



NICE Diretrizes de tratamento de pacientes pós-IAM.

A execução da ferramenta símbolo da Diretrizes clínicas encontrado no canto inferior direito dos slides da apresentação é usada para diferenciar claramente a execução das orientações e as orientações principais recomendadas no “guideline”.

RETRATAÇÃO

Esta sequência de slides foi produzido por NICE e é um instrumento para implementação e deve ser utilizado junto orientação publicada. Estas informações não substituem o “guideline” por si mesmo.

Alterando a prática clínica

NICE Diretrizes são baseadas nas melhores evidências disponíveis.

O Ministério da Saúde pede à Instituição “NHS” a trabalhar na implementação de “guidelines”.

Conformidade com padrões em desenvolvimento será acompanhada pela Comissão Healthcare.

NICE Diretrizes clínicas destinam - se a assegurar a promoção da boa saúde e cuidados ao doente na “NHS” e são baseadas nas melhores evidências disponíveis de eficácia clínica e a relação custo x eficácia. Orientações são para ajudar os profissionais da saúde no seu trabalho, mas não substitui os seus conhecimentos e competências.

A comissão Healthcare avalia o desempenho da Instituição NHS na reunião do núcleo de desenvolvimento e padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde em "Padrões para uma melhor saúde", emitida em Julho de 2004. A implementação do “guideline” clínico NICE faz parte do desenvolvimento padrão D2. Padrão Core C5 afirma que estabeleceu diretrizes nacionais que deverão ser consideradas quando as Instituições NHS estiverem em planejamento, oferecendo cuidados.

Esta apresentação engloba:

Conhecimentos às diretrizes

Principais recomendações

Implementação das orientações

Despesas e economias

Esta apresentação expõe a necessidade de Diretrizes sobre a prevenção secundária do infarto agudo do miocárdio (IAM).

Na prática: necessidade dessa Diretriz

**Na Inglaterra,
aproximadamente
838000 homens e
394000 mulheres
tiveram IAM**



Reproduced by kind permission of Ashford and St Peter's Hospitals NHS Trust

Uma das metas nacionais do Governo é a redução das taxas de mortalidade por doença coronária e acidente vascular cerebral em pelo menos 40% até 2010. Outro objetivo consiste em combater as desigualdades nos serviços de saúde e reduzir as diferenças entre as regiões com os piores serviços de saúde e da população como um todo em 40%.

Na prática

Esta diretriz oferece melhores orientações práticas na prevenção secundária nos níveis de cuidado primário e secundário para pacientes após IAM.

Isso inclui orientações no tratamento de pacientes após IAM bem como àqueles que tiveram infarto do miocárdio no passado.

Essas Diretrizes são relevantes para:

- Serviços de cardiologia
- Doentes que tiveram IAM, seus cônjuges, familiares e outros cuidadores
- Grupos de minorias étnicas e outros grupos difíceis de alcançar
- Fisioterapeutas
- Nutricionistas
- Terapeutas ocupacionais
- Serviços de psicologia de equipe
- Cientistas do esporte

Principais recomendações

Esclarecimento do diagnóstico e orientações

Orientações sobre estilo de vida

Reabilitação cardíaca

Terapia medicamentosa

Avaliação cardiológica

As principais recomendações dividem - se em cinco áreas, que serão analisadas em partes.

Esclarecimento do diagnóstico e orientações – Resumo de alta hospitalar

Para ajudar os pacientes e seus familiares, bem como fornecer orientações objetivas aos médicos generalistas, recomenda-se que após IAM, cada resumo de alta hospitalar deve incluir a confirmação do diagnóstico de IAM, os resultados dos exames, os futuros planos de tratamento e orientações de prevenção secundária.

Esta é a principal recomendação sobre o esclarecimento do diagnóstico e orientação.

Depois do IAM, a confirmação de IAM e resultados dos exames, os futuros planos de tratamento e orientação sobre a prevenção secundária deve ser parte de qualquer resumo de alta. "(Página 6, NICE orientação)

O resumo de alta após IAM tem um papel importante no futuro tratamento específico e, como tal, ajudará a comunicação entre especialistas e generalistas nos cuidados ao paciente.

Orientações sobre estilo de vida

Pacientes devem ser orientados sobre:

- **Praticar atividade física por 20–30 minutos por dia. Pacientes que não conseguirem atingir esse tempo, devem ser orientados a aumentar seu tempo de exercício de forma progressiva.**
- **Cessar tabagismo**
- **Alimentar-se com dieta semelhante a Mediterrânea (mais pães, frutas, vegetais e peixes)**

As principais recomendações sobre estilo de vida aconselha que:

"Os pacientes devem ser aconselhados a realizar regularmente atividade física suficiente para aumentar a capacidade de exercício." (Página 6, Diretriz NICE)

"Os pacientes devem ser aconselhados a fazer atividade física durante 20-30 minutos por dia até atingir um ponto de leve dispnéia. Pacientes que não conseguirem devem ser aconselhados a aumentar progressivamente o exercício, passo-a-passo, visando aumentar sua capacidade de exercício. Eles devem começar em um nível que seja confortável, e aumentar a duração e intensidade da atividade a medida que aumentar sua capacidade física." (Página 6, NICE orientação)

"Todos os pacientes que fumam devem ser aconselhados a parar de fumar e devem ser acompanhados por um serviço de combate ao tabagismo no sentido de 'Prevenção primária, pequenas intervenções e orientações para cessação do tabagismo cuidados primários' (Diretriz NICE intervenção e saúde pública 1)' (página 6, NICE Diretriz)

'Campanhas em locais de trabalho incentivando a cessação do tabagismo' (Diretriz NICE intervenção e Saúde Pública 5) Intervenção específica para cessar tabagismo são eficazes.

As orientações da Diretriz NICE no programa de saúde pública sobre a cessação do tabagismo é uma ótima prestação de serviço e estarão disponíveis em Novembro de 2007.

A última das principais recomendações afirma que:

"Os pacientes devem ser aconselhados a alimentar-se com dieta semelhante a Mediterrânea (mais pães, frutas, legumes e peixes; menos carne; e substituir manteiga e queijo com produtos baseados em vegetais e óleos vegetais)." (Página 6, Diretriz NICE)

O tópico acima também recomenda que:

Peixe gorduroso

Os pacientes devem ser orientados a consumir pelo menos de 2 a 4 doses de peixes gordurosos por semana.

Se eles não conseguirem alcançar essa quantidade e se tiveram IAM nos últimos três meses, deverão consumir pelo menos 1 g diariamente de ômega-3-ácido etil-ester indicados para prevenção secundária pós IM por até 4 anos.

A iniciação de suplemento com ômega – ácido etil-ester não é rotineiramente recomendada para pacientes que tiveram IAM há mais de três meses. (página 8, NICE guideline)

Suplementos não são apropriados para vegetarianos.

As informações sobre as diferentes doses de óleo de peixe podem ser encontradas em www.food.gov.uk.

Reabilitação cardíaca

Os profissionais da saúde, deve promover ativamente a reabilitação cardíaca.

Reabilitação cardíaca deve ser igualmente acessível e relevante para todos os pacientes após IAM.



A principal recomendação sobre reabilitação cardíaca diz que:

“A reabilitação cardíaca deve ser igualmente acessível e relevante para todos os pacientes após um IAM, especialmente para grupos de pessoas com pouco acesso a esses serviços. Nestes grupos incluem negros e minorias étnicas, idosos, classes de baixo poder socioeconômico, mulheres, comunidades rurais e portadores de necessidades especiais (físicas e mentais).“ (Página 6, NICE orientação)

Profissionais da saúde, incluindo o grupo de médicos veteranos, que prestam cuidados a pacientes pós -IAM, devem promover ativamente a reabilitação cardíaca "(página 12, Diretriz NICE)

Componentes da reabilitação cardíaca

Reabilitação cardíaca deve incluir:

- **Educação**
- **Exercício**
- **Tratamento do estresse**

‘O programa domiciliar validado para pacientes pós-IAM é integrado pelos componentes: educação, exercício e tratamento de estresse. Uma pessoa treinada pode promover reabilitação cardíaca completa’ (como ‘The Edinburgh heart manual’; ver www.cardiacrehabilitation.org.uk/heart_manual/heartmanual.htm) (página 12. Diretriz NICE)

Educação deve incluir questões como:

- Quando voltar ao trabalho
- Diretrizes dos órgãos responsáveis pelo licenciamento de veículos e autorização de carta de motorista
- Em quanto tempo é seguro viagens de avião
- Atividade sexual
- Como usar uma escala percebida esforço para ajudar a controlar a demanda fisiológica
- Aconselhamento sobre esportes competitivos quando relevante
- Assessoria para entrar em contato com a Autoridade de Aviação Civil se o paciente possuir licença de piloto.

O componente exercício deve ser programado para satisfazer as necessidades de pacientes idosos ou pacientes com comorbidades importantes.

Terapia medicamentosa – para todos

Todos pacientes que sofreram IAM devem receber tratamento com as seguintes drogas:

- **IECA (inibidor da ECA)**
- **Aspirina**
- **Beta-bloqueadores**
- **Estatina**

Aqui estão algumas das principais recomendações sobre terapia medicamentosa.

‘Todos pacientes que sofreram IAM devem ser tratados com as seguintes drogas:

- Inibidor da ECA (enzima conversora de angiotensina) inibitor
- aspirina
- beta-bloqueadores
- estatina.

(página 7, Diretriz NICE)

Terapia medicamentosa – terapia antiagregante plaquetária

A combinação da aspirina e clopidogrel deve ser prescrita:

- por 12 meses após IAM sem supra de ST
- no mínimo por 4 semanas para pacientes que receberam dois medicamentos durante as primeiras 24 horas após IAM com supra de ST.

"O tratamento com o clopidogrel em associação com dose baixa de aspirina deve ser continuada durante 12 meses, após o mais recente episódio de síndrome coronária aguda sem supra de segmento ST. Posteriormente, o tratamento padrão, inclui apenas o tratamento com dose baixa de aspirina, a menos que haja outras indicações para continuar com dupla terapia de antiagregante plaquetário." (Página 7, Diretriz NICE)

'Após IAM com supra de segmento ST, os pacientes tratados com combinação de aspirina e clopidogrel durante as primeiras 24 horas após o evento devem continuar o mesmo tratamento durante pelo menos 4 semanas.

Posteriormente, deverá ser realizado o tratamento padrão incluindo dose baixa de aspirina, a menos que haja outras indicações para continuar com dupla terapia de antiagregante plaquetário." (Página 7, Diretriz NICE)

Para obter informações sobre o uso de clopidogrel no tratamento da síndrome coronária aguda sem supra de segmento ST, ver Diretriz NICE avaliação da tecnologia recomendação 80.

Terapia medicamentosa - antagonistas da aldosterona

Pacientes com sinais e sintomas de insuficiência cardíaca necessitam de avaliação precoce de função ventricular esquerda.

Aqueles com sintomas ou sinais de falência cardíaca e disfunção sistólica de VE devem ser medicados com antagonista de aldosterona dentro de 3–14 dias após IAM.

Estas são outras principais recomendações sobre terapia medicamentosa:

‘Para pacientes que tiveram IAM e que têm sintomas e/ ou sinais de insuficiência cardíaca e disfunção sistólica ventricular esquerda (DSVE), tratamento autorizado com antagonista da aldosterona para tratamento pós-IAM deve ser iniciado dentro de 3 a 14 dias de IM, preferencialmente depois da terapia de inibidor da ECA’ (página 7, NICE Diretriz)

Pacientes que tiveram recentemente IAM e possuem insuficiência cardíaca e disfunção sistólica ventricular esquerda, mas que já iniciaram tratamento com antagonista da aldosterona para a condição concomitante (por exemplo, insuficiência cardíaca crônica), deverão continuar com antagonista da aldosterona ou uma alternativa, autorizada para tratamento precoce pós-IAM.

Para pacientes que tiveram IM comprovados no passado e insuficiência cardíaca devido disfunção sistólica ventricular esquerda, o tratamento com um antagonista da aldosterona deverá estar em acordo com ‘Insuficiência cardíaca crônica’ (NICE diretriz clínica 5). (página 20, NICE Diretriz)

Avaliação Cardiológica

Todos pacientes devem receber avaliação cardiológica e devem ser investigados quanto à necessidade de revascularização do miocárdio.



A principal recomendação na avaliação cardiológica diz que:

‘Todos os pacientes devem receber avaliação cardiológica para se avaliar a necessidade de revascularização do miocárdio. Esta deve considerar comorbidades.’ (página 7, NICE Diretriz)

O Grupo de Desenvolvimento das Diretrizes concluiu que há evidências de eficácia da revascularização para prevenção secundária em pacientes estáveis selecionados com doença coronária não-aguda, e assim pacientes pós-IM que não foram indicados para revascularização do miocárdio durante a fase aguda de tratamento deverão ser encaminhados futuramente para avaliação cardiológica específica.

Recomendações

O “feedback” para NICE sugere que é provável que haja três áreas - chave para a implementação com êxito:

- Melhorar o acesso a serviços
- Proporcionar treinamento
- Alteração da prática de prescrição.



As novas diretrizes vigentes adotam tratamentos não farmacológicos. Isto coloca maior ênfase na reabilitação cardíaca, dieta, estilo de vida, exercícios e atenção especial dada a grupos com dificuldade de acesso.

A dedicação à reabilitação cardíaca envolve requisitos adicionais de treinamento.

Há também novas recomendações em relação às prescrições:

- Início de inibidores da ECA
- antagonistas da aldosterona na falência ventricular esquerda
- clopidogrel para pacientes que tiveram síndrome coronária aguda.

Outra nova recomendação é que todos os pacientes que tiveram IAM precisam ser avaliados para revascularização do miocárdio.

Melhorar o acesso a serviços

Todos serviços de cardiologia

Revisão e reparos nas vias de acesso desses pacientes nas unidades de tratamento para assegurar-lhes segurança de acordo com a diretriz NICE.

Incorporar os critérios para prevenção secundária de IAM nos locais de atendimento



Revisão e reparos nas vias de acesso desses pacientes para garantir que estas estão de acordo com as orientações da NICE Diretriz. Isto inclui decisão de atualização de sistemas de suporte informatizados.

Incentivar os profissionais da saúde e responsáveis pelo governo da saúde a incorporar as normas de prevenção secundária de IAM dentro das regras do modelo - ver www.nice.org.uk. Use os dados da sua instituição e envie para MINAP e NACR para acompanhar a execução das orientações. Ambos fazem parte da "Central Cardiac Audit Database".

Melhorar o acesso a serviços

Reabilitação cardíaca

Quando planejar serviços, considerar:

- Orientações da “The British Association for Cardiac Rehabilitation’s 2007”.
- O “Instrumento de justiça no atendimento à saúde” (Ministério da Saúde) e “Doenças cardíacas e sul asiáticos” (melhor guia prático da South Asian Heart Foundation, Ministério da Saúde e da British Heart Foundation), para ajudar a atender a recomendação sobre a garantia de segurança no acesso aos serviços para os grupos vulneráveis.
- Assegure - se de que os detalhes do serviço de reabilitação cardíaca da sua área estão incluídos nas bases NACR, a fim que possa ser facilmente localizado.



Considere as barreiras linguísticas e de meios alternativos de acesso à reabilitação cardíaca quando planejar o seu serviço, incluindo a necessidade de envolvimento dos defensores da saúde e líderes comunitários.

Assegure - se de que o seu serviço de reabilitação cardíaca é são fisicamente acessível à pessoas de comunidades rurais, pessoas idosas, pessoas provenientes de grupos socioeconômicos mais baixos e pessoas portadores de necessidades especiais (física e mental). Por exemplo, prestação de serviços, em centros comunitários.

Incentivar práticas locais “GP” de utilizar o seu registro “DCC” para garantir que todos os pacientes que tiveram IAM aguda MI terão acesso à reabilitação cardíaca de acordo com as orientações da NICE, e para conhecer e entender um completo programa de reabilitação cardíaca.

Assegure - se de que os detalhes do serviço de reabilitação cardíaca estão disponíveis na sua área nas bases NACR, a fim de que possam ser facilmente localizados.

Use o “Understanding NICE Guidance” e a campanha de reabilitação cardíaca da “British Heart Foundation’s” para divulgar informações entre os médicos e os pacientes. Consulte também o site da “Food Standards Agency” (www.food.gov.uk) onde discute-se com os pacientes as porções de peixes gordurosos.

Melhorar o acesso a serviços

Reforçar a comunicação

Considere o uso de um planejamento de alta e desenvolver uma estratégia para tornar este plano disponível de forma rápida.

Assegurar sistemas estão de acordo de forma que a reabilitação cardíaca seja promovido por todos os profissionais da saúde.



Revisão do sistema de comunicação para garantir a divulgação das informações entre departamentos de alta, o serviço de reabilitação cardíaca, práticas "GP" do paciente e práticas de enfermagem.

Desenvolver uma estratégia para garantir que a alta do paciente seja disponibilizada em tempo oportuno. Você pode querer usar um sistema informatizado de alta para atingir esse objetivo. Você pode também contar com a ajuda dos relatos dos pacientes.

Assegurar que os sistemas de reabilitação cardíaca em vigor, é promovido por todos os profissionais da saúde e oferecido a todos os pacientes que tiveram IAM antes da alta hospitalar.

Melhorar o acesso a serviços – programação da alta

Todas as folhas de alta pós IAM devem incluir:

- **Diagnóstico e historia das medicações usadas**
- **Aconselhamento de doses alvo a serem atingidas e monitoração de IECA e estatinas**
- **Propostas de condutas**
- **Procedimentos realizados**
- **Consultas agendadas**
- **Possíveis encaminhamentos**



Considere o uso de um modelo de plano de alta como parte do seu protocolo. Você pode incluir três tipos de informação no seu modelo. Primeiro, o diagnóstico e os detalhes de medicamentos (incluindo dosagem, datas e datas quando começar a medicação deve ser interrompida). Se o paciente não for tratado com a medicação recomendada na orientação, você deve gravar o motivo, por exemplo, "Não é tolerada". Em segundo lugar, incluir qualquer aconselhamento sobre metas de titulação e acompanhamento das estatinas e inibidores da ECA. Em terceiro lugar, delinear o plano de tratamento, incluindo a reabilitação cardíaca e quaisquer metas acordadas com o paciente, procedimentos realizados (como um ecocardiograma), o acompanhamento em consultas, e as possíveis referências (por exemplo, a um serviço de cessação ao tabagismo).

Prover treinamento

Rever necessidade de treinamento de equipes em relação com as orientações da NICE, em particular no relacionado a aconselhamento de mudanças de estilo de vida.

Incorporar diretrizes da NICE em treinamentos de capacitação profissional.



Rever a formação de equipe em relação às necessidades das orientações recomendadas em NICE, em particular as competências relacionadas aos conselhos de estilo de vida. Consulte “Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings” (breve intervenções e referência aos cuidados primários e outras configurações para cessação do tabagismo) (NICE intervenção de saúde pública orientação 1), a fim de que todos os pacientes fumantes sejam aconselhados a parar de fumar e recebam assistência de um serviço de ajudar à cessação do tabagismo de acordo com esta orientação.

Prover treinamento

Considerar entrar em contato com grupos de apoio ao cardiopata e treinamento nas diretrizes.



“The National Workforce Competence Framework” para “CHD” pode ser encontrada em: www.Skillsforhealth.org.uk

Local onde grupos de pacientes cardíacos podem ser localizados por meio da “British Heart Foundation”.

Mudando a prática da prescrição

Trabalho com direção clínica para garantir caminhos seguros recomendados no “guideline” de recomendações da prática de prescrição.

Desenvolver políticas locais saudáveis, a fim de que os suplementos de ômega 3 - ácido etil - ester não sejam rotineiramente recomendados para pacientes que tenham tido IAM há mais que 3 meses.



Assegure - se de que o percurso também inclui orientações para a gestão dos doentes com insuficiência cardíaca estabelecida.

Desenvolver sólidas políticas locais, a fim de que Ómega - 3 ácido etil ésteres suplementos não são rotineiramente recomendado para pacientes que tenham tido um MI mais de 3 meses antes. Políticas locais também devem assegurar que os doentes que tiveram um MI dentro dos últimos 3 meses e que não consomem pelo menos duas a quatro doses de peixes gordos por semana são considerados para o tratamento com pelo menos 1 g diários de Ómega - 3 ácido etílico Ésteres licenciadas para a prevenção secundária pós MI por até 4 anos

Trabalhar com a garantia clínica e assegurar cuidados após IAM inclui avaliação de LVSD após alta para pacientes com alguns sintomas e/ ou sinais de insuficiência cardíaca é permitido antagonista de aldosterona com 3 a 14 dias após o IAM. Por exemplo, considerar as mudanças analisar o impacto mudando cuidados percursos para incluir mais cedo ecocardiograma pode ter sobre os serviços

For example, consider the impact changing care pathways to include earlier echocardiograms may have on services.

Ensure that the pathway also includes guidance for management of patients with established heart failure.

Develop robust local policies so that omega 3 acid ethyl ester supplements

Mudando a prática da prescrição

Com a sua prescrição, empregue conselhos para garantir que a informação é divulgada a práticas GP e farmacêuticos utilizam pesquisas em seu trabalho.

Trabalhe com comitês locais de drogas e tratamentos e com comitês locais de prescrição para incorporar mudanças nas diretrizes em comum em formulários partilhados por cuidados primários e secundários.



Projeto de sistemas de comunicação para facilitar a informação distribuindo-na com plena confiança entre a rede de cardiologia e o Centro Nacional de Prescrição.

Use recursos fornecidos pelo Centro Nacional de Prescrição para divulgar informações e recomendações sobre prescrições.

Use os critérios da NICE para garantir que os protocolos de prescrição sejam seguidos.

Despesas e economias

Recomendações com um recurso de importante impacto	1 ano custa (1000 libras)
Ômega-3-ácido etil ésteres	7,071
Antagonistas de aldosterona	21,749
Reabilitação cardíaca	17,810
Engajamento do paciente	2,537
Avaliação para revascularização	8,521
Total de despesas correntes	57,688
Economias	
Redução de IAMs	-3,501
Redução de hospitalizações por insuficiência cardíaca	-2,433
Total de economias	-5,934

Estes são os custos nacional previstos para a implementação das recomendações do “guideline” que possui significativo recurso de impacto. O relatório de custos tem todos custos detalhados.

A economia resulta da redução de eventos de IAM, como resultado da reabilitação cardíaca e das doses de ômega 3- ácido etil-ester e redução de hospitalizações como resultado do tratamento com antagonistas da aldosterona.