

Tendências na taxa de letalidade intra-hospitalar por enfarte agudo do miocárdio em Portugal no período 2000-2011

Mariana Neto ¹, Carlos Matias Dias ¹, Baltazar Nunes ¹,
José Calheiros ²

mariana.neto@insa.min-saude.pt

(1) Departamento de Epidemiologia, INSA.

(2) Conselho Diretivo, INSA.

Introdução

As doenças do aparelho circulatório constituem a principal causa de morte em Portugal ⁽¹⁾, sendo o acidente vascular cerebral e a doença isquémica cardíaca (DIC) as suas manifestações mais frequentes.

O enfarte agudo do miocárdio (EAM) é uma forma clínica de DIC que tem vindo a beneficiar do desenvolvimento e aplicação de medidas terapêuticas cada vez mais eficazes que permitem uma sobrevivência aumentada e com qualidade de vida.

Por outro lado, dispomos hoje em dia de conhecimentos que permitem desenvolver medidas de prevenção secundária dirigidas ao diagnóstico precoce, medidas de prevenção primária dirigidas a fatores de risco, como a hipertensão arterial e o colesterol elevados, e a adoção de estilos de vida favoráveis à saúde (promoção da atividade física, abstenção de fumar, consumo moderado de álcool e outros).

Em Portugal, foram implementadas medidas específicas destinadas a limitar a exposição a dois destes fatores de risco - a entrada em vigor da lei de prevenção e controlo do consumo do tabaco e suas consequências ⁽²⁾, em 2007, e a limitação do teor de sal no pão em 2010 ⁽³⁾.

Por outro lado, desde 2007, através do programa da "Via Verde Coronária" (VVC), que se pretende "promover a melhoria da acessibilidade ao atendimento de situações críticas, o mais atempadamente possível, no local mais adequado, com recursos e tecnologia especializada para o melhor tratamento".

Este estudo tem por objetivo analisar a letalidade por EAM ocorrida em contexto hospitalar em Portugal Continental no período 2000 a 2011, e interpretar o possível impacto das medidas anteriormente mencionadas, num contexto de diminuição mantida das taxas de mortalidade por esta causa ⁽⁴⁾.

Materiais e métodos

Estudo ecológico de séries temporais com base nos dados extraídos da base de dados anonimizada dos Grupos de Diagnóstico Homogêneos (GDH) relativos a todos os casos de internamento registados no período 2000-2011 com: 1) enfarte agudo do miocárdio (EAM) como diagnóstico principal de alta (Código CID-9 – 41xxx); 2) a partir dos quais foram identificados os casos de óbito por EAM e 3) os casos de EAM com, pelo menos, um internamento hospitalar ⁽⁵⁾.

Procedeu-se ao cálculo das taxas brutas de letalidade intra-hospitalar e à respetiva padronização para a idade nos óbitos com 25 e mais anos de idade (método direto, população padrão europeia). Calcularam-se as respetivas tendências lineares e projeções para o período 2008-2011.

Resultados

Entre 2000 e 2011 foram registados nos hospitais públicos de Portugal continental que utilizam a classificação GDH 141 615 internamentos por EAM, correspondentes a 120 605 doentes.

A proporção de homens internados era de 65% (n=78747) e a de mulheres internadas de 34,7% (n=41857). A idade média à data do internamento era de 67,8 anos (64,7 nos homens e 73,7 nas mulheres).

Nesta população ocorreram 16 013 óbitos por EAM em ambiente hospitalar durante o período considerado, sendo 52,6% (n=8429) em homens e 47,4 (n=7584) em mulheres, com idade média à data do óbito de 74 anos (mediana 76 anos) e 79 anos (mediana 80 anos), respetivamente.

A taxa bruta de letalidade intra-hospitalar evidencia uma diminuição acentuada das taxas, sendo mais evidente nas mulheres, que revelam valores iniciais também mais elevados que os homens (Gráfico 1).

Após padronização das taxas pelo método direto, verifica-se que a diminuição da letalidade é semelhante em ambos sexos, mantendo-se, de forma consistente, os valores mais elevados no sexo feminino (Tabela 1).

O cálculo da tendência e projeção para o período 2008-2011, permite observar uma inversão da tendência durante este período, verificada sobretudo no sexo feminino.

Estratificando por idade, verificou-se que a diferença entre as taxas padronizadas projetadas e observadas era mais acentuada nos grupos de mulheres mais jovens (25-54 anos) e de meia-idade (55-74), não se registando alterações taxas do grupo com idade igual ou superior a 75 anos (Gráfico 2).

artigos breves_ n. 1

Gráfico 1: Taxa bruta de letalidade intra-hospitalar por enfarte agudo do miocárdio no período 2000-2011.

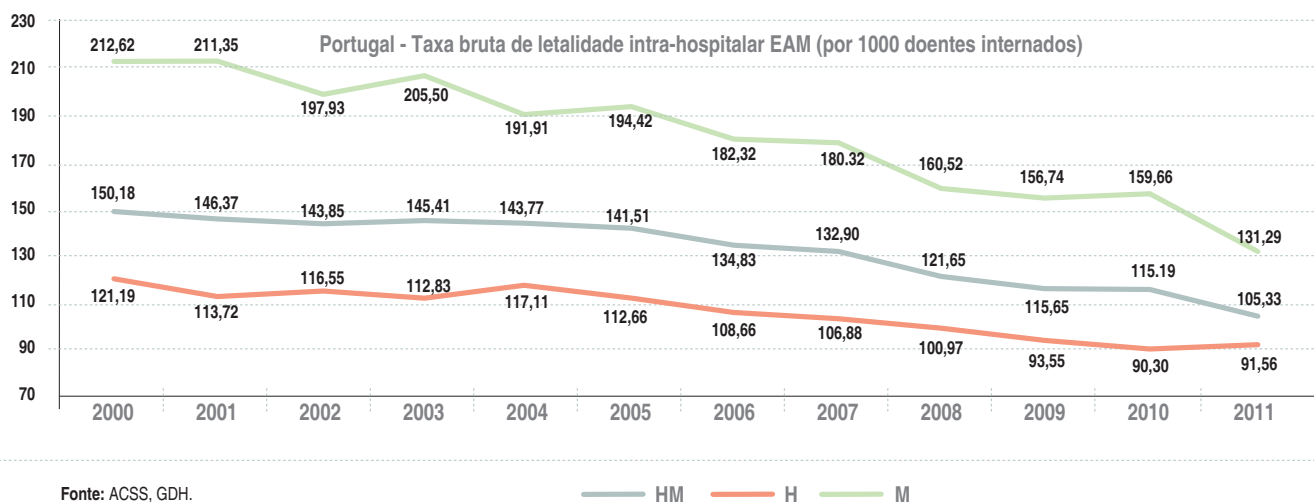
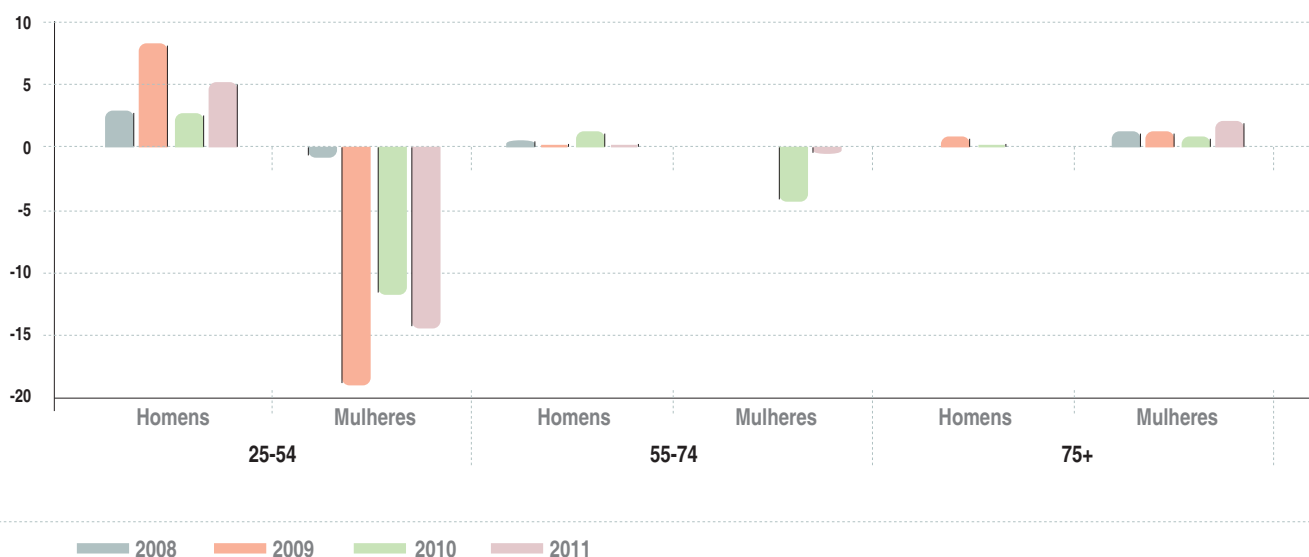


Tabela 1: Portugal-Taxa padronizada de letalidade intra-hospitalar por EAM e projeções para 2008-2011 (25 e mais anos) por 1000 doentes internados.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Total	47,13	41,55	46,36	42,96	38,55	46,00	32,90	30,83	32,11	28,79	34,90	28,76
Projeção									32,06	30,12	28,18	26,25
Diferença									-0,05	1,33	-6,71	-2,52
Homens	44,91	35,67	43,99	37,74	36,56	43,30	32,01	35,61	30,99	24,20	27,87	25,49
Projeção									34,08	33,05	32,02	30,99
Diferença									3,09	8,85	4,16	5,50
Mulheres	55,30	66,55	55,75	54,72	44,34	53,19	34,57	37,16	33,79	47,88	41,48	35,74
Projeção									33,86	30,23	26,60	22,97
Diferença									0,07	-17,65	-14,88	-12,77

Gráfico 1: Taxa bruta de letalidade intra-hospitalar por enfarte agudo do miocárdio no período 2000-2011.



artigos breves_ n. 1

Discussão e conclusões

Da análise dos dados podemos concluir que ocorreu uma diminuição importante na letalidade intra-hospitalar por EAM no período considerado.

Esta diminuição poderá indiciar uma melhoria substancial na qualidade dos cuidados prestados em meio hospitalar, bem como da eficácia ou otimização dos meios terapêuticos disponíveis, mas também poderá estar associada a um melhor controlo dos fatores de risco a montante, à melhoria da assistência pré-hospitalar ou à ação conjunta destes mecanismos.

De forma semelhante ao observado por Silva e Gouveia ⁽⁶⁾ para a Via Verde AVC, não verificámos alterações que possam ser atribuídas, de forma inequívoca, ao impacto de medidas tais como a VVC ou a lei de controlo do consumo do tabaco, mas admitimos que o tempo decorrido para efeitos de estudo pode não ter sido suficiente para evidenciar esse efeito. Para tal, alargar o tempo de observação e conjugar com outros tipos de análise, tais como o comportamento da letalidade hospitalar nas primeiras 24 horas de internamento ou proceder a uma análise conjunta com a mortalidade por EAM durante o período considerado, poderão ser estratégias a seguir ⁽⁴⁾.

A observação de uma taxa de letalidade intra-hospitalar consistentemente mais elevada nas mulheres foi também detetada em outros estudos ⁽⁷⁾, sendo referido que tal se poderá dever ao facto de o diagnóstico ser mais difícil nestes casos por se tratarem, em geral, de doentes de idade mais avançada. Com efeito, observou-se que a idade média foi mais elevada nas mulheres e admite-se que os sintomas sejam menos evidentes nestes casos, dificultando ou atrasando o diagnóstico e transporte para o hospital, ou condicionando a aplicação de medidas terapêuticas mais agressivas.

Mas a inversão da tendência verificada nos últimos anos do período em análise, induzida por alterações da mortalidade intra-hospitalar causada por óbitos em mulheres jovens (25-54 anos) e de meia-idade (55-74) sugere outros mecanismos envolvidos, para além da idade, que podem estar relacionados com os hábitos tabágicos, outros comportamentos aditivos ou a toma de medicação contraceptiva. Esta situação deverá ser melhor esclarecida mediante monitorização e investigação adicional.

A fonte de informação (GDH) tem sido usada em estudos nacionais e internacionais semelhantes ^(8,9). Esta fonte foi desenvolvida para finalidades administrativas e baseia-se nos registos do processo hospitalar e inter-hospitalar de prestação de cuidados, o que dificulta a sua utilização, além de eventuais erros de registo e transcrição de informação. A consideração do número de doentes internados ao invés do número de internamentos por EAM é uma outra limitação do presente estudo.

Referências bibliográficas:

- (1) Direção-Geral da Saúde. Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2008. [Em linha]. Lisboa, DGS, 2010. [consult. 7-11-2013]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013685.pdf>
- (2) Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto. Normas para a proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo. [Em linha]. DR 1.ª série, n.º 156: 5277-85. [consult. 7-11-2013]. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2007/08/15600/0527705285.pdf>
- (3) Lei n.º 75/2009, de 12 de agosto. Normas com vista à redução do teor de sal no pão bem como informação na rotulagem de alimentos embalados destinados ao consumo humano. [Em linha]. DR 1.ª série, n.º 155: 5225-26. [consult. 7-11-2013]. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1s/2009/08/15500/0522505226.pdf>
- (4) Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, Direção de Serviços de Informação e Análise. Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2013. [Em linha]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2013. [consult. 7-11-2013]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-2013.aspx>
- (5) Administração Central do Sistema de Saúde. Sistema de Classificação de Doentes em Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH) : Informação de Retorno - Nacional - Ano 2006 [Em linha]. Lisboa: ACSS, 2007. [consult. 7-11-2013]. Disponível em: http://portalcodgdh.min-saude.pt/images/4/46/Nacional_RR2006.pdf
- (6) Silva S, Gouveia M. Program "Via Verde" do AVC: analysis of the impact on stroke mortality. Rev Port Sau Pub. 2012;30(2):172-79.
- (7) Nazzari C, Alonso FT. Incidence and case fatality due to acute myocardial infarction in Chile in the period 2001-2007. [Em linha]. Rev Med Chil. 2011;139(10):1253-60. [consult. 7-11-2013]. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n10/art02.pdf>
- (8) Insam C, Paccaud F, Marques-Vidal P. Trends in hospital discharges, management and in-hospital mortality from acute myocardial infarction in Switzerland between 1998 and 2008. [Em linha]. BMC Public Health. 2013;13:270. [consult. 7-7-2013]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/270>
- (9) Jensen PH, Webster E, Witt J. Hospital type and patient outcomes: an empirical examination using AMI readmissions and mortality records. Health Econ. 2009;18(12):1440-60.