

Implementación de un equipo de respuesta rápida especializado asociado con reducciones en la mortalidad y gastos hospitalarios: un análisis de cohortes retrospectivo.

Referencia.

Jacob Sessim-Filho, Renato Palacio de Azevedo, Antonildes N Assuncao-Jr, Marcia Martiniano de Sousa e Sá Morgado, Felipe Duarte Silva, Laerte Pastore, Luiz Francisco Cardoso, Fernando Ganem, Dedicated rapid response team implementation associated with reductions in hospital mortality and hospital expenses: a retrospective cohort analysis, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 37, Issue 2, 2025, mzaf030, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaf030>

Área: Seguridad del paciente.

Tipo: Artículo original.

Resumen.

Los equipos de respuesta rápida (ERR) tienen como objetivos la identificación e intervención tempranas de un posible deterioro en pacientes críticos, previniendo así la progresión a una posible situación irreversible. Podríamos considerar que son equipos que actuarían para prevenir la intervención de equipos de Reanimación Cardiopulmonar (RCP).

Las primeras referencias de los ERR se remontan a los años 90 del pasado siglo.

El deterioro clínico agudo en pacientes hospitalizados se refiere a un cambio repentino y significativo del estado fisiológico, a menudo caracterizado por signos vitales anormales, alteración del estado mental o empeoramiento de la función orgánica. Este deterioro puede deberse a diversas afecciones subyacentes, como sepsis, insuficiencia respiratoria, enfermedades cardiovasculares o disfunciones multiorgánicas.

El reconocimiento temprano y la intervención oportuna son cruciales, ya que las respuestas tardías pueden provocar un aumento de la morbilidad, una hospitalización prolongada y tasas de mortalidad más altas. La identificación temprana de un deterioro

clínico agudo crea una ventana de oportunidad para que los profesionales de la salud prevengan el paro cardíaco o la muerte de estos pacientes.

Con el objetivo de analizar el impacto del ERR, se diseñó un estudio de cohortes retrospectivas de pacientes ≥ 18 años que sufrieron algún deterioro clínico agudo desde hospitalización o desde unidades de diagnóstico y que fueron trasladados a la UCI, antes y después de la implantación de ERR especializado. Para garantizar la comparabilidad de los dos grupos (PRE: sin intervención del ERR y POST, con intervención del EER) se utilizó el método de pareamiento por puntaje de propensión (*Propensity Score Matching*).

Se analizaron 977 pacientes que tuvieron complicaciones clínicas que requirieron traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Los resultados más importantes fueron los siguientes: reducción en el grupo POST de la mortalidad hospitalaria (PRE: 34,7%, POST: 22,7%, $p < 0,001$); mortalidad en UCI (PRE: 19,5%, POST: 12,8%, $p < 0,017$), estancia hospitalaria (PRE: 25 días, POST: 19 días, $p < 0,009$) y estancia en UCI (PRE: 4 días, POST: 3 días), Con referencia a intervenciones en UCI, se observó en el grupo POST un menor uso de drogas vasoactivas (PRE: 42,9%, POST: 29,4%, $p < 0,001$), uso de ventilación no invasiva (PRE: 39,9%, POST: 29,4%, $p < 0,013$), fallo de la ventilación no invasiva (PRE: 10,2%, POST: 4,4%, $p < 0,002$).

Implicaciones para las políticas, la práctica y la investigación

Los hallazgos refuerzan el impacto clínico de una implementación cuidadosamente organizada de un ERR específico en instituciones sanitarias. Además, la asociación entre la reducción de la mortalidad hospitalaria y una disminución significativa de aspectos asociados con el gasto hospitalario debería sensibilizar a los gestores para facilitar la puesta en marcha de estos grupos de intervención.

Aportaciones relevantes.

Como antecedentes en nuestro país, en el año 2013, se puso en marcha un programa para la detección precoz de deterioro de pacientes fuera de la UCI por parte del Hospital del Henares (A. Abella Álvarez, I. Torrejón Pérez, V. Enciso Calderón, C. Hermosa Gelbard,

J.J. Sicilia Urban, M. Ruiz Grinspan, M.Á. García Ureña, I. Salinas Gabiña, T. Mozo Martín, E. Calvo Herranz, M. Díaz Blázquez, F. Gordo Vidal. Proyecto UCI sin paredes. Efecto de la detección precoz de los pacientes de riesgo. *Medicina Intensiva*; 37 (1): 12-18).

En este estudio pre-post, un intensivista revisaba cada uno de los pacientes que cumplían los criterios de inclusión (alteraciones analíticas relevantes con alertas electrónicas, signos de deterioro clínico a juicio de los médicos de planta e intensivistas de guardia y criterios de complejidad al alta de UCI) y decidía la necesidad o no de intervención. Posteriormente, junto al médico a cargo del paciente, se determinaba cuál era el nivel de cuidados que necesitaba y se decidía la pauta a seguir. En el periodo de control la mortalidad en UCI fue 9% frente al 4,4% en el periodo de intervención ($p = 0,03$). En el análisis multivariable, los 2 factores que guardaron relación significativa con la mortalidad fueron el haber ingresado durante el periodo de intervención: OR 0,42 (IC95%; 0,18 a 0,98) ($p = 0,04$) y el SAPS 3 (*Simplified Acute Physiology Score*): OR 1,11 (IC95%; 1,07 a 1,14) ($p < 0,05$). El número de avisos por PCR en el periodo control fue 10 frente 3 en el periodo de intervención ($p = 0,07$).

A la vista de los resultados obtenidos con estas iniciativas, parece razonable potenciar grupos de intervención rápida. Suponen un claro beneficio clínico y económico, si bien precisan de un modelo organizativo y un cambio en los roles de los profesionales.

Implicaciones prácticas.

Es sabido que estos cambios no son fáciles debido a la necesidad de disponer de profesionales dispuestos y preparados, introducir las modificaciones necesarias en los procesos asistenciales, facilitar las herramientas electrónicas para las alertas y la telemonitorización de los pacientes, etc.

Sin embargo, son modelos que se deberían extender y considerar *gold standard* en los centros hospitalarios.

PMRL.