

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DE MÉDIA
E ALTA COMPLEXIDADE (CEAEMAC)
CARDIOLOGIA E HEMODINÂMICA

PAULA DAIANE SOARES MEIRA

UTILIZAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE RELACIONADO A
ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

BELO HORIZONTE

2014

PAULA DAIANE SOARES MEIRA

**UTILIZAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE RELACIONADO A
ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade, para a obtenção do título de Especialista em Cardiologia e Hemodinâmica.

Orientadora: Prof. Dr. Salete Maria Fátima Silqueira.

BELO HORIZONTE

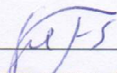
2014

PAULA DAIANE SOARES MEIRA

TÍTULO DO TRABALHO: "Utilização dos indicadores de qualidade relacionado a assistência ao paciente com infarto agudo do miocárdio."

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade, para obtenção do título de Especialista em Enfermagem em Cardiologia Hemodinâmica. (Área de concentração).

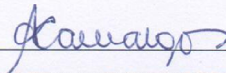
APROVADO: 09 de Junho de 2014.



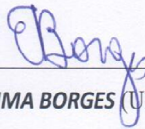
Prof^ª. **SALETE MARIA DE FÁTIMA SILQUEIRA**

(Orientadora)

(UFMG)



Prof^ª. **ANADIAS TRAJANO CAMARGOS (UFMG)**



Prof^ª. **ELINE LIMA BORGES (UFMG)**

Resumo

O Infarto agudo do miocárdio é um tipo de síndrome coronariana aguda caracterizada pela oclusão parcial ou total da artéria coronária, sendo subdividido em infarto agudo do miocárdio, com supra desnivelamento de ST ou infarto agudo do miocárdio, sem supra desnivelamento de ST. O objetivo deste estudo é avaliar a utilização dos indicadores de qualidade relacionado a assistência ao paciente com infarto agudo do miocárdio. Para tanto, foi realizada uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde, no segundo semestre de 2013, utilizando-se os descritores controlados: Assistência de enfermagem, Infarto e Hospital, chegou-se a uma amostra de 4 artigos relacionados ao tema. Por meio da leitura exaustiva dos estudos, foi possível avaliar a utilização dos indicadores relacionados ao paciente com IAM. Conclui-se que os indicadores de qualidade são importantes ferramentas para avaliação da qualidade da assistência, e no que diz respeito ao atendimento ao paciente IAM e justifica-se pela necessidade de acompanhamento do tempo de atendimento desde sua admissão ao tratamento.

Palavras chave: Assistência de Enfermagem, Infarto e Hospital.

Abstract

Acute myocardial infarction is a type of acute coronary syndrome characterized by partial or total occlusion of the coronary artery, being subdivided into acute myocardial infarction with ST-segment elevation or myocardial infarction without ST-segment elevation. The objective of this study is to evaluate the use of quality indicators related to patient care with acute myocardial infarction. Therefore, a research was conducted on the Virtual Health Library, throughout the second half of 2013, using the controlled descriptors: Nursing care, Infarction and Hospital. The outcome was a sample of 4 articles related to the topic. Through exhaustive reading of the studies, it was possible to evaluate the use of indicators related to patients with AMI. It was concluded that the quality indicators are important tools for assessing the quality of care, and regarding the AMI patient it is justified by the need to monitor the service timing from admission to treatment.

Keywords: Nursing Care, Infarction, Hospital.

SUMÁRIO

1 Introdução

2 Referencial teórico

3 Metodologia

3.1 Revisão Integrativa da Literatura

4 Percorso metodológico

5 Resultados

6 Discussão

7 Conclusão

Referências

Apêndice

1. Introdução

Atualmente, as doenças cardiovasculares representam uma das principais causas de mortalidade e morbidade no mundo, em ambos os sexos, sendo responsável por 29% dos óbitos, em 2009, no Brasil. Estima-se que, anualmente, ocorra de 300 a 400 mil casos de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), e que, a cada 5 a 7 casos, aconteça 1 óbito, confirmando assim, sua relevância. Pressupõe-se que, em 2020, esse agravo aumentará consideravelmente, trazendo maiores repercussões para a sociedade mundial (CHAIRPERSON *et al.*, 2011; LODI-JUNQUEIRA; RIBEIRO; MAFRA (2011)

O IAM é caracterizado pela oclusão das artérias coronárias, causada pelo deslocamento de uma placa aterosclerótica ou vaso espasmo, ocorrendo a diminuição\interrupção do fluxo sanguíneo, levando a lesão permanente do músculo cardíaco. O grau de acometimento está intimamente ligado a localização da lesão. Ele apresenta-se de duas formas clínicas: infarto agudo do miocárdio, com supra desnivelamento do segmento ST (IAMCSST), e infarto agudo do miocárdio, sem supra desnivelamento do segmento ST (IAMSSST). Vale ressaltar que as manifestações clínicas são semelhantes, diferenciando-se, apenas, pelas alterações eletrocardiográficas. É essa diferença que vai direcionar as condutas clínicas (CHAIRPERSON *et al.*, 2011).

Os sinais e sintomas mais frequentes, sugestivos de IAM são: dor precordial (dor\desconforto retroesternal, podendo estender-se para o ombro, mandíbula e face interna do braço), dispnéia (mesmo em repouso), náusea, vômito e sudorese intensa. Apresentam-se, ainda, sinais críticos como: hipotensão arterial pressão arterial sistólica (PAS) <85mmhg, taquicardia FC > 100 bpm e creptação pulmonar (PESARO *et al.*, 2007).

Para um diagnóstico preciso, é necessária uma avaliação clínica, uma anamnese rápida e objetiva, exame físico, associando-o a fatores de risco como: dislipidemias, hipertensão arterial, tabagismo, diabetes mellitos, sedentarismo, aumento da circunferência abdominal, stress, entre outros (LEMOS; MORAES, AZZOLIN, 2010).

Em um estudo realizado num centro emergencial em cardiologia, detectou-se um maior número de diagnósticos de IAMSSST se comparado ao número de IAMCSST. No entanto, quando há manifestações clínicas sugestivas de IAMCSST, medidas, em caráter de urgência, são adotadas por uma equipe multiprofissional, seja para sua confirmação e tratamento, ou para exclusão do diagnóstico. Em ambos os casos, são coletadas amostras de sangue para avaliar presença de enzimas marcadoras de necrose, como: CK-MB, mioglobina e troponina (SANTOS *et al.*, 2006).

A primeira medida adotada pela equipe é a realização do eletrocardiograma (ECG), método mundialmente utilizado, não invasivo e de baixo custo. O ECG não é fator determinante para diagnóstico, porém define o subgrupo de IAM mais grave. Quando associado à história clínica e ao exame físico, torna-se um rápido indicador de necrose miocárdica. Ao detectar alterações eletrocardiográficas com alterações no segmento ST, o paciente é direcionado ao laboratório de hemodinâmica, onde será realizado uma angiografia coronária para confirmação do diagnóstico e tratamento através de angioplastia coronária (CHAIRPERSON *et al.*, 2011; SOARES *et al.*, 2009).

Quando é feito o diagnóstico de IAMSSST, é realizada uma classificação baseado no nível do risco a que esse paciente está exposto. Essa subdivisão se dá em nível baixo, intermediário e alto. Baseadas nessa classificação, as condutas clínicas são adotadas. Em todos os casos, os pacientes são mantidos em observação de 6 a 9 horas, onde será realizada uma monitorização contínua com ECG e saturação de oxigênio. Inicia-se a terapia trombolítica e analgesia, atentando-se para possíveis alterações clínicas (LODI-JUNQUEIRA; RIBEIRO; MAFRA, 2011); PESARO *et al.*, 2008).

O atendimento ao paciente com dor torácica requer ações de uma equipe multiprofissional. Nesse contexto, o enfermeiro tem papel importante, desde a admissão no serviço de urgência e emergência, até sua intervenção ou alta hospitalar. Para isso, obter conhecimento científico, prático e teórico tornam-se essenciais para uma assistência de qualidade. Esse profissional deve apresentar: capacidade de liderança, estabilidade emocional, agilidade e raciocínio rápido, diminuindo o risco de ameaça à vida do paciente (SANTOS *et al.*, 2006).

Considerando que a maioria das mortes por IAM ocorre nas primeiras horas das manifestações clínicas, sendo que 40 a 65% dos casos na primeira hora e aproximadamente 80%, nas primeiras 24hs, tornando-se necessário um atendimento rápido e de forma adequada favorecendo a sobrevivência do paciente (LODI-JUNQUEIRA; RIBEIRO; MAFRA (2011).

É consenso entre os autores que discutem o assunto, que a agilidade e precisão no atendimento e diagnóstico é crucial para o melhor prognóstico do paciente com IAM (PESARO, 2007).

Para isso os indicadores de qualidade são utilizados avaliando a efetividade e qualidade da assistência prestada, através da análise dos dados podemos identificar as causas raízes das falhas e traçar planos de ações afim de melhorar o atendimento ao paciente.

Os indicadores relacionados ao atendimento ao paciente com IAM mensuram o tempo de atendimento desde a admissão até o tratamento justificando a necessidade do presente estudo.

O objetivo deste estudo é avaliar a aplicação dos indicadores de qualidade relacionado a assistência ao paciente com infarto agudo do miocárdio.

2. Referencial Teórico

A Prática Baseada em Evidências (PBE), para Guyatt *et al.* (1992), caracteriza como um processo que proporciona a descoberta, a avaliação e utilização dos achados de investigações existentes como base para decisões clínica. Desde 1990 ele introduziu o conceito de prática Clínica baseada em evidência como um aspecto essencial na formação dos profissionais da área da saúde. Método confirmado por Souza, Silva e Carvalho em (2010) que define PBE como uma abordagem voltada ao cuidado clínico e ao ensino, fundamentado no conhecimento e na qualidade da evidência.

A PBE é considerada por Mendes, Silveira e Galvão (2008), como solução de problema para tomada de decisão, onde é necessário a busca e avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação das evidências na prática e avaliação dos resultados obtidos.

A enfermagem baseada em evidência tem sua origem durante movimento da medicina baseada em evidências e requer habilidades na prática clínica, pois exige identificar as questões essenciais nas tomadas de decisão, buscar informações científicas pertinentes à pergunta e avaliar a validade das informações (CRUZ; PIMENTA, 2005).

De acordo com Souza, Silva e Carvalho (2010) para aplicação da PBE deve-se aplicar as seguintes etapas: 1ª Definição do problema Clínico, 2º Identificação das informações necessárias, 3º Condução a busca de estudos na literatura e 4º Avaliação crítica dos resultados.

A estratégia preconizada para elaboração da pergunta norteadora é conhecida pela sigla PICO (tabela 1) , que significa paciente ou população, intervenção ou indicador, comparação ou controle e “outcome” ou desfecho clínico ou resposta que espera encontrar nas fontes científicas (NOBRE; BERNADO; JANETE, 2003)

Tabela1 . Descrição da estratégia de PICO

Acrônimo	Definição	Descrição
P	Paciente ou Problema	Pode ser um único paciente ou grupo ou problema de saúde.
I	Intervenção	Proposta terapêutica, preventivo, diagnóstica, prognóstica ou assuntos econômicos.
C	Controle ou Comparação	Intervenção padrão, mais utilizada ou nenhuma.

Fonte: NOBRE; BERNADO; JANETE, 2003

Os níveis de evidências são utilizadas na PBE e considera apenas estudos que empregam a abordagem quantitativa. As evidências têm sido caracterizadas de forma hierárquica ou num contínuo, dependendo do tipo de desenho da pesquisa, ou seja, da abordagem metodológica empregada no estudo. A tabela 2 classifica em cinco níveis de evidência de acordo com a força do estudo (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

Tabela 2 Classificação de níveis de evidências

Nível	Força de evidência
I	Evidência forte de, pelo menos, uma revisão sistemática de múltiplos estudos randomizados controlados bem delineados.
II	Evidência forte de pelo menos um estudo randomizado controlado de delineamento apropriado e tamanho adequado.
III	Evidência de estudos bem delineados sem randomização, grupo único pré e pós, coorte, séries temporais ou caso – controle.
IV	Evidência de estudos bem delineados não experimentais realizados em mais de um centro ou grupo de pesquisas.
V	Opiniões de autoridades respeitadas, baseadas em evidências. clínicas, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas

3. Metodologia

3.1 Revisão Integrativa da Literatura

A revisão integrativa é um método da PBE que permite obter dados de pesquisas relevantes, que subsidiarão a tomada de decisão e melhoria da prática clínica, além de apontar lacunas que precisam ser preenchidas com realização de novos estudos, possibilita também conclusões gerais a respeito de uma área de estudo, (MENDES, et al 2013).

A revisão integrativa é considerada a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permiti inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado, combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico. A ampla amostra, em conjunto com a multiplicidade de propostas, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes para a enfermagem.

Para a elaboração da revisão integrativa Mendes, Silveira e Galvão (2008) ressaltam a importância de determinar o objetivo específico, formular os questionamentos a serem respondidos ou hipóteses a serem testadas, realizar a busca para identificar e coletar o máximo de pesquisas primárias relevantes dentro dos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos, para isso segregam o processo para realização da revisão integrativa em 6 fases.

4 Percurso Metodológico

Para o desenvolvimento do presente estudo empregou-se as etapas da revisão integrativa que estão descritas nos parágrafos que se segue:

1ª Fase: Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa

Tabela 3. Estratégia de PICO aplicada, para o estudo.

Acrônimo	Definição	Descrição
P	Paciente ou Problema	Pessoas com sinais e sintomas e de IAM, elevação de enzimas cardíacas, alteração ou não no eletrocardiograma.
I	Intervenção	Realização do diagnóstico rápido (ECG), início tratamento trombolítico, angioplastia primária e métodos diagnósticos não invasivo (teste ergométrico, ecocardiograma, cintilografia miocárdica).
C	Controle ou Comparação	Utilização dos indicadores de qualidade: Tempo porta balão, tempo porta ECG e Tempo porta agulha.
O	Desfecho (Ooutomes)	Utilização dos indicadores relacionados a assistência.

Através da estratégia de PICO aplicada, chegamos a questão norteadora:
Quais os benefícios da utilização dos indicadores de qualidade para o atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio?

2ª Fase: Critérios para inclusão e exclusão de estudos

Após a escolha do tema e a formulação da questão de pesquisa, inicia-se a busca nas bases de dados para identificação dos estudos que serão incluídos na revisão.

A busca do presente estudo, iniciou-se pela pesquisa dos descritores indexados na base de dados virtuais da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram identificados os descritores contralados, ou seja de classificações originais: Assistência de Enfermagem, Infarto e Hospital, após a identificação dos descritores foi realizada uma busca avançada na BVS utilizando o operador booleano AND, utilizado para associar um descritor ao outro (Assistência de enfermagem AND Infarto AND Hospital), chegando a amostra final de 4 artigos, apresentado no fluxograma abaixo:

Fluxograma 1

Os artigos da amostra final encontram-se no banco de dados da Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) e Base de Dados Da Enfermagem (BDENF).

3ª Fase: Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados / categorização dos estudos

Essa etapa consiste na organização das informações extraídas, reunindo e sintetizando as informações, deve-se avaliar o nível de evidências, abrangendo as amostras dos estudos (sujeitos), os objetivos, a metodologia empregada, resultados e as principais conclusões de cada estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO,2008). Para contemplar essa etapa do processo foi criado pelo autor um instrumento de coleta de dados (apêndice) que será utilizada na 3ª e 4ª fase.

4ª Fase: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Esta etapa é equivalente à análise dos dados, deve ser analisados detalhadamente e ser realizada de forma crítica, confrontando os resultados e mostrando as variáveis, a conclusão dessa etapa pode levar a mudanças das recomendações para a prática (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO,2008).Foi realizada uma leitura crítica dos artigos selecionando inicialmente os resumos.Os artigos atendiam aos objetivos do estudo foram lidos na íntegra.

5ª Fase: Interpretação dos resultados que possibilita comparação dos dados analisados no estudo e o referencial teórico, além de identificar possíveis lacunas do conhecimento favorecendo a definição de prioridades para estudos futuros (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

6ª Fase: Apresentação da revisão integrativa / Síntese do conhecimento

O objetivo da revisão integrativa é reunir e sintetizar as evidências disponíveis na literatura, portanto o método utilizada para elaboração do estudo deve ser inquestionável, possibilitando que o leitor avalie os processos empregados para replicação futura do estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO,2008).

5 Resultados

Quadro 5 Identificação dos estudos selecionados por banco de dados e nível de evidências

Nº	Título	Ano	Base de dados	Idioma	Profissão do autor	Nível de evidência
1	Evidência de Melhora na Qualidade do Cuidado Assistencial no Infarto Agudo do Miocárdio	2009	LILACS	Português	Não citado	III Transversal
2	Indicadores de calidad y seguridad Del paciente em La enfermaria de urgências: un valor seguro	2012	IBECS	Espanhol	Enfermeiras	III Estudo Transversal
3	Tempo porta ECG: Um indicador de eficácia no tratamento do infarto	2009	BDENF	Português	Especialista em Enfermage m em Cardiologia Mestre em	III de Coorte

	agudo do Miocardio				Ciência da Saúde	
4	Efetividade de um Protocolo Assistencial para Redução do Tempo Porta-Balão da Angioplastia Primária	2013	LILACS	Português	Não citado	III Estudo Transversal

Fonte: Artigos da Amostra

Quadro 6.1 Distribuição das identificações da pesquisa

	Amostra estudos	Objetivos	População	Resultados	Conclusão
Estudo 1	Paciente com IAM Submetido a angioplastia primária.	Avaliar se a monetarização dos indicadores de qualidade e análise de causa raiz melhoram a qualidade do cuidado no IAM	1461 pacientes atendidos com dor torácica de 2006 e 2007	- Não houve aumento do número de angioplastia primária no período. - Não houve diferença no tempo de hospitalização e na mortalidade hospitalar. - Resultado da primeira troponina 27% menor em 2007.	- Resultados sugerem que a estratégia de monitorar os IQS e a implementação da metodologia de análise de causa raiz melhora o processo de cuidado a saúde no IAM.

- Tempo porta
balão 12%
menor em
2007.
- Taxa de
APCP menor
que 90 minutos
foi 52% maior
em 2007.

Estudo 2	Pacientes admitidos com IAM no ano 2010 em servi	Quantificar o grau de cumprimento dos indicadores de segurança no departamento de emergência	181 pacientes com SCA 19 submetidos a administração de trombolíticos	Nesse estudo foi desconsiderado os pacientes submetidos a angioplastia primaria Foi registrado 19 pacientes submetidos a administração de fibrinolíticos 26% dos pacientes realizaram ECG em menos de 10 minutos.	Embora as metas dos indicadores de qualidade não tenham sido atendidas no estudo, conclui-se que a utilização desse indicadores contribui para segurança do paciente.
Estudo 3	Pacientes com IAM atendidos na emergência de um hospital geral	Mensurar um dos indicadores fundamentais para atendimento ao IAM.	53 pacientes atendidos com IAMCSST Submetidos ou não a trombolise.	75,5% dos paciente atendido realizaram o ECG com intervalo de tempo	Que o tempo médio de realização do ECG nesse estudo foi de 20 minutos. - Houve

variou entre 20 a 55 minutos. - Tempo de 5 a 10 minutos é o tempo indicado para realização do ECG e início do tratamento trombolítico. precoce do IAM. - Somente 15% do pacientes receberam trombolíticos devido a história de dor

Estudo 4 Paciente submetido a angioplastia primária Descrever a efetividade de um protocolo de qualidade assistencial para redução do tempo porta-balão. a 50 Pacientes submetidos a angioplastia primária entre maio de 2010 a agosto de 2012 - 10 pacientes avaliados antes da implantação do protocolo foi de 200 a 77 minutos - Final da pesquisa apresentou tempo entre 116 a 29 minutos de atendimento Embora tenha tido uma melhora progressiva do tempo porta balão desde de o início do estudo, deve-se melhorar a implantação do protocolo de atendimento ao paciente com IAMCST pois o recomendado pela sociedade Europeia de cardiologia.

Fonte: Amostra dos estudos

O estudo 1 representado na tabela 6.1, trata-se de um estudo transversal onde foi acompanhado o atendimento ao paciente com IAM e a aplicação dos indicadores de qualidade relacionados à assistência, notou-se uma melhoria no atendimento ao paciente com IAM principalmente com relação ao tempo de atendimento.

Estudo 2 apresentado na tabela 6.2, é um estudo transversal espanhol que trata da aplicação de indicadores de qualidade relacionados ao atendimento ao paciente com IAM, embora os indicadores não tenham atingido resultados satisfatórios ressaltando a importância da aplicação dos indicadores.

Estudo 3 apresentado na tabela 6.3, é um estudo de coorte em um serviço de urgência, o estudo apresentado apresentou tempo médio de realização do ECG de 20 minutos, o dobro do preconizado pela sociedade europeia de cardiologia.

Estudo 4 apresentada na tabela 6.4 da aplicação de protocolo de atendimento primário ao paciente com IAMCSST e acompanhamento de sua efetividade através do indicador de tempo porta balão.

6 Discussão

Os indicadores de qualidade (IQ) são metas estabelecidas para atendimento a diversos processos, seja assistenciais ou administrativo, diz respeito a eficácia e efetividade das ações, suas metas podem ser definidas através protocolos de atendimentos nos casos de indicadores assistenciais e média de produção, nos casos de indicadores administrativos, o importante é ter clareza sobre o objetivo a ser alcançado e analisar criticamente a causa raiz das falhas.

A IV diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia traz o tempo porta ECG, tempo porta agulha e tempo porta Balão como indicadores de qualidade relacionados ao atendimento ao paciente com IAM, confirmados pelos estudos escolhidos para elaboração desse artigo.

Com relação ao tempo porta ECG, os estudos 2, 3 e 4 citam os tempo ideal de 10 minutos, desde a queixa de sua admissão a realização do ECG, estando compatível com a IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Embora o estudo 3 tenha apresentado o média de 20 minutos para realização do ECG no serviço avaliado e o estudo 4 tenha nomeado o indicador relacionado ao diagnóstico inicial de “tempo porta-diagnóstico.

O estudo 2 apresentou realização do ECG em menos de 10 minutos em 80,3% dos paciente atendidos com dor torácica.

Ressalto que uma causa provável para demora na realização do ECG no estudo 3 é a realização do exame após avaliação médica, os autores apontam que a triagem é realizada pelo enfermeiro que não realiza o ECG sem solicitação médica, contrapondo o exposto pela Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº2048 de 5 novembro de 2002, que regulamenta o atendimento de urgência e de emergência e dispõem da atuação do enfermeiro, no processo classificação de risco. Vale ressaltar que esse profissional deve obter conhecimento científico, técnico e prático a fim de identificar situações de risco, segregando entre aqueles que apresentam dor torácica, os sinais e sintomas relacionados aos eventos cardíacos, direcionando-o para o atendimento em 10 minutos, classificado pelo protocolo de Manchester, como atendimento muito urgente (BRASIL, 2002).

Ao implantar o protocolo de atendimento ao paciente com IAM o estudo 4 no relata um tempo “porta-diagnóstico” que variava entre 30 e 6,9 minutos ao final da implantação do protocolo obteve-se uma melhora de 72% nesse tempo, chegando a 8,5 a 2,7 minutos.

Medidas imediatas devem ser adotadas frente ao paciente com sinais clínicos de IAM, independente do método para classificação de risco adotado pela instituição (LODI-JUNQUEIRA; RIBEIRO; MAFRA, 2011). A dor torácica é um sintoma comum, porém

relevante em pacientes com suspeita de IAM. Considerando que umas das formas de IAM requer diagnóstico e tratamento imediato, a classificação dessa dor, diferenciando a de origem coronariana, das demais, impacta diretamente no prognóstico do paciente (PESARO *et al.*, 2007, LODI-JUNQUEIRA; RIBEIRO; MAFRA, 2011)

Os sinais clínicos mais comuns apresentados pelo paciente com IAM que demanda uma avaliação imediata e realização do ECG, em até 10 minutos, são: Dor torácica significativa irradiando para pescoço, membro superior esquerdo, dorso e abdome superior, de início recente, com duração superior a 15 minutos. A associação com quadro de sudorese, náusea, vômitos, dispnéia ou perda transitória da consciência indicam gravidade do quadro (LODI-JUNQUEIRA; RIBEIRO; MAFRA, 2011).

O tempo porta agulha é caracterizado pelo tempo gasto entre a admissão do paciente e o início do tratamento trombolítico.

As terapias trombolíticas no IAMSSST têm grande importância, desde que iniciada o mais precoce possível, principalmente nos paciente classificados com risco intermediário a alto há grandes chances de intervenção percutâneo coronária, intervenção cirúrgica futura ou simplesmente tratamento farmacológico (PESARO, 2008; GREQUE, 2005).

O tempo gasto entre a identificação do IAM e início do tratamento trombolítico e definido como tempo por agulha, somente os estudos 1 e 2 referisse a esse indicador de qualidade, no estudo 2 somente 32% paciente atendidos iniciaram o tratamento fibrinolítico, o estudo 1 mostrou uma melhora na 27% no indicador no ano de 2007 o tempo porta agulha não foi detalhado em nenhum estudo apresentado.

Estudos mostram grande número de óbitos em pacientes que apresentaram IAMCSST e não foram tratados, em tempo hábil. Destaca-se, ainda, a prevalência de insuficiência cardíaca (IC) relacionada ao pós IAM e à demora no atendimento ao paciente (LODI-JUNQUEIRA; RIBEIRO; MAFRA, 2011).

Diante disso o tempo porta balão mostra-se um importante indicador de qualidade e foi abordado em 3 estudos, sendo eles o estudo 1, 2 e 4, esse indicador consiste no tempo gasto entre a admissão do paciente no pronto atendimento até a abertura da artéria no setor de hemodinâmica. A IV diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia aponta que o tempo porta-balão ideal deve ser no máximo até 90 minutos, o estudo 4, segue a diretriz Europeia que aponta como ideal 120 minutos, nesse estudo o autor obteve uma amostra inicial de 200 a 77 minutos para o tempo porta-balão e 116 a 29 minutos ao final do estudo, atingindo assim o objetivo inicial de atendimento em menos que 120 minutos.

O estudo 1 seguiu o tempo preconizado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, ou seja, tempo porta balão menor que 90 minutos, 93% dos pacientes atendidos nesse estudo realizaram angioplastia primária em mesmo de 90 minutos.

7 Conclusão

Este estudo possibilitou avaliar utilização dos indicadores de qualidade relacionado a assistência ao paciente com infarto agudo do miocárdio, os indicadores citados pelos autores foram:

Tempo porta-balão, tempo porta-ECG e tempo porta agulha.

O tempo porta balão foi citado em 3 dos estudos escolhidos, tempo porta ECG em 4 e o tempo porta agulha somente em 1.

Os estudos 1,2 e 4 avaliam a aplicação do tempo porta-ECG, os três estudos afirmam que o tempo ideal para realização do ECG é de até 10 minutos, porém somente o estudo 1 e 2 obtiveram resultados satisfatórios, o estudo 3 obteve um tempo médio de 20 minutos, e concluí que devem ser adotadas medidas de correção para alcance da meta do indicador .

O tempo porta agulha não foi detalhado nos estudos, somente citado pelo estudo 1.

O tempo porta balão foi o indicador tratado em 3 estudos sendo que nos estudos 1 e 2 apontaram tempo ideal de 90 minutos para atendimento a angioplastia primária , já o estudo 4 mostrou um melhora progressiva do indicador desde o início do estudo, seu parâmetro foi de 120 seguindo a Sociedade Europeia de Cardiologia.

É consenso entre os autores quando se trata da destreza necessária para o atendimento ao paciente com IAM.

Contudo os indicadores de qualidade mostraram ser um excelente instrumento para avaliação da qualidade da assistência uma vez que, o não cumprimento da meta, implica em danos ao paciente.

Percebe-se que o enfermeiro tem várias tarefas relacionada a assistência, processos de capacitação da equipe e administrativos. Os indicadores de qualidade vem unir essas funções, dando significado a os processos executados. Quando se tem o entendimento sobre o que é executado e conhecemos todos os aspectos que envolvem os processos, a adesão dos profissionais a todas as fases do atendimento é mais efetivo.

Referências

ALBUQUERQUE. Gustavo O; SZUSTER. Eduardo; CORRÊA. Luiz C T; GOULA. Eugênio; SOUZA. Antônio C; SOBRINHO. A O A; BARBOSA Maurício R. Análise dos resultados do atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST nos períodos diurno e noturno. *Rev Bras Cardiol Invas*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 52-7, 2009.

BARROS Alba L B L; LOPES Juliana L. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. *Enfermagem em Foco*, Brasília, v. 1, n. 2, p. 63-65, 2010.

BESSA, Daniela Borja; DIAS, Ricardo Bibiano. *Manual de normas para apresentação de trabalhos científicos: dos cursos de graduação e pós-graduação do Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix*. Belo Horizonte, jan. 2009.

BRASIL. Resolução Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) n 358/2009. Brasília, 15 de outubro de 2009.

BRASIL. Secretaria da Saúde Portaria GM/MS n. 2048, de 5 de novembro de 2002.

CARPENITO-MOYET, L.J. *Planos de cuidados de enfermagem e documentação diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos*. Editora Artmed. 4. ed. Porto Alegre. 2006

CHAIRPERSON, Christian W H. *et al.* ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, v. 231, n. 32, p. 2999–3054, 2011. doi:10.1093/eurheartj/ehr236

CORREIA, Luis C. L. et al . Validação de um escore para predição de eventos hemorrágicos em síndromes coronarianas agudas. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 95, n. 4, out. 2010b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001400007&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 14 maio 2012. Epub 13-Ago-2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000107>.

CORREIA, Luis C. L. et al . Valor prognóstico do Escore de Risco GRACE versus Escore de Risco TIMI em síndromes coronarianas agudas. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v.94, n. 5, May 2010a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid

=S0066782X2010000500007&lng=en&nrm=iso>. Acessos em: 15 May 2012. Epub Apr 23, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X20100005000036>.

CORREIA, Luis C. L. et al. Efetividade de um Protocolo Assistencial para Redução do Tempo Porta-Balão da Angioplastia Primária. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Fevereiro 2013

CUNHA, A.I.G; SANTOS, J.F.V.; BALBIERIS, V.C.; SILVA, E.V. A *Enfermagem na cardiologia invasiva*. São Paulo: Atheneu, 2007. p 4-7.

CRUZ, A L M Dina; PIMENTA, A M Cibele. Pimenta PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS, APLICADA AO RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 maio-junho; 13(3):415-2

FERREIRA. Ana Maria C; MADEIRA. Zélia A; A dor torácica na sala de emergência: uma revisão da literatura. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI*, Teresina. v. 4, n. 1, p.50-56, Jan-Fev-Mar. 2011.

GALVÃO, C Maria; SAWADA, N Okino; Mendes I C Amélia. A busca das melhores evidências *Rev Esc Enferm USP* 2003; 37(4):43-50.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOTTSCHALL. Carlos A M. 1929-2009: 80 Anos de Cateterismo Cardíaco –uma História Dentro da História. *Gottschall Rev Bras Cardiol Invas*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 246-68, 2009.

GREQUE. Gilmar V; KARBSTEIN. Ralf; GAZ Marcus V B; SERRANO Carlos V Indicação da Intervenção Coronária Percutânea na Síndrome Coronária Aguda Sem supradesnivelamento do ST: estratificação de risco e tratamento clínico inicial é necessário. *Rev Bras Cardiol Invas*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 27-31, 2005.

IGLESIAS. Cristina M F; SANTIAGO. Luiz C; JESUS. Joyce A; SANTORO. Larissa C. Importância da sistematização da assistência de enfermagem no cuidado ao cliente portador de infarto agudo do miocárdio. *R. Pesq.: Cuid. Fundam. Online*, 2010. out/dez. 2(Ed. Supl.):974-977

LEMOS KF, Davis R, MORAES MA, AZZOLIN K. Prevalência de fatores de risco para síndrome coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 1, p. 129-35, 2010.

LIMA, Luciano R; PEREIRA, Sandra V M; CHIANCA, Tânia C M. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco: contribuição de Orem. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 59, n. 3, June 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300007&lng=en&nrm=iso>. access on 14 May 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000300007>.

LODI-JUNQUEIRA, L.; RIBEIRO, A.L.P.; MAFRA, A.A. *Protocolos Clínicos sobre Síndrome Coronariana Aguda*. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011

NOBRE, M Roberto; BERNARDO W Marques, JATENE F Biscegry. A PRÁTICA CLÍNICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS. PARTE I - QUESTÕES CLÍNICAS BEM CONSTRUÍDAS. Trabalho realizado na Associação Médica Brasileira, São Paulo, SP Rev Assoc Med Bras 2003; 49(4): 445-9

MENDES, D S Karina; SILVEIRA C P Cristina, GALVÃO M Cristina REVISÃO INTEGRATIVA: MÉTODO DE PESQUISA PARA A INCORPORAÇÃO DE EVIDÊNCIAS NA SAÚDE E NA ENFERMAGEM. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

ORTELLS, N Abuye; PAGUINA, M Marcos. *Indicadores de Calidad y seguridad Del paciente em La enfermaria de urgências: un valor seguro*. Revista electronica trimestral de enfermaria. Abril 2012.

PESARO. Antonio E P; CORREA. Thiago D; FORLENZA. Luciano; BASTOS. Jaime F; KNOBEL. Elias; KNOBEL. Marcos. Síndromes coronarianas agudas: como fazer um diagnóstico correto na sala de emergência. *Einstein*, v. 5, n. 1, p. 80-84, 2007.

PESARO Antonio Eduardo Pereira; CAMPOS Paulo César Gobert Damasceno KATZ Marcelo; CORREA Thiago Domingues; NOBEL Elias. Síndrome Coronariana Aguda: Tratamento e Estratificação de Risco. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 20, n. 2, abr.\jun. 2008.

PIEGAS LS; FEITOSA G; MATTOS LA; NICOLAU JC; ROSSI NETO JM; TIMERMAN A *et al*. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. *Arq Bras Cardiol*, São Paulo, v. 93, (6 supl.2), p. 179-e264, 2009. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_iam_9306supl2.asp Acesso em: abr. 2012.

ROCHA, Luciana Alves da; MAIA, Ticiane Fernandes; SILVA, Lúcia de Fátima da. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Rev. Bras. Enferm., Brasília*, v. 59, n. 3, June 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300013&lng=en&nrm=iso>. Acessos em: 16 May 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000300013>,

ROCHA, Antonio S C; ARAUJO, P Monica; VOLSCHAM, André; CARVALHO, A F Luiz; RIBEIRO, Ary; MESQUITA, T Evandro. Evidência de Melhora na Qualidade do Cuidado Assitencial no Infarto Agudo do Miocardio. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Agosto 2009

ROSSATO. Gederson; QUADROS Alexandre; LEITE Rogério S; GOTTSCHALL Carlos A.M. Análise das complicações hospitalares relacionadas ao cateterismo cardíaco. *Rev Bras Cardiol Inva*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 44-51, 2007.

SANTOS Elizabeth Silva dos; MINUZZO Luiz; PEREIRA Marcos Paulo; CASTILHO Maria Tereza Babrera; PALÁCIO Manoel Ângelo Gomes; RAMOS Rui Fernando; TIMERMAN Ari, PIEGAS Leopoldo Soares. Registro de síndrome coronariana aguda em um centro de emergência em cardiologia. *Arq Bras Cardiol*, São Paulo, v. 87, p. 597-602, 2006.

SOARES T, SOUZA EN, MORAES MA, AZZOLIN K. Tempo porta-eletrocardiograma (ECG): um indicador de eficácia no tratamento do infarto agudo do miocárdio. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS), v. 30, n. 1, p. 20-6, mar. 2009.

APENDICÊ

Instrumento de coleta de dados

Identificação das bases de Dados eletrônicas

Código do artigo	Título	Ano de publicação	Base de dados	Idioma	Profissão do autor	Nível de evidência

Distribuição das identificações da pesquisa

Amostra estudos	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusão