SIMULAÇÃO REALÍSTICA DO MANEJO DE DOR TORÁCICA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mateus Veras Pessoa de Oliveira¹

Fernanda Cecília Monroe dos Santos2

Isnara Miranda Santos de Carvalho3

Joseane Menezes Damasceno4

Wanessa Pinto de Souza5

1. Bacharel em Enfermagem, Residente de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva, Hospital São Domingos, mateuspessoaenf@hotmail.com

2. Bacharel em Enfermagem, Mestre em Gestão de Serviços e Saúde, Hospital São Domingos, fernandamonroe85@gmail.com

3.Bacharel em Enfermagem, Mestre em Saúde e Ambiente, Hospital São Domingos, isnaramiranda@hotmail.com

4. Bacharel em Enfermagem, Especialista em Unidade de Terapia Intensiva, Hospital São Domingos, josyenf300@hotmail.com

5. Bacharel em Enfermagem, Residente em Unidade de Terapia Intensiva, Hospital São Domingos, wanessa.enfermagemufma@gmail.com

INDROTUÇÃO: Dor torácica é a sensação de dor ou desconforto percebida de diversas formas, mais localizada na região anterior ou posterior do tórax, sendo classificada em 4 tipos: Tipo A – desconforto retroesternal, irradiando para o ombro, mandíbula e face interna do braço esquerdo; Tipo B – possui a maioria das características da do tipo A, mas atípica em alguns outros aspectos; Tipo C – É um padrão atípico de dor, que não se adapta à descrição de dor definitivamente anginosa; Tipo D – as características da dor não incluem a síndrome coronariana aguda no diagnóstico diferencial, sendo definida como de origem não cardíaca. Todo paciente com dor torácica, deve ser submetido prontamente a uma série de exames, que inclui o eletrocardiograma, biomarcadores para pesquisa de necrose miocárdica, além da pronta avaliação de um médico cardiologista (*NICOLAU, et al. 2021*). Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2021) as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo, destacando-se as síndromes coronarianas agudas como principais causas da Parada cardiorrespiratória (PCR). A maioria das mortes por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) ocorre nas primeiras horas de manifestação dos sintomas, sendo 40 a 65% na primeira hora e, aproximadamente, 80% nas primeiras 24 horas. Os danos decorrentes desses agravos, resultantes da hipóxia sistêmica, levam a lesões irreversíveis do sistema nervoso central (SNC). A assistência de enfermagem tem um papel importante no sucesso do prognóstico do paciente com IAM, desde a fase do pré-atendimento, com educação em saúde, visando à prevenção dos fatores de risco e informação quanto ao reconhecimento dos sintomas do mesmo, pois na maioria das vezes é o enfermeiro quem realiza o primeiro atendimento, atende as necessidades e concretiza os procedimentos emergenciais (*CAVEIÃO, et al. 2014).* Existem diversos protocolos de dor torácica, a depender da instituição de saúde e perfil de pacientes atendidos, na instituição onde a simulação foi realizada, há um protocolo vigente que orienta as boas práticas no manejo dos pacientes com essa problemática. Esse protocolo tem como critérios de elegibilidade a dor torácica, dispneia, síncope e arritmia cardíaca, caso haja algum desses sintomas, é necessário realizar eletrocardiograma e acionar cardiologista. Se apresentar sinais de instabilidade (Insuficiência respiratória aguda, hipotensão ou hipertensão e alteração do nível de consciência), deverá ser ofertado monitorização, oxigenoterapia e via de acesso venoso, caso não apresente apenas realizar atendimento inicial e medicações e colher marcadores cardíacos. Nos dois casos dito anteriormente deve ser avaliado a dor. Se paciente com supra de ST, deverá ser encaminhado para setor de hemodinâmica em até 90 minutos, sendo o ideal 60 minutos e depois de realizar procedimento, alocar em leito de UTI. Se apresentar infra de ST ou inversão sobre onda T, e ou marcadores cardíacos alterados, em até 24 horas, paciente deverá ser encaminhado para setor de hemodinâmica e após procedimento ser alocado em UTI. Se apresentar ECG e marcadores cardíacos normais, mas com dor tipo A, em até 24 horas deverá ser encaminhado para hemodinâmica e ser alocado posteriormente em UTI. OBJETIVO: Relatar a experiência da realização de uma simulação realística sobre o manejo do paciente com Dor torácica em Unidade de Terapia Intensiva. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência que descreve aspectos vivenciados pelos residentes em conjunto com a preceptoria do Programa de Residência de Enfermagem em Terapia Intensiva de um Hospital da rede privada do município de São Luís, estado do Maranhão, durante om período de dois dias. O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que permite reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que tratam de uma situação vivenciada no âmbito profissional, de comum interesse da comunidade científica. A atividade desse estudo foi desenvolvida na modalidade de Educação Continuada/Treinamento em serviço. O cenário representou uma simulação realística onde foi criado um contexto de um paciente apresentando sinais clínicos de Dor Torácica, a duração média da simulação foi de 50 minutos. A estratégia foi realizada com 36 enfermeiros do serviço diurno em um leito de UTI. A turma foi dividida em quatro grupos distintos, cada dia com dois grupos. Enquanto duas preceptoras, dois residentes experientes no serviço e duas técnicas de enfermagem atuavam na condução da simulação, um enfermeiro (a) atuou como o enfermeiro do caso que deveria tomar as condutas, enquanto os demais assistiram, anotando as observações e posteriormente foi feita a discussão e alinhamento das condutas que deveriam ser tomadas no caso. RESULTADOS: Dinâmica da Simulação – A simulação realizada na UTI foi precedida de apresentação prévia do caso clínico hipotético que foi de uma paciente feminina de 69 anos, internado na UTI há 3 dias em PO de Artroplastia de Fêmur após queda da própria altura. Antecedentes pessoais: HAS (fazendo uso de enalapril, uso irregular), Antecedentes familiares: Pai falecido por infarto agudo do miocárdio aos 65 anos de idade. Estado geral: Mau estado geral e nutricional; Hipocorado 2+/4+, fácies ansiosa e expressando dor, sudorese. Exame físico:frequência cardíaca = 65bpm; frequência respiratória = 22 ipm; pressão arterial = 110×70 mmHg; Escala de Coma de Glasgow = 15; Ritmo cardíaco regular, sem sopros, com alguns batimentos extras sistólicos. Pulsos fracos e arrítmicos. Ausência de edema e cianose. Reavaliação: Paciente Queixa-se de dor no peito com irradiação para o braço esquerdo e sudorese fria. Conduta esperada frente a essa situação: Em virtude da suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio espera-se que o enfermeiro em avaliação solicite a realização de eletrocardiograma, comunique cardiologista e abra o protocolo de dor torácica. Após essa situação, feito outra reavaliação que evidenciou supradesnivelamento em segmento ST em DII, DIII e VF, nesse momento espera-se que o enfermeiro (a) solicite ao técnico de enfermagem para administrar AAS 100 mg + Clopidogrel 75mg via oral, simultaneamente o enfermeiro (a) entra em contato com setor de hemodinâmica para encaminhar paciente para realização de Cateterismo de urgência, realizar acionamento de laboratório para dosagem das enzimas cardíacas, e outros exames laboratoriais. Nesse interim, antes de ser encaminhado para a Hemodinâmica, o paciente apresentou um episódio de taquicardia ventricular sem pulso (TV) que rapidamente deteriorou-se para fibrilação ventricular (FV), paciente então perdeu a consciência e apresentou-se com respiração agônica. Conduta esperada: em virtude da parada cardiorrespiratória (PCR), espera-se que o enfermeiro (a) identifique o ritmo cardíaco chocável em PCR, inicie as manobras de reanimação, solicite o carrinho de parada, organize a equipe (técnico de enfermagem que fica no preparo das drogas, quem marca o tempo e assim por diante). Durante a intercorrência, médico solicita que a equipe prepare o desfibrilador, depois de um minuto de PCR aplica uma carga de desfibrilação em 200J. Paciente então tem retorno dos batimentos cardíacos espontâneos, com recuperação hemodinâmica e da consciência. Porém, após 2 minutos apresentou novo episódio de PCR em assistolia. Conduta esperada: em virtude do retorno da circulação espontânea espera-se que o enfermeiro (a), indague o médico sobre o início do controle direcionado de temperatura, prepare material punção de cateter central e arterial, início de sedação, realize cateterismo vesical e enteral). Relato dos enfermeiros sobre a experiência – a atividade realizada por meio de simulação realística foi considerada pelos enfermeiros (as) como algo mais realista e inovador, capaz de torná-los mais confiantes, seguros e habilidosos durante o manejo do paciente que apresenta dor torácica durante a internação em UTI, o que também reduz o receio frente a situações semelhantes da assistência a pacientes cardiopatas. Os enfermeiros ainda relataram que a simulação foi de suma importância para o conhecimento do protocolo da instituição e sua aplicação na assistência aos pacientes, o que direciona de uma forma mais célere e objetiva o cuidado e a tomada de decisão frente a uma intercorrência (*CAVEIÃO, et al. 2014).* Outro ponto que foi salientado foi o quanto essa atividade empodera os profissionais a beira do leito, visto que a enfermagem é pautada em conhecimentos que vão para além da técnica e realização de tarefas, mas principalmente, o pensamento, o raciocínio clínico, a interpretação de dados ofertados pelo monitor multiparamétrico, assim como exames de laboratório. A proatividade foi algo bastante sinalizado também, visto que em momentos de intercorrência o profissional responsável pela assistência a beira leito é o Enfermeiro e a equipe de técnicos, logo, não depender de uma condução médica para a tomada de decisões iniciais, pode contribuir para uma resolução mais rápida do problema e menores chances de complicações, com desfechos positivos. O trabalho em equipe (enfermagem e equipe multidisciplinar) foi algo bastante trabalhado, visto a necessidade de uma comunicação efetiva, pois nessas situações, cada membro da equipe é responsável por uma atividade diferente, em prol da melhor assistência ao paciente, logo saber a forma de cadenciar, orientar e conduzir a dinâmica do trabalho em equipe, foi relatado pelos enfermeiros como capilar para o processo de condução nesse caso. A simulação proporcionou para uma das enfermeiras presentes no treinamento, a autonomia frente uma situação real, visto que no mesmo dia em que houve o treinamento, ocorreu um episódio real com um paciente internado, onde este apresentou dor torácica e a enfermeira após ter sido capacitada, identificou a situação e tomou todas as providências em tempo hábil. O paciente da situação foi prontamente submetido aos exames que constataram infarto, sendo posteriormente submetido a procedimento hemodinâmico minimamente invasivo, com resolução do quadro. Vários estudos apontam que o uso da simulação realística com vivências e experiências clínicas simuladas se tornou uma importante estratégia no ensino de enfermagem que pode ser utilizada tanto na área, gerando conhecimento para os profissionais, sobretudo no que diz respeito ao desenvolvimento de competências para o raciocínio crítico e o estabelecimento de prioridades, tomada de decisão, realização de ações diretas e corretas, o trabalho em equipe e a correção de erros sem os efeitos desses nos pacientes (*JESUS, et al. 2017*). CONSIDERAÇÕES FINAIS: Diante do exposto, torna-se evidente a importância de atividades como as de simulação realística para que a enfermagem mantenha vigilância constante do paciente internado em UTI com dor torácica durante as 24 horas do dia, executando cuidados específicos para obtenção da melhora clínica, uma vez que são exigidos cuidados individualizados relacionados à complexidade clínica do paciente. Para isso, é necessária uma equipe devidamente qualificada e comprometida, a fim de identificar qualquer tipo de variação indevida no traçado eletrocardiográfico e nos sinais e sintomas apresentados e aferidos. A simulação realística demonstrou-se vantajosa para o processo de ensino-aprendizagem, um método capaz de treinar os profissionais para o cenário real, visto que após a simulação estes se encontram mais preparados para atuar e prestar uma assistência de qualidade. IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: A realização e exposição desse trabalho possibilitará o desenvolvimento futuro de outras atividades educação continuada, não só no âmbito da instituição que foi realizada, mas em outros hospitais e organizações de saúde, visto a sua importância no favorecimento de uma tomada de decisão mais robusta e embasada clínica e cientificamente pelo enfermeiro (a). Implica ainda em desenvolver nos residentes envolvidos na realização da atividade uma postura de maior autonomia perante situações reais, não necessariamente da mesma tipologia, mas que apresente semelhança. Por fim, a educação continuada baseada em evidências e na simulação de casos reais que aproximem o profissional da realidade vivida diariamente nas Unidades de Terapia Intensiva mostrou-se singular e com potencial para proporcionar futuramente maior confiança e dinamicidade frente a situações de manejo de dor torácica.

Descritores: Dor Torácica; Treinamento por simulação; Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva

REFERÊNCIAS

NICOLAU, José Carlos et al. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST–2021**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 117, p. 181-264, 2021.

|  |
| --- |
|  |

SAVICO – **Suporte de vida avançado em Insuficiência Coronariana**. Oliveira Jr MT, Canesin MF, Pereira Barreto AC; SAVIC 1º Edição, Ed Manole 2014

CAVEIÃO, Cristiano et al. **Dor torácica: atuação do enfermeiro em um pronto atendimento de um hospital escola**. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, 2014.

|  |
| --- |
|  |
| JESUS, B. C. et al. **Simulação em manequins como estratégia de ensinoaprendizagem para avaliação de ferida: relato de experiência**. ESTIMA, v. 15, n. 4, p. 245-9, 2017. |
|  |  |