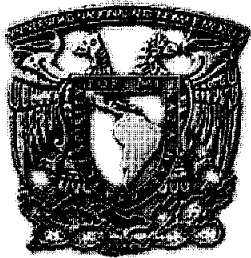


11227



UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES



SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE SONORA
HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DE SONORA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

***“EVALUACIÓN PRONÓSTICA DE LA CALIDAD DE VIDA DE
LOS PACIENTES EGRESADOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS EN EL HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO”***

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LA ESPECIALIDAD EN:
MEDICINA INTERNA

PRESENTA:

0351256

DR. MARCO ANTONIO PINEDA FUENTES

ASESOR:

DR. JOSÉ ALFONSO MONJARDÍN ROCHÍN

HERMOSILLO, SONORA, MEXICO.

FEBRERO DEL 2005



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

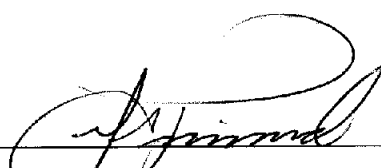
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS

“EVALUACION PRONÓSTICA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EGRESADOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO”

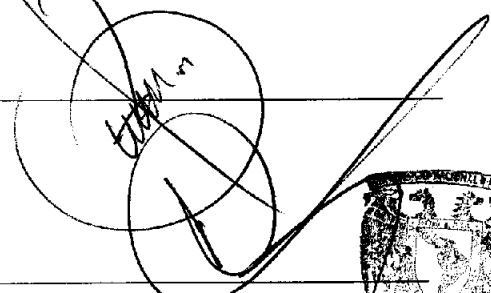
AUTOR: DR. MARCO ANTONIO PINEDA FUENTES

FIRMA: _____



ASESOR: DR. JOSÉ ALFONSO MONJARDÍN ROCHÍN

FIRMA: _____



JEFE DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS:
DR. RAFAEL DE LA REE ABRIL

FIRMA: _____



REVISOR: PROF. MIGUEL NORZAGARAY M.

FIRMA: _____

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

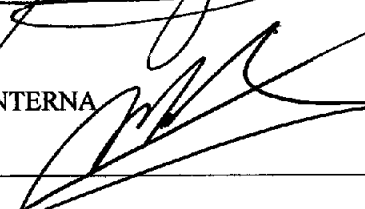
Vo.Bo.
DR. JORGE ISAAC CARDOZA AMADOR
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

FIRMA: _____



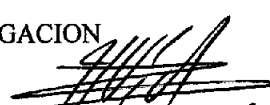
DR. MAURICIO BELTRAN RASCÓN
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA INTERNA

FIRMA: _____



DR. ARIEL VAZQUEZ GALVEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

FIRMA: _____



AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

No existen palabras para agradecer a Dios Nuestro Señor, la gracia de poder curar y aliviar el dolor humano; así como darnos la fortaleza para en ocasiones poder solo contemplar a nuestra aliada la Muerte cumplir su destino. Gracias Dios mío por darme esta oportunidad de servicio, una familia hermosa y cada aliento de vida.

A MI ESPOSA:

La vida me ha premiado sin merecerlo con una mujer excepcional, que con su amor y paciencia ha aceptado compartir el arduo camino de mi especialización.

A MIS HIJOS EFREN ANTONIO Y LUIS ALBERTO:

Todo mi amor.

A MIS PADRES:

Hoy como hace 5 años, termino una etapa importante en mi vida profesional en este Hospital General, y como en aquella ocasión, añoro como nunca la compañía de mi padre, del que siempre escuche palabras de aliento y motivación; En cualquier parte del Infinito Padre, ¡va por Ti!. A mi madre, que más puedo agradecerle que la vida misma y sus logros.

A MIS MAESTROS:

Infinitamente agradezco al Dr. Cardoza por sus enseñanzas no solo profesionales, sino en aquellas cosas que sólo la experiencia de la vida puede dar, siempre estaré en deuda.

A MIS COMPAÑEROS:

Por su amistad y apoyo en los momentos difíciles, tendrán en mi, a alguien en quien confiar.

A todos y cada uno de mis maestros y profesores adjuntos, por enseñarnos en este difícil arte; En especial a mi asesor Dr. José Alfonso Monjardín Rochín por su capacidad y desinterés admirables. Al Dr. Mauricio Beltrán y Dr. Manuel de Jesús Teyechea Rascón por su capacidad didáctica envidiables. Al Prof. Miguel Norzagaray que hace posible la culminación matemática de mi tesis.

A todos Gracias.

“ Muy pocos
poseen valor para ser juiciosos,
pues serlo implica
olvidarse de la seguridad personal
y entregarse al riesgo de vivir;
aceptar el dolor
como condición de la existencia,
cortejar la duda y la obscuridad
como precio de la sabiduría,
armarse de la tenacidad en el conflicto
y aceptar siempre
las consecuencias
de vivir y de morir”.

Morris West

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El objetivo principal en el tratamiento de los pacientes graves, es no solo conservar la vida, sino buscar una calidad de la misma aceptable y la integración a la vida productiva.

OBJETIVO: Conocer la calidad de vida de los pacientes egresados de UCI, así como los factores de co-morbilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se utilizaron encuestas de calidad de vida a manera prospectiva y observacional, de todos los pacientes de UCI de HGE a su ingreso y a los 6 meses de su egreso desde enero de 2001 hasta agosto de 2001, complementando con variables como APACHE II, TISS-28, tiempo de estancia en UCI y medio socioeconómico entre otros, considerando sólo a los pacientes con mayor de 4 días de estancia para análisis estadístico.

RESULTADOS: 55 pacientes, 19 mujeres y 36 hombres con edades de 18 hasta 88 años con una media de 48 ± 19.87 fueron reclutados de un total de 67 pacientes. Entre los diagnósticos de ingreso destacan los padecimientos neurológicos con 20% y de los de egreso los cardiológicos con 18%, 39 pacientes tuvieron más de 4 días en UCI, de los cuales 79.5% tuvo algún grado de deterioro en su calidad de vida. Se clasificó con nivel I: calidad de vida normal; nivel II: leve deterioro en la calidad de vida con dependencia farmacológica como la principal característica; nivel III: reducción de la capacidad de esfuerzo físico, afectando el trabajo o las actividades propias de la edad; y nivel IV: incapacidad mayor con una dependencia a otros. A los 6 meses, 2 pacientes se catalogaron en nivel I (5%), 9 pacientes con nivel II (23%), 4 pacientes con nivel III (10%) y 24 pacientes con nivel IV (61%). A los niveles bajos III y IV se les encontró 5.5 y 10 días de estancia promedio respectivamente; clasificación de trabajo social de medio socioeconómico "C" para clase III y "D" para clase IV. Complicación intra UCI, 75% en clase III y 65% para clase IV, destacando la anquilosis de extremidades con 21%. La prueba estadística "T de Wilcoxon" no mostró significancia estadística para muestras pareadas de calidad de vida al ingreso y a los 6 meses, no pudiendo asegurar que los pacientes siempre presentarán algún grado de deterioro. El coeficiente de correlación de Spearman con $r_s = -0.497$ indicó que hay una correlación inversa entre calificación de APACHE II y calidad de vida a los 6 meses.

CONCLUSIÓN.

La calidad de vida de los pacientes egresados de UCI del HGE parece ser influenciada por factores extrahospitalarios que modifican su pronóstico tanto como la atención recibida en cuidados intensivos. La valoración de APACHE II, es una herramienta útil tanto en la predicción de la mortalidad como en la morbilidad a los 6 meses.

INTRODUCCIÓN.

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son diseñadas para el mejoramiento de pacientes críticamente enfermos con una amplia gama de padecimientos médicos y quirúrgicos. El tratamiento implementado, pretende salvar vidas, sin embargo muchos no sobreviven, de los que lo hacen, un porcentaje queda con incapacidad mental o física; para la evaluación de la calidad de vida a 12 meses, se ha utilizado el Índice de calidad de Vida de Spitzer ^[1] con base a una entrevista y examinando aspectos como nivel de actividad, labores de la vida diaria, salud y apoyo; Konopad ^[1] y colaboradores encuentran que los pacientes admitidos en la UCI tienden a una disminución en el nivel de actividades diarias al año de su estancia en la UCI, aunque en pacientes ancianos, se percibe un incremento en su estado de salud, así como también, la mayoría de los pacientes (89%) regresan a su hogar.

En un estudio realizado por Vázquez Mata ^[2], se evaluó la calidad de vida de los pacientes críticamente enfermos con padecimientos coronarios, médicos y quirúrgicos en donde encontró deterioro de la calidad de vida a un año después de su egreso de UCI comparado con la calidad de vida antes de su admisión, excepto en pacientes quirúrgicos programados, donde hubo una mejoría. En su reporte, los politraumatizados constituyeron un grupo de pacientes con cuidados críticos donde la edad fue de 31.15 ± 0.96 años y por ello en una edad de máxima productividad económica ^[2], situación similar en éste Hospital, en

donde gran parte de los pacientes representan la fuerza económica de sus familias. Por lo que su recuperación es uno de nuestros principales objetivos.

Por las razones antes expuestas, nos dimos a la tarea de determinar cómo influyen los factores edad, diagnóstico, medio socioeconómico (MSE), estado previo de salud, en la calidad de vida de los pacientes hospitalizados en la UCI del Hospital General del Estado (HGE), así como conocer en base a los resultados la eficacia del trabajo médico y la calidad de atención, ya que al egreso del paciente, desconocemos su evolución debido a que no existe un sistema de seguimiento y evaluación a corto, mediano o largo plazo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron de manera prospectiva y observacional a todos los pacientes mayores de 18 años que ingresaron a UCI de HGE a partir de Enero a Febrero de 2001, y pudieron ser localizados en un lapso de 6 meses; previo consentimiento informado por parte del familiar para darle seguimiento mediante cuestionario de calidad de vida. De un total 61 Se incluyeron 55pacientes, ya que los 6 faltantes no se les pudo aplicar el cuestionario a los 6 meses. De estos 55 pacientes que se les integró todas las variables previstas, solo a 41 se sometieron a análisis estadístico y fueron cotejados con sus resultados pareados de calidad de vida a los 6 meses, ya que permanecieron 4 días o más en UCI. ^[3]

La decisión de ingreso a UCI recayó en la mayoría de los casos del residente de 3er año de Medicina Interna en turno. Las variables que se midieron fueron: edad, procedencia, medio

INTRODUCCIÓN.

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son diseñadas para el mejoramiento de pacientes críticamente enfermos con una amplia gama de padecimientos médicos y quirúrgicos. El tratamiento implementado, pretende salvar vidas, sin embargo muchos no sobreviven, de los que lo hacen, un porcentaje queda con incapacidad mental o física; para la evaluación de la calidad de vida a 12 meses, se ha utilizado el Índice de calidad de Vida de Spitzer ^[1] con base a una entrevista y examinando aspectos como nivel de actividad, labores de la vida diaria, salud y apoyo; Konopad ^[1] y colaboradores encuentran que los pacientes admitidos en la UCI tienden a una disminución en el nivel de actividades diarias al año de su estancia en la UCI, aunque en pacientes ancianos, se percibe un incremento en su estado de salud, así como también, la mayoría de los pacientes (89%) regresan a su hogar.

En un estudio realizado por Vázquez Mata ^[2], se evaluó la calidad de vida de los pacientes críticamente enfermos con padecimientos coronarios, médicos y quirúrgicos en donde encontró deterioro de la calidad de vida a un año después de su egreso de UCI comparado con la calidad de vida antes de su admisión, excepto en pacientes quirúrgicos programados, donde hubo una mejoría. En su reporte, los politraumatizados constituyeron un grupo de pacientes con cuidados críticos donde la edad fue de 31.15 ± 0.96 años y por ello en una edad de máxima productividad económica ^[2], situación similar en éste Hospital, en

donde gran parte de los pacientes representan la fuerza económica de sus familias. Por lo que su recuperación es uno de nuestros principales objetivos.

Por las razones antes expuestas, nos dimos a la tarea de determinar cómo influyen los factores edad, diagnóstico, medio socioeconómico (MSE), estado previo de salud, en la calidad de vida de los pacientes hospitalizados en la UCI del Hospital General del Estado (HGE), así como conocer en base a los resultados la eficacia del trabajo médico y la calidad de atención, ya que al egreso del paciente, desconocemos su evolución debido a que no existe un sistema de seguimiento y evaluación a corto, mediano o largo plazo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron de manera prospectiva y observacional a todos los pacientes mayores de 18 años que ingresaron a UCI de HGE a partir de Enero a Febrero de 2001, y pudieron ser localizados en un lapso de 6 meses; previo consentimiento informado por parte del familiar para darle seguimiento mediante cuestionario de calidad de vida. De un total 61 Se incluyeron 55pacientes, ya que los 6 faltantes no se les pudo aplicar el cuestionario a los 6 meses. De estos 55 pacientes que se les integró todas las variables previstas, solo a 41 se sometieron a análisis estadístico y fueron cotejados con sus resultados pareados de calidad de vida a los 6 meses, ya que permanecieron 4 días o más en UCI. ^[3]

La decisión de ingreso a UCI recayó en la mayoría de los casos del residente de 3er año de Medicina Interna en turno. Las variables que se midieron fueron: edad, procedencia, medio

socioeconómico, las contenidas en Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II), Therapeutic intervention scoring system (TISS-28), calidad de vida al ingreso y a los 6 meses, vivo al egreso de UCI y complicación intraUCI.

El MSE se tomó de la escala de clasificación de acuerdo a puntaje del servicio de Trabajo Social de este Hospital: de A a la J, siendo nivel A los que están exentos de pago y el nivel J los pacientes que pagan el 100% su estancia en UCI; TISS-28 ya ha sido validado en nuestro país.^[4]

Cabe mencionar que ninguno de los procedimientos para obtener esta información ocasionó gasto adicional al hospital o al paciente, ya que fueron exámenes que se practican rutinariamente en el servicio. La encuesta sobre calidad de vida se realizó utilizando el cuestionario propuesto por Vázquez-Mata de la UCI del Hospital General Virgen de las Nieves en Granada, España^[2], al ingreso y a los 6 meses de su egreso de la unidad, tomando en consideración la condición de vida previa a la del motivo de ingreso a la UCI interrogando al paciente o a sus familiares cuando éste por su gravedad era incapaz de contestar. Siendo el nivel I: Pacientes con menos de 1 punto, con calidad de vida normal, sin limitaciones; El nivel II, corresponde de 1 a 5 puntos, con leve deterioro de la calidad de vida, con dependencia farmacológica como principal característica. El nivel III es de 6 a 10 puntos con reducción de la capacidad de esfuerzo físico, afectando el trabajo o las actividades propias de la edad. El nivel IV con más de 10 puntos, refleja una incapacidad mayor con una dependencia de otros. Se Registraron

además las complicaciones que presentó el paciente tomando como fuente el expediente clínico que fue desde neumonía, sangrado de tubo digestivo alto y bajo, escaras, Síndrome de Distress Respiratorio del Adulto (SIRPA), atelectasia, volutrauma, anquilosis de extremidades, encefalopatía, sepsis o diarrea.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se utilizó el análisis estadístico de "T de Wilcoxon" para muestras pareadas en el caso de la calidad de vida al ingreso y a los 6 meses. El coeficiente por rangos de Spearman se utilizó para la correlación de APACHE II, TISS-28, MSE y Tiempo de estancia en UCI, cada una de estas variables contra Calidad de Vida.

RESULTADOS

De un total de 67 pacientes, fueron incluidos 55 enfermos que comprenden los pacientes egresados en un período de Enero a Febrero de 2001 de la UCI del HGE, siendo 19 mujeres (34%) y 36 hombres (65%) con edades de 18 hasta 88 años con una media de 48 años \pm 19.87. 12 pacientes fueron excluidos por no haberse completado su expediente al momento del estudio.(Gráfico 1).

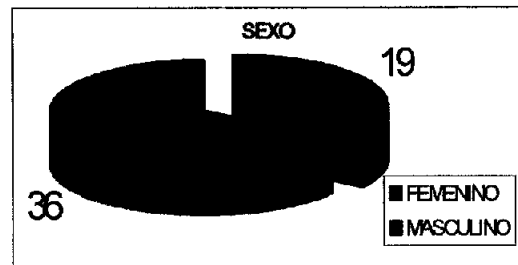


Gráfico 1

Los grupos etarios demostraron una tendencia similar a otros reportes como

socioeconómico, las contenidas en Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II), Therapeutic intervention scoring system (TISS-28), calidad de vida al ingreso y a los 6 meses, vivo al egreso de UCI y complicación intraUCI.

El MSE se tomó de la escala de clasificación de acuerdo a puntaje del servicio de Trabajo Social de este Hospital: de A a la J, siendo nivel A los que están exentos de pago y el nivel J los pacientes que pagan el 100% su estancia en UCI; TISS-28 ya ha sido validado en nuestro país.^[4]

Cabe mencionar que ninguno de los procedimientos para obtener esta información ocasionó gasto adicional al hospital o al paciente, ya que fueron exámenes que se practican rutinariamente en el servicio. La encuesta sobre calidad de vida se realizó utilizando el cuestionario propuesto por Vázquez-Mata de la UCI del Hospital General Virgen de las Nieves en Granada, España^[2], al ingreso y a los 6 meses de su egreso de la unidad, tomando en consideración la condición de vida previa a la del motivo de ingreso a la UCI interrogando al paciente o a sus familiares cuando éste por su gravedad era incapaz de contestar. Siendo el nivel I: Pacientes con menos de 1 punto, con calidad de vida normal, sin limitaciones; El nivel II, corresponde de 1 a 5 puntos, con leve deterioro de la calidad de vida, con dependencia farmacológica como principal característica. El nivel III es de 6 a 10 puntos con reducción de la capacidad de esfuerzo físico, afectando el trabajo o las actividades propias de la edad. El nivel IV con más de 10 puntos, refleja una incapacidad mayor con una dependencia de otros. Se Registraron

además las complicaciones que presentó el paciente tomando como fuente el expediente clínico que fue desde neumonía, sangrado de tubo digestivo alto y bajo, escaras, Síndrome de Distress Respiratorio del Adulto (SIRPA), atelectasia, volutrauma, anquilosis de extremidades, encefalopatía, sepsis o diarrea.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se utilizó el análisis estadístico de "T de Wilcoxon" para muestras pareadas en el caso de la calidad de vida al ingreso y a los 6 meses. El coeficiente por rangos de Spearman se utilizó para la correlación de APACHE II, TISS-28, MSE y Tiempo de estancia en UCI, cada una de estas variables contra Calidad de Vida.

RESULTADOS

De un total de 67 pacientes, fueron incluidos 55 enfermos que comprenden los pacientes egresados en un período de Enero a Febrero de 2001 de la UCI del HGE, siendo 19 mujeres (34%) y 36 hombres (65%) con edades de 18 hasta 88 años con una media de 48 años \pm 19.87. 12 pacientes fueron excluidos por no haberse completado su expediente al momento del estudio.(Gráfico 1).

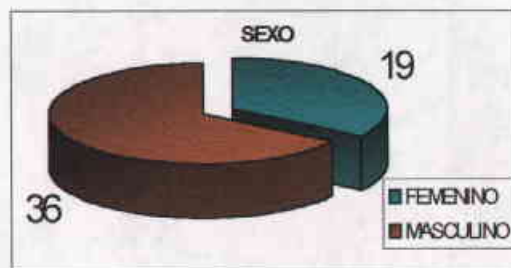


Gráfico 1

Los grupos etarios demostraron una tendencia similar a otros reportes como

los de Vázquez Mata [21] en donde el grupo de edad más frecuentemente atendido, es el de la edad productiva, en nuestro grupo el rango fue de 18 a 32 años con un 37%; Promedio de 48 ± 19.87. Gráfico 2.

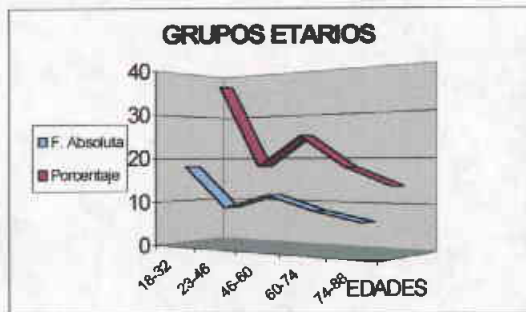


Gráfico 2.

Entre los diagnósticos destacan los padecimientos neurológicos con 20% como lo es Evento vascular cerebral (EVC) hemorrágico (10.9%), EVC isquémico (3.6%), encefalopatía metabólica (1.8%), Trauma cráneo encefálico (TCE) (3.6%); y los cardiológicos con 18%, como lo son: Infarto Agudo al Miocardio (12.6%), Angor inestable (3.6%), Postoperado de By-pass (1.8%), según se muestra en el Gráfico 3 y 4.

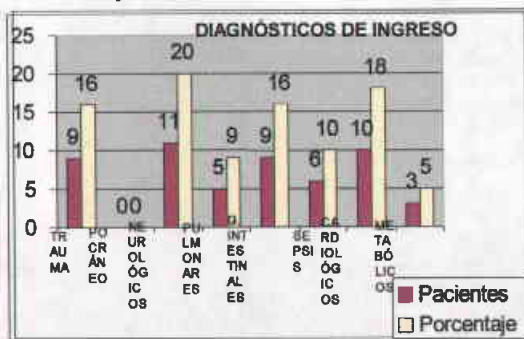
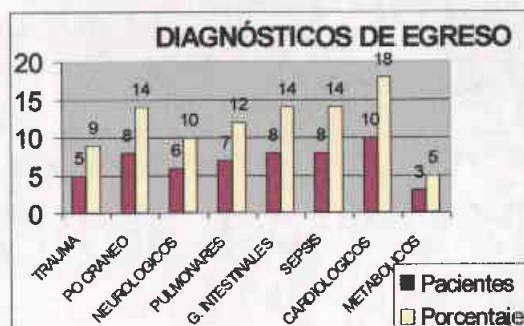


Gráfico 3 y 4.



El medio socioeconómico del grupo de pacientes estudiados se clasificó en la gran mayoría entre la clasificación C, D y E, con 39 pacientes que comprenden el 70% de la población, esto es, la clase media baja. Gráfico 5.

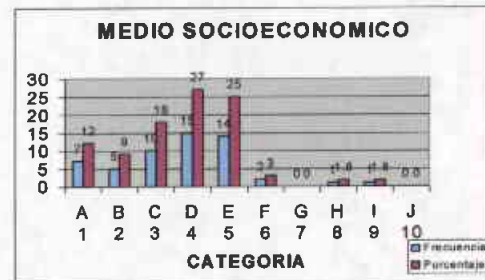


Gráfico 5

Cuarenta y un pacientes egresados permanecieron un mínimo de 4 días en UCI, y al de término de 6 meses, se realizó la encuesta de calidad de vida; Al ingreso, 24 pacientes se registraron en nivel I (43%), 24 en nivel II (43%), 3 pacientes en nivel III (5%) y 4 en nivel IV (7%); A los 6 meses el 79.5% tuvo algún grado de deterioro en su calidad de vida; 3 pacientes se catalogaron en nivel I (5%), 10 pacientes en nivel II (23%), 4 pacientes en nivel III (10%) y 24 pacientes con nivel IV (61%). Gráfico 6 y cuadro 1.



Gráfico 6

| NIVEL INGRESO | PORCENTAJE | 6 MESES | PORCENTAJE |
|---------------|------------|---------|------------|
| I | 24 | 3 | 5 |
| II | 24 | 10 | 18 |
| III | 3 | 4 | 7 |
| IV | 4 | 24 | 43 |

Cuadro 1.

Las complicaciones intraUCI que se presentaron con mayor frecuencia fueron: anquilosis de extremidades con un número de 14 pacientes (25%), atelectasia con 7 casos (12%), encefalopatía con 5 casos (9%), Diarrea en 4 pacientes (7.2%), neumonía y SIRPA con 3 casos cada uno (1.8%), hemorragia tubo digestivo alto y bajo en 1 caso (0.5%); ninguno de los pacientes presentó episodio séptico o adquirió infección dentro de UCI, así como ninguno de esta serie presentó escaras por presión. 27 pacientes no presentó ningún tipo de complicación (49%). Gráfico 7

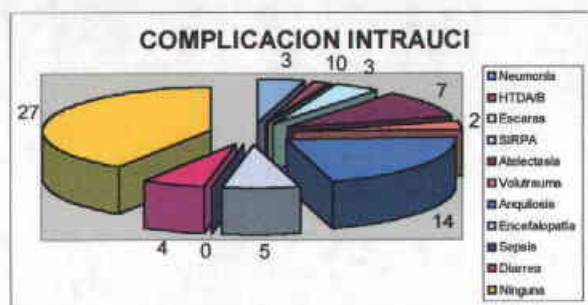


Gráfico 7

La valoración de APACHE II, mostró una distribución muy similar entre los 55 pacientes estudiados. Cuadro 2.

| ESCALA | PUNTOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------|---------|------------|------------|
| I | >15 | 17 | 30 |
| II | 10 a 15 | 20 | 36 |
| III | <10 | 18 | 32 |

Cuadro 2.

De los 55 pacientes iniciales, 41 se incluyeron a análisis estadísticos, ya que habían permanecido 4 días o más en UCI, 6 de éstos pacientes, habían fallecido al término de 6 meses. Estos 6 pacientes, mas 14 que no entraron a análisis de calidad de vida, sumaron 20 pacientes muertos, 11 de los cuales (55%) fallecieron en UCI por las complicaciones propias de su diagnóstico a los 8.1 ± 6.8 días, 4 pacientes por hemorragia cerebral (20%), 2 por SIRPA (10%), 2 más por encefalopatía anoxo-

isquémica (10%) y 3 pacientes por falla multiorgánica (15%); y el resto murió 15 días ± 19.10 después de su egreso de UCI por neumonía un paciente (5%), 3 más por SIRPA (15%), hemorragia cerebral en 2 pacientes (10%) y 2 pacientes más por encefalopatía anoxo-isquémica (10%).

Se aclara que los 6 pacientes que a los 6 meses se encontraban muertos, se les asignó el mínimo puntaje de calidad de vida (nivel IV), ya que habían permanecido 4 días o más en UCI.

Para la "T de Wilcoxon" se planteó la hipótesis alternativa que la calidad de vida se deteriora invariablemente a los 6 meses de egreso resultando con $T1 = 496$ y $Tc \in [0, 138]$ por lo que no se puede rechazar la H_0 con 97.5%. Esto es, no hay significancia en las poblaciones representadas en cuanto que la calidad de vida difiere a los 6 meses.

Para el coeficiente de correlación por rangos de Spearman se hipotetizó que hay una correlación negativa entre APACHE II y la calidad de vida de los 6 meses post-

egreso de UCI. Resultando $r_s = -0.497$

Se rechaza la H_0 con un 95% de Intervalo de confianza, lo que significa que en la población que la muestra representa, sí existe correlación entre APACHE II y Calidad de Vida a los 6 meses. Y la negatividad que existe significa una relación inversa entre APACHE II y calidad de vida con una relación media.

Otras variables fueron comparadas con calidad de vida, tal es el caso de TISS-28, dando como resultado

$$r_s = -0.168$$

En este caso no se puede rechazar la hipótesis nula, por lo que la correlación con TISS no puede ser utilizada en este caso como un parámetro pronóstico en la calidad de vida.

Otra de las variables correlacionadas fue el MSE, con el siguiente resultado:

$$r_s = 0.32$$

Se rechaza la hipótesis nula con un 95% de Intervalo de confianza, lo que traduce que en nuestra población de pacientes, sí existe correlación entre MSE y calidad de vida, aunque esta correlación sea débil.

Y por último se analizó la correlación entre los días de estancia en UCI y calidad

de vida. El resultado fue: $r_s = 0.39$. Se rechaza la H_0 con un 95% de Intervalo de confianza lo que significa que en nuestra población aquí representada, sí existe correlación positiva entre la permanencia del paciente en UCI y su calidad de vida.

Ver apéndice I y II.

DISCUSIÓN

La calidad de vida de los pacientes y no solo el mantener la vida, es una de las preocupaciones de los servicios médicos en los últimos años y sobre todo de los que tratan pacientes crónicos o terminales, no siendo la excepción de los pacientes egresados de terapia intensiva posterior a cualquier tipo enfermedad grave. Como en otros reportes^[1] el grupo de edad mayormente afectado por trauma sigue siendo el de mayor productividad económica, por lo que el fomento de la participación en las unidades de personal medico-quirúrgico es una medida razonable. En complemento, Rockwood y colaboradores^[4,5,9,10], encontraron que pacientes por arriba de 65 años, se encontraban entre el 26% y 51% de las admisiones en unidades de cuidados intensivos no encontrando que la edad sea un contribuidor mayor en el resultado final de mortalidad en un año.

La idea natural que podríamos formularnos en el sentido de que todo paciente egresado de UCI a los 6 meses va a tener un deterioro significativo en su calidad de vida, no pudo ser demostrado por nuestro estudio, ya que no pudo descartarse la hipótesis nula, lo que nos alienta a fomentar estudios a corto, mediano y largo plazo. La correlación entre

APACHE II y calidad de vida, sí pudo ser corroborada por el método estadístico empleado en nuestro estudio, traducido esto en que APACHE II es hasta este momento, nuestro modelo pronóstico no solo de mortalidad, sino de morbilidad (calidad de vida) aunque sea esta una correlación con una significancia media. La valoración de TISS-28 fue descartada por el momento, para servir como modelo pronóstico, ya que no pudimos demostrar un valor de correlación significativo. El medio socioeconómico sí mostró en nuestro estudio que influye aunque sea de una manera débil en el resultado final, esto es en la calidad de vida de nuestra población (correlación de 0.32). Siendo lógico pensar que los pacientes con mayores posibilidades económicas, van a ser atendidos por sus familiares de una manera más adecuada, con alimentación balanceada, cuidados higiénico-dietéticos, asistencia personal o cuidados de enfermería especializados; siendo desgraciadamente la gran mayoría de nuestros pacientes de clase media-baja.

El tiempo de estancia en UCI, contrario a nuestra hipótesis, vino a revelar resultados inesperados estadísticamente, ya que si bien se demostró una correlación positiva en correlación a la calidad de vida, esto significa que a mayor tiempo de estancia en la unidad, el paciente tendrá mejor calidad de vida; sin embargo, este resultado se tiene que tomar con reserva, debido al escaso número de pacientes y al igual que en los comentarios previos de otras variables, se necesitan estudios a mayor plazo, con mayor número de pacientes; en contra parte con este punto, Richter^[6] y colaboradores encontraron que la calidad de vida en pacientes con una estancia intraUCI prolongada, exhibieron mayor deterioro en su calidad de vida, concluyendo en sus resultados que prácticamente la mitad de sus pacientes mostraron una disminución en la calidad de vida y en los politraumatizados los problemas psicosociales permanecieron a pesar del

Se rechaza la hipótesis nula con un 95% de Intervalo de confianza, lo que traduce que en nuestra población de pacientes, sí existe correlación entre MSE y calidad de vida, aunque esta correlación sea débil.

Y por último se analizó la correlación entre los días de estancia en UCI y calidad

de vida. El resultado fue: $r_s = 0.39$. Se rechaza la H_0 con un 95% de Intervalo de confianza lo que significa que en nuestra población aquí representada, sí existe correlación positiva entre la permanencia del paciente en UCI y su calidad de vida.

Ver apéndice I y II.

DISCUSIÓN

La calidad de vida de los pacientes y no solo el mantener la vida, es una de las preocupaciones de los servicios médicos en los últimos años y sobre todo de los que tratan pacientes crónicos o terminales, no siendo la excepción de los pacientes egresados de terapia intensiva posterior a cualquier tipo enfermedad grave. Como en otros reportes^[1] el grupo de edad mayormente afectado por trauma sigue siendo el de mayor productividad económica, por lo que el fomento de la participación en las unidades de personal médico-quirúrgico es una medida razonable. En complemento, Rockwood y colaboradores^[4,5,9,10], encontraron que pacientes por arriba de 65 años, se encontraban entre el 26% y 51% de las admisiones en unidades de cuidados intensivos no encontrando que la edad sea un contribuidor mayor en el resultado final de mortalidad en un año.

La idea natural que podríamos formularnos en el sentido de que todo paciente egresado de UCI a los 6 meses va a tener un deterioro significativo en su calidad de vida, no pudo ser demostrado por nuestro estudio, ya que no pudo descartarse la hipótesis nula, lo que nos alienta a fomentar estudios a corto, mediano y largo plazo. La correlación entre

APACHE II y calidad de vida, sí pudo ser corroborada por el método estadístico empleado en nuestro estudio, traducido esto en que APACHE II es hasta este momento, nuestro modelo pronóstico no solo de mortalidad, sino de morbilidad (calidad de vida) aunque sea esta una correlación con una significancia media. La valoración de TISS-28 fue descartada por el momento, para servir como modelo pronóstico, ya que no pudimos demostrar un valor de correlación significativo. El medio socioeconómico sí mostró en nuestro estudio que influye aunque sea de una manera débil en el resultado final, esto es en la calidad de vida de nuestra población (correlación de 0.32). Siendo lógico pensar que los pacientes con mayores posibilidades económicas, van a ser atendidos por sus familiares de una manera más adecuada, con alimentación balanceada, cuidados higiénico-dietéticos, asistencia personal o cuidados de enfermería especializados; siendo desgraciadamente la gran mayoría de nuestros pacientes de clase media-baja.

El tiempo de estancia en UCI, contrario a nuestra hipótesis, vino a revelar resultados inesperados estadísticamente, ya que si bien se demostró una correlación positiva en correlación a la calidad de vida, esto significa que a mayor tiempo de estancia en la unidad, el paciente tendrá mejor calidad de vida; sin embargo, este resultado se tiene que tomar con reserva, debido al escaso número de pacientes y al igual que en los comentarios previos de otras variables, se necesitan estudios a mayor plazo, con mayor número de pacientes; en contra parte con este punto, Richter^[6] y colaboradores encontraron que la calidad de vida en pacientes con una estancia intraUCI prolongada, exhibieron mayor deterioro en su calidad de vida, concluyendo en sus resultados que prácticamente la mitad de sus pacientes mostraron una disminución en la calidad de vida y en los politraumatizados los problemas psicosociales permanecieron a pesar del

tratamiento somático de su padecimiento inicial, enfocando su sugerencia en proyectos de rehabilitación.

Los factores tales como medio socioeconómico y tiempo de estancia sí influyeron estadísticamente pero con una no muy fuerte correlación, haciendo hincapié que el modelo estadístico implementado, utiliza variables categóricas, lo que pudiera restar peso estadístico.

Las complicaciones vistas en nuestro estudio nos muestran una oportunidad para desarrollar programas encaminados a evitarlas al máximo.

En otro estudio similar Zarén y colaboradores^[7], estudiaron 717 pacientes de UCI de un hospital de 3er nivel, recabando información importante sobre su estado de salud previo, residencia y status laboral 3 meses pre-admisión. Se tomaron también registros como Escala de Coma de Glasgow, TISS para las intervenciones terapéuticas. Sus resultados muestran que tanto el status de salud como la residencia, se mantiene estable dentro de los primeros 6 meses, y posteriormente presentan variaciones, sobre todo en pacientes politraumatizados. Un año posterior a su egreso, 86% de los pacientes se encontraban vivos en su casa. Sin embargo, nuestros resultados difieren significativamente con éste Autor, ya que aunque en su estudio de calidad de vida utilizó parámetros muy similares, mas del 65% de sus pacientes regresaron a su trabajo al término de 6 meses, en comparación con nuestro estudio en el que solo el 30% estuvo capacidad de hacerlo.

En lo considerado como objetivo final ideal de toda terapia intensiva, es reportado por Capuzzo^[8] en Italia en donde en un grupo de 152 pacientes ingresados a la UCI, obtienen una sobrevivencia comparable con la población general no internada en UCI, manteniendo una actividad física y status social similar a su nivel pre-admisión en donde cualquier deterioro, si está presente, no influye en la percepción de su calidad de

vida.

Comparaciones directas de los resultados pueden ser inapropiadas debido a la variabilidad tan grande de los perfiles de las enfermedades, protocolos de tratamiento y las probabilidades de mortalidad.

Nuestro estudio representa un reporte preliminar de resultados, que conforme se acumulen más datos, podremos brindar un panorama mas claro de lo que pasa con nuestros pacientes egresados y que es lo que podemos corregir para brindarles una mejor calidad de vida y una pronta incorporación a su vida cotidiana.

REFERENCIAS

- [1]. Konopad E. Noseworthy T. Johnston R. Quality of life measures before and one year after admission to an intensive care unit. *Crit. Care Med.* 1995 Vol.23(10).
- [2].- Vazquez M, Rivera R, Perez A. Analysis of Quality of life in Polytraumatized patients two years after discharge from an Intensive Care Unit. *The Journal of Trauma.* 1996, vol 41
- [3].- Niskanen M; Ruokonen E; Takala J. Quality of life after prolonged intensive care. *Crit Care Med.* 1999. 27 (6) 1132-9.
- [4].- Sánchez LD; Reyes ME; D'Ector DM. Validación del sistema simplificado de calificación de la intervención terapéutica (TISS-28) en población mexicana. *Medicina Critica y Terapia Intensiva.* Vol. 14 (6). 191-196.
- [5].- Rockwood K; Noseworthy T; Gibney N. One-year outcome of elderly and young patients admitted to intensive care units. *Crit Care Med.* 1993 Vol. 21(5):. Vol 23 (3).
- [6].- Richter HC; Pajonk FG; Waydhas C. Quality of life after long-term surgical intensive care treatment. *Anaesthesist* 2000 Sep; 49 (9): 822-8.
- [7].- Zarén B; Hedstrand U. Quality of life among long-term survivors of intensive care. *Crit Care Med.* 1987 Vol. 15. No. 8
- [8].- Capuzzo M; Bianconi M; Contu P.

tratamiento somático de su padecimiento inicial, enfocando su sugerencia en proyectos de rehabilitación.

Los factores tales como medio socioeconómico y tiempo de estancia sí influyeron estadísticamente pero con una no muy fuerte correlación, haciendo hincapié que el modelo estadístico implementado, utiliza variables categóricas, lo que pudiera restar peso estadístico.

Las complicaciones vistas en nuestro estudio nos muestran una oportunidad para desarrollar programas encaminados a evitarlas al máximo.

En otro estudio similar Zarén y colaboradores^[7], estudiaron 717 pacientes de UCI de un hospital de 3er nivel, recabando información importante sobre su estado de salud previo, residencia y status laboral 3 meses pre-admisión. Se tomaron también registros como Escala de Coma de Glasgow, TISS para las intervenciones terapéuticas. Sus resultados muestran que tanto el status de salud como la residencia, se mantiene estable dentro de los primeros 6 meses, y posteriormente presentan variaciones, sobre todo en pacientes politraumatizados. Un año posterior a su egreso, 86% de los pacientes se encontraban vivos en su casa. Sin embargo, nuestros resultados difieren significativamente con éste Autor, ya que aunque en su estudio de calidad de vida utilizó parámetros muy similares, mas del 65% de sus pacientes regresaron a su trabajo al término de 6 meses, en comparación con nuestro estudio en el que solo el 30% estuvo capacidad de hacerlo.

En lo considerado como objetivo final ideal de toda terapia intensiva, es reportado por Capuzzo^[8] en Italia en donde en un grupo de 152 pacientes ingresados a la UCI, obtienen una sobrevivencia comparable con la población general no internada en UCI, manteniendo una actividad física y status social similar a su nivel pre-admisión en donde cualquier deterioro, si está presente, no influye en la percepción de su calidad de

vida.

Comparaciones directas de los resultados pueden ser inapropiadas debido a la variabilidad tan grande de los perfiles de las enfermedades, protocolos de tratamiento y las probabilidades de mortalidad.

Nuestro estudio representa un reporte preliminar de resultados, que conforme se acumulen más datos, podremos brindar un panorama mas claro de lo que pasa con nuestros pacientes egresados y que es lo que podemos corregir para brindarles una mejor calidad de vida y una pronta incorporación a su vida cotidiana.

REFERENCIAS

- [1]. Konopad E. Noseworthy T. Johnston R. Quality of life measures before and one year after admission to an intensive care unit. *Crit. Care Med.* 1995 Vol.23(10).
- [2].- Vazquez M, Rivera R, Perez A. Analysis of Quality of life in Polytraumatized patients two years after discharge from an Intensive Care Unit. *The Journal of Trauma.* 1996, vol 41
- [3].- Niskanen M; Ruokonen E; Takala J. Quality of life after prolonged intensive care. *Crit Care Med.* 1999. 27 (6) 1132-9.
- [4].- Sánchez LD; Reyes ME; D'Ector DM. Validación del sistema simplificado de calificación de la intervención terapéutica (TISS-28) en población mexicana. *Medicina Critica y Terapia Intensiva.* Vol. 14 (6). 191-196.
- [5].- Rockwood K; Noseworthy T; Gibney N. One-year outcome of elderly and young patients admitted to intensive care units. *Crit Care Med.* 1993 Vol. 21(5):. Vol 23 (3).
- [6].- Richter HC; Pajonk FG; Waydhas C. Quality of life after long-term surgical intensive care treatment. *Anaesthesist* 2000 Sep; 49 (9): 822-8.
- [7].- Zarén B; Hedstrand U. Quality of life among long-term survivors of intensive care. *Crit Care Med.* 1987 Vol. 15. No. 8
- [8].- Capuzzo M; Bianconi M; Contu P.

Survival and quality of life after intensive care. *Intensive Care Med* 1996 Sep; 22 (9): 947-53.

[9] .- Wendell A; Reynolds N; Nyanjom D. et al. Outcome following prolonged intensive care unit stay in multiple trauma patients. *Critical Care Medicine*.1991 Vol 19 No.3. 339-344.

[10]. Kass, J; Castriotta R; Maladoff F. Intensive care unit outcome in the very elderly. *Critical Care Medicine*. 1992 Vol. 20 (12).

ABREVIACIONES

UCI: Unidad de Cuidados
Intensivos

APACHE: Acute physiology and
Chronic Health Evaluation.

TISS: Therapeutic Intervention
scoring system.

HGE: Hospital General del Estado

MSE: Medio socioeconómico.

Rs: Rangos de Spearman.

TCE: Trauma cráneo encefálico.

EVC: Evento Vascular Cerebral.

SIRPA: Síndrome de Insuficiencia
Respiratoria del Adulto.

APENDICE 1

| VARIABLE | PROMEDIO | DESVIACION EST | MEDIANA | MINIMO | MAXIMO |
|------------------|----------|----------------|---------|--------|--------|
| EDAD | 39.21 | 19.87 | 47 | 18 | 88 |
| APACHE II | 11.6 | 2.58 | 11 | 2 | 26 |
| TISS | 24.23 | 8.70 | 25 | 7 | 42 |
| DIAS UCI | 6.54 | 5.35 | 5 | 1 | 28 |
| DIAS HOSPITAL | 13.94 | 11.66 | 10 | 2 | 48 |
| CDV INGRESO | 1.76 | 0.86 | 2 | 1 | 4 |
| CDV 6 MESES | 3.2 | 1.04 | 4 | 2 | 4 |
| DIAS VENTILACION | 4.37 | 6.54 | 2.5 | 0 | 31 |

APENDICE II.

| VARIABLE | Spearman | Rango esperado | SIGNIFICANCIA |
|----------------------|----------|----------------|---------------|
| APACHE II | -0.497 | € [-1,-0.264] | S |
| TISS-28 | -0.168 | € [-1,-0.264] | NS |
| Medio socioeconómico | 0.32 | € [-1,-0.264] | NS |
| Estancia en UCI | 0.39 | € [-1,-0.264] | NS |

S: Significativo

NS: No significativo

REGISTRO DE CALIDAD DE VIDA:

Núm.: _____

A) Al ingreso. () B) A los 3 meses. () C) A los 6 meses. ()

• COMUNICACIÓN ORAL:

¿Hay dificultad con el lenguaje?

0 - no

2 - Puede entender, aunque es necesario estar cerca del paciente, ya sea por la debilidad de su voz o por su dificultad para articular palabras.

4 - Puede entender, pero solo a palabras simples o frases cortas. No mantiene un diálogo.

6 - Diálogo incoherente, ya sea esporádicamente o permanente.

8 - No se comunica.

• CONTROL DE ESFINTERES.

¿Hay dificultad en el control de la deglución de agua o sólidos?

0 - No.

3 - Si, esporádicamente uno u otro. Nunca con ambos a la vez.

6 - Si.

• MOVIMIENTOS DE PRECISIÓN.

¿Puede realizar movimientos?

A - Tomar un vaso con agua

SI NO

B - Usar cubiertos.

SI NO.

C - Usar una llave.

SI NO.

D - Asearse.

SI NO.

0 - Puede hacer más de 3 actividades.

3 - No puede hacer más de 3 actividades.

• TOLERANCIA AL ESFUERZO.

¿Puede realizar las siguientes actividades?

A - Puede subir al segundo piso

SI NO.

B - Caminar dos cuadras.

SI NO.

C - Cargar una bolsa de supermercado llena.

SI NO.

D - Cargar una charola llena o similar.

SI NO.

0 - Puede hacerlas todas.

3 - No puede hacerlas todas.

• DEPENDENCIA DE SU ALREDEDOR.

¿Tiene el paciente dificultad para caminar?

0 - No.

4 - Camina con dificultad. (Bastón o ayudado por otra persona).

8 - Usa andadera.

12 - Confinado a la cama o usa silla de ruedas.

• **DEPENDENCIA FARMACOLOGICA.**

¿Toma el paciente cualquier tipo de medicación por su o sus condiciones?.

0 – No.

1 – Si, Cuando la enfermedad de base se agudiza.

2 – Sí, en una forma habitual o crónica.

• **ACTIVIDAD PROPIA PARA SU EDAD.**

¿ Hay dificultades con su empleo?.

0 – No.

1 – Si, tiene dificultades, pero está laborando.

2 – Si, ha cambiado a trabajo de medio tiempo.

3 – No trabaja debido a su condición.

Para pacientes retirados debido a su edad, la pregunta es:

¿ Hay dificultades con el esquema de actividades del paciente como una persona retirada?.

0 – No.

1 – Si, tiene dificultades, pero continua con las mismas actividades con la misma frecuencia.

2 – Si, ha cambiado a una alternativa que requiere menos actividad o ha reducido considerablemente su frecuencia.

3 – Si, la ha abandonado completamente.

TOTAL: _____ **NIVEL:** _____

CLASIFICACION:

NIVEL I.....(<1 PUNTO): Calidad de vida normal, sin limitaciones.

NIVEL II..... (1 A 5 PUNTOS): Leve deterioro de la calidad de vida, con

dependencia Farmacológica como la principal característica.

NIVEL III..... (6 a 10 PUNTOS): Reducción de la capacidad del esfuerzo físico, afectando el trabajo o las actividades propias de la edad.

NIVEL IV..... (> 10 PUNTOS): Incapacidad mayor con una dependencia de otros.

“ El éxito es un trayecto
no un destino”