

EVALUACION DE LA ATENCION HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES FALLECIDOS EN EL HOSPITAL DE PEDIATRIA JUAN P. GARRAHAN ENTRE MARZO Y SEPTIEMBRE DE 2001. Informe de la Comisión de Mortalidad.

Dres. M. Althabe⁽¹⁾, R. Martinitto⁽²⁾, P. García Arrigoni⁽²⁾, S. Rodríguez⁽³⁾, F. Ledesma⁽⁴⁾,
M. Barrenechea⁽⁵⁾, N. Boada⁽¹⁾, S. Casak⁽⁶⁾, M. Farizano⁽²⁾, C. Figueroa⁽⁶⁾, C. Jiménez⁽²⁾,
A. Haimovich⁽¹⁾, R. Jaimovich⁽⁷⁾, M. Rosanova⁽⁸⁾, J. Rodríguez⁽²⁾

RESUMEN

Objetivo: En el marco de un programa de evaluación de calidad de atención médica, se crea la Comisión de Mortalidad con el objetivo de analizar, con una nueva propuesta metodológica, la atención de los pacientes fallecidos en el hospital. Este informe reporta los resultados del trabajo de dicha comisión. Pacientes y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de todos los pacientes fallecidos en el hospital entre el 15 de Marzo y el 30 de Septiembre de 2001. Cada historia clínica tuvo dos instancias independientes de revisión: el grupo tratante y un miembro de la comisión. Se registraron: edad, lugar/es de internación, diagnóstico de base, lugar del óbito, solicitud de necropsia, y concordancia entre el grupo tratante y la comisión. La muerte se clasificó en inevitable, potencialmente evitable o evitable. Resultados: se registraron 7759 admisiones y 149 fallecimientos (1.9%). Siete historias clínicas no pudieron ser evaluadas. La mediana de edad fue de 18.5 meses ($r = 1d-19a$). El 17.6% eran menores de 1 mes y 43.4% menor de 1 año. La mediana de tiempo de internación de 9.5 días ($r = 3-215$). Los diagnósticos más frecuentes de enfermedad de base fueron: enfermedad oncológica 36, cardiopatía congénita 15 e infección respiratoria 12. La principal causa de muerte de aquellas consideradas potencialmente evitables ($n=10$) fue la infección intrahospitalaria. Conclusiones: La mortalidad hospitalaria durante el período de estudio fue 1.9%. El 80% de las muertes ocurrieron en el área de terapia intensiva (ucip, ucin y quemados). Se consideraron inevitables 97/107 muertes (90%), potencialmente evitables 10 (9.3%) y una evitable (0.9 %). Solo se realizó necropsia en el 14.7% de la población estudiada.

Palabras claves: mortalidad – auditoría – pediatría – calidad de atención.

Medicina Infantil 2002; IX: 211 - 215.

ABSTRACT

Objective: An ad-hoc commission was created to evaluate medical care in patients who died during hospitalization, in the context of a quality assesment program developed since November 2000 in a tertiary academic pediatric hospital. This paper reports the comission results. **Patients and methods:** a retrospective reiew of all deaths' clinical records from 15/03 to 30/09/01 was performed. Each record had two independent reviewers: the attending physicians and a comission member. Age, gender, admission areas, death place, primary diagnosis, authopsy and discrepancies between groups were registered. Death was considered inevitable, potentially evitable and evitable. **Results:** 7759 admissions and 149 deaths (1.9%) were registered. Seven clinical records couldn't be found for revision. Median age was 18.5 months ($r = 1d-19y$). 17.6% neonates and 43.4% less than 12 months. Length of stay 9.5 days ($r = 3-215$). Primary diagnosis were malignant diseases 36, congenital heart disease 15 and respiratory infection 12. Nosocomial infection was the first potentially evitable cause of death ($n=10$) **Conclusions:** In-hospital mortality was 1.9%. 80% occurred in critical care areas. 97/107 deaths were considered inevitable (90%), potentially evitable 10 (9.3%) and one evitable (0.9 %). Autopsies were performed in 14.7% of the study population

Key words: pediatric deaths- quality assessment – mortality.

Medicina Infantil 2002; IX: 211 - 215.

INTRODUCCION

A partir de 1988 por una iniciativa conjunta de UNICEF, la SAP y el Ministerio de Salud se fijaron como metas para el año 2000 la reducción de la mortalidad infantil en un 20%. Dentro de las estrategias planteadas para el logro de estas metas UNICEF Argentina promueve, desde 1996, una nue-

⁽¹⁾ Unidad de Cuidados Intensivos, ⁽²⁾ Clínica Pediátrica, ⁽³⁾ Neonatología, ⁽⁴⁾ Emergencias, ⁽⁵⁾ Cirugía General, ⁽⁶⁾ Hemato-Oncología, ⁽⁷⁾ Neurocirugía, ⁽⁸⁾ Infectología.

Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.
Recibido: Aceptado: 02-08-02 – 11-09-02
Correspondencia a: Comisión de Mortalidad
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan
Combate de los Pozos 1881 (1245) Buenos Aires

va metodología basada en el análisis de las muertes infantiles como instrumento para mejorar el cuidado de la salud de los niños

Concomitantemente el incremento exponencial de los gastos ha puesto en crisis a la mayoría de los sistemas y servicios de salud, obligando a la mayoría de los países desarrollados a replantear sus objetivos y modelos de atención. El desafío actual es desempeñarse con equidad, calidad y eficiencia^{1,2}. En consonancia con esta nueva realidad el Hospital "J.P.Garrahan" inicia en el año 2000 un programa integral de evaluación de calidad de atención médica, a través de la creación de grupos de trabajo con propósitos específicos. Dentro de este marco se crea la Comisión de Mortalidad con el objetivo de analizar la atención de los pacientes fallecidos en el hospital. La importancia del análisis de la mortalidad hospitalaria ha sido reconocida como una herramienta fundamental desde su apertura, en el año 1988 cuando se creó el Comité de Muertes. A diferencia de los modelos de auditoría tradicional, centrada en la búsqueda de errores en las contrataciones de los servicios profesionales, esta propuesta metodológica está dirigida a identificar las fallas en el proceso de atención y no la responsabilidad individual de los profesionales actuantes¹⁻³. Este informe reporta los resultados del trabajo de dicha comisión.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un análisis retrospectivo de todos los pacientes fallecidos en el hospital entre el 15 de Marzo y el 30 de Septiembre de 2001.

Cada historia clínica tuvo dos instancias médicas de revisión, la primera de ellas por el grupo tratante y por un miembro de la comisión de manera independiente. Posteriormente todas ellas fueron discutidas en reuniones periódicas de la comisión. Los datos fueron registrados en una planilla estandarizada confeccionada para este fin. Para proteger la confidencialidad de la información, el registro no contenía datos que permitieran identificar al paciente y/o a los evaluadores fuera del ámbito de la comisión.

Las variables registradas fueron: edad, lugar/es de internación, diagnóstico de base y de causa de muerte, lugar del óbito, solicitud de necropsia, y concordancia entre el grupo tratante y la comisión. La muerte se clasificó en inevitable, potencialmente evitable o evitable; esperada o inesperada; y atribuible o no a la enfermedad de base. Para este análisis se excluyeron los pacientes fallecidos antes de las 48 hs de internación, por considerar que la atención prehospitalaria y las condiciones de traslado tienen un impacto determinante en la evolución de este grupo y los terminales en cuidados paliativos. Se consignaron además las ineficiencias e ineficacias relacionadas con el diagnóstico y/o tratamiento que tuvieron relación con la muerte del paciente.

Definiciones operativas

Muerte Inevitable: aquella ocurrida por la patología de base o sus complicaciones luego de un proceso adecuado de diagnóstico y tratamiento.

Potencialmente evitable: aquellas muertes en las que a través de una modificación en el proceso de atención podrían haberse evitado (se refiere exclusivamente a la atención dentro del hospital excluyendo la atención en otras instituciones y el traslado).

Evitable: referida fundamentalmente a errores y/o accidentes. En esta categoría la certeza de que la muerte se hubiera evitado es mayor que en la anterior.

Ineficacia: no realizar lo necesario o lo adecuado, **Ineficiencia:** no lograr el resultado óptimo con los mínimos recursos⁴.

Los resultados se expresan en valores absolutos y porcentuales del total de fallecidos.

RESULTADOS

Durante el período de estudio se registraron 7759 admisiones y 149 fallecimientos (1.9%). Siete historias clínicas no pudieron ser evaluadas por la comisión por no disponer de ellas, todas de fallecidos antes de las 48 hs. Los lugares de internación y de óbito de los pacientes se observan en las Figuras 1 y 2. Dado que algunos pacientes fueron admitidos en diferentes áreas durante la internación, estas superan el tamaño de la muestra. La mediana de edad de los pacientes fallecidos fue de 18.5 meses ($r=1d-19a$). El 17.6% eran menores de 1 mes y 43.4% de los fallecidos menor de 1 año. La mediana de tiempo de internación de 9.5 días ($r=3-215$).

Los diagnósticos más frecuentes de enfermedad de base fueron: enfermedad oncológica 36, cardiopatía congénita 15 e infección respiratoria 12. (Tabla 1).

Treinta pacientes fallecieron antes de las 48 hs. de internación, y 12 eran terminales, por lo que la muestra para el análisis de evitabilidad de la muerte quedó constituida por 107 pacientes.

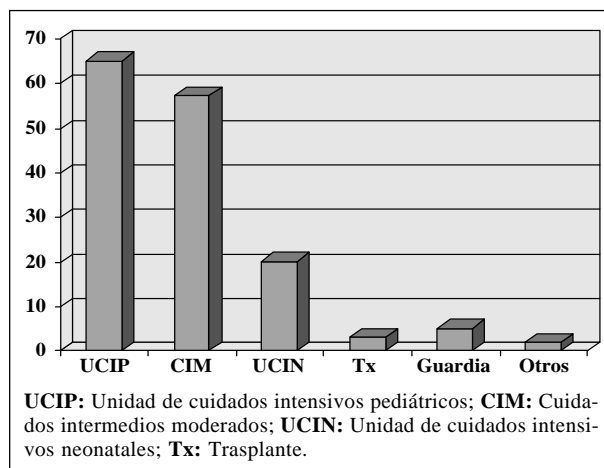


Figura 1: Área de internación de los pacientes fallecidos.

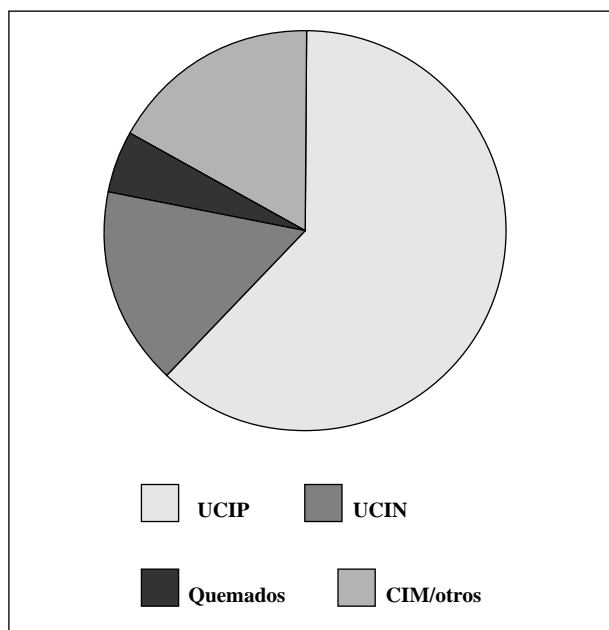


Figura 2: Lugar de óbito.

TABLA 1: ENFERMEDAD DE BASE EN ORDEN DE FRECUENCIA.

Diagnóstico	n	%
Enf. oncológica	38	26.7
Cardiopatía congénita	20	14.0
Infección respiratoria	13	9.1
Otras infecciones	10	7.0
Otras Malformaciones	9	6.3
Encefalopatías	8	5.6
Transplantes (M.O y hepatico)	5	3.5
Quemados	7	4.9
Politraumatismo/accidente	5	3.5
Síndromes genéticos	4	2.8
Prematurez	4	2.8
EPOC	3	2.1
SIDA	2	1.4
IRC	2	1.4
Otras	12	8.4

Noventa y siete muertes se consideraron inevitables (90%), diez potencialmente evitables (9.3%) y uno evitable (0.9 %). Este último portador de una cardiopatía congénita cianótica que fallece durante la espera de turno quirúrgico. Este paciente se encontraba en lista de espera con turno volante para cirugía con circulación extracorpórea. Esta condición es la forma en la que el hospital enfrenta la sobredemanda de turnos quirúrgicos de los pacientes que no pueden esperar un turno programado.

La principal causa de muerte de aquellas consideradas potencialmente evitables (n=10) fue la infección intrahospitalaria. (Tabla 2). Cabe mencionar que 8/10 eran enfermos crónicos: sind. ge-

nético (2), cardiopatía congénita (2), otras malformaciones (2) enfermedad oncológica (1) y prematuridad (1).

TABLA 2: CAUSAS DE MUERTE POTENCIALMENTE EVITABLE (N: 10).

Diagnóstico	n	%
Infección intrahospitalaria	5	50
Infección respiratoria	2	20
Hipertension endocraneana	1	10
Postoperatorio de CCV	1	10
Tromboembolismo pulmonar	1	10

La concordancia entre los diagnósticos de ingreso y egreso fue de 90%, y solo se realizaron 22 necropsias durante el período del estudio (14.7%). Hubo concordancia en la evaluación global de la atención entre el grupo tratante y la comisión en el 87.4% de los casos. En cuanto a la evitabilidad de la muerte la concordancia entre ambos grupos fue mucho menor. De las muertes consideradas potencialmente evitables por el grupo tratante solo el 30% fueron consideradas como tales por la comisión.

Se identificaron ineficacias e ineficiencias en el diagnóstico en 11/149 pacientes (7.3%) y en el tratamiento en 16 (10%). La gravedad de las mismas y su relación con la muerte de los pacientes fue muy variable. La descripción se observa en las Tablas 3 y 4.

TABLA 3: INEFICIENCIAS E INEFICACIAS EN EL DIAGNOSTICO.

Demora o falta de sospecha clínica	3
Estudios incompletos	3
Estudios excesivos	1
Fallas en la interpretación de resultados	3
Otros	1

TABLA 4: INEFICIENCIAS E INEFICACIAS EN EL TRATAMIENTO.

Demora en el tratamiento médico	4
Demora en el tratamiento quirúrgico	2
Demora en el pase a UCI	2
Tratamiento insuficiente	3
Tratamiento incorrecto	2
Tratamiento excesivo	3

CONCLUSIONES

La mortalidad hospitalaria durante el período de estudio fue 1.9%.

El 80% de las muertes ocurrieron en el área de terapia intensiva (ucip, ucin y quemados)

Se consideraron inevitables 97/107 muertes (90%), potencialmente evitables 10 (9.3%) y una definitivamente evitable (0.9 %).

La principal causa de muerte considerada potencialmente evitable (n=10) fue la infección intrahospitalaria.

Sólo se realizó necropsia en el 14.7% de los fallecidos en el período de estudio.

DISCUSION

La tasa de mortalidad hospitalaria así como la distribución por enfermedad de base son cifras esperables para un hospital pediátrico de alta complejidad^{1,5-10}. Comparando con un estudio retrospectivo realizado en Francia encontramos, sin embargo algunas diferencias: la proporción de RN dentro de los fallecidos en nuestro hospital es menor y la de los pacientes que mueren antes de las 48 hs. de internación también es menor que la reportada en este estudio¹⁰.

De los resultados epidemiológicos merece un comentario la alta proporción de pacientes que fallece en las unidades de cuidados intensivos. Esto es sin duda lo esperable en un centro de agudos de alta complejidad. Sin embargo teniendo en cuenta que el 50% de las muertes en nuestro hospital son por enfermedad oncológica y malformaciones complejas, situaciones ambas crónicas y de evolución bastante previsible, podría especularse con algún grado de "tratamiento excesivo". Por otra parte está descrito en la literatura que al disminuir las muertes por enfermedades agudas y accidentes por mejoras en la prevención, la proporción de enfermos crónicos en las unidades de cuidados intensivos aumenta. En el caso particular de los pacientes pediátricos, es frecuente que de producirse alguna limitación en el tratamiento, ello ocurra en UCI o luego de pasar por ella, no habiendo sido definida previamente¹¹. Es así que solo 35 pacientes de nuestra muestra no estuvieron internados en áreas de cuidados intensivos durante su último ingreso hospitalario.

El análisis de las causas de muerte sin embargo es más complejo. La alta prevalencia de pacientes con enfermedades crónicas y tratamientos complejos (procedimientos, quimioterapias, múltiples cirugías) hacen difícil muchas veces diferenciar entre las complicaciones esperables y evitables. Los datos de la autopsia fueron relevantes en algún caso para arribar a un diagnóstico, sin embargo el número de necropsias realizado durante el período fue llamativamente bajo. La metodología de análisis, esencialmente cualitativa, conlleva algunas li-

mitaciones claramente identificadas en la bibliografía. Si bien se trabajó de manera sistemática, con un equipo entrenado a fin de minimizar los sesgos, estos son muchas veces inevitables. La falta de concordancia entre el grupo tratante y la comisión respecto de la evitabilidad de la muerte son una muestra evidente de los mismos. Los médicos de cabecera tendieron a sobreestimar la evitabilidad de la muerte de sus pacientes, aún cuando reconocían que padecían una enfermedad con pronóstico sombrío y en algunos casos definitivamente mortal. Esta baja correlación interobservador ha sido señalada reiteradamente en la bibliografía y en algunos casos ha llevado a cuestionar seriamente la utilidad de este procedimiento^{12,13}.

Mas allá de los cuestionamientos creemos que los datos obtenidos en este estudio son valiosos y constituyen una base para implementar modificaciones que permitan mejorar la atención de nuestros pacientes. Estas modificaciones desde ya no son sencillas; dada la complejidad de la patología reducir este 9% de muertes potencialmente evitables implica desde cambios profundos en la organización de la atención hasta costosas inversiones en incorporación de tecnología y renovación edilicia. En el contexto de la crisis actual el desafío parece aún mayor. Las siguientes son propuestas que surgieron en la comisión luego de un análisis exhaustivo de los resultados.

PROPUESTAS

Dado que la principal causa de muerte potencialmente evitable la constituye la infección intrahospitalaria es necesario ampliar las estrategias para su reducción.

1. Reducción del tiempo de internación

- Evitar las internaciones innecesarias y prolongadas.
- Evaluar críticamente la indicación de procedimientos invasivos.
- Aumentar la oferta de turnos quirúrgicos.
- Aumentar la oferta de turnos de estudios complementarios complejos.
Podrían establecerse estándares aceptables de espera para las situaciones más frecuentes (ej: polisomnografía, ccv, etc.) e implementar mecanismos alternativos de turnos adicionales.
- Favorecer la internación preferencial de los pacientes crónicos en sus lugares de internación de referencia y el seguimiento ambulatorio por equipos multidisciplinarios para pacientes de alto riesgo.

1a. Aumentar la disponibilidad de aislamientos.

1b. Incorporar tests virológicos rápidos en áreas de alto riesgo (guardia, CIM).

2. Ingreso y Egreso de UCI

En épocas de sobredemanda de camas como es la invernal, prácticamente la única indicación de UCI es el requerimiento de ARM. Esta realidad condiciona una situación de demora en el ingreso de algunos pacientes, de egreso precoz en otros, y de suspensión de cirugías mayores programadas por falta de camas. El incremento previsible del número de pacientes crónicos o con alto requerimiento de cuidados de enfermería agrava esta situación.

2a. Organizar un sector de cuidados intermedios que disminuya la demanda de camas y/o agilice el egreso de pacientes de UCI

2b. Organizar un sector para enfermos crónicos estables con alta demanda de atención de enfermería. (lactantes pequeños con enfermedades complejas, traqueostomías, etc.)

3. Tratamientos excesivos

Discusión programada en grupos multidisciplinarios y con participación del comité de ética del hospital de los casos con potencial indicación de limitación de tratamiento.

4. Otros

Elaborar una propuesta para aumentar el número de autopsias que se realizan en el hospital, ya que se trata de información de vital importancia en la evaluación de la calidad de la atención.

Agradecimiento

A la Dra. Nérida Busso por su colaboración en la realización de este trabajo.

REFERENCIAS

1. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF, Argentina). ¿Por qué mueren los niños?. Propuesta para el análisis de las muertes infantiles como instrumento para mejorar el cuidado de la salud de la niñez. Buenos Aires. UNICEF, 1998:1-63.
2. Fernandez Busso N. Los nuevos desafíos de la mortalidad infantil. Arch Arg Ped 2001;99:144-149.
3. Vincent Ch. Risk, safety, and the dark side of quality. BMJ 1997;314:1775-1776.
4. Calidad de Sistemas y Servicios de Salud. Programa de educación a distancia. Fascículo 4:16. (grupo editor). Buenos Aires 2001.
5. Brennan T; Leape L; Laird N; Hebert L; Localio R; Lawthers A; et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991;324:370-376.
6. Leape L; Brennan T; Laird N; Lawthers A; Localio R; Barnes B; et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med.1991; 324: 377-84.
7. Weingart S; McL Wilson R; Gibberd R; Harrison B. Epidemiology of medical error. BMJ 2000;320:774-777.
8. Alberti KG. Medical errors: a common problem. BMJ 2001; 322: 501-502.
9. Reinertsen J. Let's talk about error. BMJ 2000;320:730.
10. Cantagrel S; Chédeville G; Suc A.L; Marchand, S. Pediatric Mortality in the hospital: 6 year retrospective study. Pediatr Res 1998;44:423 (Abstract).
11. Levetow M.; Pollack M.; Cuedon T.; Ruttiman U.; Glover J. Limitations and withdrawals of medical intervention in pediatric critical care. JAMA 1994;272:1271-1275.
12. Hayward R; McMahon L; Bernard A. Evaluating the care of general medicine inpatients: how good is implicit review?. Annals of Internal Medicine 1993;118:550-556.
13. Hayward R; Hofer T. Estimating hospital deaths due to medical errors. Preventability is in the eye of the reviewer. JAMA 2001; 286: 415-420.

Medicina Infantil comunica a sus lectores, que el número correspondiente a diciembre se distribuirá en marzo próximo completando así el volumen IX.

Los editores lamentan la demora debida a factores ajenos a su voluntad y espera asimismo regularizar las ediciones en el transcurso del próximo año.