



ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ISRAELITA

Protocolo Gerenciado

IAM c/ supra ST
Preparação para Alta Hospitalar

Unidade Morumbi

Revisão Dez/2010
Última atualização Jan/2012

3. Preparação para a alta hospitalar

Critérios de alta

Da UTI para a unidade coronária ou semi-intensiva

- Estabilidade clínica e hemodinâmica após 12 a 24 horas na unidade;
- Sem evidências de complicações mecânicas ou arritmias ventriculares graves.

Da unidade coronária ou semi-intensiva para a ala

- Estabilidade clínica e hemodinâmica após 24 a 48 horas na unidade;
- Sem evidências de complicações mecânicas ou arritmias ventriculares graves não resolvidos;
- Marcadores de necrose miocárdica em curva decrescente sustentada:
 - Não se deve esperar por negatificação da troponina como critério de alta;
 - Preferencialmente após a normalização da CK-MB massa;
 - Em pacientes reperfundidos com sucesso e curva decrescente estável da CKMB massa, é aceitável a alta para a ala mesmo que o marcador ainda esteja pouco alterado, desde que cumpridos os demais critérios.

Alta hospitalar

- Não existe recomendação específica para o tempo de internação hospitalar, que será dependente de cada caso;
- Para pacientes de risco baixo/ intermediário (escore de risco TIMI para IAMEST), submetidos a método de reperfusão com sucesso, e que apresentam boa evolução clínica, pode se considerar a alta hospitalar precoce (a partir do 4º./ 5º. dia de internação hospitalar);
- Para os demais casos, sempre levar em consideração para a programação de alta:
 - Manutenção de estabilidade clínica e hemodinâmica sustentadas;
 - Sem evidências de complicações mecânicas, arritmias ventriculares graves ou outras intercorrências clínicas que não tenham sido adequadamente tratadas;
 - Normalização da CK-MB massa.
- Não se deve esperar por negatificação da troponina como critério de alta.

Educação do paciente

- Os pacientes devem receber aconselhamento para otimizar a aderência a tratamentos benéficos desde os primeiros dias de internação e intensivamente na alta. É recomendável que recebam orientação impressa sobre os principais tópicos.

Tratamento do sobrepeso e obesidade

- É recomendável que se realize cálculo do índice de massa corpórea (IMC) e medida da circunferência abdominal. A faixa de IMC desejável é de 18,5 a 24,9 Kg/m². A circunferência abdominal (CA) desejável é inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres. CA ou IMC acima destes valores deve resultar em avaliação quanto à presença de síndrome metabólica e implementação de estratégias para redução de peso. Deve ser estabelecido um plano para monitorar a resposta do IMC e CA à terapia.



Manejo dos lípides

- **Medidas não farmacológicas:**
 - dieta preconizada pelo ATP III: menos de 7% das calorias totais provenientes de gorduras saturadas; menos de 200mg de colesterol por dia; aumento do consumo de ácidos graxos ômega-3; ingesta calórica apropriada:
 - o consumo dos seguintes itens deve ser encorajado: alimentos ricos em ácidos graxos ômega-3, frutas, vegetais, alimentos ricos em fibras solúveis e grãos integrais;
 - aporte calórico adequado ao gasto energético para se obter e manter peso saudável;
 - prática regular de exercício;
 - pacientes com HDL-colesterol < 40mg/dL: maior ênfase em terapias não farmacológicas (p. ex.: exercício, perda de peso e cessação do tabagismo).
- **Avaliação do perfil lipídico:**
 - deve ser checado a partir de exames progressos em todos os pacientes com IAMEST. Se não houver, deve ser solicitado, de preferência nas primeiras 24 horas do IAMEST (em jejum).
- **Estatinas:**
 - todos pacientes com IAMEST devem ser tratados com estatinas. Para os pacientes que não faziam uso prévio, deve-se prescrever uma estatina tão logo haja estabilização clínica e mantida em longo prazo. Pacientes que já utilizavam estatinas previamente devem ser mantidos com estas medicações durante a internação.
 - meta de LDL-colesterol: ≤ 70 mg/dL.
 - monitorização das enzimas hepáticas (TGO, TGP) e CPK: previamente ao início; 1 mês após o tratamento com estatina; 1 mês após todas os aumentos de dose e/ou anualmente na seqüência.
 - pacientes com insuficiência hepática: usar doses menores.
 - risco de eventos adversos (rabdomiólise com insuficiência renal aguda): maior com o uso concomitante de outros agentes hipolipemiantes (fibratos, niacina em dose ≥ 1 g/dia). Deve-se ter maior cautela ao se combinar tais medicamentos com estatinas, sendo que as últimas devem ser descontinuadas no caso de qualquer nova condição que predisponha a rabdomiólise.
 - interações medicamentosas: a maioria das estatinas (atorvastatina, lovastatina, rosuvastatina e sinvastatina) é metabolizada de forma importante pela CYP3A4 (a pravastatina é metabolizada em menor grau pela CYP3A4). O risco de eventos adversos ao se utilizar estas estatinas aumenta com o uso de inibidores potentes da CYP3A4 (incluindo amiodarona, claritromicina, ciclosporina, eritromicina, itraconazol, cetoconazol, nefazodona, suco de uva em grandes quantidades, verapamil, ou inibidores da protease como indinavir, nelfinavir ou ritonavir). Tais combinações devem ser evitadas se possível, caso contrário doses menores devem ser utilizadas e a monitoração quanto a efeitos adversos (rabdomiólise) deve ser mais frequente.
- **Dislipidemia mista:**
 - administrar niacina ou fibrato se o nível de triglicérides for maior do que 500 mg/dL, independentemente dos níveis de LDL ou HDL-colesterol. A meta deve ser obter colesterol não-HDL substancialmente inferior a 130 mg/dL.



Controle da pressão arterial

- Meta recomendada: manter a pressão arterial < 140/90 mmHg, utilizando-se terapia farmacológica associada a medidas não-farmacológicas:
 - Para pacientes com diabetes e insuficiência renal crônica o alvo deve ser menos do que 130/80 mmHg;
 - Considerar ter como alvo pressão arterial < 120/80 mmHg para todos os pacientes com IAMEST.
- Inibidores da ECA e beta-bloqueadores, associados ou não a diuréticos, são as drogas de escolha para o controle da pressão nestes pacientes.
- Modificação do estilo de vida devem ser recomendadas para todos os pacientes com IAMEST com pressão arterial \geq 120/80 mmHg.
- Antagonistas de canal de cálcio diidropiridínicos de curta-ação não devem ser utilizados em pacientes com IAMEST.

Tratamento do diabetes mellitus

- Terapia hipoglicemiante deve ser iniciada após estabilização clínica objetivando HbA1c menor do que 7%;
- Tiazolenedionas não devem ser administradas a pacientes com IAMEST e insuficiência cardíaca classe III ou IV.

Terapia hormonal

- Terapia com estrógenos ou estrógenos associados a progestágenos não deve ser ministrada a pacientes com IAMEST;
- Pacientes que já estavam fazendo uso destas medicações devem descontinuá-las;
- Para pacientes que já faziam uso desta terapia por períodos maiores do que 2 anos e que apresentam outra indicação forte para tal e que desejam manter o uso, deve se ponderar os benefícios e riscos para continuar o tratamento reconhecendo o aumento de risco de eventos cardiovasculares decorrente da reposição hormonal.

Cessação do tabagismo

- Todo paciente com IAMEST deve ser avaliado quanto a histórico de tabagismo (ver também avalia o de saúde mental, adiante):
 - São candidatos ao aconselhamento para cessação de tabagismo todos os pacientes que fumaram pelo menos 1 cigarro no ano anterior ao da internação, segundo critérios da Joint Commission Internacional;
 - O aconselhamento   fornecido ao paciente e/ou família sendo disponibilizado um folder educativo contendo informa es que auxiliam o paciente a parar de fumar. Este aconselhamento   registrado em prontuário e   monitorizado pela enfermeira case-manager da Cardiologia.

Atividade física

- Todo paciente com IAMEST deve ser encorajado a realizar atividades aeróbicas (caminhar, pedalar) pelo menos 30 minutos, idealmente todos os dias e ao menos 3 vezes por semana:
 - com base em avalia o do risco, preferencialmente com teste ergométrico ou cardiopulmonar para guiar a prescri o;
 - adicionalmente deve-se recomendar o aumento na realiza o de atividades diárias cotidianas (p.ex.: trabalhos domésticos, jardinagem, caminhar sempre que possível no trabalho).
- Considerar o Programa de Reabilita o Cardiovascular para todos os pacientes, particularmente os de risco moderado a alto, nos quais a realiza o de exercícios sob supervisão   necessária (ver adiante).



Reabilitação cardiovascular

- Para uma melhor aderência e/ou esclarecimento de dúvidas sobre o programa de reabilitação cardiovascular, o paciente com IAMEST será orientado pela enfermagem case-manager da Cardiologia, após anuência do médico titular, a fazer uma visita ao Centro de Reabilitação do HIAE, no dia anterior de sua alta ou no próprio dia da alta:
 - A enfermeira case-manager da Cardiologia entrará em contato com a enfermagem do Centro de Reabilitação através do bip 5618 (preferencialmente enf. Renata), logo que possível, para comunicar a visita do paciente ao Centro;
 - A enfermeira da Reabilitação subirá até a unidade de internação do paciente, para ver possibilidade de horário da visita ao CR e condições em que o paciente irá descer, comunicará a fisioterapia do Centro de Reabilitação (área da cardiologia) para programarmos esta visita, passando as informações colhidas do paciente;
 - O fisioterapeuta da reabilitação cardiovascular apresentará o Serviço de Reabilitação Cardiovascular do HIAE ao paciente, e será responsável por prestar informações sobre o programa de reabilitação e sobre a importância da atividade física como tratamento complementar à sua medicação;
 - Nesta visita, o paciente receberá orientações de como proceder após ser encaminhado pelo médico titular ao Centro de Reabilitação e, se necessário, opções de outros locais que ele poderá procurar após sua alta.

Avaliação e intervenção de saúde mental

- Fluxo de atendimento da Psicologia Institucional:
 - A enfermeira case do programa de cardiologia encaminha à psicologia o boletim com as informações dos pacientes inseridos no protocolo;
 - A avaliação psicológica do paciente tem o objetivo de identificar fatores de risco psicológicos que impactem na evolução da doença coronariana e na reabilitação psicossocial do paciente:
 - Espectro do humor ansioso/ hostil: irritabilidade, medo, impaciência, hostilidade;
 - Espectro do humor: desânimo, apatia, ou tristeza;
 - Espectro da adesão ao tratamento: recusa ao tratamento, dificuldade em aderir ou falha na adesão ao tratamento proposto.
 - Em sua avaliação, o psicólogo deverá observar se a relação do humor/comportamento manifesto se refere a traços de personalidade, reação de ajustamento a situação de adoecimento e internação, alterações psiquiátricas* ou uma combinação de ambos os fatores.
 - *As observações serão discutidas com a enfermagem e as sugestões de abordagem das questões identificadas serão discutidas com o médico titular e registradas em prontuário.
 - As orientações feitas aos pacientes serão sempre de caráter geral e acompanhadas da recomendação de que discutam suas dúvidas com seus médicos.
- A Psiquiatria Institucional poderá ser acionada pela enfermagem a partir da identificação de risco psiquiátrico na avaliação de riscos de enfermagem ou da psicologia institucional.



Atuação da Psiquiatria Institucional

- Avaliação de Risco Psiquiátrico
 - Identificação do risco psiquiátrico: faz parte das avaliações de risco aplicadas de rotina pela enfermeira da unidade de internação. O risco estará presente se assinalada pelo menos 1 das condições abaixo:
 - ansiedade, agitação, agressividade com risco para o paciente e/ou equipe de saúde;
 - alteração ou mudança de comportamento abrupta ou marcante, com risco para paciente e/ou equipe de saúde;
 - hipoatividade, retraimento ou tristeza com interferência no tratamento e/ou risco para o paciente;
 - descontinuação abrupta de medicação psicotrópica;
 - história de abuso de álcool e/ou drogas;
 - história de intoxicação exógena e/ou comportamento autoagressivo;
 - internação ou acompanhamento por médico psiquiatra;
 - presença de diagnóstico psiquiátrico;
 - Tabagismo.
- Atendimento psiquiátrico quando solicitado pelo titular:
 - deverá ser contatado psiquiatra de acordo com a política institucional:
 - a escolha do profissional é sempre do médico titular;
 - em casos de Transtornos de Abuso ou Dependência de Álcool e Drogas, poderá ser solicitado o serviço de Interconsulta institucional do Núcleo Einstein de Álcool e Drogas (NEAD);
 - Em caso de Tabagismo, poderá ser solicitado o serviço de Interconsulta institucional do Núcleo de Atenção ao Tabagismo Einstein (NATE) descrito em item a seguir.
 - Em caso de outros transtornos psiquiátricos, caso não haja preferência de psiquiatra por parte do médico titular, deverá ser solicitada interconsulta da Retaguarda de Psiquiatria.

Avaliação e aconselhamento em tabagismo

- Procedimento executado pela psicologia do NATE em todos os pacientes dos protocolos de IC e de IAM internados:
 - Objetivos:
 - avaliar padrão de consumo, gravidade da dependência e estágio motivacional para cessação do tabagismo;
 - aconselhar pacientes tabagistas a fim de auxiliar na motivação deste para a cessação do tabagismo;
 - sugerir ao médico titular possibilidades de tratamento, a partir de discussão de caso com o psiquiatra do Núcleo de Atenção em Tabagismo Einstein.
 - Conteúdo: 1. Breve Histórico do consumo de cigarro; 2. Escala de Fargeström para avaliação da gravidade da dependência; 3. Escala de avaliação de sintomas de abstinência de nicotina; 4. Breve avaliação da motivação; 5. Avaliação de comorbidades psiquiátricas (DSM-IV)
 - Fluxo: enfermagem fará avaliação inicial e indagará tabagismo. Em caso negativo (não fumante e ex-fumante), apenas procederá a reforço comportamental positivo, em caso positivo (fumante), a enfermagem entra em contato com a psicologia do NAT e solicita o procedimento que será efetuado em 48 horas.
 - Discussão com médico titular e definição de conduta, conforme demanda do paciente: 1. Finalização do processo de atendimento (devolutiva dos achados da avaliação ao paciente); 2. Encaminhamento para tratamento psicológico durante internação; 3. Encaminhamento para tratamento psicofarmacológico durante a internação; 4. Encaminhamento para tratamento psicológico ambulatorial; 5. Encaminhamento para tratamento psicofarmacológico ambulatorial; 6. Encaminhamento para tratamento da preferência do paciente/médico titular.



Tratamento psicológico do tabagismo - NATE

- Objetivos:
 - Auxiliar no planejamento da cessação do tabagismo, levando em conta aspectos comportamentais e emocionais;
 - Elucidar o paciente quanto à questão da dependência causada pela nicotina e melhor compreensão do papel do tabaco em sua vida cotidiana;
 - Proporcionar ao paciente conhecimento de estratégias para controle da vontade de fumar e comportamentos substitutos para lidar com a abstinência;
 - Reforçar a motivação do paciente para manter-se abstinente, auxiliando na manutenção desta através de técnicas de intervenção breve que inclui apoio emocional além das estratégias de superação;
 - Prevenir recaída.
- Procedimento:
 - Pacientes internados: sessões realizadas no leito;
 - Pacientes ambulatoriais: sessões de cinquenta minutos de duração agendadas pelo paciente através do Call Center do HIAE.
- Frequência:
 - Pacientes internos: de acordo com demanda e tempo de internação;
 - Pacientes externos: são planejadas quatro sessões, podendo haver sessões extras:
 - 1ª quinzena: acompanhamento semanal (duas sessões);
 - 2ª quinzena: acompanhamento quinzenal (uma sessão);
 - 3ª quinzena: acompanhamento mensal (uma sessão).

Tratamento psicofarmacológico do tabagismo - NATE

- Procedimento:
- Pacientes internados: consultas de avaliação e tratamento a partir da solicitação em prontuário do titular. As intervenções propostas sempre serão discutidas com o médico titular do paciente.
- Pacientes ambulatoriais: consultas adaptadas à necessidade do paciente ou integração no Pacote de Tabagismo NATE (4 consultas com intervalos de 15 dias a 1 mês, mais duas consultas adicionais se necessário, sem custo adicional).