



## Indicadores de Segurança do Paciente – Clínicos

Taxa de pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) para os quais foi prescrita aspirina na alta	Título
World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe – Projeto "Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals" (PATH).	Fonte
Número de pacientes com IAM em conformidade com as diretrizes sobre o uso profilático de longo prazo da aspirina, e que satisfazem os critérios de inclusão e exclusão do denominador, dividido pelo número de pacientes internados no hospital, com 15 anos de idade ou mais, com diagnóstico principal de IAM, vezes 100.	Definição
Processo	Nível Informação
Efetividade clínica; segurança	Dimensão da Qualidade
Número de pacientes com IAM em conformidade com as diretrizes sobre o uso profilático de longo prazo da aspirina, e que satisfazem os critérios de inclusão e exclusão do denominador.	Numerador
Número de pacientes internados no hospital, com 15 anos de idade ou mais, com diagnóstico principal de IAM (CID-10: I21, I22). <b>Exclusões:</b> - transferido para outro hospital; - alergia à aspirina; - não deu o consentimento informado para tratamento com aspirina; - deixou o hospital contra o conselho médico; - óbito.	Denominador
* Diretriz mencionada na Ficha Original do Indicador: Cooper A, Skinner J, Nherera L, Feder G, Ritchie G, Kathoria M, Turnbull N, Shaw G, MacDermott K, Minhas R, Packham C, Squires H, Thomson D, Timmis A, Walsh J, Williams H, White A (2007). Clinical Guidelines and Evidence Review for Post Myocardial Infarction: Secondary prevention in primary and secondary care for patients following a myocardial infarction London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners. Disponível em: <a href="http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG48FullGuideline.pdf">http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG48FullGuideline.pdf</a>	Definição de Termos



<p>Uma meta-análise de estudos controlados e randomizados sobre terapia antiplaquetária a longo prazo, em 20.006 pacientes de alto risco (Baigent et al., 2002) mostrou que o tratamento resultou em um número significativamente menor de eventos vasculares graves e mortes. A baixa utilização da aspirina como medicamento profilático no acidente vascular cerebral (Ingeman et al., 2008) ocorre em até 50% dos pacientes e a subutilização mostra grandes variações entre os hospitais no cumprimento das diretrizes. Este achado sugere que há espaço para melhorias também para os pacientes com IAM.</p> <p>Embora a coleta prospectiva de dados seja trabalhosa, ela demonstra ter um grande potencial para aumentar a conscientização sobre a questão e para a melhoria da qualidade. Fazendo uma analogia com a experiência do PATH com o indicador sobre o uso profilático de antibióticos em conformidade com diretrizes, conclui-se que este tipo de medida chama a atenção para a necessidade de cumprimento das diretrizes da prática clínica. Assume-se a premissa de que anteriormente à coleta de dados, as diretrizes são amplamente divulgadas no hospital.</p>	Racionalidade
	Ajuste de Risco
	Estratificação
<p>A coleta prospectiva de dados deve ocorrer em pelo menos dois períodos de tempo em um ano (por exemplo, fevereiro e outubro). O número mínimo de casos é de 30 por período. A coleta deve ser repetida pelo menos a cada seis meses para estimular e sensibilizar o cumprimento das orientações para a melhoria contínua.</p> <p>A melhora é observada como um aumento na taxa de adesão. Uma taxa de conformidade próxima a 100% deve ser buscada. Variações entre os diferentes hospitais podem ser causadas por diferentes incentivos financeiros para o uso da aspirina, diferenças na autonomia dos hospitais para a solicitação de medicamentos e diferenças na eficácia da disseminação das diretrizes clínicas (Grimshaw et al., 2004). Os profissionais que prescrevem aspirina na alta podem incluir médicos, enfermeiros, farmacêuticos e pessoal de apoio da unidade de enfermagem. Várias oportunidades podem existir em qualquer uma dessas áreas que podem gerar melhorias concretas.</p> <p>O percentual de internações com dados inexistente/ incompletos deve ser monitorada para avaliação da qualidade dos dados.</p>	Interpretação
Prontuários dos pacientes	Fonte de Dados
1. Baigent C, Sudlow C, Collins R, Peto R. Collaborative meta-analysis of randomized trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. Br Med J 2002;	Bibliografia



324(7329):71-86.

2. Ingeman A, Pedersen I., Hundborg, H. H. , Petersen, P., Zielke,P., Mainz,J., Bartels,P. and Johnsen S.P. Quality of Care and Mortality among Patients with Stroke: A Nationwide Follow-up Study. Medical Care 2008;46: 63-69.

3. Grimshaw JM , Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay C, Vale L et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technology Assessment. 2004; 8(6).

4. Veillard J, Champagne F, Klazinga N, et al. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. Int J Qual Health Care. 2005 Dec;17(6):487-96. Epub 2005 Sep 9.

5. WHO Regional Office for Europe. Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals. Indicators descriptions sheets 09/10. December 2009.

6. VIANNA, Carolina Avila; GONZÁLEZ, David Alejandro; MATIJASEVICH, Alicia. Utilização de ácido acetilsalicílico (AAS) na prevenção de doenças cardiovasculares: um estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(6):1122-1132, jun, 2012.

7. MARQUES, A.C. et al. Atualização e enfoque em operações vasculares arteriais da II Diretriz de Avaliação Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bras. Cardiol. vol.101 no.4 supl.2 São Paulo Oct. 2013.