

Consultas não Programadas em Emergência após Implante de Dispositivos Cardíacos

Unscheduled Return Visits to the Emergency Department after Cardiac Electronic Devices Implantation

Roberto Costa ^{1B}

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), São Paulo, SP – Brasil
Minieditorial referente ao artigo: Consultas Não Programadas em Emergência após Implante de Dispositivos Cardíacos: Comparativo entre Cardiodesfibriladores e Ressincronizadores em Seguimento Inferior a 1 Ano

Nos últimos anos, a busca pela qualidade e eficiência dos serviços de saúde tem impulsionado a criação e a padronização de indicadores que possam auxiliar na interação entre especialistas, pesquisadores e gestores de saúde, possibilitando a geração de evidências para orientar ações estratégicas. Nesse contexto, a taxa de readmissões hospitalares é um dos mais importantes indicadores da qualidade do atendimento prestado por serviços de saúde.

O uso de indicadores de qualidade da assistência médica prestada tem sido considerado fundamental, tanto para a melhoria das rotinas assistenciais dos próprios hospitais, quanto para a racionalização dos gastos das fontes pagadoras. Nesse cenário, a adoção de padrões para medir os resultados entre os hospitais, como os desenvolvidos pelo *International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)*, aumentou em todo o mundo e agora está ganhando familiaridade entre os hospitais brasileiros.

No caso específico do atendimento a pacientes com insuficiência cardíaca, a qualidade da assistência pode ser avaliada por desfechos duros, como as taxas de mortalidade, readmissões hospitalares ou de consultas não programadas. Mas também devem ser consideradas outras medidas, especialmente os desfechos reportados pelos pacientes, que envolvem desde a qualidade de vida e a capacidade funcional até a adesão às medidas terapêuticas medicamentosas, nutricionais e de reabilitação física. Nesse sentido, a orientação oferecida aos pacientes no momento da alta hospitalar quanto à correta tomada dos medicamentos, suas restrições dietéticas, necessidade de exercícios físicos, observação do peso corporal e retorno para as avaliações programadas também tem papel fundamental no sucesso do tratamento. Outro fator de grande impacto para o sucesso do tratamento é o contato mais próximo entre a equipe de saúde e o paciente, por telefone ou por mensagens de texto, no sentido de reforçar as orientações e detectar sinais precoces de descompensação

clínica. Nessa perspectiva, conhecer a taxa de consultas não programadas pode ser um bom começo para avaliação de nossos resultados.

O artigo de Warpechowski Neto et al.,¹ mostrou que a taxa de ocorrência de visitas não programadas dos pacientes submetidos ao primeiro implante de dispositivos, cardiodesfibrilador (CDI) ou terapia de ressincronização cardíaca (TRC), foi alta, tendo sido de 7% em função de problemas relacionados ao dispositivo implantado e de 24,6%, por problemas clínicos cardíacos e não cardíacos.

Em artigo publicado em 2016 nos Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Silva et al.,² ao avaliar os primeiros 12 meses de evolução após a alta hospitalar de 713 pacientes que, consecutivamente, foram submetidos a procedimentos de estimulação cardíaca artificial permanente, mostraram que a chance de um paciente submetido ao implante de ressincronizador cardíaco necessitar de uma readmissão hospitalar é 1,6 vezes maior que do grupo geral dos pacientes estudados, e que o implante de CDI aumentou essa chance em 4,2 vezes. Este estudo também mostrou que a mortalidade foi 2,2 vezes maior em pacientes com disfunção ventricular esquerda e 2,3 vezes maior naqueles que usavam warfarina.²

Um estudo multicêntrico liderado pelo Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que contou com dados de outros 9 hospitais de quatro regiões brasileiras e incluiu 3.550 pacientes submetidos a todos os tipos de procedimento e de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis (DCEI), mostrou que a taxa de readmissão hospitalar aos 12 meses de seguimento foi de 23,8%, 24,0% e de 38,3% e a de mortalidade foi de 9,4%, 11,5% e de 18,3%, respectivamente para CDI, TRC-MP e TRC-D. Problemas relacionados ao implante do dispositivo, descompensação de insuficiência cardíaca e causas não cardiológicas foram o motivo das readmissões em 15,5%, 22,1% e 19,2% dos pacientes e do óbito em 3,7%, 15,7% e 51,8%, respectivamente.³

Em uma análise do Banco Nacional de Readmissões Hospitalares (*Nationwide Readmissions Database*) dos Estados Unidos, na qual foram incluídos 70.223 procedimentos de implante inicial de DCEI, a taxa de readmissão hospitalar em 30 dias foi de 12%. Além de identificarem fatores preditores de readmissão, em sua maioria relacionados à presença de comorbidades, os autores relataram que esses episódios de readmissão hospitalar representaram um custo mediano adicional de US \$30.692 por paciente, o que corrobora a importância de estabelecermos estratégias para reduzir esse tipo de intercorrência.⁴

Palavras-chave

Marcapasso Artificial/utilização; Complicações Intraoperatórias/mortalidade; Desfibriladores Implantáveis; Insuficiência Cardíaca; Estimulação Cardíaca Artificial.

Correspondência: Roberto Costa •

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44, Bloco II, 2º andar, sala 3. CEP 05403-900, São Paulo, SP – Brasil
E-mail: rcosta@incor.usp.br

DOI: 10.5935/abc.20190063

A análise das informações acima citadas mostra a grande importância de se aferir os resultados obtidos com o uso de DCEI após a alta hospitalar. Nesse sentido, a criação de registros prospectivos para o acompanhamento dos pacientes submetidos a tratamento pelos diversos tipos de dispositivos existentes permite a obtenção de informações mais precisas sob a perspectiva da prática clínica real. Em última análise,

esse conhecimento será fundamental para que médicos, hospitais e fontes pagadoras conheçam os resultados obtidos por suas atividades a fim de se aprimorem. Tão importante quanto conhecer nossos resultados é estabelecer estratégias para minimizar complicações. E certamente reduzir a taxa de consultas não programadas deve ser um objetivo claro a ser perseguido.

Referências

1. Wapechowski Neto S, Ley LLC, Almeida ED, Saffi MAL, Dutra LZ, Ley AL, et al. Consultas não programadas em emergência após implante de dispositivos cardíacos: comparativo entre cardiodesfibriladores e ressincronizadores em seguimento inferior a 1 ano. *Arq Bras Cardiol.* 2019; 112(5):491-498
2. Silva KR, Albertini CMM, Crevelari ES, Carvalho EIJ, Fiorelli AI, Martinelli Filho M, Costa R. Complicações após procedimentos cirúrgicos em portadores de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis: resultados de um registro prospectivo. *Arq Bras Cardiol.* 2016;107(3):245-56.
3. Silva KR, Alves LBO, Kawauchi TS, Maurino IC, Melo GRGO, Barros JV, et al. Developing an adverse events reporting system to measure real-world outcomes of cardiac implantable electronic devices. In: ESC Congress 2016, Rome, Italy. *Eur Heart J.* 2016;37(Suppl 1):18.
4. Patel B, Sablani N, Garg J, Chaudhary R, Shah M, Gupta R, et al. Thirty-day readmissions after cardiac implantable electronic devices in the United States: Insights from the Nationwide Readmissions Database. *Heart Rhythm.* 2018;15(5):708-15.

