



Letalidad en UPC, requiere un análisis multifactorial

Von Dessauer B. , Benavente C., Monje E. , Bongain J., Bobenrieth F.

Unidad Paciente Crítico - Hospital Roberto del Río

INTRODUCCION

La medición de calidad con el indicador de letalidad requiere de un contexto para cumplir su objetivo. Ningún score por sí sólo es suficiente para ello. La letalidad es influenciada por criterios y oportunidad de ingreso y egreso. El análisis integral de los pacientes fallecidos revela cómo se maneja la calidad en un servicio, tanto desde el punto de vista técnico, bioético como humano. La letalidad dentro del primer día en cuidados críticos puede no ser atribuible a la calidad del manejo clínico otorgado sino a las condiciones en las cuales el paciente ingresa reflejando otros problemas.

OBJETIVOS :Evaluar si la decreciente tasa de letalidad durante los últimos años se debe a mejor calidad de trabajo o cambio en la metodología de trabajo.

HIPOTESIS: La disminución sostenida de letalidad se debe a mayor calidad y control de riesgos, y no a cambios del modelo de trabajo en cuanto a restricción de ingresos.

MATERIAL Y METODO: Estudio retrospectivo, descriptivo. Se revisaron las fichas e información sistemática de análisis de gestión de riesgos de la UPC entre 2004 y 2007. Del análisis del Comité de Mortalidad del Hospital y la UPC se obtuvieron los datos sobre lugar y características de los pacientes fallecidos en las primeras 24 horas post ingreso a UPC.

RESULTADOS

Tabla N°1 LETALIDAD

	2004	2005	2006	2007
Egresos	741	671	758	766
Índice ocupacional	84,3*	89,2*	90,2	86,4
Rechazos intrahospitalarios	82	168	175	155
Rechazos extrahospitalarios	182	162	197	213

Letalidad Hospital	0,63%	0,70%	0,40%	0,40%
Letalidad UPC	4,20%	4,50%	2,80%	2,90%

PCR pre UPC	5 (0,03%)	10 (0,06%)	13 (0,09%)	11 (0,1%)
PCR intra UPC	13 (1,8%)	17 (2,5%)	16 (2,1%)	12 (1,6%)

LET pre UPC	17 (0,1%)	18 (0,1%)	12 (0,08%)	11 (0,08%)
LET intra upc	17 (2,3%)	14 (2,1%)	18 (2,4%)	14 (2%)

Fallecidos primeras 24 horas	5 (16 %)	10 (33,3%)	5 (23,8%)	5 (22,7%)
------------------------------	----------	------------	-----------	-----------

*Subestimado por problemas de estadística, sobredimensionan número de camas en uso.

La letalidad (Tabla N°1) de los 2170 pacientes fue de 3.8% con una disminución sostenida anual en la última década de 9.7 a 2.9%.

Ello a pesar de:

- mantener los criterios de ingreso y egreso
- disminución de ingresos de pacientes críticos por falta de cupo expresado por 945 rechazos, un índice ocupacional de 90% o superior
- tasa de ventilados de 50 - 60%
- limitación de esfuerzo terapéutico (LET) estable pre UPC de (0.1%) e intra UPC de 2.1%.

Más del 90% de los fallecidos extra UPC tenía alguna condición de LET documentada en la ficha y consensuada con los padres.

20/82 casos fallecen en las primeras 24 horas post ingreso a UPC, con un promedio de 24.4%, y un rango de 16.1 a 33.3% sin muertes atribuibles a mal manejo.

En este grupo el rango de edad es entre 2 años a 14 años 9 meses, con una mediana de 46 meses.

El promedio de estada fue 11.8 hrs , 8/20 menos de 6 horas.

En cuanto a la patología de base de estos pacientes destacan trauma (9/20) y shock séptico (6/20).

Causas de muerte hipertensión endocraneana (5/20), shock refractario (4/20), insuficiencia respiratoria (4/20).

14/20 con autopsia (70%), 6 médicos legales y en 6/8 aclara causa de muerte.

Tratamiento oportuno intra UPC en todos, hay 5/20 casos en que el inicio de tratamiento fue tardío por consulta tardía(1), hospitalización tardía (1), traslado no indicado (3).

8/20 casos fallecen antes de las 6 horas del ingreso, las causas de muerte fueron trauma extremo (4), muerte súbita (1), muerte cerebral (2), shock séptico (1).

6 /20 fallecen con LET causas: daño neurológico (3), dermatomiositis (1), muerte cerebral clínica al ingreso (2).

CONCLUSIONES

- La baja de la letalidad es atribuible a una mejor práctica clínica y no a cambios en la metodología de trabajo.
- No se excluyen del análisis de letalidad a los pacientes que fallecen antes de 24 horas.