



medicina *intensiva*

www.elsevier.es/medintensiva



CARTAS AL DIRECTOR

Atención de calidad en un servicio de medicina intensiva

Quality health care in an intensive care unit

Sr. Director:

Desde nuestro servicio de medicina Intensiva (SMI) trabajamos para ofrecer una atención de calidad. Esta cultura refleja la preocupación por conseguir una atención eficaz en diferentes aspectos de nuestro quehacer diario.

Siempre hemos tenido cierta inquietud por conocer la percepción de los familiares y pacientes ingresados en nuestro SMI, sobre la atención que recibieron durante su estancia¹⁻³. Al estudiar este aspecto observamos que la mayoría de los familiares de los pacientes estaban satisfechos con la información recibida, los cuidados, la empatía con el personal y la comodidad dentro de la unidad. Pero no habíamos caído en la cuenta de otros aspectos tales como el de preocuparnos un poco más por los sentimientos del familiar. Esto nos ha servido para poder introducir mejoras en aspectos muy importantes del cuidado integral del paciente crítico y su entorno.

También hemos investigado la calidad de la atención ofrecida a nuestros compañeros médicos del resto del hospital^{4,5}. Esto es útil para analizar la imagen que damos los profesionales de la medicina intensiva de los cuidados ofrecidos dentro del hospital y así poner en marcha los mecanismos de control de calidad pertinentes. En nuestro caso, objetivamos que debíamos trabajar el conocimiento entre los profesionales del hospital de lo que era la Medicina Intensiva y los criterios de ingreso, asegurando una adecuada comunicación con el médico que nos solicitaba algún ingreso. Para ello, es importante la participación en sesiones hospitalarias o la difusión de la cartera de servicios a todos los profesionales del hospital.

Otro de los aspectos que influyen en una atención de calidad es conocer la salud laboral de nuestro propio personal⁶. Para ello, estudiamos el grado de *burnout* entre nuestro personal de enfermería en relación al de las plantas de hospitalización y nos dimos cuenta de que este era un problema que nos afecta en la misma medida que a ellas, por lo que lo importante no es el entorno, sino el identificar los factores que contribuyen a este y, por supuesto, ofrecer soluciones al mismo.

También hemos analizado la calidad de diversos aspectos del tratamiento llevado a cabo. Así, por ejemplo, en cuanto a la terapia nutricional^{7,8} encontramos diversos factores que inflúan en un aporte inadecuado de la nutrición enteral. El conocimiento de esta situación permite tomar medidas

encaminadas a optimizar el soporte nutricional de nuestros pacientes.

Por último, hemos mostrado preocupación por ofrecer un entorno de calidad en el que trabajamos⁹. Por ello se formó un comité de catástrofe que se encargó de elaborar un plan de emergencia y autoprotección con el fin de vigilar que se cumplan las condiciones de máxima seguridad para pacientes, familiares y trabajadores. Pensamos que disponer de este plan, con un triage adecuado, debería incluirse como un indicador de calidad por cumplir, ya que con esto se conseguiría una mejor atención al paciente en caso de presentarse una situación de desastre donde hubiera que evacuar el SMI.

Todo este esfuerzo empleado en la cultura de calidad, en nuestro servicio, se ha visto acreditado desde ahora con la norma ISO¹⁰. La certificación, según la UNE-EN ISO 9001 obtenida, supone la garantía de que los procedimientos llevados a cabo en el servicio en lo referente a la gestión de procesos y la formación de personal siguen las pautas marcadas en el sistema y que no variarán, independientemente de quien los ejecute y del tiempo que lleve trabajando en el servicio. Con la certificación ISO 9001 se acredita un sistema de calidad que tiene como fin la satisfacción del enfermo y sus familiares y el personal de otros servicios que piden nuestra ayuda en algún momento. Esto no significa que ahora trabajemos con más calidad, sino que ya existe la seguridad de que el trabajo está bien hecho, además de que mejoraremos año tras año, porque estamos obligados a ello.

Como reconocimiento a todo este trabajo, hemos recibido el premio al mejor SMI de España, en la 4.ª edición del Premio Best in Class 2009, que convoca *Gaceta Médica* para reconocer públicamente el servicio hospitalario con mejores indicadores de calidad asistencial del país. Este certamen cuenta con la colaboración de la Cátedra de Gestión e Innovación Sanitaria de la Universidad Rey Juan Carlos (Cátedra URJC), que aporta sus conocimientos para establecer un sistema independiente y fiable que permita hacer el seguimiento de la calidad asistencial a los centros públicos o privados. La concesión de los premios Best in Class se basa en la puntuación obtenida en el índice de calidad asistencial al paciente (ICAP), establecido a través del análisis multivariable de los resultados de los cuestionarios cumplimentados por hospitales y centros.

Bibliografía

1. Santana Cabrera L, Hernández Medina E, García Martul M, Sánchez Palacios M. Satisfacción de los familiares de pacientes fallecidos en una unidad de cuidados intensivos. *Med Clin (Barc)*. 2006;127:557.

2. Santana Cabrera L, Ramírez Rodríguez A, García Martul M, Sánchez-Palacios M. Valoración de las necesidades de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2007;31:207-9.
 3. Santana Cabrera L, Ramírez Rodríguez A, García Martul M, Sánchez Palacios M, Martín González JC, Hernández Medina E. Encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes críticos. *Med Intensiva*. 2007;31:57-61.
 4. Santana Cabrera L, Sánchez-Palacios M, Rodríguez González F, Hernández Medina E, Casamitjana Ortega A, Fernández Arroyo M. Actitudes y percepciones del personal médico del hospital acerca de los cuidados intensivos y de la especialidad de medicina intensiva. *Med Intensiva*. 2008;32:319-28.
 5. Santana Cabrera L, Lorenzo Torrent R, Sánchez-Palacios M, Ugalde Jáuregui L. Calidad percibida por los médicos del hospital acerca de los criterios de ingreso en Medicina Intensiva. *Rev Calid Asist*. 2010;25:112-3.
 6. Santana Cabrera L, Hernández Medina E, Eugenio Robaina P, Sánchez-Palacios M, Pérez Sánchez R, Falcón Moreno R. Síndrome de Burnout entre el personal de enfermería y auxiliar de una unidad de cuidados intensivos y de las plantas de hospitalización. *Enferm Clin*. 2009;19:31-4.
 7. Santana Cabrera L, Sánchez-Palacios M, Rodríguez Guedes C, Hernández Medina E. Nutrición enteral precoz en la unidad de cuidados intensivos, una asignatura pendiente. *Rev Calid Asist*. 2010;25:52-3.
 8. Santana-Cabrera L, O'Shanahan-Navarro G, García-Martul M, Ramírez Rodríguez A, Sánchez-Palacios M, Hernández-Medina E. Calidad del soporte nutricional artificial en una unidad de cuidados intensivos. *Nutr Hosp*. 2006;21:661-6.
 9. Sánchez-Palacios M, Lorenzo Torrent R, Santana-Cabrera L, Martín García JA, Campos SG, Carrasco de Miguel V; Grupo de Trabajo del Plan de Autoprotección para el Servicio de Medicina Intensiva. Plan de evacuación de la Unidad de Cuidados Intensivos: ¿un nuevo indicador de calidad? *Med Intensiva*. 2010;34:198-202.
 10. Lorenzo Torrent R, Sánchez Palacios M, Santana Cabrera L, Cobian Martinez JL, García Del Rosario C. Gestión de la calidad en una unidad de cuidados intensivos: implementación de la norma ISO 9001:2008. *Med Intensiva*. 2010;34:476-82.
- L. Santana-Cabrera*, R. Lorenzo-Torrent y M. Sánchez-Palacios
- Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas, Las Palmas de Gran Canaria, España*
- *Autor para correspondencia.
Correo electrónico: lsancabx@gobiernodecanarias.org
 (L. Santana-Cabrera).

doi:10.1016/j.medin.2010.07.006

¡Era Wegener!

It was Wegener!

Sr. Director:

Presentamos el caso de un paciente con insuficiencia respiratoria aguda sin causa clara que fue ingresado en nuestra UCI.

Se trata de un hombre de 59 años, ex fumador. Acude a urgencias por fiebre de hasta 39 °C con tos seca. No refiere hemoptisis, dolor torácico ni síndrome constitucional. Exploración normal, con saturación de oxígeno del 95%. En la analítica destacan 12.500 leucocitos, Hb 10,4g/dl, hematocrito 30% y actividad de protrombina 63%. La Rx de tórax revela múltiples lesiones nodulares bilaterales y engrosamiento hiliar bilateral. Ingresa en neumología.

Se realiza TC tórax abdominal, observándose múltiples nódulos pulmonares bilaterales, la mayoría con signos de necrosis y alguno cavitado; son principalmente periféricos y alguno peribroncovascular. Masa hiliar derecha de contornos irregulares, con múltiples adenopatías. Se realiza fibrobroncoscopia y punción aspiración con aguja fina (PAAF), ambas normales. Tras 6 días de hospitalización, con el diagnóstico probable de neoplasia pulmonar, se le da de alta para proseguir el estudio de forma ambulatoria.

Un mes después ingresa de forma programada para la realización de una videotoracosopia. Refiere haber presentado varios esputos hemoptóicos, de poca cuantía, que han cedido de forma espontánea. En la videotoracosopia se

observan macroscópicamente nódulos blanquecinos e indurados. Se toman biopsias, que serán informadas posteriormente como proceso granulomatoso con patrón de necrobiosis colágena. Tras la videotoracosopia el paciente sufre aumento del trabajo respiratorio, insuficiencia respiratoria aguda y empeoramiento de la imagen radiográfica, compatible con múltiples focos de condensación pulmonar (fig. 1), por lo que se decide su ingreso en UCI.

El paciente empeora progresivamente, precisando intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica (VM). Tras intubarlo, se observa salida de sangre fresca por el tubo orotraqueal. Durante el ingreso en UCI presenta anemia crónica normocítica y normocrómica precisando varias transfusiones de sangre. La función renal es normal. Los cultivos y citologías de vías respiratorias bajas son repetidamente negativos. Ante la sospecha de hemorragia alveolar se aumenta la dosis de corticoterapia (iniciada en planta). El análisis de autoinmunidad muestra elevación de los C-ANCA (hasta 229 u) y del factor reumatoide (hasta 73 UI/ml), diagnosticándose el cuadro de enfermedad de Wegener con hemorragia alveolar difusa e iniciándose tratamiento con ciclofosfamida a dosis de 2 mg/kg/d. Tras varios días de tratamiento, el paciente muestra mejoría progresiva, tanto clínica como radiológica, desapareciendo los infiltrados y los nódulos pulmonares. A los 15 días del ingreso en UCI se extuba y 6 días después se traslada a neumología para continuar la recuperación. Una semana después se le da de alta a su domicilio clínicamente asintomático.

La granulomatosis de Wegener es una vasculitis sistémica de etiología desconocida, que afecta sobre todo al tracto