



Ana Graziella Santana Gomes
Anna Carolina Daltro Pereira
Diogenes Alexandre da Costa Lopes

CASO CLÍNICO - IAM

ANAMNESE

25/03/2021 às 08h15min- Paciente C.S.G, sexo feminino, parda, casada, tem 2 filhos, evangélica, nascida no dia 08/10/1984 em Curitiba-PR, atualmente reside no município de Juara-MT, tem ensino superior completo, sua profissão atual é Pedagoga e tipagem sanguínea B+. QP: Deu entrada no PS do Hospital Municipal Elidia Machietto Santillo, trazida pela SAMU e acompanhada pelo seu esposo, queixando-se de algia no peito e no MSE, sudorese, fadiga e falta de ar. HDA: Paciente relatou que estava sentindo algia na região epigástrica, enjoo e algia torácica ao realizar esforço físico há 2 meses, pelo menos uma vez na semana sentia esses sintomas, sendo mais intensos na ultima semana, principalmente na região torácica, fazendo uso de Ibuprofeno assim que começava o desconforto. AFeP: É diabética tipo I e hipertensiva, há 7 meses atrás, ficou hospitalizada com diagnóstico de hipertensão, atualmente, faz usos dos seguintes medicamentos; Insulina NPH Detemir e Losartana, ambos uma vez ao dia. HPF: Seu pai teve IAM, há 10 anos atrás, consequentemente, veio a óbito. HV: Sedentarismo, sono irregular, com repouso apenas de 2 horas ao dia, alimentação hipercalórica, faz pouca ingestão de água, EF presentes, não é etilista e nem tabagista e vida sexual ativa. HSE: moradia em casa de alvenaria, possui fossa séptica, não possui animais domésticos, mora com o esposo e seus dois filhos, provedores da casa são ela e seu esposo, tem relações intrafamiliares com bagagem de estresse emocional.



EXAME FÍSICO

Paciente, apresenta-se lúcida, orientada no tempo e no espaço, letárgica, escala de Glasgow 11, turgor diminuído na pele, porém moderado, palidez, sudoreica, sem sinais flogísticos, cabelos com brilho, tons diferentes entre os fios, mucosas sem lesões, coradas e aspectos morfológicos presentes, palpação do crânio sem alterações, assimetria e sem presença de lesões. Cabelos sem sujidade e parasitas, pupilas midriáticas, cavidade nasal sem presença de anormalidade e secreção, seios paranasais indolor a palpação, orelhas sem anormalidades e secreções, pavilhão auditivo sem lesões, mucosa oral normocorada, sem anormalidade, higienização satisfatória, presença da dentição completa, língua normocorada, superfície rugosa presente, sem inflamações na amígdalas, pescoço com mobilidade satisfatória e sem presença de sopros na ausculta, tireoide sem anormalidade e indolor a palpação. Pulso arritmico, taquisfigmia, estase jugular, ausculta cardíaca com presença de bulhas arrítmicas e com sopros sistólicos no foco aórtico e diastólico em foco mitral. Respiração de Kusmaul, ausculta pulmonar apresentando murmúrio vesicular distribuídos em ambos os hemitórax e ausência de ruídos adventícios. Abdome flácido, globoso, com tecido adiposo em excesso, tipo morfológico é brevilíneo, fígado palpável, baço não palpável, indolor a palpação, exceto na região epigástrica, percussão maciça e timpânica. Apresentando, hipertensa 220/180 mmHg, taquicardia 140 bpm, afebril 36.5 ° C, taquipneica 30 rpm, saturando 87%, glicemia 350 mg/dl, com peso 110kg, IMC: 38.06 kg/m² e altura 1,70 m.

DIAGNÓSTICO

Débito Cardíaco Diminuído relacionado ao volume de sangue bombeado pelo coração, caracterizado pela taquicardia, fadiga, presença de bulhas cardíacas e ruídos adventícios respiratórios.



OBS: Em virtude dos riscos apresentados, todos os sintomas que a paciente tinha eram característicos do IAM, após a realização dos exames foi diagnosticado comprovadamente pelo médico cardiologista que a mesma sofreu um Infarto Agudo do Miocárdio.

PLANEJAMENTO

Objetivo: Em virtude do caso clínico, tem-se o intuito de fazer um atendimento rápido e com qualidade, visando amenizar danos à saúde do paciente, minimizando para que não venha acarretar sequelas graves ou óbitos. Sendo assim, faz-se necessário que toda a equipe esteja preparada para realizar os procedimentos de emergência segundo os protocolos.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
1- Monitorização dos SSVV;	1/1 HORA
2- Realizar ECG de 12 derivações;	Manhã
3- MONACHEBI conforme o protocolo do hospital e CPM;	Conforme a necessidade
4- Realizar hemodinâmica porta-agulha (fibrinolítico) e porta-balão (angioplastia) realizar conforme o tempo padrão 60 min e 90 min, respectivamente;	IMEDIATO
4- Controle glicêmico;	1/1 HORA
5- Gasometria- coleta de sangue arterial;	1 vez ao dia
6- Repouso absoluto no leito, evitando movimentos bruscos;	Manter
7- Controle hídrico rigoroso para evitar sobrecarga cardíaca;	M T N
8- Orientar os cuidados após cateterismo cardíaco ou angioplastia;	Todo dia



9- Orientar aos familiares a evitar conversas excessivas e desgastantes, visando evitar o estresse;	Todo dia
10- Dieta CPM;	M T N
11- Anotar e comunicar qualquer queixa ou anormalidade;	M T N

IMPLEMENTAÇÃO

As implementações foram desempenhadas pelos profissionais da saúde, tais são enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e nutricionistas, assim como, com a coparticipação do paciente e seus familiares para o caso clínico. Ressaltando que a equipe de Enfermagem realizou o primeiro contato com o paciente ainda no PS, seguindo todo o protocolo instituído pelo hospital, realizando as medicações no atendimento imediato com embasamento no protocolo hospitalar, por conseguinte, desempenharam as prescrições e administração medicamentosa conforme a prescrição médica e da enfermeira. Foram realizados os cuidados com a higienização, SSVV, dieta, controle de glicemia, entre outros, como também, a família e a paciente foram orientadas sobre todos os cuidados que seriam prestados para amenizar seu caso clínico.

AValiação

10:00 horas do dia 02/04/2021 Paciente C.S.G, sexo feminino, no 7º DIH, dando entrada no PS com sintomas característicos de infarto agudo, foi diagnosticada com IAM. Teve um quadro satisfatório de evolução, apresenta-se, consciente, orientada, verbalizando, apática, deambulando com auxílio, realizado banho de aspersão com auxílio da técnica de Enfermagem, nutrida, aceitando a dieta ofertada CPM, no



momento sem alterações respiratórias, eliminações fisiológicas presentes em frauda e SVD tendo diurese no dia (2000ml) clara. SSVV, normotensa (140/90 mmHg), normocárdica (90 bpm), normotérmica (36,4° C) eupneica (20 rpm) e saturação (94%). Pele com ausência de lesões. Sendo tratada com soroterapia em acesso venoso periférico no MSD, ausência de sinais flogísticos, refere algia leve na região epigástrica. Mantém medicada CPM, realizado exames laboratoriais através de gasometria arterial e feito ECG 12 derivações.

13:00 no dia 02/04/2021 Após a avaliação médica, recebe alta, por apresentar evolução no seu quadro clinico, sendo orientada pelo cardiologista a fazer acompanhamento médico, tomar os medicamentos prescritos, ter controle hipertenso e glicêmico e foi encaminhada a psicóloga e nutricionista para ter acompanhamento. Enfermeira orientou sobre hábitos saudáveis, evitar alimentos hipercalóricos, bebidas alcoólicas, fumo, realizar exercícios físicos, diminuir o peso, manter a tranquilidade emocional, fazer repouso do sono regular. Foi orientada nas primeiras semanas manter repouso relativo e retomar as atividades gradativamente em virtude das complicações do pós-infarto e caso algum dos sintomas retomar acionar a SAMU 192, procurar seu cardiologista ou o centro de saúde mais próximo da sua casa.

PATOLOGIA

O Infarto Agudo do Miocárdio ocorre quando há obstrução total ou parcial da artéria coronária, ou seja, aconteceu uma ruptura de uma placa denominada aterosclerótica, conseqüentemente, acarreta o comprometimento do fluxo sanguíneo, em decorrência de formação de trombo (coágulos) ou espasmos, por conseguinte, propiciando uma isquemia cardíaca levando a necrose dos cardiomiócitos. No quadro clinico, percebe-se que ela apresentou os mesmos sintomas característicos do IAM apresentando, mal-estar, dor epigástrica, sudorese, entre outros, que correlaciona com a angina estável quando tinha dor ao esforço e com a angina instável tendo dor mesmo em repouso. Por possui obesidade, acarretou a aterosclerose, onde as placas



de gorduras se acumularam no interior das artérias coronárias, ocasionando a obstrução das mesmas. A paciente passou por esse Infarto Agudo do miocárdio, por possuir vários fatores de risco que presente nessa fisiopatologia, no seu caso tinha uma alimentação hipercalórica, IMC elevado, hipertensiva, diabética, sedentarismo, sono irregular, bagagem emocional estressante e todos esses fatores segundo livros e artigos, afirmam que são os inimigos da população, sendo assim, tendo esses hábitos a pessoa fica mais propícia a desencadear o IAM ou até mesmo outra patologia.

MEDICAÇÃO

Nitrato: são medicamentos que fazem a vasodilatação e seu o mecanismo de ação é relaxar ou dilatar os vasos sanguíneos, conseqüentemente, reduzindo a resistência. Foi administrado por via sublingual 5 mg para aliviar a dor precordial, então reduziu a pressão arterial e facilitou o fluxo sanguíneo no corpo gerando melhora nos sintomas.

Oxigênio: é através da oxigenoterapia que é de suma importante para aumentar ou manter a saturação de oxigênio (SPO²). Foi colocado através da cânula nasal em 2l/min para aumentar a saturação da paciente para o oxigênio percorrer corretamente pelo corpo.

Aspirina: é um antiagregante plaquetário, analgésico e anti-inflamatório, foi utilizado dosagem de 160 mg para reduzir o risco de mortalidade em decorrência do IAM, ou seja, vai atuar com ação de prevenir o infarto e intervenções na artéria coronária.

IECA: é um inibidor da enzima conversora de angiotensina, foi administrado por via oral para reduzir a pressão arterial, ocasionando a redução do trabalho do coração, bem como, débito cardíaco e por fim fazendo a vasodilatação.



Heparina: é um anticoagulante para bloquear cascata de coagulação na artéria coronária que está obstruída, pois chega plaquetas fibrinas e ocorre a coagulação. Sendo assim, foi administrado 30 UI via subcutânea para que não haja essa coagulação do sangue.

Estatina: faz parte da classe medicamentosas de redutores de LDL, inibe a síntese de colesterol ajuda na agregação plaquetária, foi utilizado no IAM para inibir as atividades trombolíticas e fazer o revestimento do endotélio da parede vascular.

Betabloqueador: age quando na fenda pós-sináptica libera adrenalina e noradrenalina se ligando aos receptores Alfa I e Beta I, II e III, sendo específico no Beta I (onde tem a força de contração e frequência cardíaca) chega as drogas norepinefrina e epinefrina para fazer a contração, aumentar a frequência cardíaca e vasoconstricção. Foi utilizado para bloquear o receptor Beta I, após o bloqueio, ocorre a diminuição da FC, força de contração que vai fazer com que o coração tenha menos atividade, logo reduz a pós carga, favorecendo o paciente com dor precordial e também aliviando o trabalho do coração fazendo a vasodilatação.

Insulina de Ação Rápida também denominada de insulina regular é um medicamento com ação de insulino terapia, ou seja, ajuda a manter os níveis glicêmicos panoramas normais. Foi utilizada, devido ao fato, da paciente já ser diabética e por estar naquele momento com hiperglicemia, foi necessário fazer a aplicação por via subcutânea.



REFERÊNCIAS

Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) Tudo que você precisa saber. Sanar saúde, 2018. Disponível <<https://www.sanarsaude.com/portal/concursos/artigos-noticias/fisioterapia-artigo-infarto-agudo-miocardio-tudo-que-voce-precisa-saber>>. Acesso em 30/04/2021

Pesaro, Antonio, Junior, Carlos e Nicolau, José. Infarto Agudo do Miocárdio-síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST. Revista da Associação Médica Brasileira. Vol 50 no. 2 São Paulo Apr./Jan. 2004

As drogas mais usadas no Infarto Agudo do miocárdio, canal Prática Enfermagem - Prof. Éder Marques, 17 de novembro de 2020. URL https://www.youtube.com/watch?v=0uCrwNNj_lw 22:59 min

NANDA INTERNATIONAL. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.