

Artigo Original

Há relação entre custos hospitalares e tempo porta-balão?

Marcus Vinicius de Freitas Moreira*, Luciana Alves Ribeiro, Edson Elviro Alves, Fernando Carvalho Neuenschwander, Renato Rocha Rabelo, Ubirajara Lima Filho, Raimundo Antônio de Melo, Manoel Augusto Batista Esteves, Augusto Lima Filho, Ricardo Wang

Hospital Vera Cruz, Belo Horizonte, MG, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 1 de junho de 2015

Aceito em 25 de agosto de 2015

Palavras-chave:

Custos hospitalares

Infarto do miocárdio

Intervenção coronária percutânea

RESUMO

Introdução: O tempo porta-balão (TPB) tornou-se uma medida de desempenho e é foco de iniciativas de melhoria da qualidade assistencial. Este estudo teve como objetivo avaliar a relação entre o TPB e seu impacto nos custos de internação hospitalar.

Métodos: Pacientes tratados com intervenção coronária percutânea primária, entre 2008 e 2013, foram divididos de acordo com o TPB < ou ≥ 90 minutos. Todos os custos registrados na alta hospitalar foram ajustados por meio do Índice de Variação de Custos Médico-Hospitalares.

Resultados: Foram incluídos 141 pacientes, agrupados em TPB < 90 minutos (n = 77) e TPB ≥ 90 minutos (n = 64). Os TPB foram 64,0 ± 14,1 minutos e 133,8 ± 35,2 minutos, respectivamente. Não foram observadas diferenças nos desfechos clínicos entre os grupos. Os custos foram de R\$ 34.883,24 ± 27.749,46, sendo o custo médio para TPB < 90 minutos de R\$ 33.194,24 ± 27.387,61, e para TPB ≥ 90 minutos, de R\$ 36.947,58 ± 28.267,80 (p = 0,43). Os custos, segundo a artéria culpada, foram de R\$ 29.588,53 ± 16.358,85 para a coronária direita; R\$ 48.494,62 ± 44.015,04 para a circunflexa; e de R\$ 34.016,96 ± 26.503,94 para a descendente anterior. Houve diferença entre os custos dos procedimentos relativos à artéria circunflexa comparados aos da coronária direita ou da descendente anterior (p = 0,01), mas não houve diferença entre os custos relativos à coronária direita, comparados à descendente anterior (p = 0,68).

Conclusões: Não houve diferença nos custos hospitalares, no âmbito da saúde suplementar, quando os grupos foram divididos de acordo com o TPB. Os desfechos clínicos foram semelhantes, e foi encontrada uma diferença de custos em pacientes com a artéria circunflexa culpada.

© 2015 Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista. Publicado por Elsevier Editora Ltda.

Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Is there an association between hospital costs and door-to-balloon time?

ABSTRACT

Background: Door-to-balloon time (DBT) has become a measure of performance and is the focus in quality of care improvement initiatives. This study aimed to evaluate the association between DBT and its impact on hospital costs.

Methods: Patients treated with primary percutaneous coronary intervention between 2008 and 2013 were divided according to the DBT < or ≥ 90 minutes. All costs recorded at hospital discharge were adjusted by the Medical-Hospital Cost Variation Index.

Results: A total of 141 patients were included, grouped as DBT < 90 minutes (n = 77) and DBT ≥ 90 minutes (n = 64). DBT was 64.0 ± 14.1 minutes and 133.8 ± 35.2 minutes, respectively. There were no differences in clinical outcomes between the groups. The costs were R\$ 34,883.24 ± 27,749.46, with the mean cost for DBT < 90 minutes being R\$ 33,194.24 ± 27,387.61 and the cost for DBT ≥ 90 minutes R\$ 36,947.58 ± 28,267.80 (p = 0.43). The costs, according to the culprit artery, were R\$ 29,588.53 ± 16,358.85 for the right coronary artery; R\$ 48,494.62 ± 44,015.04 for the left circumflex artery; and R\$ 34,016.96 ± 26,503.94 for the left anterior descending artery. There was a difference between the costs of procedures related to the left circumflex artery when compared to the right coronary or left anterior descending arteries (p = 0.01), but there was no difference between the costs related to the right coronary, when compared to the left anterior descending artery (p = 0.68).

Keywords:

Hospital costs

Myocardial infarction

Percutaneous coronary intervention

* Autor para correspondência: Rua dos Timbiras, 3.172/901, Barro Preto, CEP: 30140-062, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: mmoreiramed@yahoo.com.br (M.V.F. Moreira).

A revisão por pares é de responsabilidade da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista.

Conclusions: There was no difference in hospital costs regarding the private health insurance, when the groups were divided according to the DBT. Clinical outcomes were similar and a difference in costs was found for patients with the circumflex artery as the culprit vessel.

© 2015 Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

O tempo porta-balão (TPB) é um dos marcadores da qualidade assistencial e, de acordo com as diretrizes atuais, deve ser inferior a 90 minutos.¹⁻³ Vários fatores clínicos e logísticos podem estar relacionados com TPB elevado.⁴⁻⁶ A diminuição do TPB propicia redução da mortalidade em curto e médio prazos, bem como do tempo de internação hospitalar.^{7,8}

Nos últimos anos, as despesas com cuidados de saúde têm aumentado mais rapidamente do que a taxa geral de inflação, tornando-se assim um ônus a ser arcado, tanto pela instituição que realiza o atendimento, como pelos agentes que financiam os procedimentos. Controle de custos sem perda de qualidade, com gastos racionalizados e sem desperdícios, faz-se, assim, uma questão urgente.⁹

Apesar do efeito positivo da redução do TPB na evolução do paciente, o impacto nos custos relacionados com a assistência em nosso meio ainda é pouco estudado. Por representar uma enfermidade de alta prevalência e de grande influência, em termos econômicos, e de relevante morbidade e mortalidade,¹⁰ torna-se fundamental a compreensão dos custos associados ao manejo do paciente com infarto do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCST).

Este estudo teve como objetivo avaliar a relação entre o TPB e seu impacto nos custos de internação hospitalar.

Métodos

Local, delineamento e medidas institucionais

No princípio de 2007, iniciou-se, no Hospital Vera Cruz, um hospital terciário que integra a saúde suplementar em Belo Horizonte (MG), um projeto de avaliação da qualidade de atendimento dos pacientes com infarto agudo do miocárdio, por meio da medida de vários indicadores, entre eles o TPB.

Em posse desses indicadores, foram adotadas medidas para melhorar o TPB, como otimização do acolhimento dos pacientes pela enfermagem no pronto atendimento; viabilização da realização do eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações em até 10 minutos após o acolhimento; destacamento de um médico da equipe para atendimento prioritário de pacientes com dor precordial; e acionamento de toda a equipe, formada por enfermeiros e médicos (intervencionistas, anestesistas e cardiologistas), por meio de um código padronizado. Com a implantação dessas medidas, houve redução progressiva do TPB.

Conforme determinado no programa de qualidade, os dados epidemiológicos e os tempos relacionados ao atendimento foram coletados e armazenados em um banco de dados da instituição.

População do estudo

Entre março de 2008 e junho de 2013, 200 pacientes foram submetidos à intervenção coronária percutânea primária (ICPp). Foram excluídos desta análise pacientes transferidos de outras instituições; não diagnosticados no ECG inicial, mas que evoluíram para IAMCST em ECG subsequentes; previamente internados; em vigência de pa-

rada cardiorrespiratória prolongada na unidade de emergência; com elevação do ST sem evidências de doença arterial coronariana (por exemplo: miocardite aguda, distúrbio da repolarização ventricular ou síndrome de Takotsubo); ou submetidos a tratamento estagiado na mesma internação.

O atendimento foi realizado seguindo a escala de plantão do laboratório de intervenção cardiovascular, que dispõe de equipes médica e de enfermagem, em escala presencial e de sobreaviso, 24 horas por dia, 7 dias por semana.

Os pacientes incluídos no estudo foram divididos nos grupos TPB < 90 minutos e TPB ≥ 90 minutos.

Procedimento

Os pacientes receberam dose de ataque de 300 mg de ácido acetilsalicílico, e 300 a 600 mg de clopidogrel. O uso de morfina, nitrato sublingual/endovenoso ou betabloqueador ficou a critério do médico plantonista. Todos os pacientes receberam heparina não fracionada imediatamente antes da intervenção (60 a 100 U/kg). Os pacientes foram conduzidos para a realização da intervenção assim que a sala de procedimentos estivesse disponível. Os procedimentos de ICPp foram realizados conforme descrito na literatura.¹¹ Aspectos técnicos específicos, como via de acesso, administração de fármacos, tipo de stent e tromboaspiração, ficaram a critério dos operadores. Após a ICPp, os pacientes foram encaminhados para a unidade coronariana e receberam tratamento conforme o protocolo institucional estabelecido para IAMCST.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada de duas formas. Primeiro, os tempos e os dados epidemiológicos foram coletados desde a entrada do paciente na instituição; segundo, os dados relacionados aos custos foram coletados por meio de revisão de prontuários e da fatura enviada pela instituição aos convênios. Esse registro foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital (CAE 46658215.5.0000.5135).

Análises angiográficas e definições

A morfologia das lesões foi classificada conforme as definições do *American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA)*.¹² A análise angiográfica foi realizada por dois dos autores (RW e MABE), identificando a artéria culpada e considerando lesão significante aquela que provocasse obstrução da luz do vaso > 70% pelo método visual, para quantificação do número de artérias acometidas. A presença de trombo à angiografia foi definida como interrupção abrupta do fluxo do vaso, com retenção do contraste ou falha de enchimento em vaso patente (imagem negativa) sobre uma região estenótica ou adjacente.¹³

O sucesso do procedimento foi definido como obtenção de sucesso angiográfico (estenose residual < 30% com fluxo *Thrombolysis In Myocardial Infarction* – TIMI 3) e ausência de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares adversos maiores, compreendendo morte, reinfarto e cirurgia de revascularização miocárdica de emergência.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3011620>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3011620>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)