



Indicadores de Segurança do Paciente – Clínicos

Taxa de mortalidade hospitalar por acidente vascular encefálico (AVE) no período de 30 dias após a internação (no mesmo hospital)	Título
World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe – Projeto "Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals" (PATH).	Fonte
Número de óbitos hospitalares que ocorreram no período de 30 dias após a internação inicial aguda (no mesmo hospital), dentre os casos identificados no denominador, dividido pelo número de pacientes internados, com 15 anos ou mais, com diagnóstico principal de AVE (inclui AVE isquêmico e hemorrágico), vezes 100.	Definição
Resultado	Nível Informação
Efetividade clínica; segurança	Dimensão da Qualidade
Número de óbitos hospitalares que ocorreram no período de 30 dias após a internação inicial aguda (no mesmo hospital), dentre os casos identificados no denominador.	Numerador
Todos os pacientes internados, com 15 anos ou mais, com diagnóstico principal de AVE (inclui AVE isquêmico e hemorrágico). CID-10: I61, I62, I63, e I64.	Denominador
Todos os pacientes são incluídos, sejam pacientes transferidos ou não. Além disso, três indicadores são computados e relatados simultaneamente em subamostras: <ul style="list-style-type: none">- Pacientes não transferidos de/para outro hospital;- Pacientes transferidos para outro hospital;- Pacientes transferidos de outro hospital. Esses subindicadores (taxa de mortalidade em pacientes não transferidos, em pacientes transferidos de/para outro hospital) podem trazer informações adicionais e ser incluídos nos relatórios. Da mesma forma, pode ser muito útil saber que porcentagem de	Definição de Termos



<p>pacientes pertence a essas subamostras. Também é possível analisar se as transferências foram feitas de ou para: casa/casa de repouso/hospital de reabilitação/hospital de atendimento agudo/outro.</p> <p>Para a análise dos indicadores e uma melhor compreensão das variações, sugere-se medir também a taxa de mortalidade em 24h ou 48h e a duração da internação (da internação inicial, em caso de reinternação).</p>	
<p>O AVE é a terceira causa mais comum de morte e incapacidade em países industrializados. A mortalidade de pacientes com AVE representa um desfecho significativo, potencialmente relacionado à qualidade do cuidado. Este indicador baseado em taxas identifica um desfecho indesejável do cuidado. Taxas elevadas ao longo do tempo justificam investigações sobre a qualidade do cuidado oferecido. A literatura demonstra relações claras entre processos e procedimentos clínicos, e mortalidade, isto é, a mortalidade é uma medida da boa prática clínica. Este indicador pode ser usado, até certo ponto, para monitorar o efeito de ações de melhoria da qualidade.</p> <p>Estudos internacionais revelam amplas variações na mortalidade intra-hospitalar por AVE entre distintos países e dentro de cada país. Dados do Registro de AVEs Polônês revelam uma variação de 8 a 36% na mortalidade intra-hospitalar; além disso, um grupo de estudos europeu encontrou uma variação de 17 a 56% na mortalidade em três meses segundo o país, e dados do <i>International Stroke Trial</i> sugerem uma variação de 18 a 28% na mortalidade em seis meses. As razões para as variações na mortalidade intra-hospitalar estão relacionadas a diferenças de confirmação de casos e <i>mix</i> de casos, mas refletem, em grande medida, práticas locais: os hospitais podem atrair tipos diferentes de pacientes ou possuir diferentes procedimentos para a internação e alta de pacientes.</p> <p>O AVC é classificado em dois grupos: AVC isquêmico (AVCi) e o AVC hemorrágico. No Brasil, o AVCi representa, segundo diferentes estatísticas, entre 53% a 85% dos casos de AVC. A mortalidade hospitalar por AVCi até 30 dias é uma das medidas usualmente utilizadas para comparar a qualidade e do cuidado, isto é, de sua efetividade. O cuidado na fase aguda deve ser efetivo para “impedir a morte do tecido cerebral. Para que o cuidado ao AVCi seja efetivo, é necessário um conjunto mínimo de tecnologias disponíveis no tempo correto, como a realização da tomografia computadorizada idealmente dentro de até quatro horas e meia após o início dos sintomas”. Além de cuidado adequado, fatores como idade, sexo, estado socioeconômico, gravidade do AVC e comorbidades influenciam o resultado do tratamento do AVCi, bem como outros relacionados ao “volume de atendimento do hospital, a existência de unidade de cuidado intensivo especializada e outras</p>	<p>Racionalidade</p>



intervenções”. Estudo nacional aponta taxa de mortalidade bruta foi 34,3%, e taxa ajustada de 31,2% (ROLIM; MARTINS, 2011).	
<p>O grau de complexidade do ajuste de risco deve ser decidido localmente com base em dados disponíveis e no tamanho da amostra.</p> <p>Idade e sexo;</p> <p>Comorbidades: diabetes, hipertensão, doença cardíaca isquêmica, insuficiência cardíaca, pneumonia, infecções relacionadas a cateteres urinários, úlcera por pressão ou outras doenças presentes no momento da internação;</p> <p>Gravidade do AVE.</p>	Ajuste de Risco
<p>AVE isquêmico/hemorragico;</p> <p>Idade e sexo;</p> <p>Gravidade do AVE.</p>	Estratificação
<p>A melhoria é notada como uma diminuição na taxa. Taxas muito baixas podem indicar altas hospitalares ou transferências precoces ou ausência de registro dos óbitos em ambientes de emergência (e sem reinternação para o hospital), em vez de cuidados de alta qualidade.</p> <p>A taxa é amplamente afetada por procedimentos de ajustes de risco, pela temporalidade e pela inclusão ou não de mortes após a alta. De modo geral, a confiabilidade depende do tamanho da população de pacientes (ao nível da unidade) e da qualidade do processo de codificação em bancos de dados administrativos.</p> <p><i>É necessário que haja um identificador único de pacientes para possibilitar o rastreamento de óbitos depois que o paciente recebeu alta e foi reinternado no mesmo hospital.</i></p> <p><i>Caso não haja um identificador único de pacientes, deve ser usada uma definição alternativa:</i></p> <p><i>- Mortalidade no hospital durante o episódio inicial de cuidado.</i></p> <p><i>Indicador opcional complementar (caso o banco de dados do hospital esteja linkado ao registro de óbitos): mortalidade em 30 dias (dentro do hospital <u>ou em qualquer outro ambiente de cuidado ou em casa</u>).</i></p> <p>Antes da implementação do indicador, os hospitais devem concordar quanto a alguns critérios específicos, para a comparação de resultados, com base na tecnologia disponível no hospital (por exemplo, a existência de uma Unidade de AVE) ou em outros fatores estruturais.</p>	Interpretação



<p>As seguintes questões de qualidade específicas e fundamentais devem ser abordadas (por exemplo, por revisão de prontuários) em unidades de alta mortalidade (valores totais absolutos acima de 15% ou mais de 2 desvios-padrão acima da média do grupo de pares):</p> <ul style="list-style-type: none">- Tomografia Computadorizada (TC) precoce para estabelecer o diagnóstico e a classificação do AVE;- Abordagem por equipe multidisciplinar em unidades de cuidados especializados (unidades de AVE);- Monitoramento e tratamento adequado da fibrilação atrial, inclusive anticoagulação;- Administração oportuna — nas primeiras 24 horas de internação — e adequada de antiagregante plaquetário oral;- Início precoce — nos primeiros 2 dias — da reabilitação;- Frequência de complicações que refletem a qualidade da enfermagem e da reabilitação: pneumonia, infecções relacionadas a cateteres urinários, úlcera de pressão;- Profissionais de enfermagem e terapeutas.	
Dados administrativos hospitalares; prontuários	Fonte de Dados
<ol style="list-style-type: none">1. 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: 63-69.2. Ryglewicz, D., Milewska, D., Lechowicz, W et al. Factors predicting early stroke fatality in Poland. Neurological Sciences 24: 301-304, 2003.3. Saposnik G et al. Variables associated with 7-day, 30-day and 1-year mortality of stroke. http://OECD.org (Health at a glance, technical manuals).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. Weir NU, Sandercock PAG, Lewis SC, Signorini DF, Warlow CP. Variations between countries in outcome after stroke in the International Stroke Trial (IST). Stroke 32: 1370-1377, 2001.6. WHO Regional Office for Europe. Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals. Indicators descriptions sheets 09/10. December 2009.7. Wolfe CDA, Tilling, K, Beech R et al. & European Study of	Bibliografia



Stroke Care Group. Variations in case fatality and dependency from stroke in Western and Central Europe. Stroke 30: 350-356, 1999.

8.MARTINS, Sheila Cristina Ouriques et al. Diretrizes para o tratamento do acidente vascular cerebral isquêmico – Parte II: tratamento do acidente vascular. Arq. Neuro-Psiquiatr. vol.70 no.11 São Paulo Nov. 2012.

9.MEDEIROS, Camila Andrade Mendes et al. Perímetro cervical, uma medida à beira do leito relacionada com a mortalidade no acidente vascular cerebral isquêmico. Rev. Assoc. Med. Bras. vol.57 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2011.

10.PEREIRA, Ana Beatriz Calmon N. da G. et al. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(9):1929-1936, set, 2009.

11.ROLIM, Cristina Lúcia Rocha Cubas; MARTINS, Monica. Qualidade do cuidado ao acidente vascular cerebral isquêmico no SUS. Cad. Saúde Pública vol.27 no.11 Rio de Janeiro Nov. 2011.

12.OLIVEIRA-FILHO, Jamary et al. Diretrizes para tratamento do acidente vascular isquêmico - parte I. Arq. Neuro-Psiquiatr. vol.70 no.8 São Paulo Aug. 2012.

