

Calidad de vida antes y un año después del ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva

Dr. Sergio A González Vázquez,* Dr. Ulises W Cerón Díaz,† Dr. Alfredo Sierra Unzueta‡

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de vida antes y un año después del ingreso a la UTI.

Diseño: Comparación prospectiva de la calidad de vida.

Lugar: Unidad de terapia intensiva médico-quirúrgica, polivalente de 12 camas en un hospital universitario.

Pacientes: Enfermos de primer ingreso no consecutivos, adultos que sobrevivieron las primeras 24 horas de internamiento en la UTI.

Intervenciones: Se aplicó una encuesta sobre la calidad de vida antes y 12 meses después del ingreso.

Mediciones y principales resultados: De 98 enfermos se excluyeron a 21. De los 77 restantes, 48 sobrevivieron al año y resolvieron la segunda encuesta. Ninguna de las áreas encuestadas (actividad fisiológica básica, actividades normales diurnas y estado emocional) ni la calificación total fueron diferentes entre las encuestas al ingreso y a los 12 meses.

Conclusión: En este grupo de enfermos la calidad de vida antes y un año después del ingreso a la UTI no es diferente.

Palabras clave: Calidad de vida, unidad de cuidados intensivos, paciente crítico.

SUMMARY

Objective: To evaluate the quality of life before and one year after the ICU admission.

Design: Prospective comparison of the quality of life.

Setting: Medical-surgical ICU in an University Hospital.

Patients: First admission adult critically ill patients that survived to the first 24 hours after the ICU admission.

Interventions: Quality of life measures were collected before and one year after the ICU admission.

Measurements and main results: 21 patients were excluded of 98 originally included. Forty eight of the 77 remaining patients survived one year after and resolved the second survey. None of the evaluated areas (basic physiological activity, normal diurnal activities an emotional state) either the total score were different between the first and last surveys.

Conclusion: The quality of life is not different before and after one year of the ICU admission in this group of patients.

Key words: Quality of life, intensive care unit, critically ill patient.

El conocimiento de la evolución en términos de morbilidad y mortalidad es importante para la toma de decisiones y la evaluación del rendimiento de todas las unidades de terapia intensiva (UTI), sin embargo la calidad de vida es un aspecto que cada

vez toma más importancia en este campo. El cambio en la calidad de vida después de la enfermedad que da origen al ingreso a la UTI no se ha analizado sistemáticamente en nuestra unidad y no conocemos experiencias publicadas a nivel nacional. Por estas razones realizamos este estudio evaluando la diferencia de la calidad de vida antes y un año después del ingreso a la UTI.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se incluyeron a enfermos adultos que ingresaron por primera vez a la UTI. Fueron excluidos los reingresos

* Médico residente de quinto año de la Especialidad de Atención del Enfermo Adulto en Estado Crítico, Hospital Español de México.

† Médico adscrito a la Unidad de Terapia Intensiva de Hospital Español de México.

‡ Médico Jefe de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Español de México.

y los enfermos que fallecieron dentro de las primeras 24 horas de estancia en la UTI; se eliminaron los enfermos en quienes se agregó otro padecimiento que determinó un cambio en la calidad de vida en el periodo del primer año después de su ingreso a la UTI.

La UTI es una unidad cerrada, médico-quirúrgica, polivalente de 12 camas que atiende a enfermos no coronarios y donde se ingresan los enfermos postoperados de cirugía cardíaca. Cuenta con personal médico de especialistas que cubre asistencialmente las 24 horas del día, así como médicos residentes de la especialidad de Medicina Crítica y residentes de otras especialidades. Cuando los enfermos superan su estado crítico son transferidos, en su mayoría, a lugares de atención no intensiva ubicados en los pisos del mismo hospital; algunos enfermos son dados de alta a otras instituciones de salud para continuar su atención intensiva.

El instrumento de evaluación de la calidad de vida se seleccionó primariamente desde el punto de vista de las áreas evaluadas (*cuadro 1*) y la validación en la población de enfermos críticos. De cinco escalas¹⁻⁵ analizadas, seleccionamos a la publicada por el Rivera et al,⁵ la cual incluye la mayor parte de las áreas que incorporan todas estas escalas. Esta escala evalúa 15 aspectos relevantes para el enfermo crítico divididos en tres áreas: actividades fisiológicas básicas, actividades diarias normales y estado emocional. A estos aspectos nosotros agregamos dos preguntas, una relacionada con el apoyo que reciben de los familiares cercanos y otro donde el enfermo expresa libremente la importancia que tiene la salud en su percepción de la calidad de vida.

A continuación se transcriben las preguntas y las opciones:

A- Actividades fisiológicas básicas

1- Comunicación verbal: ¿Hay dificultad para hablar?

0- No.

1- Sí. Puede mantener un diálogo, pero con dificultad debido a: voz baja, temblorosa, o tartamudea al hablar, frases cortas o palabras solas (monosílabos).

2- Sí. Incoherente en forma esporádica o permanentemente.

3- Sí. No hay comunicación verbal.

2- Control de la micción: ¿Hay dificultad en el control de la micción?

0- No.

1- Sí. Esporádicamente, debido a retención urinaria o incontinencia.

2- Sí. Permanentemente debido a necesidad de sonda para orinar.

3- Control de la defecación: ¿Hay dificultad para el control de la defecación?

0- No.

1- Sí. Debido a ileostomía, colostomía o incontinencia esporádica, constipación permanente que requiere regularmente de enemas.

2- Sí. Incontinencia permanente.

4- Ingesta de alimentos: ¿Hay dificultad para la ingesta de alimentos?

0- No.

1- Sí. Aunque se alimenta vía oral, hay dificultad debido a dificultad para tragar, dificultad para el manejo de cubiertos, pérdida del apetito o rechazo a la comida.

2- Sí. No se alimenta por vía oral y requiere nutrición por sonda nasogástrica o nutrición parenteral.

B- Actividades normales diurnas

5-Movimientos de precisión: ¿Puede realizar los siguientes movimientos?: servir un vaso de agua, usar cubiertos, usar llaves, afeitarse o coser.

0- Puede realizar más de tres actividades.

1- No puede realizar más de tres actividades.

6-Tolerancia a esfuerzos mínimos: ¿Puede realizar las siguientes actividades?: subir un piso, caminar dos cuerdas, cargar una bolsa de mandado o un portafolio o algo similar.

0- Lleva a cabo estas actividades igual que antes.

1- No puede llevar a cabo una o más de estas actividades, pero lo podía hacer antes.

7-Tolerancia a esfuerzos mayores: ¿Puede realizar las siguientes actividades?: caminar cinco kilómetros, correr un kilómetro, subir cuatro pisos sin parar, practicar un deporte que requiere de un alto nivel de actividad física tales como fútbol, tenis, natación o similar.

0- Puede realizar cuando menos una de estas actividades.

1- No puede realizar ninguna de estas actividades.

8- Marcha: ¿Hay dificultad para caminar?

0- No.

1- Sí. Camina con ayuda (muletas o una persona).

2- Sí. Solamente se moviliza cerca de la localidad inmediata.

3- Sí. Permanece en su cuarto.

9-Movilidad: ¿Hay dificultad para realizar su jornada normal?

0- No. Puede realizar su jornada normal.

1- Sí. Solamente se moviliza cerca de la localidad inmediata.

2- Sí. Solamente se moviliza cerca de su casa.

3- Sí. Permanece en su cuarto.

10-Vestimenta: ¿Hay dificultad para vestirse?

0- No.

1- Sí. Necesita ayuda.

2- Sí. Y es totalmente dependiente de otros.

11-Trabajo o actividades de acuerdo a su edad: ¿Hay dificultad con el trabajo del paciente?

0- No.

1- Sí. Tiene dificultad pero trabaja como antes.

2- Sí. Trabaja solamente parte del tiempo o ha cambiado de trabajo que requiere esfuerzo mínimo.

3- Sí. No trabaja por las condiciones del paciente.

Para pacientes retirados debido a su edad: ¿Hay dificultad con las actividades del paciente como una persona retirada?

0- No. Continúa con sus actividades regulares.

1- Sí. Continúa con sus actividades regulares pero con dificultad.

2- Sí. Sus actividades ya no son regulares y son solamente esporádicas, o ha sido cambiadas por alternativas que requieren menor actividad.

3- Sí. Han sido abandonadas completamente.

12-Relaciones sociales: ¿Hay dificultad en sus relaciones sociales?

0- No. Continúa normalmente con y fuera de la familia.

1- Sí. Su relación continúa solamente con el ambiente familiar.

C- Estado emocional

13-Bienestar subjetivo: ¿Cómo se siente usted habitualmente?

0- Bien.

1- No tan mal.

2- Mal.

14-Estado mental: ¿Cómo se siente usted habitualmente?

0- Feliz.

1- Me siento triste o como llorando algunos días cada semana (menos de tres días).

2- Me siento triste o como llorando todos los días de la semana (cuatro o más días).

15-Vitalidad: ¿Tiene deseos de iniciar actividades?

0- Tengo ganas de iniciar cosas / iniciar actividades.

1- No tengo ganas de hacer nada / nada me interesa.

D- Otras

16-Apoyo:

0- Recibe un fuerte apoyo cuando menos de un miembro de la familia o de un amigo.

1- Recibe apoyo limitado por la familia o amigos debido a su condición.

2- Recibe apoyo infrecuente de su familia o amigo solamente cuando es absolutamente necesario.

17- ¿En qué proporción la salud es importante en su bienestar (calidad de vida)?

Las encuestas realizadas al ingreso a la UTI fueron aplicadas por el autor principal, quien de preferencia obtenía la información directamente del enfermo y de no ser posible, del familiar más cercano. Las preguntas se orientaron a evaluar la calidad de vida antes del inicio de la enfermedad que dio origen a su ingreso a la UTI. Los datos demográficos y los relacionados con la atención del enfermo fueron obtenidos de una base de datos local⁶ que incluye aspectos como procedimientos, complicacio-

nes, fallas orgánicas, severidad de padecimientos específicos, severidad por APACHE 2 y datos demográficos.

La encuesta se repitió a los 12 meses del ingreso a la UTI y la llevó a cabo el mismo médico con el mismo cuestionario. Todas se realizaron por vía telefónica, de preferencia con la persona que contestó la primera encuesta, y de no ser posible al enfermo directamente y si él no se encontraba o no estaba en condiciones para responder se realizó con el familiar más cercano. Las preguntas fueron orientadas a evaluar la calidad de vida en la semana previa al día de la encuesta. Cuando fue aplicado el cuestionario a un familiar, se obtuvo información acerca del parentesco y cercanía con el enfermo.

Se almacenaron los datos en una tabla elaborada en FoxPro2.6. La respuesta a cada pregunta tiene un valor numérico; 0 implica que el enfermo no tiene problemas y los valores progresivamente mayores indican un deterioro igualmente mayor en el aspecto evaluado. A través de sumar los puntajes en cada área y el total, se obtuvo una calificación individual por área y total. Posteriormente se compararon los puntajes de antes y de un año después del ingreso a la UTI. Las calificaciones máximas en actividades fisiológicas básicas, actividades normales diurnas, estado emocional y total son: 9, 15, 5 y 29 respectivamente.

Análisis estadístico. Los resultados descriptivos se expresan en frecuencias, porcentajes, mediana, percentiles, rangos y desviaciones estándar. Las mediciones de la calidad de vida antes y un año después se comparan usando la prueba de rangos señalados y de pares igualados de Wilcoxon. Para contrastar los resultados de otras va-

riables cualitativas se utilizó la Chi cuadrada con corrección de Yates. Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0.05$. Analizamos a la muestra total (77 enfermos) y por separado al grupo de enfermos que cuentan con dos encuestas (48); la diferencia corresponde a los enfermos que no fueron encuestados porque fallecieron en su estancia en el hospital o en el periodo de un año después de su ingreso a la UTI.

RESULTADOS

De un total de 98 ingresos se excluyeron a cuatro enfermos menores de 17 años, a 14 que fallecieron durante las primeras 24 horas de ingreso a la UTI y a tres enfermos que reingresaron. La edad promedio fue de 63 ± 18 años; 42 fueron hombres y 35 mujeres. Treinta y nueve (50%) ingresaron provenientes del quirófano o de la sala de recuperación, 14 (18%) del servicio de urgencias y el restante de diferentes lugares de hospitalización. Cuarenta enfermos (52%) ingresaron por falla de uno o más sistemas orgánicos mayores, 32 (42%) para vigilancia postoperatoria y cuidados especiales y cinco (6%) por riesgo de instalar una falla de uno o más sistemas orgánicos mayores. Catorce enfermos (18%) fueron operados de cirugía cardíaca.

En relación a las complicaciones, seis (7%) desarrollaron neumonía nosocomial, siete (9%) bacteremia y ocho (10%) desarrollaron otras complicaciones. Cincuenta (65%) enfermos fueron ventilados mecánicamente por 75 horas en promedio (rango de 3 a 644 horas). Veintidós pacientes (29%) fueron monitorizados hemodinámicamente con catéter de Swan Ganz con una duración de 77 horas en promedio (rango de 12 a 186).

Cuadro I.

Áreas	Escala				
	Capuzzo ¹	Spitzer ²	Karnofsky ³	Duke ⁴	Rivera ⁵
Residencia	*				
Actividad física	*	*	*	*	*
Vida social	*	*	*		*
Perspectiva de la vida	*				*
Limitación funcional	*				*
Vida diaria		*			*
Salud		*			*
Autoestima		*			*
Vitalidad					*

Cuadro II.

	1 (n = 77)	2 (n = 77)	3 (n = 77)	4 (n = 77)			
Casa	75 (97%)	Espos(a)	38 (50%)	Espos(a)	39 (50%)	Estrecha	53 (69%)
Hospital	1 (1.5%)	Familia	17 (22%)	Hijo(a)	19 (25%)	El paciente	12 (16%)
Asilo	1 (1.5%)	Hijo(a)	11 (14%)	El paciente	12 (16%)	Muy pobre	9 (11%)
		Cuidadora	7 (9%)	Otros	3 (4%)	Regular	3 (4%)
		Sólo	4 (5%)	Hermano	2 (2.5%)		
				Padres	2 (2.5%)		

- 1- Lugar de residencia antes del ingreso a la UTI.
- 2- ¿Con quién vivía antes del ingreso a la UTI?
- 3- ¿Quién informa al ingreso?
- 4- ¿Qué relación tenía el informante en la primera encuesta?

La estancia promedio en Terapia Intensiva fue de 4.6 ± 4.7 días (rango de 1 a 36). La estancia hospitalaria promedio después del egreso de la UTI fue de 7.2 ± 8 días (rango de 0 a 49). En este grupo la mortalidad en la UTI fue del 14%, la mortalidad hospitalaria del 31% y la mortalidad a 12 meses del 38%. La calificación promedio de APACHE 2 al ingreso fue de 16 ± 8 puntos. Once enfermos (14%) tuvieron una calificación menor de nueve puntos en la escala de coma de Glasgow al ingresar. Cuatro enfermos (5%) tuvieron SIRPA y nueve (12%) fueron traumatizados.

Al momento de la primera encuesta se consideró que 24 (31%) de los enfermos estaban orientados neurológicamente y solamente 12 de ellos fueron capaces de responder directamente a la encuesta. Los motivos por los que los enfermos no pudieron responder la encuesta inicial fueron: cánula endotraqueal 44 (57%), condición neurológica 7 (10%), disnea 3 (4%), falta de cooperación 2 (2%) y en nueve (11%) el familiar prefirió dar la información.

El lugar de residencia antes del ingreso a la UTI del grupo total fue en su mayoría su hogar (97%); la persona con quien vivía más frecuentemente el enfermo era su esposo(a) (50%); la persona que dio la información al ingreso a la UTI fue más frecuentemente el(la) esposo(a) (50%); la relación entre el informante y el enfermo era estrecha en el 69% de

Cuadro III. Lugar de residencia (n = 48).

	Antes	Después
Hogar	47 (98%)	46 (96%)
Hospital	1 (2%)	2 (4%)

p > 0.05

Cuadro IV. ¿Con quién vive? (n = 48).

	Antes	Después
Espos(a)	25 (52%)	25 (52%)
Hijo(a)	6 (12%)	7 (15%)
Familia	9 (19%)	8 (17%)
Cuidadora	1 (2%)	1 (2%)
Padres	4 (8%)	4 (8%)
Solo	3 (6%)	1 (2%)
Otros	0	2 (4%)

$\chi^2 = 3$, p = 0.791

Cuadro V. ¿Qué relación tiene el informante con el enfermo? (n = 48).

	Antes	Después
Estrecha	35 (73%)	25 (52%)
El propio enfermo	11 (23%)	19 (40%)
Muy pobre	2 (4%)	4 (8%)

$\chi^2 = 4.5$, p = 0.108

los casos, muy pobre en el 11%, regular en el 4% y el enfermo contestó personalmente en el 16% de los casos (cuadro II).

Al comparar las encuestas antes y un año después (n = 48) se encontró que no hubo diferencia significativa en la distribución por lugar de residencia (cuadro III), en la distribución por persona con la que vivía el enfermo (cuadro IV), en la distribución por grado de relación entre el informante y el enfermo (cuadro V); sin embargo sí hubo diferencia estadísticamente significativa en la distribución según

Cuadro VI. ¿Quién responde a la encuesta? (n = 48)

	Antes	Después
Espos(a)	27 (56%)	12 (25%)
Paciente	11 (23%)	19 (40%)
Hijo(a)	7 (15%)	7 (13%)
Padres	2 (4%)	5 (10%)
Otros	1 (2%)	5 (10%)

$\chi^2 = 12, p = 0.019$

la persona que contestó la encuesta, siendo más frecuentemente el(la) esposo(a) durante la entrevista al ingreso y el propio paciente durante la entrevista un año después (*cuadro VI*).

La estadística descriptiva de las calificaciones totales y por área en los 77 encuestados al ingreso a la UTI se presentan en el *cuadro VII*.

La estadística descriptiva y los resultados comparativos de las calificaciones de las entrevistas antes y después se presentan en el *cuadro VIII*. Es de resaltar que no existe diferencia estadísticamente significativa entre los grupos tanto en la calificación total como en cada área evaluada.

En el *cuadro IX* se presenta la distribución de los cambios en la calificación total. Se observa que 17 enfermos no sufren un cambio en la puntuación hacia la mejoría o hacia el empeoramiento, que 16 enfermos sufren un cambio mayor de un punto hacia el empeoramiento y que 15 enfermos sufren un cambio mayor de dos puntos hacia el mejoramiento. Es apreciable que los enfermos que empeoraron en su calificación lo hicieron en una magnitud mayor que los que mejoraron.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En los estudios que analizan el rendimiento de las unidades de terapia intensiva se toma con frecuencia a la sobrevida como medida de la efectividad; sin embargo, el concepto de calidad de vida describe mejor los resultados. Cuantificar la calidad de vida es una tarea difícil, a la cual se han dedicado numerosos investigadores en distintas áreas de la Medicina, sin embargo, pocos trabajos han evaluado escalas diseñadas específicamente para el enfermo en estado crítico. En la selección del instrumento se buscó que sea fácil de entender, fácil de

Cuadro VII. Calidad de vida antes del ingreso (n = 77).

	Actividades fisiológicas básicas	Actividades normales diurnas	Estado emocional	Total
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	5	15	5	24
Mediana	0	2	0	3
Percentil 25	0	1	0	1
Percentil 75	1	5	3	7

Cuadro VIII. Calidad de vida antes y un año después del ingreso a la UTI (n = 48).

	Actividades fisiológicas básicas		Actividades normales diurnas		Estado emocional		Total	
	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0
Máximo	3	9	10	15	5	5	16	28
Mediana	0	0	1	1	0	0	2	1
Percentil 25	0	0	0	1	0	0	1	1
Percentil 75	0	0	3	4	1	0	4	5
t	19		189		58		286	
«p»	> 0.05		> 0.05		> 0.05		> 0.05	

El valor crítico de t para la prueba de Wilcoxon, con n = 48 y $\alpha = 0.05$.

Cuadro IX. Distribución por cambio de calificación total entre las encuestas al ingreso y un año después.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
0	6		1																											
1	1	10	2	1		1	1																							
2	1	1	1							2																			1	
3		2			1																									
4	1	1	1				1																							
5		1		1																										
6		1				1					1																			
7																	1													
8																														
9				1																										
10								1																						
11																	1													1
12																														
13							1																							
14																														
15																														
16																														
17																														
18																														
19																														
20																														
21																														
22																														
23																														
24																														
25																														
26																														
27																														
28																														
29																														

En las filas la calificación de la encuesta al ingreso. En las columnas la calificación de la encuesta al año del ingreso. Con el fondo negro ■ los enfermos que no tuvieron un cambio de su puntuación hacia la mejoría o hacia el empeoramiento. En el fondo con puntos ■ los pacientes que presentaron empeoramiento, y en el fondo con línea □ los pacientes que mejoraron su calidad de vida.

aplicar y fácil de registrar, así como que hubiera sido validado en enfermos críticos. La escala de Rivera cumple con los criterios anteriores; un comité elaboró un cuestionario fácil, capaz de ser aplicado al enfermo o a un familiar en forma directa o por entrevista telefónica; sus resultados alcanzaron los objetivos recomendados para uso en cuidado crítico y los requerimientos de validación y reproducibilidad.

La calidad de vida depende de la percepción que tenga el propio enfermo de lo que considere como deseable para su bienestar; en esto radica principalmente la dificultad para cuantificarla. La mayor parte de las escalas evalúan la calidad de vida a través de indicadores orientados a medir el estado funcional y pocos evalúan la percepción del enfer-

mo. Por esta razón se ha utilizado mejor el término Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) para hacer referencia a lo que miden la mayoría de las escalas.⁷ En la encuesta que seleccionamos, tres reactivos evalúan la percepción que tiene el enfermo de su bienestar y el estado emocional y 12 evalúan aspectos relacionados con la función. Ni en los aspectos que evalúan la función (que se relacionan más con el concepto de CVRS), ni los aspectos que evalúan la percepción del enfermo (que se relacionan más con el concepto que usamos de calidad de vida) demostraron una diferencia estadísticamente significativa en las calificaciones antes y después de un año del ingreso a la UTI, al igual que otros autores.^{8,11} El análisis de los datos individuales reflejan que la magnitud del empeora-

miento tiende a ser mayor que la magnitud de la mejoría en los enfermos respectivos. Es posible que al ampliar el tamaño de la muestra se puedan hacer evidentes algunas diferencias.

Nosotros incluimos una pregunta para indagar la percepción del enfermo en cuanto a la proporción de la calidad de vida que depende de su salud. La experiencia fue que los entrevistados o no respondieron, o su respuesta tenía poco que ver con la pregunta y frecuentemente respondían acerca de su estado de ánimo. Por esta razón, no los resultados no se incluyen en esta publicación. El trabajo publicado por el Gill et al⁹ establece algunos criterios para evaluar los trabajos que pretenden medir la calidad de vida y los clasifica de acuerdo a si cumplen o no con los criterios para los cuales pueden ser calificados. Al aplicar esta escala de calificación a nuestro trabajo obtuvimos un puntaje de 75/100, el cual puede ser considerado como muy bueno a la luz de las calificaciones publicadas por el autor.

Aunque la comparación con los resultados de otros trabajos es una tarea difícil por la diversidad de enfermos y por las diferencias en los instrumentos utilizados, presentaremos a continuación los resultados principales de cuatro trabajos. Konopad² evaluó la calidad de vida antes, seis meses y un año después del ingreso a la UTI, con el Índice de Calidad de Vida de Spitzer. En 293 enfermos observó una disminución en el nivel de actividad y actividades de la vida diaria a los 12 meses. En los mayores de 75 años observó un incremento en la percepción del estado de salud; no hubo diferencias en el apoyo de los familiares y amigos a los 12 meses.

Capuzzo et al¹ observaron que en 152 enfermos que completaron las encuestas al ingreso y un año después, se redujo la actividad física en 31% (en forma ligera), la vida social se empeoró en 32%, la limitación funcional aumentó en un 30% y la percepción de la calidad de vida no cambió; concluyeron que la mayoría de los enfermos mantienen su actividad física y el estatus social en el nivel previo al ingreso; cualquier empeoramiento es ligero y no influye en la percepción de la calidad de vida. Rockwood et al¹⁰ compararon la evolución de los enfermos de más de 65 años y la de los de 65 o menos años. Al año se les aplicó un cuestionario por vía telefónica evaluando su satisfacción por la vida, sus creencias y actitudes en relación a su experiencia en la UTI y la capacidad funcional en actividades de la vida diaria. Observó que las actitudes de

la vida diaria eran semejantes en ambos grupos, que la mayoría tuvo una actitud más positiva hacia la salud y que la capacidad funcional se asoció significativamente con la actitud hacia la salud en los jóvenes más que en los viejos.

Igualmente Chelluri et al¹¹ al evaluar la evolución a corto y largo plazo de pacientes de 85 o más años, hicieron una encuesta muy simple a un promedio de 18 meses del ingreso; les preguntaron si su calidad de vida era buena, regular o mala. De 10 encuestados, tres respondieron que buena, cinco que regular y dos que mala. La muestra de nuestro estudio no está constituida por casos consecutivos, lo que puede determinar variaciones en los resultados, principalmente en la mortalidad. Este problema se reduce en las encuestas porque el diseño permite que el propio enfermo sea su control. El tamaño de muestra para detectar un cambio del 20% en la proporción de enfermos que modifican su calidad de vida, con α de 0.05 y β de 0.10, es de 77 enfermos. El tamaño de muestra de nuestro trabajo es capaz de detectar un cambio del 25% con la misma tolerancia de error α y β . La baja potencia del estudio no nos permite descartar con suficiente confianza el hecho de que no haya diferencia. El decir que el cambio de la calidad de vida obedece al internamiento en la Unidad de Terapia Intensiva carece de fundamentos ya que muchos enfermos tienen padecimientos que de por sí pueden determinar un cambio; más aún en los enfermos de edad avanzada como es el caso de los nuestros cuyo promedio de edad es de 63 años. Habrán también otras circunstancias no relacionadas con la enfermedad que puedan afectar los resultados. Con frecuencia nos enfrentamos al dilema de limitar o suspender las medidas de apoyo vital o continuar buscando la restauración de la salud con medidas extraordinarias en enfermos en quienes los indicadores más objetivos nos hablan de una muy baja probabilidad de vivir. Con frecuencia pensamos, en estos casos, en la calidad de vida previa y en la calidad de vida futura, tratando de encontrar alguna justificación adicional para tomar una u otra decisión. En estos momentos nuestra percepción de lo que significa tener una buena calidad de vida puede ser diametralmente diferente a la del enfermo y a la de la familia. Hay una tendencia a anteponer nuestros propios valores y olvidar que el enfermo pudo haber tenido o tendrá un marco de referencia muy diferente después de una experiencia donde vio amenazada su vida.

Un aspecto muy importante que ocurrió durante la entrevista al año del ingreso a la UTI, fue que los propios enfermos y los familiares recibían con mucho beneplácito la llamada telefónica de los médicos que en algún momento los cuidaron; frecuentemente agradecían el interés por su estado actual y por las atenciones que recibieron en ese momento difícil de su vida.

Concluimos que en nuestro estudio no se observó un cambio significativo en la calidad de vida un año después del ingreso a la UTI.

AGRADECIMIENTOS

A los enfermos. A los Dres. Ricardo Martínez, Raymundo Núñez, Mónica Wilson y Jean Paul Vázquez por su colaboración en el proyecto BASUTI. A los médicos residentes que colaboraron en la obtención de los datos para BASUTI. Al Dr. Enrique López por su colaboración en el análisis estadístico. A la Dra. Mónica Wilson por su colaboración en la traducción del resumen. A las enfermeras de la UTI por su indispensable labor en la atención de los enfermos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Capuzzo M, Bianconi M, Contu P et al. Survival and quality of life after intensive care. *Intensive Care Med* 1996;22:947-953.
2. Konapad E, Noseworthy TW, Johnston R et al. Quality of life measure before and one year after admission to an intensive care unit. *Critical Care Med* 1995;23:1653-1659.
3. Karnofsky. Factores pronósticos en pacientes con cáncer; *N Engl J Med* 1974;2:113-117.
4. Hlatky M, Boineau R, Higginbotham M et al. A brief self-administered questionnaire to determine functional capacity (The Duke Activity Status Index). *Am J Cardiol* 1989;64:651-654.
5. Rivera R, Sánchez JJ, Vázquez G. Validation of a quality of life questionnaire for critically ill patients. *Intensive Care Unit* 1996;22:1034-1042.
6. Cerón U, Sierra A, Martínez R, Vázquez JP. Base de datos para el control de calidad y utilización de recursos en la Unidad de Terapia Intensiva. *Rev Mex Med Crit y Ter Int* 1996;10:195-201.
7. Heyland DK, Guyatt G, Cook DJ, et al. Frequency and methodologic rigor of quality-of-life assessments in the critical care literature. *Crit Care Med* 1998;26:591-598.
8. Yinnon A, Zimran a, Hershko C: Quality of life and survival following intensive medical care. *Q J Med* 1989;71:347-357.
9. Gill T, Feinstein A: A Critical Appraisal of the Quality of Quality - of life Measurements. *JAMA* 1994;272:619-626.
10. Rockwood K, Noseworthy TW, Gibney N et al: One-year outcome of elderly and young patients admitted to intensive care units. *Critical Care Med* 1993;21:687-691.
11. Chelluri L, Pinsky M, Grenvik A: Outcome of intensive care of the «oldest-old» critically ill patients. *Critical Care Med* 1992;20:757-761.

Correspondencia:

Dr. Sergio A. González Vázquez.
Unidad de Terapia Intensiva
Hospital Español de México.
Av. Ejército Nacional 613, 9º Piso.
Col. Granada.
México D.F. 11560, México.
Tel: 2033735 (Ext. 1111-1115)
Fax: 2036117
E-mail: ulisescd@ibm.net

Este trabajo fue presentado en la XXV Reunión Nacional de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva.
Fue galardonado con el premio "Mario Shapiro" por obtener el primer lugar de los trabajos libres.

www.medigraphic.com