

Mortalidad como indicador de evaluación médica en los servicios

*Gilberto Piscoya**
*Pilar Gamarra**
*Ada Chavez**

*José Saldías**
*Moisés Rosario**

RESUMEN

Se estudia la mortalidad en un servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins- IPSS-Lima.

Se realizó un estudio retrospectivo de 421 historias clínicas de los pacientes egresados del servicio, entre enero y mayo de 1,993.

Se encontró una mortalidad de 36/42 (8.47%).

El indicador mortalidad está influenciado por las siguientes variables: Complejidad diagnóstica, edad del paciente y tiempo de hospitalización; es directamente proporcional a éstos.

SUMMARY

Mortality is studied in the Internal Medicine service of the National Hospital Edgardo Rebagliati Martins -IPSS- Lima.

A retrospective study was realized in 421 clinical histories of the service egressed patients, between January and May 1,993.

It was found a mortality of 36/421 (8.47%).

The mortality indicator is affected by the next variables: Diagnostic complexity, patient's age and time of hospitalization; is directly proportional to these.

INTRODUCCION

La mortalidad ha sido un indicador que siempre se ha encontrado en límites más altos que el standard internacional aceptado para hospitales agudos en el Servicio de Medicina Interna 6 C, Dpto. de Medicina Interna del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el Instituto Peruano de Seguridad Social (HNERM-IPSS), este indicador también ha estado en cifras más altas que lo esperado en todos los servicios de Medicina (1).

Nuestro equipo médico, al preguntarse las razones analizó, en primer lugar, el tipo de pacientes que son admitidos y las causas de muerte de los pacientes en un período de 5 meses, proponiendo que cada servicio médico de los hospitales analice sus propias cifras de mortalidad entre los indicadores usuales, y seleccione sus causas y su frecuencia. Este análisis, logrará al identificarlas, ubicar sus causas y sus factores de riesgo, así como el estudio clínico más exhaustivo de dichas condiciones, con la consiguiente disminución de sus tasas. Por otro lado, los pacientes portadores de enfermedades crónicas, o de mayor complejidad diagnóstica, tienen indiscutiblemente un riesgo alto de mortalidad. Así, al hospitalizarse, el riesgo alto de dichos pacientes no puede ser comparado con el riesgo de los pacientes sin complejidad diagnóstica o denominados NO crónicos. Sus tasas de mortalidad por tanto, deben ser diferenciadas o estratificadas.

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron retrospectivamente, 421 historias clínicas correspondientes a todos los pacientes egresados del servicio de Medicina Interna 6 C desde Enero a Mayo 1993. Se seleccionaron las historias de los pacientes fallecidos, y se ubicó en primer lugar, la complejidad diagnóstica y luego, la causa básica de muerte.

Se presentan tablas de distribución simple y gráficos.

Definimos condiciones crónicas, a aquellos pacientes que ya habían sido diagnosticados previamente, y que tenían una o más enfermedades cuyo comportamiento en el tiempo era indefinido (Cirrosis, Insuficiencia Cardíaca, etc) y que eran admitidos por descompensación de su estado.

Definimos condiciones NO CRONICAS, a aque-

llos pacientes sin estudio previo y por tanto, sin diagnóstico, que eran admitidos por algún proceso agudo y por tanto, recién iban a ser diagnosticados.

Cuadro 1
Distribución según edad y sexo
Mortalidad como indicador

Rango	Masculino	Femenino	Total
-29	1	-	1
30-39	1	2	3
40-49	1	-	1
50-59	5	6	11
60-69	4	4	8
70+	6	6	12
Total	18	18	36

Cuadro 2
Tiempo de estancia de fallecidos
Mortalidad como indicador

Días	Nº pacientes	Edad promedio	Diagnóstico
-5	7	56.8	Ca, Infec
5-9	9	60	Ca, Infec
10-19	12	75.5	Infección
20-30	6	42.2	Ca, IRC
+30	2	24	SIDA

Cuadro 3
Distribución por condiciones
Mortalidad como indicador

Mes	Condición crónica	Condición no crónica	Total
Ene.	60	12	72
Feb.	78	7	85
Mar.	76	17	93
Abr.	65	10	75
May.	77	19	96
Total	356(85%)	65(15%)	421

Cuadro 4
Distribución por condiciones de mortalidad
Mortalidad como indicador

Mes	Condición crónica	Condición no crónica
Ene.	5	0
Feb.	7	1
Mar.	9	0
Abr.	4	0
May.	9	1
Total	34(94.5%)	2(5.5%)

Cuadro 5
Tasa de mortalidad
Mortalidad como indicador

Condición	Fallecidos	Tasa/421 Egresos
Crónica	34	8%
No crónica	2	0.47%

Cuadro 6
Causas de mortalidad
Mortalidad como indicador

Causas	Crónicos	No crónicos
Neoplasias	10	-
IRCT	8	-
Diab. Mellit.	4	-
ICC	4	-
ACV	4	-
SIDA	2	-
Encefalop.	1	-
TBC	1	-
GEC	-	1
Neumonía	-	1
Total	34	2

RESULTADOS

En el cuadro Nº 1, encontramos que los pacientes fallecidos en el período en estudio no hubo diferencia por sexo, pero el mayor grupo de pacientes fallecidos se encontró con edades mayores a 50 años.

En el cuadro Nº 2, encontramos que la mayor frecuencia de pacientes fallecidos se encontraba en aquellos que tenían un periodo de permanencia hospitalaria entre 5 a 19 días, lo que se puede ver objetivamente en el gráfico Nº 1.

En el cuadro Nº 3, observamos la distribución de las condiciones estratificadas en condiciones crónicas, y no crónicas. De los 421 pacientes estudiados, el 85% eran pacientes con condiciones crónicas, y un 15%, eran pacientes con condiciones no crónicas.

En el cuadro Nº 4, observamos la distribución de los pacientes fallecidos en el período en estudio y se objetiva que el 94.5% de los fallecidos era portador de una enfermedad crónica, mientras que el 5.5% de los fallecidos tenía una condición no crónica.

En el cuadro Nº 5, hacemos la tasa de mortalidad sobre el número de egresos de ese período (421 pacientes) estratificándola en condiciones, y observamos que para los pacientes crónicos, la tasa de mortalidad fue de 8%, mientras que para las condiciones no crónicas, fue de 0.47%.

En el cuadro Nº 6, observamos que entre las primeras causas de enfermedad crónica con mortalidad tenemos: Neoplasias, Insuficiencia Renal Crónica Terminal, Diabetes Mellitus, ACV., e Insuficiencia Cardíaca Congestiva.

En cambio, para las condiciones no crónicas, la primera causa de fallecimiento fue Gastroenterocolitis y Neumonías.

DISCUSION

El presente trabajo pretende como análisis retrospectivo, únicamente, llamar la atención en los Hospitales de Nivel IV, y en particular, en los Servicios Médicos que el indicador Mortalidad debe basarse fundamentalmente en las siguientes variables:

1.- Complejidad Diagnóstica: A mayor complejidad diagnóstica, mayor es el riesgo de mortalidad de los pacientes (2).

2.- Edad de los pacientes: Todos los pacientes mayores de 50 años, tienen mayor riesgo de mortalidad que el resto.

3.- Tiempo de hospitalización: Esta es una variable muy importante, ya que las hospitalizaciones prolongadas pueden incrementar la mortalidad en todo tipo de pacientes por el riesgo de adquirir como huéspedes susceptibles, complicaciones entre las que las infecciones intrahospitalarias son más importantes (3).

El uso de estas tres variables permitirá a los médicos y miembros de los equipos de salud, diferenciar claramente qué pacientes tienen riesgo de fallecer, incluso en el momento de ser admitidos, y así diferenciar incluso las tasas clásicas de mortalidad neta y bruta, por mortalidad en condiciones crónicas y mortalidad en condiciones no crónicas. Estas últimas serían la verdadera tasa de mortalidad, ya que la admisión al HNERM, es por un método no selectivo, desde el Servicio de Emergencia, por otro profesional que no es miembro del equipo que tratará al paciente, entonces la calificación de tasas y su comparación al standard internacional no será la verdadera realmente. Nosotros proponemos, que la tasa que debe utilizarse es la que resulte de la estratificación de condiciones Crónicas y No crónicas y de esa manera, la verdadera comparación estaría en el ítem de condiciones no crónicas. Los fallecimientos por neoplasias son los más frecuentes, y esto es algo realmente esperado por el número de complicaciones o descompensación que un paciente con neoplasia pueda tener. Lo mismo sucede con IRCT, Diabetes Mellitus, ACV, o Insuficiencia Cardíaca Congestiva.

En el caso de los pacientes no crónicos, las causas de muerte fueron por Gastroenterocolitis y Neumonía, ambos en pacientes altamente susceptibles por la edad avanzada.

Esta metodología de comparación, colocada en la HOJA DE GERENCIA que cada servicio debe llevar mensualmente, dará al equipo médico una visión real de sus causas, y permitirá profundizar

el estudio de las complicaciones que aquejan a estas condiciones crónicas con el fin de tratar de prevenirlas, si esto pudiera ocurrir, y por otro lado, será el mejor indicador del trabajo médico, ya que su utilidad sería mayor incluso que la identificación de las causas más frecuentes de egreso, que son motivo de los Manuales de Diagnóstico y Tratamiento; y en su lugar, agregar las causas de muerte más frecuente con un MANUAL DE MANEJO DE COMPLICACIONES de cada servicio.

Ello permitirá desterrar la idea que los servicios con menos tiempo de permanencia tienen enfermos que son readmitidos frecuentemente. Ello es cierto, si sabemos que el 85% de los egresos son por condiciones crónicas, y obviamente serán readmitidos. Pero permitirá a la vez, reforzar el hecho que la variable "tiempo de permanencia" es importante para disminuir complicaciones y por ende, mortalidad.

También permitirá al equipo médico estudiar métodos de trabajo para enfrentar las posibles complicaciones y estar en alerta permanente de los pacientes con las condiciones más frecuentes, para tratar de disminuir la mortalidad. Un trabajo prospectivo, se ha diseñado para confirmar estos datos, y se está realizando en el servicio.

CONCLUSIONES

1.- El servicio de Medicina Interna 6 C, tiene 85% de sus egresos con pacientes portadores de condiciones Crónicas, que son readmitidos por procesos agudos de descompensación.

2.- El Tiempo de permanencia hospitalaria y la edad de los pacientes son variables importantes que influyen en la mortalidad.

3.- Proponemos estratificar las tasas de mortalidad, y diferenciarlas de los procesos crónicos, ya que ellos siempre tienen un riesgo mayor antes de su admisión.

4.- Las causas más frecuentes de muerte en el Servicio 6 C, en el período en estudio, fueron en orden: 1) Neoplasias, 2) Insuficiencia Renal Crónica Terminal, 3) Diabetes Mellitus, ACV, Insuficiencia Cardíaca Congestiva.

5.- Proponemos al indicador mortalidad como

un buen método de medir la evaluación de los servicios médicos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Informe anual, años 1991, 1992, 1993. Servicio de Medicina 6 C.
- 2.- NAESSEN JM, LEISSON G: Contribution of

a measure of disease complexity to prediction of outcome and charges among hospitalized patients. *Mayo Clinical Proceedings*. 1992. 67(12): 1140-9.

- 3.- SALDIAS J., IZQUIERDO G., et al: Infecciones Intrahospitalarias en el HNERM. Estudio clínico. *Revista Médica del IPSS*. Vol. N° 3. 1992.