

Mortalidade intra-hospitalar após infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral

As doenças isquêmicas do coração e os derrames foram as duas principais causas de morte na América Latina. Essas doenças acarretam custos significativos de saúde, econômicos, sociais e não financeiros associados tanto à mortalidade quanto às incapacidades persistentes sofridas por muitos sobreviventes. A qualidade do tratamento após o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC) avançou muito nas últimas décadas, graças, em parte, à introdução de novas tecnologias, como medicamentos para baixar o colesterol e a pressão arterial, trombólise e angioplastia (OECD, 2015^[1]). A taxa de mortalidade por caso de IAM e AVC é uma medida útil da qualidade do atendimento agudo. Ela reflete processos de atendimento, como intervenções médicas eficazes, incluindo trombólise precoce, angioplastia, tratamento com aspirina e transporte oportuno dos pacientes.

Em comparação com a média da OCDE (6,9%), a letalidade hospitalar padronizada por idade e sexo do IAM dentro de 30 dias da admissão foi relatada como baixa na Colômbia (5,6%) e mais alta no México (27,5%) (Figura 7.4). -Para o AVC isquêmico, as taxas mais baixas de letalidade foram relatadas na Costa Rica (6,7%) e no Brasil (11,7%), abaixo da média da OCDE de 12,3%. O Chile registrou a taxa mais alta, de 15,2%, enquanto a Colômbia também ficou acima da média da OCDE (Figura 7.5).

As taxas de mortalidade do AVC hemorrágico são mais altas do que as do AVC isquêmico, mas em 2021 os países que obtiveram melhor sobrevida para um tipo não necessariamente tiveram um bom desempenho no outro. A Costa Rica lidera a região com uma taxa de 8,1%, menor que a média da OCDE de 22,2%. A Colômbia (15,6%) e o Chile (16,3%) têm taxas inferiores à média da OCDE. O México registrou uma taxa de 29,9% em 2017 (Figura 7.6).

Apenas cinco países da região puderam fornecer esse tipo de dados sobre a qualidade do atendimento. Isso é menos do que na edição anterior *Panorama da Saúde: América Latina e Caribe*. A criação de indicadores de qualidade de atendimento precisos e comparáveis é uma capacidade essencial para melhorar o desempenho do sistema. Devem ser envidados maiores esforços para desenvolver uma infraestrutura adequada de informações sobre o sistema de saúde, juntamente com o desenvolvimento de capacidades para produzir e usar as informações de desempenho.

Embora os países da América Latina e do Caribe tenham feito esforços importantes na promoção de estilos de vida mais saudáveis, é preciso dar mais atenção à melhoria da qualidade do atendimento prestado aos pacientes. Por exemplo, políticas de atenção primária integral em conformidade com as diretrizes recomendadas e financeiramente acessível a todos, são fundamentais. Essas políticas precisam ser apoiadas por estruturas nacionais para melhorar a qualidade do atendimento agudo para DCV, juntamente com padrões para a medição e a melhoria contínua da qualidade dos serviços de emergência e da atenção hospitalar (OECD, 2015^[1]).

Definição e comparabilidade

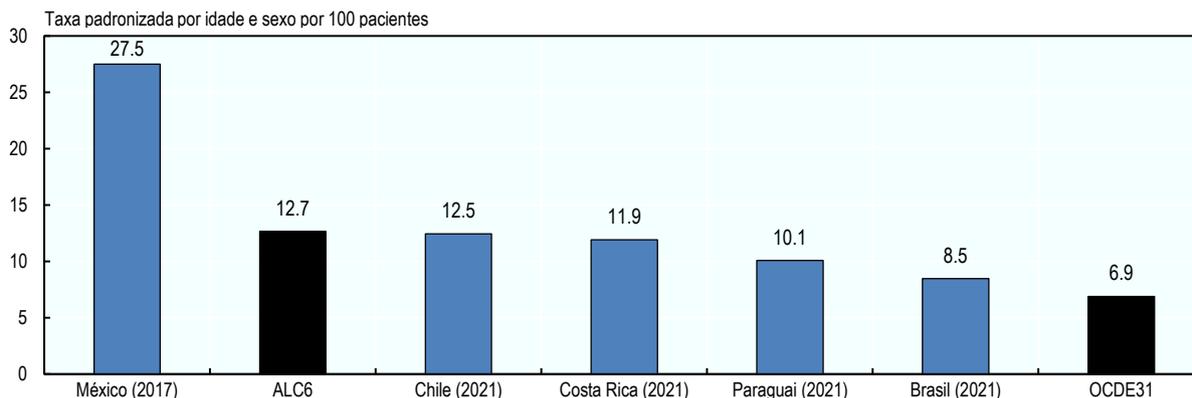
A taxa de mortalidade intra-hospitalar após IAM, AVC isquêmico e hemorrágico é definida como o número de pessoas que morrem no prazo de 30 dias após serem admitidas no hospital, entre 100 pacientes admitidos no hospital com essas condições. Esse indicador baseia-se em admissões hospitalares únicas e restringe-se à mortalidade dentro do mesmo hospital; diferenças nas práticas de alta e transferência de pacientes podem influenciar os resultados. As taxas padronizadas se ajustam às diferenças de idade (45 anos ou mais) e sexo e facilitam comparações internacionais mais significativas.

Os dados apresentados aqui não levam em conta os pacientes que são transferidos para outros hospitais durante o atendimento ou refletem os pacientes que morreram fora dos hospitais no prazo de 30 dias. Usando um identificador exclusivo de paciente, os dados do paciente podem ser vinculados entre hospitais e com registros de óbitos para gerar indicadores mais robustos para monitoramento nacional e comparação internacional. Atualmente, pouquíssimos países da América Latina e do Caribe podem rastrear pacientes dessa forma e, portanto, essa forma de indicador não é mostrada aqui.

Referências

OECD (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264233010-en>. [1]

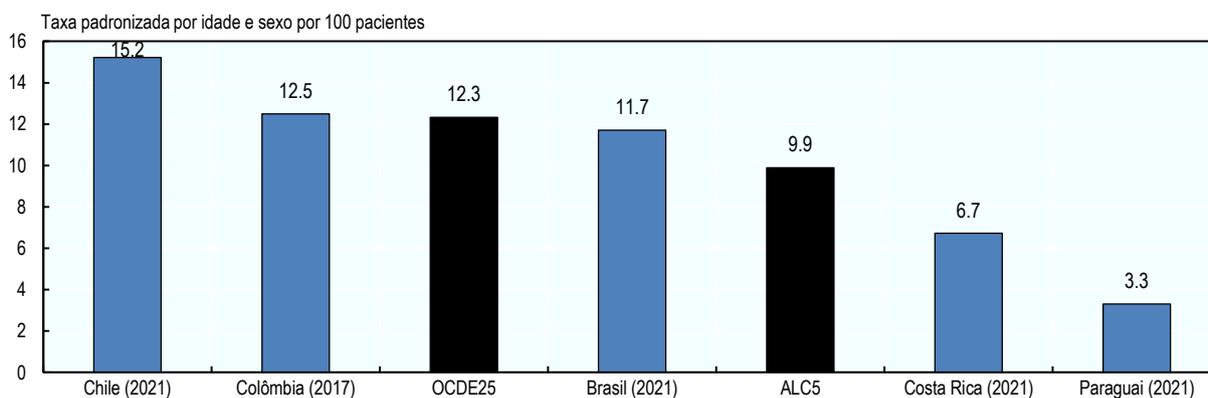
Figura 7.4. Taxas de fatalidade intra-hospitalária em 30 dias após a admissão por IAM, pacientes com 45 anos ou mais, 2021 (ou ano mais próximo)



Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE 2020 e fontes de dados nacionais.

StatLink <https://stat.link/sp5gkq>

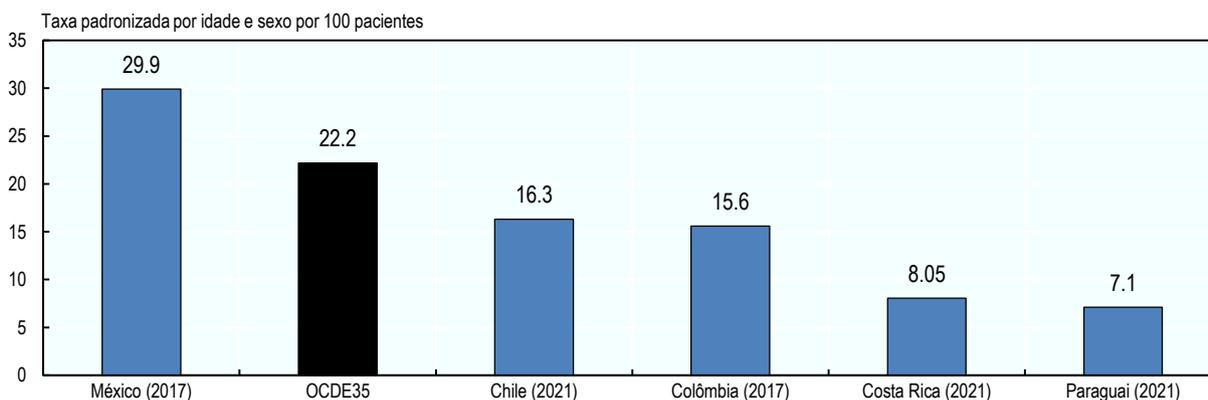
Figura 7.5. Taxas de fatalidade intra-hospitalária dentro de 30 dias após a admissão por AVC isquêmico, pacientes com 45 anos de idade ou mais, 2021 (ou ano mais próximo)



Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE 2020 e fontes de dados nacionais.

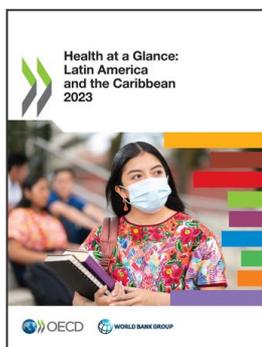
StatLink <https://stat.link/rj2p7>

Figura 7.6. Taxas de fatalidade intra-hospitalária dentro de 30 dias após a admissão por AVC hemorrágico, pacientes com 45 anos de idade ou mais, 2021 (ou ano mais próximo)



Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE 2020 e fontes de dados nacionais.

StatLink <https://stat.link/fh56v7>



From:
Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023

Access the complete publication at:

<https://doi.org/10.1787/532b0e2d-en>

Please cite this chapter as:

OECD/The World Bank (2023), “Mortalidade intra-hospitalar após infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral”, in *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023*, OECD Publishing, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/3a1d8f99-pt>

This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area. Extracts from publications may be subject to additional disclaimers, which are set out in the complete version of the publication, available at the link provided.

The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at <http://www.oecd.org/termsandconditions>.