se com o seu coração em mau funcionamento, instalado num ambiente estranho, um CTI, onde possui privação sensorial, barreira corpórea para tocar o próprio corpo e não tem o mesmo contato diário que tinha com a família. Tudo isso altera sua autoestima, autoimagem e sua capacidade de recuperação.

É nesta perspectiva que o enfermeiro necessita atuar revertendo os estados de desequilíbrios em equilíbrio, contribuindo assim para a recuperação do estado de saúde do paciente. As intervenções de enfermagem necessitam ser dirigidas para a pessoa como um todo e não para os aspectos fisiopatológicos do quadro, para que assim seja possível a implementação do cuidado individualizado e humanizado, garantindo um tratamento eficaz e a reabilitação do paciente. Apoiadas na Teoria de Horta (1979), conseguimos demonstrar que Processo de Enfermagem funcionou de forma eficiente para um paciente jovem portador de IAM, trazendo benefícios ao mesmo e resultados satisfatórios.

Durante a realização das intervenções, é essencial motivar os pacientes, de maneira que os mesmos voltem aos seus trabalhos e se sintam produtivos, evitando consequências psicossociais e econômicas ainda mais graves, contando sempre com apoio familiar.

Morton et al (2007) afirmam que a preparação para alta deve começar ainda no hospital, portanto, foi recomendado ao paciente a realização de exercício físico com acompanhamento médico, cessação do tabagismo, controle de lipídios, de peso, de pressão arterial e até mesmo intervenções psicológicas, quando necessárias.

No estudo, conseguimos demonstrar que quando os enfermeiros e outros profissionais de saúde vivenciam a experiência individual destas pessoas, através do exame físico, evolução e assistência de enfermagem, consegue-se assim nortear os fatores que envolvem a patologia, sendo capaz de fornecer uma estrutura muito mais significativa do infarto do miocárdio para o cuidar em enfermagem e concomitantemente proporcionar uma melhor qualidade de vida para estes.

5 CONCLUSÃO

A literatura que aborda casos de pessoas jovens que sofreram infarto do miocárdio é

escassa, entretanto, os enfermeiros têm vivenciado isso com maior frequência em sua rotina prática. Apesar de ser um caso isolado, de acordo com o estudo de caso demonstrado, pode-se perceber que o IAM, que outrora acometia pessoas em idade superior a 50 anos, hoje incide também em pessoas com um perfil etário diferente. Diante disto, os enfermeiros necessitam estar preparados para lidar com esta nova situação. Surge então a necessidade contínua de qualificação e comprometimento dos enfermeiros em todas as esferas do cuidar. Fica em destaque a necessidade do cuidar sob uma visão holística, levando-se em consideração as crenças, valores, educação, situação econômica e familiar de cada paciente.

Nesse estudo, foi possível demonstrar que os cuidados de enfermagem contribuíram para a melhora do estado de saúde de um paciente jovem, que sofreu um episódio de IAM. Também foi evidenciada a importância de se conhecer bem o paciente, pois quando se compreende o significado dos fenômenos vivenciados pelo mesmo, como seus medos, desejos e inquietações, pode-se implementar uma assistência de enfermagem mais resolutiva, pautando-se nas expectativas dos pacientes e não só na doença, conseguindo dessa forma alcançar uma assistência de enfermagem humanizada que busca um estado de saúde mais abrangente, englobando as esferas biológica, psicológica e social do indivíduo, sem, em qualquer momento, fragmentá-lo ou vê-lo simplesmente como um portador de enfermidade.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, R. D.; MARQUES, I. R. Compreendendo o significado da dor torácica isquêmica de pacientes admitidos na sala de emergência. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 676- 680, mar. 2007.

COLOMBO, R. C. R; AGUILLAR, O. M. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 69-82, abr. 1997.

CONTI, R. A. S. et al. Comparison between young males and females with acute myocardial infarction. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, São Paulo, v. 79, n. 5, p. 510-517, nov. 2002.

GALDEANO, L. E. et al. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. **Revista latino-americana de enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 371-375, maio/jun. 2003.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

LIMA, G. S. et al. Assistência de enfermagem a um paciente infartado portador de HIV, baseada na teoria do autocuidado - relato de caso. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 452-457, out./dez. 2007.

MANSUR, P. H. G. et al. Análise de registros eletrocardiográficos associados ao infarto agudo do miocárdio. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia**, São Paulo, v. 87, n. 2, p. 106-114, ago. 2006.

MORTON, P. G. et al. **Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

PENNA, S. T. et al. Sistematização da assistência de enfermagem no infarto agudo do miocárdio. **Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 67-69, out./dez. 2003.

ROCHA, J. S. Y; SILVA, G. C. M. Hospitalizações por infarto agudo do miocárdio segundo o dia da semana: estudo retrospectivo. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 157-162, abr. 2000.

SCHEIDER, D. G. et al. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Revista contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 81- 89, jan. 2008.

SCHETTINO, G. et al. **Paciente crítico: diagnóstico e tratamento** – Hospital Sírio Libanês. São Paulo: Manole, 2006.

SMELTZER, S. C; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.