

Maria Talita Bonini (bolsista), Prof^a. Dr^a. Maria Rita Donalizio Cordeiro (Orientadora DMPS/FCM), Carolina Chaccor Abujamra (HES)

FCM – UNICAMP
Financiamento: PIBIC/CNPq

Mortalidade hospitalar – Infarto agudo do miocárdio – Indicador Sentinela

Introdução

Dados sobre a mortalidade de pacientes durante ou logo após sua hospitalização podem determinar se o desempenho de um hospital tem melhorado (ou deteriorado) ao longo do tempo. A morte por IAM pode ser considerada um bom indicador de qualidade do cuidado a saúde por seu impacto na mortalidade e letalidade hospitalar. A fim de buscar melhorias na qualidade do serviço de saúde, foi criado no Hospital Estadual Sumaré (HES) em junho de 2001 o Comitê de Óbitos que se reúne mensalmente para discussão e análise da totalidade dos óbitos ocorridos. O IAM foi considerado neste hospital uma das causas prioritárias para a vigilância e investigação, trazendo subsídios para a avaliação da qualidade do cuidado a saúde.

Metodologia

Estudo descritivo retrospectivo da totalidade dos óbitos ocorridos em 2005 (476) e dos óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio (31) ocorridos em 2007 no Hospital Estadual Sumaré, revistos previamente pelo Comitê de Investigação de Óbitos do hospital. A coleta de dados de infarto agudo do miocárdio foi realizada por meio de formulário construído com base nas Diretrizes de Tratamento de Infarto Agudo do Miocárdio, de 2004, da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Para o banco de dados foi utilizado o programa Epi Info 6.04 (programas de domínio público, produzido pelo *Centers for Disease Control and Prevention* e Organização Mundial da Saúde).

Resultados e Discussão

Dados da Mortalidade Geral do HES, 2005:

Tabela 1: Distribuição dos óbitos por sexo e faixa etária, HES, 2005

| Faixa Etária | Feminino | | Masculino | | Ignorado | | Total | |
|-----------------|------------|--------------|-------------|--------------|-----------|-------------|------------|-------------|
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| <1 | 23 | 4,8% | 21 | 4,4% | 13 | 2,7% | 57 | 12,0% |
| 1-5 | 4 | 0,8% | 1 | 0,2% | 0,0% | 0,0% | 5 | 1,1% |
| 5-14 | 2 | 0,4% | 4 | 0,8% | 0,0% | 0,0% | 6 | 1,3% |
| 14-29 | 4 | 0,8% | 19 | 4,0% | 0,0% | 0,0% | 23 | 4,8% |
| 29-59 | 39 | 8,2% | 103 | 21,6% | 0,0% | 0,0% | 142 | 29,8% |
| 59-69 | 40 | 8,4% | 48 | 10,1% | 0,0% | 0,0% | 88 | 18,5% |
| >69 | 70 | 14,7% | 83 | 17,4% | 0,0% | 0,0% | 153 | 32,1% |
| Ignorado | 1 | 0,2% | 0,0% | 0,0% | 1 | 0,2% | 2 | 0,4% |
| Total | 183 | 38,4% | 279 | 58,6% | 14 | 2,9% | 476 | - |

A maioria dos casos é procedente de Sumaré 97 (20,4%) e de Hortolândia 55 (11,6%), devido à maior demanda do hospital ser proveniente destes municípios.

Como causa básica dos óbitos, classificados pelo CID-10, a maioria foi de Doenças Cardiovasculares, seguida de Conseqüências de causas externas e de Doenças do Sistema Respiratório.

Tabela 2: Distribuição dos óbitos por sexo e faixa etária, HES, 2007

| Faixa Etária (em anos) | Feminino | | Masculino | | Total | |
|------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|----------|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| até 49 | 0 | 0.0% | 2 | 10.0% | 2 | 6.5% |
| 50-59 | 0 | 0.0% | 2 | 10.0% | 2 | 6.5% |
| 60-69 | 1 | 9.1% | 9 | 45.0% | 10 | 32.3% |
| 70-79 | 6 | 54.5% | 4 | 20.0% | 10 | 32.2% |
| ≥80 | 4 | 36.4% | 3 | 15.0% | 7 | 22.6% |
| Total | 11 | 35.5% | 20 | 64.5% | 31 | - |

A média das idades dos óbitos é 69,4, sendo a mínima de 24 e a máxima de 90 anos. A mediana é 70 e o desvio padrão é de 13,69. Estes dados da estatística descritiva indicam a concentração dos óbitos entre os mais idosos, embora com grande amplitude de variação.

Tabela 3: Diagnóstico de internação dos pacientes com IAM que evoluíram para óbito, HES, 2007

| Diagnóstico de internação | nº pacientes | % pacientes |
|------------------------------------|--------------|-------------|
| IAM com supra-desnivelamento de ST | 20 | 74.1% |
| IAM sem supra-desnivelamento de ST | 5 | 18.5% |
| Angina de alto ou médio risco | 2 | 7.4% |
| Não registrado | 4 | 14.8% |
| Total | 31 | 100% |

O IAM com supra-desnivelamento de ST é o diagnóstico de maior frequência, sendo esta 4 vezes maior que a do segundo diagnóstico. Isto é coerente com a má evolução dos casos.

Tabela 4: Tempo entre sintoma e internação do paciente com IAM que evoluiu para óbito, HES, 2007

| Tempo | Tempo entre sintoma e internação | |
|----------------|----------------------------------|-------------|
| | nº pacientes | % pacientes |
| < 8h | 10 | 34.5% |
| entre 8 e 12h | 3 | 10.3% |
| entre 12 e 24h | 6 | 20.7% |
| > 24h | 10 | 34.5% |
| Não registrado | 2 | 6.45% |
| Total | 31 | 100% |

Tabela 5: Tempo entre recepção do paciente com IAM que evoluiu a óbito e realização do ECG, HES, 2007

| Tempo | Tempo entre recepção e ECG | |
|--------------|----------------------------|-------------|
| | nº pacientes | % pacientes |
| <10 min | 11 | 35.5% |
| >10 min | 12 | 38.7% |
| ignorados | 8 | 25.8% |
| Total | 31 | 100% |

Os tempos entre os primeiros sintomas e o atendimento e intervenção podem sinalizar atrasos de grande repercussão no prognóstico do paciente indicando falhas dos serviços de saúde.

Os dados da Tabela 4 indicam grande defasagem, comprometendo muitas vezes a intervenção oportuna no hospital de referência e a evolução favorável dos casos. O tempo entre a chegada do paciente e a realização do ECG é um bom indicador da presteza do serviço em avaliar os casos clínicos de maior urgência na sala de espera do Pronto Socorro. O tempo esperado máximo é de 10 minutos, portanto os dados da Tabela 5 indicam inadequação deste atendimento, o que sugere a necessidade de revisão das rotinas e fluxo de pacientes na unidade de atendimento.

Conclusão

Este foi um primeiro diagnóstico sobre o perfil epidemiológico clínico e de atendimento dos pacientes com IAM que evoluíram para óbito no HES. Estes dados trazem informações úteis na revisão do fluxo dos pacientes em um momento de implantação de um protocolo para atendimento ao IAM no hospital.

A expectativa das equipes clínicas do HES é que parte destes indicadores possa ser modificada a partir de intervenções específicas junto ao serviço de emergência do hospital. O objetivo é diminuir os tempos entre a chegada do paciente, o diagnóstico e a intervenção. Outra proposta que surgiu a partir de alguns destes resultados, é de treinamento das equipes de resgate de pacientes na microrregião. O objetivo seria diminuir o tempo entre os primeiros sintomas e o primeiro atendimento ao IAM, particularmente garantindo a chegada destes indivíduos aos serviços equipados para tratamento e condução adequada dos casos, prevenindo complicações e óbito. Um primeiro treinamento já foi organizado em abril de 2008 para médicos que trabalham em Pronto Socorros e para profissionais do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).

Perfil dos óbitos por IAM, HES, 2007:

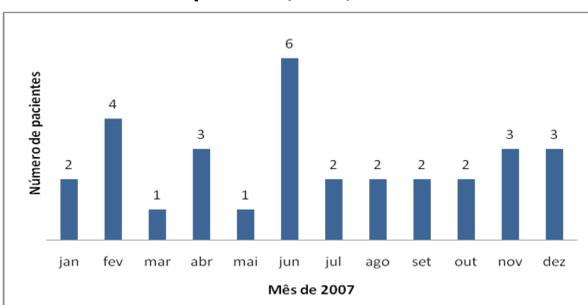


Figura 1: Distribuição mensal dos pacientes internados com evolução para óbito por IAM, HES, 2007.

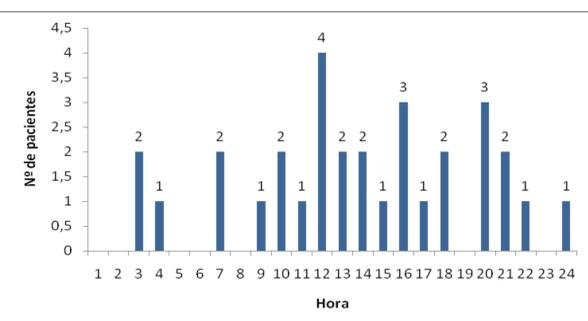


Figura 2: Distribuição dos horários de admissão no HES dos casos de IAM que evoluíram para óbito, HES, 2007.

Não se observa nenhum padrão nítido de sazonalidade entre as mortes ocorridas, entretanto há um pico de ocorrência no mês de junho. Alguns autores chamam a atenção sobre o aumento do risco de manifestações clínicas de aterotrombose em períodos de maior circulação de vírus respiratórios, como no inverno em regiões com marcada sazonalidade.

Foi identificado um pico de ocorrência às 12h. Embora os números absolutos sejam pequenos, esta concentração poderá contribuir para a investigação de suas causas junto às equipes de saúde do hospital.