

ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS

Casuística Segundo a Base de Dados Hospitalar

J. P. KEATING

Serviço de Medicina Interna. Hospital Distrital de Amarante. Amarante

RESUMO

Sentindo que a imprecisão nos registos clínicos é regra mais que excepção, o A. analisa a base de dados do Hospital Distrital de Amarante (HDA) centrando a atenção nos doentes internados com acidente vascular cerebral (AVC) no serviço de Medicina Interna durante os anos de 1990, 1991 e 1992. A intenção é abordar o actual sistema informático de registo dos hospitais como fonte de informação para estudos de âmbito clínico e, simultaneamente, conhecer a casuística do serviço e contribuir para o conhecimento epidemiológico da população que o hospital serve. Neste serviço, 24% dos doentes internados tinham acidente vascular cerebral recente ou antigo. Globalmente, a doença atingiu de igual modo os dois sexos mas mais tarde o sexo feminino. A mortalidade foi maior nos doentes com AVC (17%) que nos sem AVC (9%) e maior no sexo feminino (19%) que no masculino (15%). As intercorrências na comunidade foram causa de internamento em 26% dos doentes com AVC, foram sobretudo doenças respiratórias, metabólicas e urinárias e parecem ter sido mais graves no sexo masculino. A mortalidade nas intercorrências (19%) só foi ultrapassada pela mortalidade nos acidentes hemorrágicos (22%). O A. analisa e discute as instâncias de erro na elaboração da base de dados e expõe as suas conclusões.

SUMMARY

Cerebral Vascular Accidents Casuistics according to the hospital data base

Perceiving that inaccuracy of clinical records is the rule rather than the exception, the author examines the data base of the Amarante Regional Hospital with particular relevance to the patients who were hospitalised with cerebral vascular accident (CVA) in the Department of Internal Medicine during 1990, 1991 and 1992. The objective is to view the existing computerised hospital database as a source of information for future studies within the clinical field and, at the same time, to be aware of the department's casuistry and to contribute to the epidemiological understanding of the population who lives in the area of influence of this hospital. In this department, 24% of all the hospitalised patients had either a recent CVA or had already had one previously. On the whole, the disease affected both sexes in an equal manner, but females later than males. The mortality rate was greater in patients with CVA (17%) than in those without CVA (9%) and was also greater in CVA-females (19%) than in CVA-males (15%). The intercurrents in the community were the cause of admission in 26% of the hospitalised patients with a CVA, and were mainly respiratory, metabolic and urinary diseases, and appeared to be more serious in males. The mortality rate in patients with intercurrents (19%) was only exceeded by that caused by hemorrhagic accidents (22%). The author examines and discusses the instances of error during the construction and data gathering of the database and draws his own conclusions.

INTRODUÇÃO

A Doença Vascular Cerebral é seguramente a principal causa de morte e a principal causa de grande incapacidade e de perda de autonomia por doença, na população portuguesa. Ela é também a principal causa patológica

isolada de internamento no Hospital Distrital de Amarante (HDA).

Ao longo dos tempos e á medida que a capacidade de investigação neurovascular e o entendimento das doenças cerebrovasculares evoluíram, vários tipos de classificação^{1,2} foram sendo propostos. Neste trabalho guiá-

mo-nos pela classificação internacional das doenças³ que, além de considerações anatómicas e clínicas, contempla também o conhecimento pragmático do tipo de registo que habitualmente é encontrado nos processos clínicos. O termo AVC, utilizado no texto, designa genericamente acidente vascular cerebral, qualquer que seja o tipo de evento: acidente isquémico transitório (AIT), enfarte isquémico, hemorragia intraparenquimatosa ou hemorragia subaracnoideia. Neste sentido, o termo difere da palavra *stroke* da linguagem anglo-saxónica porque esta exclui os acidentes isquémicos transitórios¹. As hemorragias epidural e subdural não são habitualmente consideradas como AVC's embora se coloque, por vezes, o problema do seu diagnóstico diferencial.

São objectivos do estudo:

- 1º- Abordar o sistema informático de registo hospitalar como fonte de informação para estudos de âmbito clínico.
- 2º- Caracterizar o conjunto dos doentes com doença vascular cerebral internados no Serviço de Medicina Interna do HDA.
- 3º- Contribuir para o conhecimento epidemiológico da população que o hospital serve.

MATERIAL E MÉTODOS

Material

Os dados que se apresentam neste trabalho derivam da análise retrospectiva dos registos hospitalares dos doentes com doença vascular cerebral contidos na base de dados do Hospital Distrital de Amarante (HDA) e pertencente à aplicação informática da Secretaria de Estado da Administração da Saúde, que classifica e agrupa os internamentos hospitalares em Grupos de Diagnóstico Homogêneos. Trata-se da análise de um ficheiro informatizado destinado inicial e essencialmente à manipulação administrativa, em que se podem identificar os doentes pelo número do processo clínico e pelo número de beneficiário do sistema de saúde. Neste ficheiro, ou base de dados, cada ficha ou registo contem a informação relativa a um internamento condensada em 54 itens ou campos.

Os itens considerados úteis para este estudo foram:

- o nome do serviço
- o número do processo
- a data da alta
- a demora média
- a idade e o sexo dos doentes
- o desfecho ou resultado do internamento
- e os sete itens que permitem o registo de sete diagnósticos médicos (Dx1 a Dx7) simultâneos no mesmo doente e no mesmo internamento.

Os códigos utilizados como diagnósticos são os da Classificação Internacional de Doenças-9ª Edição- Modificação Clínica (ICD-9-CM).

Foram considerados como referindo-se a doença cerebrovascular os códigos 3420 a 3429 que designam *hemiplegia sem menção etiológica*, atendendo à improbabilidade de outras causas para este défice neurológico, no contexto dos doentes internados no nosso serviço.

Métodos

No processo de codificação o primeiro diagnóstico (DX1) é o principal, isto é, constitui o motivo de internamento. Os outros (DX2 a DX7) são secundários.

Considerando a data da alta hospitalar, foram seleccionadas, em primeiro lugar, todas as fichas ou registos respeitantes ao serviço de medicina interna e referentes ao período compreendido entre 1 de Janeiro de 1990 e 31 de Dezembro de 1992. Obtiveram-se assim todos os doentes do Serviço de Medicina Interna naquele período (Fig. 1).

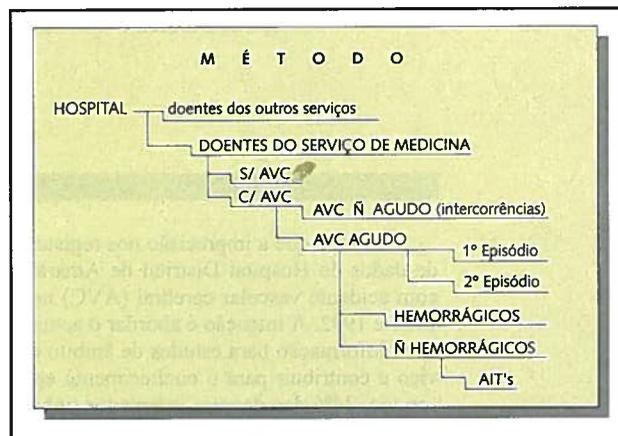


Fig. 1 - Doença Vascular Cerebral. Foi utilizado o método dicotómico para realizar os agrupamentos

Em segundo lugar foram seleccionados todos os registos contendo o código de doença vascular cerebral em qualquer posição de diagnóstico de 1 a 7 (Dx1 a Dx7), obtendo-se assim todos os doentes com AVC.

Na abordagem seguinte, os doentes com AVC foram subdivididos em função do número de ordem dos campos de diagnóstico que continham o código referência da doença. Assim se encontraram:

- O conjunto dos doentes com código de AVC no diagnóstico principal (em 1ª posição), que identifica os doentes internados por *AVC Agudo*.

Destes, consideraram-se os que têm o código apenas no diagnóstico principal, designando os que tiveram o 1º *Episódio* de AVC, e os que o têm **simultaneamente** na posição principal e numa das secundárias, ou seja, os que bisaram o AVC e que designámos por 2º *Episódio*.

Outra divisão a que foi sujeito o grupo dos agudos contemplou o tipo de AVC e assim foram identificados o grupo dos *Hemorrágicos* e o dos *Não Hemorrágicos* e, dentro destes, os *AIT's*.

- O conjunto dos doentes com código de AVC apenas em posição secundária (2ª a 7ª) define os doentes que, tendo AVC não agudo, foram internados por outra causa e foi chamado grupo das *Intercorrências*, já que, neste grupo o motivo do internamento (DX1) intercorre em doentes com AVC antigo, não agudo. Por outras palavras, Intercorrência na comunidade é qualquer doença que se enxerta ou intercorre em um doente com doença vascular cerebral sequelar no período após a alta hospitalar. Na base de dados do hospital, se um registo tem diagnóstico

Quadro 1 – Acidentes Vasculares Cerebrais

	HDA		DISTRIBUIÇÃO POR GRUPOS HGSA(4)		HUC(5)	
	n=	%	n=	%	n=	%
Internamento s/ AVC	2279		3935			
c/ AVC	1728				927	100%
1º Evento	551	100%	375	100%		
2º Evento	316	57.4%	236	62.9%		
AVC Agudo	92	16.7%	139	37.1%		
Intercorrências	408	74.1%	375	100%		
Ñ Hemorrágico	143	26.0%			579	62.5%
Hemorrágico	357	87.5%	304	81.0%	236	25.4%
Hemorrh. Parenq	51	12.5%	71	19.0%	195	21.0%
Hemorrh. Subarac.			65	17.0%	41	4.4%
			6	2.0%		

O termo AVC é uma designação genérica que engloba todas as especificações. AVC's agudos são todos excepto os designados por Intercorrências já que, nestes, o AVC é doença subjacente e não o motivo de internamento (Fig. 1)

de doença vascular cerebral em segundo plano (Dx2 a Dx7) o doente tem AVC sequelar. Neste registo o primeiro diagnóstico (Dx1) é o principal, é a causa do internamento e constitui intercorrência na comunidade.

Todas e cada uma das subpopulações ou grupos assim definidos foram analisados quanto aos seguintes parâmetros:

- Frequência
- Distribuição por sexo
- Distribuição por idade
- Demora média no serviço
- Patologia concomitante
- Mortalidade intra-hospitalar
- Intercorrências na comunidade

RESULTADOS

1 - FREQUÊNCIA DOS GRUPOS:

No nosso estudo, um quarto dos doentes internados nos três anos considerados tinham doença vascular cerebral recente ou antiga (Fig. 2).

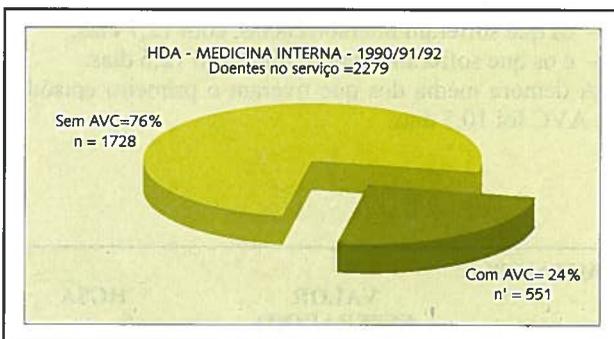


Fig. 2 – Doença Vascular Cerebral. Um quarto dos doentes do serviço de medicina interna do HDA apresenta doença vascular cerebral recente ou antiga

A distribuição dos doentes com AVC pelos subgrupos considerados apresenta-se no Quadro 1^{4,5}.

II - DISTRIBUIÇÃO POR SEXOS

A análise da distribuição por sexos (Quadro 2) mostra diferenças que não atingem significado estatístico quando comparadas com a população global do serviço embora não possa ignorar-se a diferença verificada na distribuição por sexos no caso dos não agudos (Quadro 3).

Quadro 2 – Acidentes Vasculares Cerebrais

	COMPARAÇÃO DE SÉRIES DISTRIBUIÇÃO POR SEXOS						
		HDA		HGSA/M2		HUC	
	n=	SexM	SexF	SexM	SexF	SexM	SexF
C/ AVC	n= 274	277					
	%	50%	50%				
		p = 0.88					
AVC Agudo	n= 191	217	180	195	533	394	
	%	47%	53%	48%	52%	58%	43%
		p = 0.22					

Quadro 3 – Acidentes Vasculares Cerebrais

		DISTRIBUIÇÃO POR SEXOS E POR GRUPOS - HDA		
		Sex M	Sex F	
1º Episódio	n=	145	171	p=0.168
A (total=316)	%	46%	54%	
G 2º Episódio	n=	46	46	p=0.94
U (total=92)	%	50%	50%	
D Ñ HEMORRG	n=	171	186	p=0.45
O (total=357)	%	48%	52%	
S HEMORRG	n=	20	31	p=0.158
(total=51)	%	39%	61%	
NÃO AGUDOS ou	n=	83	60	p=0.08
intercorrências	%	58%	42%	
(total=143)				

III - DISTRIBUIÇÃO POR IDADE

A média de idade no serviço foi 64,2 anos (moda 75-79 anos) (Fig. 3). Na nossa série os doentes com AVC distribuíram-se entre a terceira e a 10ª décadas (Fig. 4) com a moda entre os 65 e os 74 anos, e a forma da curva é a mesma para os doentes de cada subgrupo e para o serviço como um todo.

A média das idades em cada grupo de doentes apresenta-se no Quadro 4.

A diferença de quatro anos entre as médias de idade dos dois sexos, nos doentes com AVC, é estatisticamente

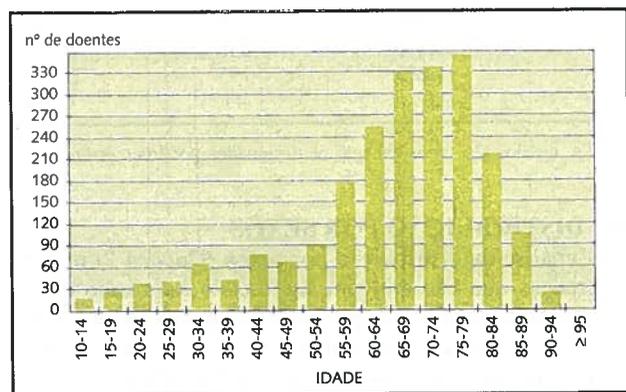


Fig. 3 – Doença Vascular Cerebral. Distribuição etária de cinco em cinco anos

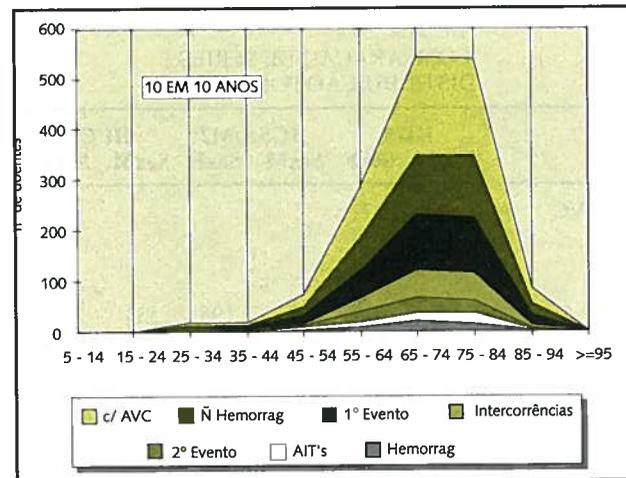


Fig. 4 – Doença Vascular Cerebral. Os grupos etários por décadas

Quadro 4 – Acidentes Vasculares Cerebrais

	A IDADE EM ANOS		
	GLOBAL	SEX M	SEX F
INTERNADOS	64.2	64	65
SEM AVC	62.3	62	62
COM AVC	70	68	72
1º EPISÓDIO	70.5	67.9	72.8
2º EPISÓDIO	68.4	66.9	69.9
INTERCORRÊNCIAS	70.1	68.9	71.7
(não agudos)			
AVC AGUDO	70	67.7	72.1
NÃO HEMORR.G.	70.2	68.1	72.2
HEMORRÁGICOS	68.7	64	72

significativa ($p=0,00061$). A moda foi 75 anos no sexo masculino e 78 anos no feminino.

A frequência de doentes com menos de 60 anos nos vários subgrupos apresenta-se no Quadro 5 (para as diferenças encontradas $p>0,05$).

Quadro 5 – Acidentes Vasculares Cerebrais

	IDADE INFERIOR A 60 ANOS		
	Todas as idades	< 60 anos	%
c/ AVC	551	76	13.8%
1º Episódio	316	41	13.0%
2º Episódio	92	17	18.5%
Intercorrências	143	18	12.6%
Ñ Hemorrag	357	48	13.4%
Hemorrag	51	10	19.6%

IV- DEMORA MÉDIA

A demora média global foi de 11,6 dias para os doentes com AVC e de 11 dias para os sem AVC.

Os que permaneceram mais tempo no serviço foram:

- os que sofreram segundo episódio de AVC, com 13,7 dias,
- os que sofreram intercorrências, com 12,7 dias,
- e os que sofreram Hemorragia, com 12,6 dias.

A demora média dos que tiveram o primeiro episódio de AVC foi 10,5 dias.

Quadro 6 – Doenças Vasculares Cerebrais

	PATOLOGIA CONCOMITANTE		VALOR ESPERADO(5)	HGSA	
	HDA				
Total AVC's	551				Não comparável
Com HTA	123	22.30%	51 a 64%		“ “
Com DIABETES MELLITUS	100	18.10%	19.5 a 25%		“ “
Com DOENÇA CARDÍACA*	169	30.70%			“ “
Com FIBRILAÇÃO AURICULAR	26	4.70%	30%		“ “

* Doença cardíaca de qualquer tipo: isquémica, reumática, hipertensiva, outras.

V - PATOLOGIA CONCOMITANTE

- Factores de Risco

Procurou saber-se qual a frequência com que surgem nos doentes com AVC, outras condições patológicas que são factores de risco para doença cerebrovascular: hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus, doença cardíaca de qualquer tipo (isquémica, reumática, hipertensiva, outras) e fibrilação auricular especificadamente (Quadro 6).

Foram encontrados valores baixos em relação com os esperados⁴ para a hipertensão arterial e para a fibrilação auricular.

VI - MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR

A diferença entre as mortalidades dos doentes com e sem AVC é estatisticamente significativa (p=0,0000001). Os subgrupos com maior mortalidade foram o das intercorrências e o das hemorragias e o que teve menor mortalidade foi o dos doentes que bisaram o AVC (2º evento) (Quadro 7).

Quadro 7 – Doenças Vasculares Cerebrais

	MORTALIDADE POR GRUPO			P=
	VIVOS	FALEC	mortalid.	
No Serviço	2037	242	11%	0.0000001
S/ AVC	1579	149	9%	
c/ AVC	458	93	17%	
1º EVENTO	262	54	17%	
2º EVENTO	80	12	13%	
AVC AGUDO	342	66	16%	
INTERCOR.	116	27	19%	
Ñ HEMORRG	302	55	15%	
HEMORRG	40	11	22%	

Comparando a mortalidade num sexo e no outro (Quadro 8 e Fig. 5), vê-se que em todos os subgrupos, com excepção do 2º Evento, o sexo feminino teve maior mortalidade que o masculino (Quadro 8).

Nas séries internacionais, a mortalidade aos trinta dias varia entre os 17 e os 34 % com a média nos 24% e cerca de metade das mortes são atribuídas às sequelas neurológicas directas⁶.

VII - INTERCORRÊNCIAS NA COMUNIDADE

As causas não vasculares de internamento entre os doentes com doença vascular cerebral sequelar foram:

Quadro 8 – Doenças Vasculares Cerebrais

	MORTALIDADE POR SEXO						P=
	MASCULINO			FEMININO			
	Vivos	Falec.	%	Vivos	Falec.	%	
Internamento	1019	125	10.90%	1018	117	10.30%	0.68
S/ AVC	785	85	9.80%	794	64	7.50%	0.1
c/ AVC	234	40	14.60%	224	53	19.10%	0.19
1º Evento	127	18	12.40%	135	36	21.10%	0.059
2º Evento	40	6	13.00%	40	6	13.00%	0.75
AVC agudo	167	24	12.60%	175	42	19.40%	0.084
Intercorrências	67	16	19.30%	49	11	18.30%	0.94
Ñ Hemorrag	151	20	11.70%	151	35	18.80%	0.086
Hemorrag	16	4	20.00%	24	7	22.60%	0.89

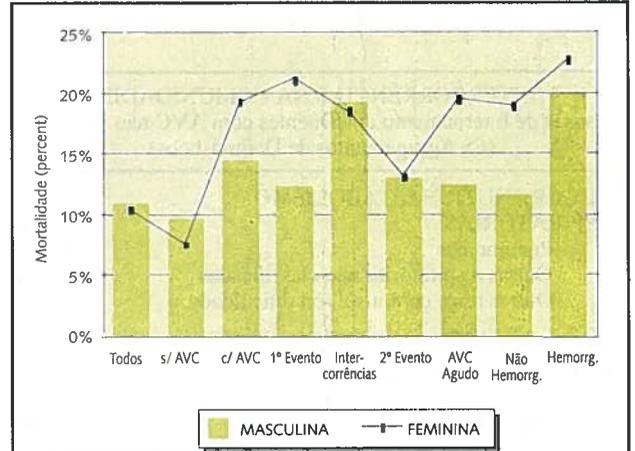


Fig. 5 – Doença Vascular Cerebral. Mortalidade comparada entre sexos

- a) Respiratórias em 38% dos casos, com pneumonias em 21%.
- b) Endócrinas, nutricionais ou metabólicas em 14% dos casos.
- c) Infeciosas do tracto urinário em 12% dos casos.
- d) Outras causas em 36% dos casos.

DISCUSSÃO

A metodologia utilizada neste estudo exclui a definição prévia de critérios para a inclusão de casos nos vários grupos. Considerou-se condição necessária e suficiente para a inclusão de um caso no estudo o ter sido codificado com um código de Doença Cerebrovascular da Classificação Internacional de Doenças - 9ª Edição - Modificação Clínica (ICD-9-CM).

Deste modo, as instâncias possíveis de erro na elaboração da base de dados são:

- A - O registo clínico
- B - A codificação
- C - A introdução de dados no computador (desprezável).

A - O erro no registo clínico verifica-se por:

- a) Defeito na formação médica que, até à era informática que agora desponta em Portugal, era pouco virada para o rigor dos registos clínicos. A importância da des-

Quadro 9 – Doenças Vasculares Cerebrais

INTERCORRÊNCIAS NA COMUNIDADE	
Causas de Internamento dos Doentes com AVC não Recente (65 Agrupamentos de Diagnósticos)	
ENDOCR., NUTR., METABOLISMO	n= 20
RESPIRATÓRIAS	n= 54
Pneumonias	n= 31
Outras respiratórias não classificadas	n= 10
Outras resp. com insuf. ou dificuldade	n= 13
URINÁRIAS (Infecções)	n= 17
OUTRAS (não sistematizáveis)	n= 52
TOTAL	n = 143

crição cabal de todos os diagnósticos concorrentes no mesmo doente e a verificação dos mesmos segundo critérios que permitam a sua comparação com as classificações internacionais aceites, só há poucos anos começou a ser inculcida nos formandos.

b) Defeito de formação na área específica a ser tratada. No caso do HDA, a falta de recurso a um parecer de neurologia diminui a precisão dos diagnósticos. Daqui ressalta ainda mais a necessidade de protocolar os procedimentos para tornar os resultados comparáveis.

c) Defeito de recursos técnicos. No nosso caso, além da dificuldade no acesso ao parecer de neurologia, há também o menor acesso à realização de TAC craneoencefálica que tantas vezes corrige o diagnóstico clínico feito nas melhores condições.

d) Defeito das condições de trabalho. Quando se conglomeram no mesmo médico as tarefas que nos hospitais centrais estão distribuídas por internos gerais, internos de especialidade, assistentes hospitalares, assistentes graduados e chefes de serviço, sem contudo aliviar o número de doentes, inevitavelmente os registos clínicos condensam-se, tornam-se telegráficos e conclusivos em vez de descritivos e perde-se informação.

e) Falta de objectivo e de motivação para o trabalho na área do controle da qualidade nos serviços.

B - O erro na codificação verifica-se:

a) Porque os codificadores, embora médicos, têm frequentemente pouca vivência hospitalar, não pertencem aos serviços e muitas vezes não pertencem ao hospital que codificam. São por isso exteriores à dinâmica dos serviços e das instituições e ao seu modo de trabalhar.

b) Por falta de motivação. Do anterior pode resultar falta de motivação e desinteresse quanto às consequências do trabalho produzido. Não havendo *feed back* do resultado, é mais fácil confundir um diagnóstico principal com um diagnóstico secundário ou passar despercebida a codificação de um ou mais diagnósticos.

c) Por último e ainda, em alguns hospitais, a codificação é feita a partir de uma folha contendo os diagnósticos finais, e não pelo processo inteiro, num compromisso que parece inevitável entre a eficácia do arquivo clínico e a qualidade e prontidão da codificação.

C - O erro do introdutor de dados - é desprezável e consiste essencialmente na troca de dígitos por diminuição da atenção no momento de *teclar* os dados.

A título de exemplo, no caso de Amarante, quando procurámos critérios de diagnóstico nos processos dos 51 doentes catalogados em hemorragia, verificámos que apenas 24 tinham suporte tomográfico para o diagnóstico, três tinham suporte clínico de alta probabilidade e 24 tinham diagnóstico de AVC sem outra especificação, não sendo visível a base em que o codificador assentou o código de hemorragia.

Acredita-se que, neste estudo, quer por defeito do registo clínico quer por defeito da codificação, o erro ganha importância na definição das hemorragias e dos AIT's e no estudo das patologias concomitantes (factores de risco) dificultando, nesses casos, a comparação com outras casuísticas. Acreditamos que o erro é desprezável na definição dos grupos restantes.

A percentagem de doentes com AVC no HDA (24%) destoa da percentagem do estudo do Hospital Geral de Santo António (9.5%) (*Quadro 1*), entre outras razões porque, no caso do HDA, além dos AVC's agudos foram também considerados os não agudos e, além disso, em Amarante não há distribuição dos doentes vasculares cerebrais por vários serviços.

É de notar também que:

- na série do Hospital Distrital de Amarante (HDA) (hospital de nível 1) o estudo utiliza os registos do internamento já informatizados;
- na série do Hospital Geral de Santo António (HGSA) (hospital central) o estudo recorre à revisão dos processos clínicos do internamento;
- na série dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) (hospital central) o estudo é prospectivo-retrospectivo, utiliza dados do serviço de urgência e 82.2% dos casos fizeram TAC craneoencefálica.

A propósito da classificação em hemorrágico e não hemorrágico é conhecido que a utilização da TAC aumenta em muito a percentagem de diagnósticos de hemorragia, como indicia o estudo HGSA/M2⁴ em que a percentagem de hemorragias passou de 12% para 31% quando passou a estar disponível este meio auxiliar de diagnóstico.

Na nossa série torna-se aparente que a doença vascular cerebral globalmente considerada atinge de igual modo os dois sexos, mas mais tarde o sexo feminino. Apesar de não ser possível tirar ilações epidemiológicas, esta série também parece indicar (*Quadros 4 e 5*) que os doentes com repetição de AVC e os doentes com hemorragia são um pouco mais novos que os doentes dos outros grupos. No caso dos que repetiram o AVC, isto pode fazer sentido se se pensar que quando a doença surge em idades mais precoces há maior oportunidade para que se verifique um 2º episódio antes que o envelhecimento geral propicie a instalação de intercorrências. Quer dizer, os doentes internados por repetição de AVC poderiam pertencer a um estrato da população geral no qual a doença começaria a manifestar-se mais cedo e, por via de regra, de modo menos devastador. Este pensamento é reforça-

do pelo facto de os doentes com 2º episódio serem também os que apresentam a mortalidade intra-hospitalar mais baixa. O facto de terem demora média mais longa pode significar maior investimento na investigação.

Cabe realçar aqui que os doentes do nosso serviço são um pouco mais idosos que os de outras séries, possivelmente porque a idade e o estado geral em conjunto podem ser parâmetro de triagem para o seu envio a um centro mais diferenciado.

A mortalidade é maior no sexo feminino e isto pode ser consequência da idade mais tardia em que este sexo é afectado. Embora, em estrito rigor, os valores descritos no *Quadro 8* não tenham significado estatístico ($p > 0,05$), eles permitem pensar que vale a pena fazer a análise em séries mais vastas. O mesmo se pode dizer das intercorrências surgidas no ambulatório que parecem obrigar a internamento mais frequentemente no sexo masculino (*Quadro 3*): - serão as intercorrências mais graves no homem que na mulher? Haverá relação com a maior prevalência de pneumoconiose entre o sexo masculino, já que o principal grupo de intercorrências é respiratório? Anota-se que entre a população da área de influência do HDA é muito frequente o passado de profissão mineira.

Não se pesquisou nenhum tipo de relação entre AVC e dislipidemia por não ser hábito entre nós registar esta alteração como um dos diagnósticos de saída. A pesquisa de dislipidemia nos nossos doentes teria de ser feita por revisão de processos clínicos e recurso a uma outra base de dados mais detalhada construída para o efeito.

CONCLUSÃO

Estudámos o conjunto dos doentes com doença vascular cerebral internados no Serviço de Medicina Interna do Hospital Distrital de Amarante em 1990, 1991 e 1992.

Concluimos com este estudo que a base de dados hospitalar pertencente à aplicação informática da Secretaria de Estado da Administração da Saúde, que classifica e agrupa os internamentos hospitalares em Grupos de Diagnóstico Homogéneos, é uma riquíssima fonte de informação imediatamente utilizável em estudos de âmbito clínico e passível de ser utilizada como instrumento auxiliar de análise da qualidade dos serviços. Ela permite seleccionar e caracterizar grupos de doentes e aprofundar algumas das suas características e desse modo permite levantar questões epidemiológicas relativas à população que o hospital serve. Para estudos mais detalhados, esta base de dados pode facilmente ser com-

pletada por pequenas bases mais específicas desenhadas para o efeito.

Também concluímos que os médicos devem ter na sua formação um cunho de rigor que os motive a aperfeiçoar o registo clínico e que, até lá, os codificadores devem ser médicos e além da formação específica para a codificação devem ter incentivo capaz e devem pertencer ao serviço que codificam. Contudo, à medida que o registo clínico for sendo mais exacto e fiável pode tornar-se desnecessário que o codificador seja médico e até mesmo desejável que o não seja.

A informação disponível actualmente tende a induzir conclusões genéricas e, por isso, a condicionar o controle adequado da qualidade dos serviços. Isto é assim porque o principal factor de erro na origem da informação, sendo a imprecisão do registo clínico, é tanto mais importante quanto mais específico for o requisito diagnóstico para a tipificação dos grupos de doentes.

AGRADECIMENTOS

O A. agradece aos outros médicos do serviço de medicina interna do HDA, Dra Maria Eduarda Brogueira, Dra Ana Maria Soares e Dra Ana Maria Mogo, que tiveram a seu cargo doentes a que respeita este trabalho. Sem a sua acção o mesmo não teria sido possível; ao Conselho de Administração do HDA a autorização concedida para acesso à base de dados do hospital e a sua concordância para a publicação deste trabalho; ao Prof. Henrique de Barros da Faculdade de Medicina do Porto e ao Dr. Carlos Soares de Sousa do Hospital Geral de Stº António a sua ajuda na elaboração do mesmo.

BIBLIOGRAFIA

1. SPECIAL REPORT FROM THE NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISEASES AND STROKE. Classification of Cerebrovascular Diseases III. Stroke 1990; 21, 4: 637-676
2. ROBERT W.P. CUTLER. Cerebrovascular Diseases. IN: Scientific American Medicine. Edward Rubenstein, Daniel D. Federman (Eds). Scientific American Inc., New York, 1992; 11, X: 1-12
3. THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES, 9TH REVISION, CLINICAL MODIFICATION. Annotated Edition, Fourth Printing 1988; Ann Arbor, Michigan
4. RUI SECA, SANTOS REIS, J.P.M.SILVA, LIMA FERREIRA E A. CELSO FONTES. Acidentes Vasculares Cerebrais, factos, reflexões e perspectivas. O Médico 1987; 117, 1865: 753-763
5. VIEIRA BARBOSA, I LESTRO HENRIQUES, LUÍS CUNHA. Acidentes Vasculares Cerebrais um ano de urgência nos Hospitais da Universidade de Coimbra. Revista Portuguesa de Neurologia, 1992; 1, 2: 23-29
6. BONITA R: Epidemiology of Stroke. The Lancet 1992; 339: 342-344