



Cartas al Director

Grupo de trabajo para la revisión, modificación y desarrollo de indicadores de calidad para unidades de cuidados intensivos respiratorios en México



Task Force for the Review, Modification and Development of Quality Indicators for Respiratory Intensive Care Units in Mexico

Sr. Director:

Vivimos en una era de transición en que el interés en los procesos de cuidados de la salud ha tenido un realce y sigue una tendencia clara hacia un lugar preponderante en la atención a los enfermos. El deseo de mejorar la seguridad de los pacientes ha dado lugar a una serie de iniciativas que buscan implementar prácticas estándar para mejorar la calidad de la atención en salud¹. Los indicadores de calidad son instrumentos de medida que indican la presencia de un fenómeno o suceso y su intensidad². Las unidades de cuidados intensivos no escapan del modelo organizacional que puede ser medido en diferentes aspectos y mejorado identificando áreas de oportunidad. Sin duda uno de los trabajos más importantes para el desarrollo de indicadores de calidad basados en evidencia en cuidados intensivos es el de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) junto con la Fundación Avedis Donabedian^{2,3}. La SEMICYUC desarrolló indicadores de calidad que fueron adoptados por unidades de terapia intensiva españolas así como por otras sociedades científicas internacionales, como la *European Society of Intensive Care Medicine* y la *Indian Society of Critical Care Medicine*, proponiendo, además de indicadores generales, indicadores de calidad de atención para grupos específicos como es el caso de los pacientes con enfermedad de arterias coronarias, muchas veces manejados en unidades diseñadas para este propósito. Las unidades especializadas que atienden pacientes con características singulares requieren de indicadores que se adapten a sus necesidades y con estándares probablemente menos flexibles para algunos indicadores⁴.

El presente proyecto busca formular recomendaciones para la monitorización de calidad en unidades que por el tipo de pacientes que atienden reúnen características en común que les han dado la denominación de «unidades de cuidados intensivos respiratorios». La iniciativa nace de quienes encabezan las unidades de terapia intensiva de los servicios de tórax de hospitales de tercer y cuarto nivel de atención en México: 1) la Unidad de Cuidados Intensivos Respiratorios del Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax del Hospital General de México; 2) la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER); 3) la Unidad de Cuidados Intensivos Respiratorios del Centro Médico Nacional «La Raza», y 4) la Unidad de Terapia Intensiva del Servicio de Neumología y Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Monterrey.

Tabla 1

Datos estadísticos disponibles de 2 de las unidades participantes^a

	UCIR Hospital General de México (n = 715)	UTI INER (n = 87)
Edad, años ± DE	48 ± 17	47,2 ± 18,5
Sexo, M/F (%)	52/48	58/42
SAPS 3, ± DE	50,7 ± 18	–
APACHE II, ± DE	–	17,0 ± 7,9
SOFA ± DE	5,1 ± 4,6	6,4 ± 3,4
Diagnóstico de ingreso, %		
Insuficiencia respiratoria aguda	44,2	67,1
Postoperado de tórax y cuello	22	10,3
Sepsis/choque séptico	13	9,1
Fallo cardíaco/choque cardiogénico	7,6	6,8
Fallo neurológico	5,5	–
Choque hipovolémico	4	–
Otros	3,7	3,4
Ventilación mecánica invasiva, %	60,5	–
Ventilación mecánica no invasiva, %	12,5	–
Procedimientos en UCIR, %		
Traqueostomía	9,4	–
Broncoscopia	13,2	–
Toracocentesis	4,5	–
Pleurostomía	6,2	–
Procedimientos previos a UCIR, %		
Traqueostomía	6,4	–
Pleurostomía	20,3	–
Mortalidad, %		
Predicha	26,5	27,5
Observada en UCIR	30,3	28,7
Hospitalaria	37,9	–
Tasa de mortalidad estandarizada	1,43	–
Días de estancia en UCIR, ± DE	8,12 ± 12,4	10,8 ± 7,1

APACHE II: *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II*; DE: desviación estándar; INER: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias; M/F: masculino/femenino; SAPS 3: *Simplified Acute Physiology Score 3*; SOFA: *Sequential Organ Failure Assessment*; UCIR: unidad de cuidados intensivos respiratorios.

^a La información disponible de las unidades del Centro Médico Nacional «La Raza» y del Hospital Universitario de Monterrey se consideró insuficiente o poco confiable.

En la primera reunión de los miembros del grupo de trabajo que se llevó a cabo en la 39.^a Reunión Anual Nacional de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva en León, Guanajuato, en octubre de 2012, se acordaron los objetivos generales de punto de partida. Estos objetivos fueron: a) enunciar las características que definen a una unidad de cuidados intensivos respiratorios (UCIR) en México, y b) determinar qué tipo de pacientes se atienden en estas unidades y cuáles son sus necesidades. En marzo de 2013, en una segunda reunión se definió a la UCIR como la unidad de terapia intensiva que atiende a pacientes con patología predominantemente respiratoria en condición crítica, haciendo hincapié en diferenciar este término del usado en publicaciones previas de otros

Tabla 2
Objetivos del proyecto

Realizar un diagnóstico situacional de calidad por medio de la monitorización piloto de indicadores de calidad de atención médica más relevantes del grupo respiratorio en las unidades participantes (etapa II).
Revisar los indicadores de calidad basados en evidencia existentes que corresponden al grupo o especialidad «respiratorio», su aplicabilidad y relevancia para unidades de cuidados intensivos respiratorios (etapa II).
Modificar los indicadores de calidad más relevantes para el grupo «respiratorio» en función de la evidencia científica disponible para su uso en unidades especializadas en cuidados intensivos respiratorios y de acuerdo a las necesidades de las mismas (etapa II).
Desarrollar indicadores de calidad para unidades de cuidados intensivos respiratorios en función de la identificación de procesos «clave» propios de dichas unidades (etapa II).
Formular recomendaciones para el empleo de indicadores de calidad en unidades de cuidados intensivos respiratorios (etapa III).
Difundir los resultados del proyecto en publicaciones científicas (etapa III).

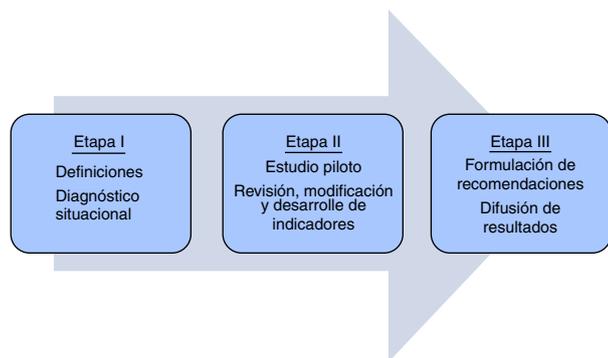


Figura 1. Plan de trabajo del grupo para la revisión, modificación y desarrollo de indicadores de calidad para unidades de cuidados intensivos respiratorios.

países referente a unidades de cuidados intermedios y/o crónicos de retiro de la ventilación mecánica⁵. La información estadística disponible fue considerada insuficiente (tabla 1) y se acordó recabar información relevante en una cohorte prospectiva para concluir con la primera etapa del proyecto. Los objetivos específicos del proyecto que se desarrollarán en las 2 etapas subsecuentes se describen en la tabla 2 y en la figura 1.

Actualmente el grupo de trabajo cuenta con el apoyo de sus respectivas sedes hospitalarias (los centros de tercer y cuarto nivel pertenecientes al sistema de salud más importantes de México) y el apoyo del Consejo Mexicano de Neumología. En el futuro se pretende contar con el apoyo del Colegio Mexicano de Medicina Crítica, el de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax y el de otras sociedades afines con el afán de lograr que la difusión de los resultados sea más amplia y aceptada.

Bibliografía

1. Safe Practices for Better Healthcare: A Consensus Report, 2003 [consultado 12 Ene 2006]. Disponible en: <http://www.qualityforum.org/txsafeexecsumorder6-8-03PUBLIC.pdf>
2. Martín MC, Cabré L, Ruiz J, Blanch L, Blanco J, Castillo F, et al. Indicadores de calidad en el enfermo crítico. *Med Intensiva*. 2008;32:23-32.
3. Indicadores de calidad en el enfermo crítico. Actualización de 2011 [consultado 1 Oct 2011]. Disponible en: <http://www.semicuc.org/sites/default/files/actualizacion-indicadores-calidad-2011.pdf>
4. Álvarez-Maldonado P, Cueto-Robledo G, Cerón-Díaz U, Pérez-Rosales A, Navarro-Reynoso F, Cicero-Sabido R. Indicadores de calidad en una unidad de cuidados intensivos respiratorios. Análisis inicial de la base de datos DEDUCIR. *Med Intensiva*. 2012;36:518-20.
5. Torres A, Ferrer M, Blanquer JB, Calle M, Casolívé V, Echave JM, et al. Unidades de cuidados respiratorios intermedios. Definición y características. *Arch Bronconeumol*. 2005;41:505-12.

Pablo Álvarez-Maldonado^{a,*}, Edgar Bautista-Bautista^b, Víctor Huizar-Hernández^c, Roberto Mercado-Longoria^d y Guillermo Cueto-Robledo^a

^a Unidad de Cuidados Intensivos Respiratorios, Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax, Hospital General de México O.D., México D.F., México

^b Departamento de Medicina Crítica, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, INER, México D.F., México

^c Unidad de Cuidados Intensivos Respiratorios, Servicio de Neumología, Centro Médico Nacional «La Raza», IMSS, México D.F., México

^d Servicio de Neumología y Cuidados Intensivos, Hospital Universitario, Monterrey, Nuevo León, México

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pamyacs@yahoo.com (P. Álvarez-Maldonado).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.12.009>

Broncoaspiración de cuerpos extraños. Caso clínico y revisión



Bronchoaspiration of Foreign Bodies. Clinical Case and Review

Sr. Director:

A finales del siglo XIX, la broncoaspiración de cuerpos extraños (CE) tenía una mortalidad del 50%, disminuyendo desde la primera extracción endoscópica realizada por Gustav Killian, modificándose la técnica de extracción y encontrando en el fibrobroncoscopio flexible uno de los métodos más utilizados en la actualidad. Presentamos el caso de un varón de 67 años con el diagnóstico de broncoaspiración de una broca odontológica utilizada para el implante de piezas dentarias.

El paciente acude al Servicio de Urgencias desde una consulta odontológica realizada una hora antes en la que, mientras se le practicaba una endodoncia, una broca cae accidentalmente en la cavidad bucal y desaparece, el dentista cree que ha sido deglutida

y lo remite a nuestro hospital. El paciente acude asintomático y en la radiografía de tórax y en la TAC (fig. 1) se observa la broca en el bronquio intermediario, sin complicaciones asociadas. Bajo sedación, se realiza fibrobroncoscopia por vía oral y con fórceps de cocodrilo se extrajo todo en bloque (fig. 1), procediéndose al alta en 24 h.

El primer caso de extracción endoscópica publicado ocurrió el 30 de marzo de 1897, cuando un granjero alemán de 63 años comienza con disnea, tos y hemoptisis tras la aspiración de un hueso de cerdo (longitud 11 mm y anchura 3 mm). Gustav Killian, mediante un esofagoscopio de Mikulicz-Rosenheim adaptado (tubo rígido con espejo frontal para iluminar a través del tubo) y fórceps rígido, consiguió retirarlo del bronquio principal derecho¹.

La aspiración de CE es más frecuente en varones de 1-2 años², con una mortalidad del 7% en <4 años. La incidencia en adultos es <0,4%³, observándose en población geriátrica, enfermedades neurológicas, abuso de alcohol o drogas, intubación traumática, retraso mental, intervención dentaria o pacientes