

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA À PESSOA
EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM SÍNDROME AÓRTICA AGUDA
NO CONTEXTO PRÉ-HOSPITALAR:
UMA SCOPING REVIEW**

**SPECIALIST NURSING INTERVENTION FOR THE CRITICAL
PATIENT WITH ACUTE AORTIC SYNDROME IN THE
PRE-HOSPITAL SETTING:
A SCOPING REVIEW**

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA PARA
EL PACIENTE CRÍTICO CON SÍNDROME AÓRTICO AGUDO
EN EL ÁMBITO PREHOSPITALARIO:
UNA SCOPING REVIEW**

Vasco Soares da Veiga¹ , Margarida de Carvalho¹ .

¹Instituto Nacional Emergência Médica — Delegação Regional Lisboa, Vale do Tejo e Alentejo,
Lisboa, Portugal.

Recebido/Received: 14-01-2026 Aceite/Accepted: 08-07-2026 Publicado/Published: 21-08-2026

DOI: [http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2026.12\(02\).819.36-44](http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2026.12(02).819.36-44)

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2026 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC,
e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.

©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2026 the right of first publication under the CC BY-NC license,
and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

VOL. 12 N.º 2 AGOSTO 2026

Resumo

Introdução: A Síndrome Aórtica Aguda (SAA) representa uma emergência cardiovascular tempo-dependente, com uma mortalidade que aumenta 1% a 2% por hora nas primeiras 48 horas. No contexto pré-hospitalar, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEPSC) é determinante para a estabilização hemodinâmica e decisão do destino do doente.

Objetivos: Mapear a evidência científica disponível sobre as intervenções de enfermagem especializada na prestação de cuidados à pessoa com SAA em ambiente pré-hospitalar. **Método:** Elaborada uma *scoping review* seguindo as diretrizes do Joanna Briggs Institute (JBI) e sustentada na estratégia PCC (População, Conceito e Contexto). Protocolo registado na PROSPERO (n.º CRD420251273983). A pesquisa foi realizada nas bases de dados PubMed, CINAHL, Cochrane Library e RCAAP, considerando estudos publicados entre 2015 e 2025, em português, inglês e espanhol. A seleção e extração de dados foram realizadas por revisão independente.

Resultados: Foram incluídos 16 estudos de tipologia heterogênea (diretrizes, estudos observacionais e normas técnicas). A síntese de evidência identificou quatro domínios de intervenção prioritários: (1) Diagnóstico diferencial precoce através da avaliação da dor e assimetria de pulsos; (2) Implementação de medidas de controlo hemodinâmico específicas (controlo estrito da frequência cardíaca e pressão arterial); (3) Utilização da ecografia *point-of-care* (POCUS) para diagnóstico e (4) Gestão da analgesia e controlo da ansiedade durante o transporte.

Conclusão: A atuação do EEPSC baseada em protocolos estruturados de controlo do *stress* de cisalhamento aórtico e diferenciação diagnóstica precoce é fundamental para mitigar a mortalidade pré-hospitalar, realçando o papel da Enfermagem avançada na gestão destas patologias complexas.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Serviços Médicos de Emergência; Síndrome Aórtica Aguda.

Abstract

Introduction: Acute Aortic Syndrome (AAS) is a time-dependent cardiovascular emergency, with mortality increasing by 1–2% per hour during the first 48 hours. In the pre-hospital setting, the intervention of the Critical Care Nurse Specialist (CCNS) is crucial for hemodynamic stabilization and determining the patient's clinical trajectory. **Objectives:** To map the available scientific evidence regarding specialist nursing interventions when providing care to patients with AAS within the pre-hospital environment.

Methods: A scoping review was conducted in accordance with the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology and sustained by the PCC (Population, Concept, and Context) strategy. The protocol was registered with PROSPERO (registration number CRD420251273983). A comprehensive search was performed in the PubMed, CINAHL, Cochrane Library, and RCAAP databases, encompassing studies published between 2015 and 2025 in Portuguese, English, and Spanish. Data selection and extraction were carried out through independent review.

Results: Sixteen studies were included. The evidence synthesis identified four priority domains of intervention: (1) early differential diagnosis through assessment of pain and pulse asymmetry; (2) implementation of “anti-impulse” therapy with strict control of heart rate and blood pressure; (3) use of point-of-care ultrasound (POCUS) for diagnostic support; and (4) management of analgesia and anxiety control during transport. **Conclusion:** The CCNS's intervention based on structured protocols for the control of aortic shear stress and early diagnostic differentiation, is paramount to mitigating pre-hospital mortality, emphasising the role of advanced nursing in the management of these complex conditions.

Keywords: Acute Aortic Syndrome; Emergency Medical Services; Nursing Care.

Resumen

Introducción: El Síndrome Aórtico Agudo (SAA) constituye una emergencia cardiovascular dependiente del tiempo, con una mortalidad que aumenta entre un 1 y 2% por hora durante las primeras 48 horas. En el contexto prehospitalario, la intervención del Enfermero Especialista en Cuidados Críticos (EECC) es determinante para la estabilización hemodinámica y la toma de decisiones sobre el destino clínico del paciente. **Objetivos:** Mapear la evidencia científica disponible sobre las intervenciones de enfermería especializada en la prestación de cuidados a personas con síndrome aórtico agudo (SAA) en el ámbito prehospitalario. **Método:** Se realizó una revisión de alcance (*scoping review*) de acuerdo con la metodología del Joanna Briggs Institute (JBI) y respaldada por la estrategia PCC (Población, Concepto y Contexto). El protocolo fue registrado en PROSPERO (n.º CRD420251273983). La estrategia de búsqueda se ejecutó en las bases de datos PubMed, CINAHL, Cochrane Library y RCAAP, incluyendo estudios publicados entre 2015 y 2025, en los idiomas portugués, inglés y español. La selección de los artículos y la extracción de datos se llevaron a cabo mediante revisión independiente.

Resultados: Se incluyeron 16 estudios. La síntesis de la evidencia identificó cuatro dominios prioritarios de intervención: (1) diagnóstico diferencial temprano mediante evaluación del dolor y asimetría de pulsos; (2) implementación de terapia “anti-impulso” con control estricto de la frecuencia cardíaca y la presión arterial; (3) uso de ecografía *point-of-care* (POCUS) como soporte diagnóstico; (4) manejo de la analgesia y control de la ansiedad durante el transporte.

Conclusión: La intervención del EECC, fundamentada en protocolos estructurados para el control del estrés por cizallamiento aórtico y en una diferenciación diagnóstica temprana, resulta crucial para mitigar la mortalidad prehospitalaria, lo que resalta el papel de la enfermería avanzada en el manejo de estas patologías complejas.

Descriptores: Atención de Enfermería; Servicios Médicos de Urgencia; Síndrome Aórtico Agudo.

Introdução

A Síndrome Aórtica Aguda (SAA) engloba um espectro de patologias aórticas fatais, incluindo a Dissecção Aórtica (DA), o Hematoma Intramural da Aorta (HI) e a Úlcera Penetrante da Aorta (UAP). A fisiopatologia comum envolve a rotura da integridade da parede aórtica, tornando a estabilidade hemodinâmica precária. A literatura estima que cerca de 20% dos doentes com DA morrem antes de chegarem ao hospital, e a mortalidade intra-hospitalar sem tratamento cirúrgico é de aproximadamente 50% nas primeiras 48 horas⁽¹⁾.

O contexto pré-hospitalar impõe desafios complexos: recursos tecnológicos limitados, ambiente não controlado e a necessidade premente de um diagnóstico diferencial rápido com o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEPSC), integrado nas equipas de Suporte Imediato de Vida (SIV), Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e Serviço de Helicópteros de Emergência Médica (SHEM), assume a responsabilidade direta pela monitorização avançada e gestão terapêutica farmacológica complexa.

Embora existam diretrizes médicas robustas emitidas pelas sociedades internacionais, constata-se uma lacuna substancial na sistematização e mapeamento das intervenções específicas de enfermagem avançada neste ecossistema de cuidados. Esta *scoping review* justifica-se pela necessidade premente de coligir e mapear a evidência multifacetada recente (2015–2025) para fundamentar a tomada de decisão clínica e a prática avançada de enfermagem baseada na evidência.

Métodos

Desenvolveu-se uma Revisão de Escopo (*Scoping Review*) assente no referencial metodológico preconizado pelo Joanna Briggs Institute (JBI). Este desenho de estudo revela-se o mais adequado face à heterogeneidade dos registos e publicações sobre a matéria, permitindo mapear de forma abrangente o estado da arte sem aplicar filtros restritivos de exclusão baseados puramente no desenho experimental dos estudos primários.

A formulação da pergunta de investigação seguiu estritamente a estratégia PCC (População, Conceito e Contexto), recomendada para *scoping reviews*, sendo estruturada da seguinte forma:

- **P (População):** Pessoa em situação crítica (idade ≥ 18 anos);
- **C (Conceito):** Intervenções do Enfermeiro Especialista ao doente com Síndrome Aórtica Aguda;
- **C (Contexto):** Extra-Hospitalar.

CrITÉRIOS de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos estudos publicados entre 2015 e 2025, nos idiomas português, inglês e espanhol, focados em populações adultas e que descrevessem intervenções de enfermagem ou abordagens multidisciplinares no pré-hospitalar. Dada a natureza de uma *scoping review*, foram admitidos estudos primários qualitativos e quantitativos, diretrizes clínicas (*guidelines*), consensos de peritos e normas técnicas institucionais (justificando metodologicamente o tamanho da amostra $n = 16$). Foram excluídos estudos focados exclusivamente na abordagem cirúrgica intra-hospitalar, na população pediátrica ou em contexto de trauma *major*, bem como editoriais ou relatos de caso isolados sem fundamentação metodológica.

Estratégia de Pesquisa e Identificação das fontes de informação

A pesquisa bibliográfica foi realizada em dezembro de 2025, recorrendo às bases de dados eletrónicas MEDLINE (via PubMed), CINAHL (via EBSCOhost), Cochrane Library e ao Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). Foram utilizados descritores controlados MeSH e DeCS, combinados com operadores booleanos, nomeadamente: (“Aortic Dissection” OR “Acute Aortic Syndrome”) AND (“Nursing” OR “Critical Care Nursing”) AND (“Prehospital” OR “Emergency Medical Services”, como demonstrado no Quadro 1, tendo sido encontrados um total de 281 artigos.

Quadro 1: Estratégia de Pesquisa e número de artigos encontrados por base de dados.

Base de Dados	Fórmula de Pesquisa	Filtros Aplicados	Registros Identificados
PubMed (MEDLINE)	("Aortic Dissection"[MeSH] OR "Acute Aortic Syndrome"[MeSH] OR "Acute Aortic Syndrome") AND ("Nursing"[MeSH] OR "Critical Care Nursing"[MeSH] OR "Nursing" OR "Critical Care Nursing") AND ("Prehospital"[MeSH] OR "Emergency Medical Services"[MeSH] OR "Prehospital" OR "Emergency Medical Services")	Data de Publicação: 2015-2025. Língua: Inglês, Português, Espanhol. Adultos: Idade ≥ 18 anos.	115
CINAHL (via EBSCOhost)	((MH "Aortic Dissection+" OR "Acute Aortic Syndrome" OR TI "Aortic Dissection" OR AB "Acute Aortic Syndrome") AND (MH "Nursing+" OR MH "Critical Care Nursing" OR TI "Nursing" OR AB "Critical Care Nursing") AND (MH "Prehospital Care+" OR TI "Prehospital" OR AB "Emergency Medical Services"))	Data de Publicação: 2015-2025. Língua: Inglês, Português, Espanhol. Adultos: Idade ≥ 18 anos.	82
Cochrane Library	(([MeSH descriptor: "Aortic Dissection"] OR "Acute Aortic Syndrome") AND ([MeSH descriptor: "Nursing"] OR [MeSH descriptor: "Critical Care Nursing"] OR "Nursing" OR "Critical Care Nursing") AND ([MeSH descriptor: "Emergency Medical Services"] OR "Prehospital" OR "Emergency Medical Services"))	Data de Publicação: 2015-2025. Língua: Inglês, Português, Espanhol. Adultos: Idade ≥ 18 anos.	44
RCAAP	("Dissecção da Aorta" OR "Síndrome Aórtica Aguda") AND ("Enfermagem" OR "Enfermagem de Cuidados Críticos") AND ("Pré-hospitalar" OR "Serviços de Emergência Médica")	Data de Publicação: 2015-2025. Língua: Inglês, Português, Espanhol. Adultos: Idade ≥ 18 anos.	40

Extração e Síntese dos Dados

A extração de dados foi conduzida de forma sistemática pelos dois revisores independentes, utilizando o Instrumento de Extração de Dados do Joanna Briggs Institute (JBI) e alinhada às diretrizes PRISMA 2020. Inicialmente, os títulos e resumos dos estudos elegíveis foram avaliados, seguidos da leitura integral dos artigos selecionados.

Para cada estudo foram registradas informações relevantes no quadro de extração incluindo: autor(es), título, ano, país, objetivos, população e tamanho da amostra, desenho metodológico, principais resultados e conclusões. Esta abordagem assegurou consistência e comparabilidade entre os estudos.

A síntese dos dados foi realizada de forma narrativa, com análise conjunta pelos dois revisores até à obtenção de consenso, permitindo organizar e interpretar de forma estruturada as evidências sobre as intervenções do EEPSC com SAA em contexto pré-hospitalar.

Resultados

O processo de identificação e seleção dos estudos foi conduzido de acordo com as recomendações PRISMA 2020, estando representado no fluxograma correspondente (Figura 1), e desenvolveu-se em quatro fases distintas:

- **Identificação:** A pesquisa inicial resultou na identificação de 281 registros. Após a remoção automática e manual de duplicados ($n = 73$) e a exclusão de estudos fora do intervalo temporal definido ($n = 25$), permaneceram 183 artigos para triagem.
- **Triagem:** Os títulos e resumos foram analisados de forma independente por dois revisores, garantindo que nenhum estudo relevante fosse excluído por erro ou interpretação individual. Foram excluídos 137 artigos que não cumpriam os critérios de inclusão.
- **Elegibilidade:** Os 46 estudos foram avaliados independentemente pelos dois revisores, com exclusão de 30 artigos por motivos pré-definidos (falta de foco na intervenção de enfermagem, população pediátrica ou trauma, relatos de caso sem base metodológica).
- **Inclusão:** Os 16 estudos incluídos na síntese final foram submetidos à avaliação da qualidade metodológica (RoB-1), realizada de forma independente por ambos os revisores. Divergências em qualquer fase foram resolvidas por consenso entre os dois revisores ou, se necessário, pela intervenção de um terceiro revisor.

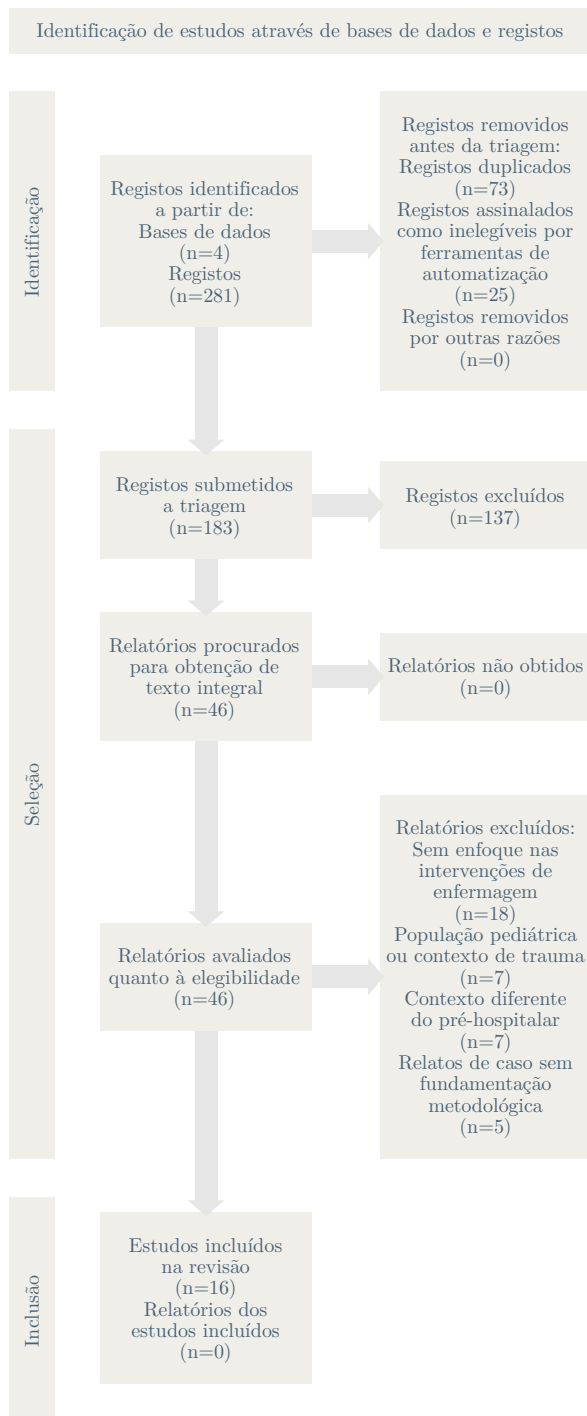


Figura 1: Fluxograma PRISMA 2020 para seleção dos estudos.

O processo de triagem de títulos e resumos, avaliação do texto integral, extração de dados e avaliação da qualidade metodológica foi realizado independentemente pelos dois revisores. Em todas as fases da revisão não foram observadas divergências quanto à inclusão ou exclusão de estudos.

A avaliação da qualidade metodológica e do risco de viés dos estudos incluídos foi realizada por dois revisores independentes, utilizando a ferramenta *Cochrane Risk of Bias* (RoB-1), adequada ao desenho dos estudos analisados. Apenas os estudos que apresentaram risco de viés baixo ou moderado foram incluídos na síntese final.

A extração de dados foi efetuada através de um quadro padronizado, previamente definido, contemplando informação relativa aos autores e ao ano de publicação, país, desenho do estudo, contexto clínico, população-alvo, intervenções de enfermagem descritas e principais resultados. A síntese da evidência assumiu uma abordagem narrativa, com os dados organizados e agrupados de acordo com os principais domínios de intervenção identificados, apresentados no Quadro 1.

A pesquisa inicial identificou 281 registros. Após a remoção de duplicados e triagem por título/resumo, 46 artigos foram avaliados na íntegra. Destes, 16 cumpriram os critérios de inclusão e qualidade metodológica, constituindo a amostra final (Quadro 2).

Os resultados foram categorizados em quatro domínios temáticos principais:

Diagnóstico Diferencial e Avaliação Clínica

A evidência mapeada reitera que a competência propedêutica e o elevado índice de suspeição clínica do EEPSC constituem a primeira linha de defesa do doente. A dor torácica de início abrupto, excruciante e de carácter lancinante (“rasgão”) pontua em mais de 85% dos episódios confirmados^(1,2). Emergem como intervenções críticas obrigatórias de Enfermagem a avaliação comparativa concomitante da Pressão Arterial Sistólica (PAS) entre os membros superiores — valorizando-se diferenciais significativos ≥ 20 mmHg — a par da palpação síncrona de pulsos radiais e femorais, passos vitais na exclusão rápida de síndromes coronárias agudas isoladas^(3,4).

Quadro 2: Quadro de Síntese de Evidência de Extração dos dados.

ID	Autor (Ano)	Tipo de Estudo (Nível JBI)	Amostra/Contexto	Principais Intervenções de Enfermagem Identificadas	Resultados / Outcomes Principais
01	Isselbacher (2022).	Diretriz Clínica (1).	Internacional/AHA.	Titulação de Betabloqueadores IV (Labetalol) e Vasodilatadores.	Definição de alvos: FC < 80 bpm e PAS 100-120 mmHg.
02	Harris (2022).	Coorte (3).	Registo IRAD.	Gestão do tempo e monitorização contínua durante transporte.	Mortalidade reduzida com estabilização tensional precoce.
03	Bossone (2021).	Revisão (5).	EUA/Itália.	Avaliação física: assimetria de pulsos e dor lancinante.	Identificação de sinais “sentinela” para ativação de equipas cirúrgicas.
04	Ribeiro (2023).	Qualitativo (4).	Portugal.	Gestão da dor torácica e protocolo de analgesia multimodal.	Redução da descarga adrenérgica e estabilização da TA.
05	Mota (2022).	RSL (1).	Portugal.	Utilização de POCUS para diagnóstico de derrame pericárdico.	Aumento da acuidade diagnóstica do enfermeiro no pré-hospitalar.
06	Diercks (2015).	Policy Paper (1).	EUA.	Rastreio sistemático de défices neurológicos focais.	Redução de erros diagnósticos em disseções do Tipo A.
07	Trimarchi (2021).	Coorte (3).	Internacional.	Vigilância de perfusão de órgãos (débito urinário/consciência).	Identificação precoce de má perfusão sistémica.
08	Evangelista (2018).	Estudo Observ. (3).	Europa.	Monitorização de ECG 12 derivações para diferencial de EAM.	Prevenção de iatrogenia por administração de antiagregantes.
09	Nienaber (2015).	Revisão Técnica (5).	Alemanha.	Posicionamento do doente (cabeceira a 30°) e conforto.	Minimização de picos hipertensivos durante aceleração da ambulância.
10	Braverman (2017).	Estudo Caso (4).	EUA.	Gestão de via aérea e sedação em doentes críticos com SAA.	Estabilidade hemodinâmica durante a intubação orotraqueal.
11	Vilacosta (2021).	Consenso (1).	Espanha.	Protocolos de transporte inter-hospitalar de alto risco.	Definição de rácios enfermeiro/doente para segurança crítica.
12	Czerny (2019).	Guideline (1).	Europa (EACTS).	Gestão de anticoagulação e controlo da coagulopatia.	Protocolo de inversão de fármacos se necessário no pré-hospitalar.
13	Urbaneja (2020).	Estudo Descrit. (4).	Espanha.	Uso de escalas de dor específicas para dor aórtica.	Correlação entre nível de dor e propagação da disseção.
14	Griffin (2024).	Experimental (2).	Reino Unido.	Simulação de alta fidelidade em protocolos de SAA.	Melhoria do tempo de resposta da equipa de enfermagem SIV/VMER.
15	Pape (2015).	Coorte (3).	Internacional.	Análise de biomarcadores (D-dímeros) vs Avaliação Clínica.	Valorização do exame físico de enfermagem perante testes laboratoriais lentos.
16	Ordem dos Enfermeiros (2018).	Norma Técnica (5).	Portugal.	Padrões de qualidade no doente em situação crítica.	Definição de competências do EEPESC na SAA.

Controlo Hemodinâmico: “Anti-impulse therapy”

O corpus de diretrizes e consensos analisados⁽¹⁻¹²⁾ parametriza metas terapêuticas rígidas na gestão do *stress* de cisalhamento (*shear stress*) da parede aórtica, cuja operacionalização clínica no pré-hospitalar depende da monitorização contínua e titulação rigorosa de fármacos pelo EEPSC:

- **Prioridade Cronotrópica Direta:** Redução imediata da Frequência Cardíaca (FC) para valores estritos de 60 bpm a 80 bpm. Para o efeito, preconiza-se a administração endovenosa direta e titulada de betabloqueantes de ação ultra-curta ou curta (Esmolol ou Labetalol).
- **Prioridade no controlo da Pressão Arterial:** Manutenção da PAS entre 100–120 mmHg. Os estudos enfatizam que a administração de vasodilatadores (nitratos) sem prévia administração de betabloqueantes é um erro de execução que aumenta a tensão de cisalhamento (*shear stress*) e risco de propagação da disseção.

Introdução de Tecnologias Diagnósticas: Ultrassonografia *Point-of-Care* (POCUS)

Os dados mais recentes da literatura validam a incorporação da ecografia clínica executada por enfermeiros especialistas em ambiente crítico como uma mais-valia substancial⁽¹⁵⁾. O POCUS focado na pesquisa de derrame pericárdico, sinais de tamponamento cardíaco ou na identificação visual de um *flap* intimal ao nível da aorta abdominal permite encurtar os tempos de decisão e otimizar o encaminhamento logístico do doente, contornando hospitais sem capacidade de intervenção cardiotorácica.

Otimização da Analgesia e Estabilização durante o vetor de transporte

A dor severa atua como um potente catalisador adrenérgico. A administração titulada de opioides de ação rápida é considerada basilar para atenuar o *drive* simpático endógeno, prevenindo oscilações da pressão arterial deletérias⁽¹³⁾. Paralelamente, o posicionamento adequado do doente com a cabeceira elevada a 30°, o controlo de temperatura (prevenção

da tríade letal e coagulopatia) e o atenuar de estímulos cinéticos e sonoros na célula sanitária durante o transporte são imperativos devidamente documentados para a estabilidade clínica do doente.

Discussão

O mapeamento operado por esta *scoping review* reforça que a Síndrome Aórtica Aguda se assume como uma das entidades clínicas mais desafiantes da medicina de emergência pré-hospitalar. A transição conceptual de uma Revisão Sistemática tradicional para uma *scoping review* permitiu integrar e valorizar não apenas dados biomédicos puros, mas também normativas institucionais⁽¹⁶⁾ e consensos⁽¹¹⁾ que regulam as competências essenciais do enfermeiro especialista na coordenação e gestão direta destas situações complexas, sanando a crítica de redundância de algoritmos puramente médicos.

A evidência coligida do registo IRAD⁽²⁾ atesta de forma contundente que cada hora de atraso na abordagem inicial e no transporte especializado da dissecção tipo A influi num aumento linear de 1% a 2% na taxa de mortalidade nas primeiras 48 horas. Este dado converte a intervenção do EEPSC num elo vital modificador do prognóstico, uma vez que a execução imediata da terapia anti-impulso e a estabilização hemodinâmica precoce são as principais armas disponíveis no pré-hospitalar para conter a progressão da lesão intimal até à intervenção cirúrgica definitiva.

No que concerne às metas de controlo hemodinâmico, as diretrizes internacionais colocam nas mãos do EEPSC a responsabilidade de uma titulação precisa de agentes inotrópicos e cronotrópicos negativos⁽¹⁾. Este processo exige competências avançadas de interpretação fisiopatológica contínua. A evidência clarifica que o controlo da frequência cardíaca deve, invariavelmente, anteceder qualquer tentativa de redução da pressão arterial sistólica. Esta abordagem impede que a vasodilatação pura induza uma resposta simpática compensatória que aumentaria a fração de ejeção ventricular, agravando o *stress* mecânico sobre a parede aórtica fragilizada.

Um contributo inovador deste mapeamento prende-se com o impacto do envelhecimento demográfico na apresentação e identificação da SAA. Os dados empíricos alertam para o facto de que a população idosa apresenta frequentemente manifestações clínicas severamente atípicas, insidiosas ou inclusivamente indolores^(3,4,8). O declínio cognitivo basal, polifarmácia ou a presença de neuropatias concomitantes mascaram frequentemente a dor torácica lancinante típica. Nestes cenários, a SAA pode manifestar-se sob a forma de síncope inexplicada, episódios de hipotensão transitória ou défices neurológicos focais agudos decorrentes de má perfusão carotídea, os quais são facilmente confundidos com Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC). Por conseguinte, o rastreio sistemático de assimetria de pulsos em todos os quatro membros e a monitorização de défices focais dinâmicos assumem-se como intervenções de enfermagem avançada insubstituíveis na população geriátrica⁽⁵⁻⁷⁾. Adicionalmente, esta triagem semiológica rigorosa realizada pelo EEPSC mitiga o risco catastrófico de administração iatrogénica de terapêuticas antitrombóticas e antiagregantes plaquetárias, uma ocorrência comum quando a dor torácica ou o sofrimento miocárdico secundário à dissecção coronária retrógrada são diagnosticados erradamente como um enfarte agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST⁽⁵⁻⁹⁾.

A emergência da ecografia clínica à cabeceira do doente (POCUS) por enfermeiros surge como uma das mais promissoras inovações tecnológicas mapeadas⁽⁵⁾. O treino avançado nesta área melhora substancialmente a acuidade diagnóstica no choque indiferenciado, permitindo documentar precocemente complicações críticas, tais como o derrame pericárdico hemático — que contraindica liminarmente reduções agressivas de pressão arterial sob risco de colapso obstrutivo^(1,12). A integração desta tecnologia na práxis do EEPSC responde diretamente aos atuais padrões de qualidade internacionais, focando a tomada de decisão clínica na segurança e na otimização dos tempos de transporte até à sala de operações^(3,9,14,16).

Conclusão

Esta *scoping review* permitiu mapear e sistematizar o espectro de intervenções especializadas de Enfermagem dirigidas à Pessoa com SAA em ambiente extra-hospitalar, demonstrando que a estabilização destes doentes é altamente complexa e dependente de cuidados diferenciados. As evidências compiladas dão suporte à necessidade emergente de desenhar e implementar protocolos clínicos uniformes nas equipas diferenciadas de emergência médica (SIV, VMER e SHEM), que priorizem uma semiologia estruturada, o controlo hemodinâmico rigoroso através da terapia anti-impulso sequencial e uma abordagem analgésica agressiva e titulada.

Os achados reforçam a importância de dotar os EEPSC de competências avançadas em ecografia *point-of-care* e farmacologia cardiovascular avançada. Como principais limitações deste mapeamento, assinala-se a acentuada heterogeneidade nos modelos de organização pré-hospitalar entre os diferentes países e a escassez de estudos primários controlados e desenhados exclusivamente no ecossistema pré-hospitalar. Em suma, o EEPSC afirma-se como um elemento vital na gestão do tempo crítico e na preservação da estabilidade hemodinâmica da Pessoa com SAA, revelando-se um garante fulcral na redução da mortalidade pré-hospitalar e na melhoria dos desfechos clínicos globais.

Referências

1. Isselbacher EM, Preventza O, Hamilton Black J, Augoustides JG, Beck AW, Bolen MA, et al. 2022 ACC/AHA Guideline for the Diagnosis and Management of Aortic Disease: A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 13 de dezembro de 2022;146(24). Disponível em: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001106>
2. Harris KM, Nienaber CA, Peterson MD, Woznicki EM, Braverman AC, Trimarchi S, et al. Early Mortality in Type A Acute Aortic Dissection: Insights From the International Registry of Acute Aortic Dissection. *JAMA Cardiol*. 1 de outubro de 2022;7(10):1009. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2022.2718>
3. Bossone E, Eagle KA. Epidemiology and management of aortic disease: aortic aneurysms and acute aortic syndromes. *Nat Rev Cardiol*. Maio de 2021;18(5):331–48. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41569-020-00472-6>
4. Coimbra, N. Enfermagem de urgência e emergência. Lisboa: Lidel; 2021. ISBN:978-989-752-574-2.
5. Totenhofer R, Luck L, Wilkes L. Point of care ultrasound use by registered nurses and nurse practitioners in clinical practice: An integrative review. *Collegian*. 2021;28(4):456–463. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2020.10.002>
6. Diercks DB, Promes SB, Schuur JD, Shah K, Valente JH, Cantrill SV, et al. Clinical Policy: Critical Issues in the Evaluation and Management of Adult Patients with Suspected Acute Nontraumatic Thoracic Aortic Dissection. *Annals of Emergency Medicine*. Janeiro de 2015;65(1):32–42.e12. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.11.002>
7. Trimarchi S, Jonker FHW, Hutchison S, Isselbacher EM, Pape LA, Patel HJ, et al. Descending aortic diameter of 5.5 cm or greater is not an accurate predictor of acute type B aortic dissection. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. Setembro de 2011; 142(3):e101–7. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2010.12.032>
8. Evangelista A, Isselbacher EM, Bossone E, Gleason TG, Eusanio MD, Sechtem U, et al. Insights From the International Registry of Acute Aortic Dissection: A 20-Year Experience of Collaborative Clinical Research. *Circulation*. 24 de abril de 2018;137(17):1846–60. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.031264>
9. Nienaber CA, Clough RE. Management of acute aortic dissection. *The Lancet*. Fevereiro de 2015;385(9970):800–11. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61005-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61005-9)
10. Morello F, Santoro M, Fagion A, Grifoni S, Nazerian P. Diagnosis and Management of Acute Aortic Syndromes in The Emergency Department. *Intern Emerg Med*. Janeiro 2021;16(1):171–181. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11739-020-02354-8>
11. Vilacosta I, Ferrera C, San Román A. Acute Aortic Syndrome. *Med Clin (Barc)*. 2024;162(1):22–28. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2023.07.027>
12. Erbel R, Aboyans V, Boileau C, Bossone E, Bartolomeo RD, Eggebrecht H, et al. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases. *European Heart Journal*. 1 de novembro de 2014;35(41):2873–926. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu281>
13. Tien M, Cheung AT. Anesthetic Management of Acute Aortic Dissection. In: Selke FW, Coselli JS, Sundt TM, Bavaria JE, Sodha NR, editors. *Aortic Dissection and Acute Aortic Syndromes*. Cham: Springer; 2021. p.553–576. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-030-66668-2_38
14. Abellsson A, Rystedt I, Suseru BO, Lindwall L. Learning by simulation in prehospital emergency care — an integrative literature review. *Scand J Caring Sci*. Junho 2016;30(2):234–40. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/scs.12252>
15. Pape LA, Awais M, Woznicki EM, Suzuki T, Trimarchi S, Evangelista A, et al. Presentation, Diagnosis, and Outcomes of Acute Aortic Dissection: 17-Year Trends from the International Registry of Acute Aortic Dissection. *J Am Coll Cardiol*. 2015;66(4):350–358. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.05.029>
16. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 361/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 123 [Internet]. 26 de junho de 2015:17240–3. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/123000000/1724017243.pdf>

Autor Correspondente/Corresponding Author
 Vasco Soares da Veiga — Instituto Nacional
 Emergência Médica — Delegação Regional Lisboa,
 Vale do Tejo e Alentejo, Lisboa. Portugal.
vasco.veiga93@gmail.com

Contributo dos Autores/Authors' contributions
 VV: Coordenação do estudo, desenho do
 estudo, recolha, armazenamento e análise de
 dados, revisão e discussão dos resultados.
 MC: Desenho do estudo, recolha,
 armazenamento e análise de dados, revisão e
 discussão dos resultados.
 Todos os autores leram e concordaram com a
 versão publicada do manuscrito.

Responsabilidades Éticas/Ethical Disclosures
 Conflitos de Interesse: Os autores declararam
 não possuir conflitos de interesse.
 Suporte Financeiro: O presente trabalho não
 foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.
 Proveniência e Revisão por Pares: Não
 comissionado; revisão externa por pares.
 Conflicts of Interest: The authors have no
 conflicts of interest to declare.
 Financial Support: This work has not received
 any contribution, grant or scholarship.
 Provenance and Peer Review: Not
 commissioned; externally peer reviewed.

©Os autores retêm o copyright sobre seus
 artigos, concedendo à RIASE 2026 o direito de
 primeira publicação sob a licença CC BY-NC,
 e autorizando reuso por terceiros conforme os
 termos dessa licença.

©Authors retain the copyright of their articles,
 granting RIASE 2026 the right of first publication
 under the CC BY-NC license, and authorizing
 reuse by third parties in accordance with the
 terms of this license.