

Calidad de vida al egreso de la unidad de cuidados intensivos durante el año 2011.

Quality of life after discharge from intensive care unit during 2011.

Dr. Juan Luis Coca Machado,¹ Dra. Yaqueline Agüero Carbonell,¹ Dr. Alberto García Gómez,¹ Dra. Luisa Gutiérrez Gutiérrez¹ y Lic. Yamilka Martínez Llano.¹

¹Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital: Dr. Carlos J. Finlay. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: Actualmente existe un gran consenso en que los beneficios obtenidos como consecuencia de las intervenciones sanitarias no deben valorarse teniendo en cuenta únicamente el tiempo de supervivencia, sino también la calidad de vida relacionada con la salud.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida de los pacientes al año de su egreso de la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Método: Estudio prospectivo y descriptivo de tipo transversal e inferencial de los pacientes egresados de la UCI. Los pacientes o familiares fueron entrevistados al egreso de la UCI y al año, aplicando las escalas de calidad de vida Barthel y SF-36.

Resultados: Al año de egreso 77.7% de los pacientes estaban vivos, el 41.7% correspondió a la categoría diagnóstica clínica. Según la Escala de Barthel al egreso de la UCI, 73.8% de los pacientes eran dependientes, destacándose los de categoría clínica (43.4%). Al año del egreso el 70% resultó ser independiente siendo la categoría diagnóstica traumática la de mayor incidencia (41.1%). La escala SF-36 al evaluar el componente físico al egreso mostró que 92.2% resultó ser dependiente siendo la categoría clínica la más representativa (42.1%). En el componente mental 35.9% correspondió a los pacientes que necesitaban ayuda teniendo los de categoría clínica mayor porcentaje (48.6%).

Conclusiones: Al año 71.3 y 80% de los pacientes resultaron ser independientes tanto en el componente físico como el componente mental respectivamente.

Palabras clave: calidad de vida, cuidados intensivos

ABSTRACT

Introduction: There is consensus that sanitary interventions must be evaluated not only in term of living time but in quality of life.

Objective: To characterize the quality of life at discharge from the ICU and a year later.

Method: A prospective and cross-sectional descriptive and inferential study of patients discharged from the ICU was conducted. Patients or relatives were interviewed at discharge from the ICU and the year afterward, according the Barthel and SF-36 quality of life scales.

Results: Males were predominant (61.1%). The average age was 50.1 ± 19.1 years. One year after discharge, 77.7% of patients were alive, 41.7% corresponded to a clinical condition category. Hypertension was the most common pathological personal finding (26.2%). According to Barthel Scale at discharge from the ICU, 73.8% of patients were dependent, leading the clinical condition category (43.4%). When analyzed a year later, 70% of the patients were independent and the trauma category occupied the highest incidence (41.1%). The SF 36 evaluating the physical component at the time of the hospital discharge showed that 92.2% of the patients were dependent and the clinical condition category was the most representative (42.1%). Regarding the mental component, 35.9% of the patients who needed help correspond to the clinical condition category with the higher percentage (48.6%).

Conclusions: A year later, 71.3 and 80% of the patients were found to be independent regarding physical and mental components respectively. Trauma patient's condition was the most representative category to evaluate both components with 42.1% and 39.2% respectively.

Keywords: quality of life, intensive care.

INTRODUCCIÓN

Actualmente existe un gran consenso en que los beneficios obtenidos como consecuencia de las intervenciones sanitarias no deben valorarse teniendo en cuenta únicamente el tiempo de supervivencia, sino también la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los individuos durante el tiempo de supervivencia. La CVRS se ha definido como el valor asignado a la duración de la vida modificada por las deficiencias, el estado funcional, la percepción de salud y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada. La calidad de vida (CV) al egreso de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es poco conocida y compleja de evaluar, ésta se define como una sensación de bienestar definida por la persona misma, y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales equiparables al «sentirse bien».

Es cada vez más frecuente la utilización de cuestionarios que midan varios aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud y de los cuales existe una amplia variedad tales como el Índice de Charlson (Charlson Comorbidity Index - CCI) que permite realizar una corrección en el cálculo de la expectativa de vida, en aquellos pacientes aquejados de enfermedades degenerativas y tumorales (diabetes, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, hepatopatías, leucemias, metástasis

tumorales, SIDA, etc.) la evolución (supervivencia previsible), en función de otra u otras enfermedades coexistentes en el paciente.¹

Otro de los instrumentos es la escala denominada SF-36, un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el estudio de los resultados médicos, explora la salud física y la salud mental, el cual fue diseñado como indicador genérico de nivel de salud para usarse en evaluaciones poblacionales y de políticas de salud, pero su uso se ha extendido a la evaluación de la calidad de vida en diferentes condiciones clínicas.¹

Existen otras escalas como la de Barthel, Katz y Lawton que exploran las actividades cotidianas de los individuos, y en consecuencia, su estado de funcionalidad, siendo un reflejo indirecto de calidad de vida.²

Teniendo en cuenta que en el Hospital: Dr. Carlos J. Finlay no existen estudios de esta temática se realizó esta investigación.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo y descriptivo de tipo transversal e inferencial de los pacientes egresados de la UCI del Hospital: Dr. Carlos J. Finlay, en el período comprendido de Enero a Junio del 2011. De 114 pacientes egresados vivos se estudiaron 103 que cumplían los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: Paciente mayor de 18 años egresado vivo de la UCI en el periodo estudiado.

Criterios de exclusión: Paciente que no pudo ser localizado; paciente o familiar que se negó a colaborar con la investigación y paciente no residente en La Habana.

Criterio de salida: Paciente que se trasladó a otro centro, o que decidió salir del estudio a pesar de haber aceptado el consentimiento informado.

Las variables a estudiar fueron: edad, sexo, categoría diagnóstica al ingreso (clínica, quirúrgica, traumática), antecedentes patológicos personales, Escalas Barthel y SF 36 y estado al alta de UCI y al año.

Los datos se recogieron de las historias clínicas, así como de las encuestas realizadas de forma personal a las 24 a 72 horas del traslado a otro servicio del centro de urgencias o salas del hospital y por vía telefónica o personal al paciente o familiar, transcurridos un año desde el egreso de la UCI.

Se utilizaron los siguientes procedimientos estadísticos: Análisis univariado mediante distribuciones de frecuencia con frecuencia absoluta y relativa (porcentaje) en variables cualitativas. En la variable cuantitativa se utilizó la razón y media aritmética como medidas de tendencia central y la desviación estándar como medida de dispersión. Los análisis bivariados para comparar dos medias aritméticas, se utilizó la prueba t y para comparar variables cualitativas y determinar la relación o asociación entre variables, la prueba de Chi-cuadrado y Test de ANOVA. Con nivel de significación de 5%.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En el período de estudio egresaron 114 pacientes y de ellos 103 (90.4%) constituyeron la muestra, con una edad media de 50 ± 19.1 años, correspondiendo 63 al sexo masculino (61.2%), ([Tabla 1](#)) con una edad media de 47.6 ± 20.3 años y el resto al femenino, con edad media de $53.6 \pm 16,7$ años. Al relacionar los pacientes ingresados por grupos de edades y sexo se encontró un predominio del sexo masculino de 21 a 40 años con 22 (35%) y el sexo femenino del grupo de edad 41-60 con 15 (37.5%). La proporción del sexo masculino con respecto al femenino es ligeramente superior (1.6:1) en este estudio con respecto al señalado en el Anuario Estadístico Nacional del 2011.³

Tabla 1: Distribución según grupos de edades y sexo al egreso.

Grupos de edades	Sexo				Total	%**
	Femenino		Masculino			
	No.	%**	No.	%**		
≤ de 20	0	0	4	6.3	4	3.9
21- 40	10	25	22	35	32	31.1
41- 60	15	37.5	19	30.2	34	33
61 - 80	11	27.5	15	23.8	26	25.2
81- 90	4	10	3	4.7	7	6.8
Total*	40	38.8	63	61.2	103	100

Leyenda: χ^2 : 3,34. $p=0,06$. * Porcentaje calculado del total de la fila. ** Porcentaje calculado del total de la columna. Fuente: Encuesta.

Se encontró mayor frecuencia de atención médica a pacientes de sexo masculino, las posibles causas no fueron consideradas en el estudio, sin embargo, los resultados coincidieron con los de otros estudios donde dicha frecuencia también fue mayor.⁴⁻⁸

Tabla 2: Distribución según categorías diagnósticas y el estado al año del egreso

Categorías	Vivos**		Fallecidos**		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Clínica	29	36.3	14	60.9	43	41.7
Quirúrgica	25	31.3	6	26.1	31	30.1
Traumática	26	32.4	3	13.0	29	28.2
Total*	80	77.7	23	22.3	103	100

Leyenda: χ^2 : 5,15. $p= 0,07$. * Porcentaje calculado del total de la fila. ** Porcentaje calculado del total de la columna. Fuente: Encuesta

Se observó un predominio de los pacientes clínicos sobre los quirúrgicos y traumáticos, sin embargo el análisis estadístico no fue significativo. El análisis de la mortalidad en el estudio así como la supervivencia demostrada significó un paso superior en la calidad de la asistencia médica, si tenemos en cuenta que los resultados están por debajo de un 25% de mortalidad en la UCI y fallecen en las unidades de atención al grave más del 75% de los pacientes ([Tabla 2](#)). Estudios de supervivencia

en la UCI realizados por Álvarez Figueredo y Jiménez Guerra reportan tasas de supervivencia del 75 al 81% .^{9,10}

Tabla 3: Distribución de los pacientes según los antecedentes patológicos personales.

Antecedente	No. (103)	%
Hipertensión arterial	27	26.2
Fumador	15	14.6
Cardiopatía isquémica crónica	10	9.7
Alcoholismo	10	9.7
EPOC	8	7.8
Diabetes mellitus	7	6.8
Asma bronquial	7	6.8
Neoplasia benigna	6	5.8
Otras enfermedades neurológicas	6	5.8
Enfermedad cerebro vascular	5	4.9
Obesidad	5	4.9
Neoplasia maligna	5	4.9
Enfermedades siquiátricas	5	4.9
Operado abdomen agudo	5	4.9
Cardiopatías no isquémicas	4	3.9
Epilepsia	4	3.9
Otras enfermedades respiratorias	4	3.9
Insuficiencia renal crónica	4	3.9
Cirrosis hepática	3	2.9
Traumas	3	2.9
Enfermedades tiroideas	2	1.9
Otras enfermedades	8	7.8

Fuente: Encuesta

Iribarren y colaboradores, plantean en un trabajo sobre calidad de vida relacionado con la salud en los paciente críticos, que un porcentaje muy elevado de los pacientes que ingresan en las unidades de cuidados intensivos no lo hacen tanto por procesos agudos como por descompensaciones de procesos crónicos, como la cardiopatía isquémica, la hipertensión arterial (HTA), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la hepatopatía crónica, entre otros.¹¹ Sus resultados son similares a los encontrados en este trabajo y que se muestran en la [Tabla 3](#).

Tabla 4: Distribución según categorías diagnósticas e Índice de Barthel al egreso UCI.

Categorías diagnóstica	Total pacientes		Índice de Barthel					
			Dependiente		Necesita ayuda		Independiente	
	No.	%**	No.	%**	No.	%**	No.	%**
Clínico	43	41.7	33	43.4	10	37.1	0	0

Quirúrgico	31	30.1	25	32.9	6	22.2	0	0
Traumático	29	28.2	18	23.7	11	40.7	0	0
Total*	103	100	76	73.8	27	26.2	0	0

Leyenda: F=23,43. p=0,001. * Porcentaje calculado del total de la fila. ** Porcentaje calculado del total de la columna. Fuente. Encuesta.

Al evaluar el índice de Barthel al egreso de la UCI ([Tabla 4](#)) se halló que existía un alto porcentaje de pacientes que eran dependientes de otras personas para realizar las ABVD y dentro de estos los del diagnóstico clínico eran los de mayor porcentaje; siendo el resultado del análisis estadístico muy significativo. Estos resultados difieren de los encontrados por otros autores ya que ellos no tienen en cuenta este índice al egreso de las UCI, y la comparación las realizan con el Barthel previo al ingreso, razones por las cuales sus pacientes habían experimentado una disminución significativa del Barthel, como en el estudio de Álvarez Plaza y colaboradores.¹²

Tabla 5: Distribución según categorías diagnósticas e Índice de Barthel al año del egreso de la UCI

Categorías diagnóstica	Total pacientes		Índice de Barthel					
			Dependiente		Necesita ayuda		Independiente	
	No.	%**	No.	%**	No.	%**	No.	%**
Clínico	29	36.3	4	30.8	5	45.5	20	35.7
Quirúrgico	25	31.3	7	53.8	5	45.5	13	23.2
Traumático	26	32.4	2	15.4	1	9.0	23	41.1
Total*	80	100	13	16.3	11	13.7	56	70

Leyenda: F=17,00. p=0,003. * Porcentaje calculado del total de la fila. ** Porcentaje calculado del total de la columna. Fuente: Encuesta.

Al analizar la [tabla 5](#) se aprecia que existe un significativo porcentaje de pacientes que tienen independencia para realizar sus ABVD luego de transcurrido un año de su egreso en la UCI, siendo el grupo con diagnóstico al ingreso de tipo traumático el de mayor representación con respecto a los otros, resultado que es estadísticamente significativo. Los datos de este estudio también difieren de los trabajos revisados.^{13,14}

Tabla 6: Distribución según categorías diagnósticas y Escala SF- 36 al alta de la UCI.

Categoría diagnóstica	Total		SF 36											
			Componente físico						Componente mental					
			D		NA		I		D		NA		I	
	No.	%**	No.	%**	No.	%**	No.	%**	No.	%**	No.	%**	No.	%**
Clínica	43	41.7	40	42.1	3	37.5	0	0	19	54.3	18	48.6	6	19.4
Quirúrgica	31	30.1	29	30.5	2	25	0	0	11	31.4	11	29.8	11	35.5
Traumática	29	28.2	26	27.4	3	37.5	0	0	5	14.3	8	21.6	14	45.1
Total*	103	100	95	92.2	8	7.8	0	0	35	34	37	35.9	31	33

Leyenda: D: Dependiente, NA: Necesita ayuda, I: Independiente. F=15,19; p=0,0001. * Porcentaje calculado del total de la fila. ** Porcentaje calculado del total de la columna. Fuente: Encuesta.

Lara Jaque R y colaboradores en un estudio realizado en Comuna de Chillán Viejo en Chile encontraron en relación a ABVD, que el 70.1% puede realizarlas de manera independiente, el 12.4% con escasa dependencia y un 17.5% con dependencia moderada.¹⁵ Estos resultados se corresponden con los de este estudio al año.

Mena Mayayo M, y colaboradores en investigación transversal realizada entre febrero y marzo del 2009 muestran una media en la escala de Barthel de 86,6 ± 26,6 distribuido en: independencia (n=49, 52%); dependencia escasa (n=17, 18.1%); moderada (n=15, 16%); grave (n=10, 10.6%) y total (n=3, 3.2%). Estos resultados no difieren de los de este trabajo, a pesar de que clasifican de forma diferente los grados de las ABVD.¹⁶

Eduardo Camps y otros, en un estudio comparativo, transversal y prospectivo (octubre 2007-febrero 2008) realizado en la unidad nefrológica hallaron según el índice de Barthel que 19 pacientes eran independientes, 29 presentaban dependencia leve, 4 dependencia moderada y 1 dependencia severa;¹⁷ lo cual se corresponde con la ABVD en la categoría clínica de la investigación realizada.

En la [Tabla 6](#), podemos ver que el 92.2% de los pacientes (independientemente de su diagnóstico al ingreso) al abandonar nuestro servicio era totalmente dependiente en lo que al componente físico respecta, y en la evaluación recogida sobre el componente mental el 35.9% necesitaba ayuda, con una significación estadística alta.

Esto resulta interesante porque nos recuerda que el enfermo que vemos hoy seguirá de algún modo estando enfermo dentro de 12 meses. Muchos de los pacientes que superan una enfermedad grave serían tributarios de un seguimiento y soporte integral que seguramente hoy en día no les estamos proporcionando.¹⁴

Tabla 7: Distribución según categorías diagnósticas y Escala SF- 36 al año

Categoría diagnóstica	Total		SF36											
			Componente físico						Componente mental					
	D		NA		I		D		NA		I			
	No.	%**	No.	%**	No.	%**	No.	%**	No.	%**	No.	%**	No.	%**
Clínica	29	36.3	2	20	6	46.2	21	36.8	0	0	5	35.7	24	37.5
Quirúrgica	25	31.2	7	70	6	46.2	12	21.1	2	100	8	57.2	15	23.4
Traumática	26	32.5	1	10	1	7.6	24	42.1	0	0	1	7.1	25	39.1
Total*	80	100	10	12.5	13	16.2	57	71.3	2	2.5	14	17.5	64	80

Leyenda: F=16,24; p=0,0002. * Porcentaje calculado del total de la fila. Leyenda: D: Dependiente, NA: Necesita ayuda, I: Independiente. Fuente. Datos tomados de la encuesta.

En la [Tabla 7](#), se evidencia la significativa recuperación de los pacientes politraumatizados luego de transcurrido un año de su egreso de la UCI, que sabemos que no es igual a la calidad de vida que pudo haber tenido previamente, pero si es mejor a la que tenía al salir de la sala y que cambió por completo la percepción del

individuo respecto a su estado de salud. El análisis de los datos mostró significación estadística importante.

La comparación del Componente Físico (CF) y del Componente Mental (CM) según grupos diagnósticos realizada por Badia Castelló y colaboradores demostró que respecto al CM, el grupo de pacientes politraumatizados presentó una mejoría significativa no siendo así en el CF.¹⁸

En esta investigación predominó el sexo masculino, el grupo de edad más representado fue el de 41 a 60 años, el mayor número de egresados vivos correspondió a la categoría clínica, los antecedentes principales fueron la Hipertensión arterial, el tabaquismo y la cardiopatía isquémica, los pacientes dependientes fueron los de mayor incidencia al egreso de la UCI según las dos escalas aplicadas, sin embargo los pacientes independientes fueron los de mayor incidencia al año de haber egresado de la UCI presentando mejor calidad de vida los pacientes con categoría diagnóstica traumática.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García de Lorenzo A. Scores pronósticos y Criterios diagnósticos en el paciente crítico. Majadahonda (Madrid): Ediciones Ergon, SA; 2002.
2. Montoya GC, Hernández LA, Villalobos SJC, García ZT, Franco GJ. Pronóstico de los adultos mayores al egreso de la UCI Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int. 2009; 23(2):84-8.
3. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud 2011. La Habana, abril 2012 [citado 18 Abr 2012]. [aprox. 174 p.]. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/estadisticas>.
4. Campos P, Granja C, Vieira A, Costa Pereira A. Measuring quality of life after intensive care: Is EQ-5D as good as a specific instrument? Intensive Care Unit, Hospital Pedro Hispano, Portugal. 2001:59-63.
5. Granja C, Lopes A, Moreira S, Dias C, Costa PA, Carneiro A. et al. Patients recollections of experiences in the intensive care unit may affect the quality of life. Critical Care. 2005;9(2):96-109.
6. Kvale R, Flaatten H. Changes in health-related quality of life from 6 months to 2 years after discharge from intensive care. Health and Quality of life Outcomes. 2003;1:2.
7. Rebollo P, Álvarez Ude F, Valdés C, Estébanez C. Different evaluations of the related quality of life in dialysis patients. Journal of Nephrology. 2004;17:833-40.
8. Garduño Alanís A, Meneses Calderón J, Díaz de León Ponce M, Torres Pérez J, Briones Garduño JC. Calidad de vida al egreso de una UCI. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int. 2009;23(3):119-24.
9. Álvarez Figueredo Z, Iraola Ferrer M, Molina Díaz F, Barco Díaz V. Caracterización de la mortalidad en la unidad de cuidados intensivos. Año 1998. Rev Cubana Med. 2000;39(4): 222-7.
10. Jiménez Guerra SD. Morbilidad, mortalidad y letalidad en una unidad de cuidados intensivos polivalente. Rev Cub Med Int Emerg [revista en Internet]. 2003 [citado 2 Jul 2009]; 2(4): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2_4_03/mie08403.htm.
11. Iribarren-Diarasari S, Aizpuru-Barandiaran F, Muñoz-Martínez T, Dudagoitia-Otaolea JL, Castañeda-Sáez Á, Hernández-López M, et al. Variaciones en la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes críticos. Med Intensiva [revista en la Internet]. 2009 Abr [citado 2009 Julio 2]; 33(3):115-122. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912009000300003&lng=es

12. Álvarez Plaza G, Pérez Serna Y, García Arias M, Peñalta Sánchez RM, Gordo Vidal F. Variación de la calidad de vida al año de alta del ingreso en UCI y ventilación mecánica. *Enferm Intensiva*. 2004 ene-mar;15(1):17-23.
13. Roche Campo F. Calidad de vida un año después de la UCI. REMI [Internet]. 2010 Sep [citado 2 Jul 2009]. Artículo nº 1548. 10(9):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2010/09/REMI1548.html>
14. Davidson KW, Rieckmann N, Clemow L, Schwartz JE, Shimbo D, Medina V, Albanese G, Kronish I, Hegel M, Burg MM. Enhanced depression care for patients with acute coronary syndrome and persistent depressive symptoms: coronary psychosocial evaluation studies randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2010; 170(7): 600-8.
15. Lara Jaque R, Pinto Santuber C, Espinoza Lavoz E. Actividades básicas de la vida diaria en personas mayores y factores asociados. *Rev Chil Salud Pública*. 2010;14 (2-3):291-310.
16. Mena Mayayo M, Cerdán Urrutia E, Pérez-Seoane JA, Manrique Escola J. Asociación entre dependencia funcional y sintomatología afectivo- depresiva en pacientes en programa de hemodiálisis. *Revistaseden*. 2010;13(4):1139-75.
17. Camps Ballester E, Andreu Periz L, Colomer Codinach M, Claramunt Fonts L, Pasaron Alonso M. Valoración del grado de autonomía funcional de pacientes renales crónicos según índices de Barthel, Lawton y baremo de Ley de Dependencia. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2009 Julio 2]; 12(2): 28-34. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752009000200005&lng=es <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-13752009000200005>.
18. Badia Castelló M, Trujillano Cabello J, Serviá Goixart L, Marcha Llanes J, Rodríguez-Pozo A. Cambios en la calidad de vida tras UCI según grupo diagnóstico: Comparación de dos instrumentos de medida. *Med Intensiva* [revista en la Internet]. 2008 Jul [citado: 2009 Julio 2]; 32(5):203-215. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912008000500001&lng=es

Recibido: 10 de febrero de 2013

Aprobado: 15 de febrero de 2013

Dr. Juan Luis Coca Machado. Hospital: Dr. Carlos J. Finlay. La Habana, Cuba. Dirección electrónica: juanluiscm@infomed.sld.cu