



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

---

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
HOSPITAL ÁNGELES MOCEL  
DIVISIÓN DE MEDICINA CRÍTICA.**

**“CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES GRAVES  
EGRESADOS POR MEJORÍA CLÍNICA DE LA UNIDAD  
DE TERAPIA INTENSIVA DE UN HOSPITAL PRIVADO”**

**TESIS**

*PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL ENFERMO EN ESTADO CRÍTICO*

**PRESENTA:**

**DRA. ESMERALDA BERENICE PAREDES CRUZ**

**ASESORES DE TESIS:**

*DR. IGNACIO MORALES CAMPORREDONDO*

*DRA. AZUCENA NORIEGA PAREDES*





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.

---

DR IGNACIO MORALES CAMPORREDONDO.  
JEFE DE LA UNIDAD DE MEDICINA CRÍTICA, HOSPITAL ÁNGELES  
MOCEL, PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE SUBESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA DEL ENFERMO EN ESTADO CRÍTICO.

---

DRA. CAROLINA GONZÁLEZ VERGARA  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.

---

DRA. AZUCENA NORIEGA PAREDES  
MEDICO ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA CRÍTICA HOSPITAL  
ÁNGELES MOCEL.

## **AGRADECIMIENTOS.**

A mi Hija, **Yaretzi** mi inspiración y fortaleza.

A los Doctores **Ignacio Morales Camporredondo** y **Raúl Chio Magaña** por ser pilar importante en mi formación como Intensivista y mejor ser humano.

A mis maestros Doctores: *Alejandro Pizaña Dávila, Eduardo Jaramillo Solís, Azucena Noriega Paredes, Olivia Díaz Oropeza, Diana Enríquez Santos, Walter Querevalú Murillo* y en especial al *Dr. Alfonso Maldonado Ríos (QEPD)*.

A los enfermos por su colaboración y paciencia para participar en el estudio.

A las enfermeras de la Unidad de Terapia Intensiva y Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Ángeles Mocol por su indispensable labor en la atención de los enfermos.

## **INDICE GENERAL**

INTRODUCCIÓN.....	6
MARCO TEÓRICO .....	8
JUSTIFICACIÓN.....	15
PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	15
HIPÓTESIS.....	16
OBJETIVO GENERAL.....	16
METODOLOGÍA .....	17
TIPO DE ESTUDIO:.....	17
DEFINICIÓN DEL UNIVERSO.....	17
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	17
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	18
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	18
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	18
PROCEDIMIENTO .....	19
RESULTADOS .....	20
Análisis Bivariado .....	23
Análisis multivariado .....	24
DISCUSIÓN.....	26
CONCLUSIONES.....	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	28

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. FRECUENCIA DE GÉNERO.....	20
TABLA 2. DIAGNÓSTICOS DE INGRESO .....	21
TABLA 3. GRUPOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS.....	21
TABLA 4. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS.....	21
TABLA 5. RECUERDOS EN UTI.....	23
TABLA 6. VARIABLES INVESTIGADAS.....	23
TABLA 7. VARIABLES EN EL GRUPO “A” .....	24
TABLA 8. VARIABLES EN EL GRUPO “B” .....	25
TABLA 9. VARIABLES EN EL GRUPO “C” .....	25
ANEXO 1 .....	30
HOJA DE DATOS .....	30
ANEXO 2 .....	31
ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA POST UTI .....	31

## INTRODUCCIÓN

La calidad de vida es el bienestar, la felicidad y la satisfacción de una persona que le permite una capacidad de acción o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores, entre otros. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como la relación con los elementos esenciales de su entorno.

En los últimos 40 años la muerte ha sido considerada como un fracaso en la práctica de la medicina, por lo que los médicos encaminan todos sus esfuerzos a prevenirla y evitarla. Sin embargo, el deseo de supervivencia a pesar de sus consecuencias deletéreas para la calidad de vida ha sido reemplazado por la meta de no alargar el periodo agónico de los enfermos sin posibilidades de sobrevivir y más que nada de contar con un nivel de vida adecuado posterior a su enfermedad, lo que se conceptualiza como calidad de muerte y calidad de vida, respectivamente.

La medicina crítica como especialidad tiene la misión de innovar terapias que salven la vida de enfermos, que sin éstas y con los cuidados estándares de atención hospitalaria morirían.

El objetivo principal en medicina crítica es la reducción de la mortalidad y morbilidad, así como el mantenimiento o mejoría de la capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes. La evolución ideal de un paciente que ha ingresado a Unidad de Terapia Intensiva (UTI) , consiste en volver a su estado de salud previo, o al esperado para una persona del mismo grupo de edad y situación médica.

Desde el punto de vista de la evaluación de los resultados asistenciales de una UTI, el problema se centra en conocer los factores que rodean al paciente crítico y en plantearse directrices futuras para el seguimiento de la calidad de vida, mortalidad y estado funcional, como mínimo pasados 6 meses desde el evento.

Una característica importante de la población que se atiende en una UTI general es que está formada por un grupo heterogéneo de pacientes que abarca diferentes patologías que frecuentemente sólo tienen en común el haber sufrido un problema crítico que motiva su ingreso. Es por ésto, que el análisis global de este tipo de poblaciones plantea problemas.

La necesidad de evaluar los estados de salud ha hecho que se desarrollaran distintas herramientas o cuestionarios para conocer la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) tras el alta hospitalaria. La CVRS es un concepto multidimensional que incluye aspectos físicos, psicológicos y sociales.

El *Medical Outcome Survey 36-Item Short-Form health survey* (SF-36) y el EuroQol 5-D (EQ-5D) son instrumentos de medición que se han mostrado útiles



para medir la CVRS del paciente crítico y la 2002 *Brussels Roundtable Surviving Intensive Care* recomendó ambos cuestionarios para su uso en la UCI.

## MARCO TEÓRICO

Desde sus inicios en pleno siglo XX, el objetivo fundamental en Medicina Crítica ha sido lograr la máxima supervivencia de los pacientes críticos. En la mayoría de ensayos clínicos controlados y aleatorizados, la mortalidad sigue siendo el patrón de referencia para evaluar la eficacia del nuevo tratamiento. Sin embargo, es difícil dilucidar cuál es el momento más adecuado para medir la mortalidad, si a los 28 días del ingreso a UTI, al final de dicho ingreso, al alta del ingreso hospitalario, o incluso transcurrido un determinado tiempo desde que el paciente salió del hospital.<sup>1</sup>

Pero en realidad la muerte no es el enemigo a vencer, puesto que cuando se ha logrado que el paciente sobreviva es necesario considerar una serie de factores de vital importancia, como son las secuelas funcionales físicas y psicosociales y, por tanto, la calidad de vida con la que queda el enfermo tras superar el período del evento crítico. Estos factores inciden tanto sobre el propio sujeto como también en su entorno, fundamentalmente familiar, y en el sistema sanitario.<sup>2</sup>

La calidad de vida al egreso de una UTI 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». A finales de los años noventa, menos de un

2% de la literatura médica sobre patología crítica incluía estudios de calidad de vida. Aunque no existe consenso, la calidad de vida relacionada con la salud se mide por medio de la función física, del estado psicológico, de la función y la interacción sociales, y de los síntomas físicos.<sup>3</sup>

Un porcentaje muy elevado de los pacientes que ingresan en las UTI's son mayores de 70 años, y lo hacen tanto por procesos agudos como por descompensaciones de procesos crónicos, como la cardiopatía isquémica, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la hepatopatía crónica, etc.<sup>4</sup>

Esto hace que no sea suficiente hablar de mortalidad para describir los resultados de nuestra actividad médica, es necesario también conocer el pronóstico funcional de estos pacientes. En definitiva, se ha hecho necesario investigar sobre la calidad de vida relacionada con la salud de nuestros pacientes.<sup>3,4</sup>

Medir la calidad de vida, permite aportar conocimiento sobre su evaluación y conocer el impacto de alguna enfermedad sobre el daño a la salud en el paciente, lo que facilita mejorar la toma de decisiones en su tratamiento.<sup>4</sup>

Al egresar del hospital, el seguimiento no siempre es lo suficientemente adecuado como para definir la Calidad de Vida de un paciente.<sup>5</sup>

La mayoría de los autores entienden que ésta es la suma de las funciones físicas y psicológicas, la capacidad para satisfacer sus necesidades sociales junto con la propia percepción de su situación.<sup>5</sup>

Los estudios relacionados con la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de pacientes ingresados en una UTI son cada vez más frecuentes en la literatura médica; sin embargo, es todavía un aspecto poco estudiado si se le compara con otros<sup>5</sup>.

No obstante, la Calidad de Vida Relacionada con la Salud previa y la esperada tras el alta son uno de los factores que más tienen en cuenta los profesionales a la hora de aceptar un ingreso en una UTI y aplicar un tratamiento de soporte vital completo.<sup>6</sup>

Varios autores han reportado que los pacientes tenían recuerdos desagradables después de su estancia en una UTI. Los pacientes tienen recuerdos de molestias derivadas de la ansiedad, dolor, sed, insomnio, desorientación, dificultad para respirar, incapacidad para moverse, dolor por procedimientos médicos, y por la presencia del tubo endotraqueal.<sup>7</sup>

Existen Instrumentos de medición de la calidad de vida; The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) , RAND 36-Item Health Survey RAND-36, EuroQol-5D (EQ- 5D), y el Nottingham Health Profile (NHP), que son considerados instrumentos genéricos comúnmente utilizados en la investigación de pacientes en UTI's, que están bien validados.<sup>8</sup>

Actualmente se han incrementado el número de investigaciones sobre Calidad de Vida, por lo que existen instrumentos como el Euroqol-5D (EQ-5D), es un instrumento genérico de medición que puede utilizarse tanto en individuos relativamente sanos (población general) como en grupos de pacientes con diferentes patologías. El propio individuo valora su estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo) y luego en una

escala visual analógica (EVA) de evaluación más general. Un tercer elemento del EQ-5D es el índice de valores sociales que se obtiene para cada estado de salud generado por el instrumento<sup>8,9</sup>.

El sistema descriptivo contiene cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y cada una de ellas tiene tres niveles de gravedad (sin problemas, algunos problemas o problemas moderados y problemas graves). En esta parte del cuestionario el individuo debe marcar el nivel de gravedad correspondiente a su estado de salud en cada una de las dimensiones, refiriéndose al mismo día que complementa el cuestionario. En cada dimensión del EQ-5D, los niveles de gravedad se codifican con un 1 si la opción de respuesta es «no (tengo problemas)»; con un 2 si la opción de respuesta es «algunos o moderados problemas»; y con un 3 si la opción de respuesta es «muchos problemas».<sup>8,9</sup>

La combinación de los valores de todas las dimensiones genera números de 5 dígitos, habiendo 243 combinaciones –estados de salud– posibles, que pueden utilizarse como perfiles. Por ejemplo, un individuo que señale que no tiene problemas para caminar (1), no tiene problemas con el cuidado personal (1), tiene algunos problemas para realizar sus actividades cotidianas (2), tiene moderado dolor o malestar (2) y no está ansioso o deprimido (1), se ubica en el estado de salud 11221.<sup>8,9</sup>

La segunda parte del EQ-5D es una EVA vertical de 20 centímetros, milimetrada, que va desde 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable). En ella, el individuo debe marcar el punto en la línea vertical que mejor refleje la valoración de su estado de salud global en el

día de hoy. El uso de la EVA proporciona una puntuación complementaria al sistema descriptivo de la autoevaluación del estado de salud del individuo.<sup>8,9</sup>

El instrumento se diseñó para evaluar la Calidad de Vida relacionada a la salud de cualquier persona o grupo de personas, incluyendo a los pacientes en UCI, éste es simple, genérico, internacional y ha sido estandarizado y validado en diversos países, principalmente en la Unión Europea.<sup>9</sup>

También se cuenta con la Encuesta de calidad de vida validada para enfermos críticos (Proyecto para el Análisis Epidemiológico del Enfermo Crítico [PAEEC]) previa al ingreso y a los 6 meses del alta de la UTI. La encuesta valora los siguientes tres aspectos: actividades fisiológicas básicas (0 a 9 puntos), actividades de la vida diaria (0 a 15 puntos) y estado emocional (0 a 5 puntos). Las puntuaciones más altas indican peor calidad de vida.<sup>10</sup>

Los estudios sobre variaciones en la calidad de vida suelen mostrar frecuentemente dos debilidades: una es la elevada tasa de pérdidas en el seguimiento, y otra es que en muchos casos no ha habido una valoración previa o un grupo control para poder realizar una comparación.<sup>11</sup>

Estas pruebas se aplican además en distintos grupos de pacientes, y su respuesta probablemente depende de muchos factores, como la reacción individual del sujeto frente a cada patología, la interacción con la premorbididad y la heterogeneidad poblacional. Otro hecho que sin duda también afecta a la comparación de resultados entre estudios es la temporalidad de las mediciones

de calidad de vida, existiendo estudios que la analizan al mes, a los 3 y 6 meses, así como tras 1, 2 y hasta 5 años después del incidente crítico.<sup>12</sup>

El estado basal de los pacientes previo al ingreso puede ser valorado y utilizarse en la comparación. La valoración de la situación basal puede resultar difícil en muchos de nuestros pacientes, pero en algunos casos puede realizarse mediante consulta a los familiares que conviven con los enfermos, habiéndose demostrado un buen rendimiento con este método.<sup>13</sup>

Esta posibilidad abre interesantes perspectivas, fundamentalmente en Terapia Intensiva, donde investigar el estado de vida previo al evento agudo es muy complicado por la habitual falta de colaboración de nuestros enfermos, que suelen estar bajo efectos de sedación y analgesia.<sup>13</sup>

Ante la disparidad de resultados en los estudios sobre calidad de vida, que a veces obedecen a la falta de calidad metodológica, lo más útil sería proceder a un análisis dirigido a subgrupos de pacientes críticos, más concretos, y también con edades más acortadas, a fin de valorar las secuelas motoras, así como las emocionales, la presencia de dolor o disconfort, y ansiedad o depresión, evaluando posteriormente posibles acciones a desarrollar para prevenir o atenuar dichas anomalías.<sup>13</sup>

En los estudios que analizan el rendimiento de las UTI's se toma con frecuencia a la sobrevivida 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.<sup>14</sup>

Actualmente, la Medicina Crítica debe efectuar un sólido paso adelante al preocuparse no sólo de la supervivencia sino también de devolver a los enfermos a su estado preexistente, basados en instrumentos prácticos para la toma de decisiones que permitan una más eficiente utilización de recursos, así como abrir el camino a futuros estudios encaminados a la consideración de algunos factores durante el período crítico agudo, así como la posible rehabilitación física y psicosocial de estos pacientes, a fin de prevenir o tratar algunos de los trastornos detectados.<sup>15</sup>

## **JUSTIFICACIÓN**

Ser admitido en una UTI debe considerarse un acontecimiento estresante.

Aunque los estudios que investigan las tasas de supervivencia de los pacientes en estado crítico, son amplios, surge la pregunta si el evento crítico tiene un impacto personal en su estado de salud y calidad de vida a largo plazo ( por lo menos 6 meses después de su egreso de la UTI.)

En México no se cuenta con estudios amplios y actualizados sobre la calidad de vida de los pacientes que sobreviven a un evento crítico, las secuelas que presentan y como repercuten, éstas, en su vida diaria, laboral y familiar.

Por lo que consideramos necesario iniciar un seguimiento de los pacientes sobrevivientes a un estado crítico y su calidad de vida posterior a su egreso de la Unidad Hospitalaria.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿Cuál es la calidad de vida del paciente que sobrevive a un estado clínico crítico?



## **HIPÓTESIS**

Existe una relación entre la edad, la gravedad (APACHE II), días de estancia en UTI, necesidad y número de intervenciones médico – quirúrgicas y la calidad de vida de los pacientes al ser egresados de la unidad.

## **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la calidad de vida, por lo menos a 6 meses, de los pacientes que estuvieron en estado crítico, egresados por mejoría clínica del Hospital Ángeles Mocel.

## **METODOLOGÍA**

### ***TIPO DE ESTUDIO:***

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, transversal.

### ***DEFINICIÓN DEL UNIVERSO***

La población del estudio está constituida por pacientes críticamente enfermos que fueron ingresados en la UTI del Hospital Ángeles Mocel, ambos sexos, que se encuentren entre 18 a 65 años de edad, con evolución clínica satisfactoria y fueron egresados por mejoría clínica de la unidad, durante el periodo comprendido de Enero 2008 – Diciembre 2011 . Los datos fueron obtenidos del censo de pacientes de enfermería y datos tomados de expedientes clínicos.

### ***TAMAÑO DE LA MUESTRA***

El tamaño de la muestra fue delimitado por conveniencia agregando al estudio los datos recabados de pacientes hospitalizados de Enero 2008 – Diciembre 2011, que estuvieran de acuerdo en participar y que cumplieran con criterios de inclusión; estos pacientes fueron entrevistados en el periodo Febrero – Junio de 2011.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Pacientes que hayan sobrevivido a un estado clínico crítico y egresados a domicilio.

Pacientes de ambos sexos.

Edades entre 18 a 65 años.

Pacientes que acepten contestar el cuestionario.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Pacientes con Enfermedad Mental previa.

Paciente con Discapacidad Física previa.

Pacientes con Enfermedad Degenerativa progresiva previa.

## **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

Pacientes con Expediente Clínico incompleto.

Falta de información para contactar al paciente.

Paciente que no acepte contestar el cuestionario.

## **PROCEDIMIENTO**

A todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y accedieron a participar en el estudio, se les aplicó vía telefónica el cuestionario EuroQol-5D (EQ- 5D), establecido como herramienta para la estimación de la calidad de vida. En caso de que no pudieran contestar, fue entrevistado su familiar mas cercano o cuidador.

## RESULTADOS

Del 2008 al 2011 en la UTI del Hospital Ángeles Mocel egresaron un total de 1043 pacientes; de éstos 200 pacientes egresaron por defunción, lo que corresponde a 19.17%. Así, 843 pacientes egresaron por mejoría clínica. De éstos, 131 (15.53% del total de egresos por mejoría clínica) cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio.

Por tanto, la muestra se integró con 131 pacientes, los cuales fueron predominantemente varones con un 67.2%.

**TABLA 1. FRECUENCIA DE GÉNERO.**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	88	67.2
Femenino	43	32.8

La edad promedio de los pacientes fue de 44.24  $\pm$ 13.65 años, siendo la edad del paciente más joven de 18 años y la edad del paciente con mayor edad fue de 65 años.

El diagnóstico de ingreso más frecuente en los pacientes fue el Infarto Agudo del miocardio, seguido del Traumatismo Craneoencefálico severo y el post-operado de revascularización coronaria.

**TABLA 2. DIAGNÓSTICOS DE INGRESO**

Dx Ingreso	Frecuencia	Porcentaje
IAM	13	9.9
TCE Severo	8	6.1
PO Revascularización coronaria	5	3.8
Politraumatismo	5	3.8
Otros	100	72.3
Total	131	100

El grupo al que pertenecían los pacientes fue principalmente al grupo quirúrgico de cirugía de trauma, seguido por el grupo médico cardiovascular y el grupo médico de neumología.

**TABLA 3. GRUPOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS**

Grupo	Frecuencia	Porcentaje
Cx Trauma	35	26.7
Mx Cardiovascular	24	18.3
MX Neumología	21	16
Otros	51	48.9
Total	131	100

El 100% de los pacientes de este estudio fueron rehabilitados en la UTI.

A un porcentaje importante de los pacientes se les realizó diversos procedimientos en la UTI, el más frecuente fue la ACTP, seguido de la craneotomía y la traqueotomía.

**TABLA 4. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS**

Procedimiento realizado	Frecuencia	Porcentaje
ACTP	14	10.7
Craniectomía	13	9.9
Traqueostomía	9	6.9
Otros	45	34.3

Los días de estancia hospitalaria del paciente en el hospital fueron en promedio de  $15.94 \pm 9.4$  días siendo 4 días el paciente con menor estancia y de 58 el paciente que más duro hospitalizado.

Respecto a la estancia en la UTI, los pacientes duraron en promedio  $7.6 \pm 6.1$  días, siendo el paciente con menor estancia de dos días y el de mayor permanencia de 40 días.

Respecto de la ventilación mecánica a la que estuvieron sometidos los pacientes aquí el promedio fue de  $7.4 \pm 5.6$ , siendo el paciente con menos días de ventilación mecánica de un día y el de mayor duración con el ventilador fue de 36 días.

El 100 % de los pacientes fueron egresados por mejoría clínica y en tres casos los pacientes fallecieron posterior a su egreso, uno a los 8 meses, el segundo a los 14 meses y el último a los 6 meses de su egreso, pero en todos los casos, fue posible entrevistar a sus familiares.

Mientras los pacientes fueron atendidos de los distintos motivos de atención se analizó el SOFA, encontrando que en promedio los pacientes tuvieron valores de  $5.32 \pm 3.14$ , siendo el menor valor obtenido por un paciente de 0 y el valor mayor de 14.

Se midió el EUROQOL previo en los pacientes, encontrando con valores de “A” al 95.4%, en “B” al restante 4.6%.

Los Valores del EUROQOL actuales fueron de un 40.1 % en “A”, un 34.4 “B” y un 23.7 en “C”, (en dos de los casos no fue posible hacer la valoración).

En lo concerniente a los recuerdos del paciente en la UTI, el principal referido fue la Depresión, seguido de la ansiedad y una combinación de estas.

**TABLA 5. RECUERDOS EN UTI.**

Recuerdo en la UCI	Frecuencia	Porcentaje
Depresión	9	6.9
Ansiedad	7	5.3
Ansiedad y Depresión	7	5.3
Otros	108	82.5
Total	131	100

## **Análisis Bivariado**

La determinación del EUROQOL actual nos permitió observar diferencias respecto de las variables investigadas

**TABLA 6. VARIABLES INVESTIGADAS**

Variable	Promedio Grupo “A”	Promedio Grupo “B”	Promedio Grupo “C”	p
Edad	43.44	43.17	47.52	0.33
Apache al Ingreso	17.31	19.40	24.10	0.0001
Días de estancia Hospitalaria	11.69	16.19	21.52	0.0001
SOFA	3.8	5.58	7.19	0.0001
Días de ventilación mecánica	5	7	8.8	0.056
Días de estancia UTI	4.98	7.74	11.13	0.000



De acuerdo a lo anterior podemos decir que la estancia en la UTI, el SOFA, los días de estancia hospitalaria, y el apache al ingreso influyeron en la calidad de vida posterior al egreso de UTI de los pacientes.

## Análisis multivariado

Para determinar el efecto en cada uno de los grupos de estas variables así como del efecto conjunto de las variables no significativas se realizó un modelos de regresión para saber su efecto conjunto,

Para conocer el efecto de estas variables para el grupo “A” es decir que tengan de buen estado de salud la variable que explicó este evento (significativa estadísticamente) fue el SOFA, pues funcionó como un efecto protector como podemos ver en el siguiente cuadro.

**TABLA 7. VARIABLES EN EL GRUPO “A”**

Variable	p	Exp (B)
Edad	0.296	0.98
Apache al Ingreso	0.86	0.991
Días de estancia Hospitalaria	0.702	1.025
<b>SOFA</b>	<b>0.041</b>	<b>0.731</b>
Días de ventilación mecánica	0.157	0.72
Días de estancia UTI	0.215	1.26

Para el caso de los pacientes que tienen alguna discapacidad pero viven de forma independiente “B” observamos, ninguna de las variables influyo de forma diferenciada y ninguna presentó un valor estadístico significativo como podemos observar en el siguiente cuadro.

**TABLA 8. VARIABLES EN EL GRUPO “B”**

Variable	p	Exp (B)
Edad	0.621	0.992
Apache al Ingreso	0.131	0.935
Días de estancia Hospitalaria	0.973	0.998
SOFA	0.222	1.138
Días de ventilación mecánica	0.306	1.211
Días de estancia UTI	0.273	0.83

Y para el caso de los pacientes que tienen discapacidades severas y que dependen de los demás para sobrevivir “C”, observamos también que ninguna variable la pudo predecir de forma adecuada.

**TABLA 9. VARIABLES EN EL GRUPO “C”**

Variable	p	Exp (B)
Edad	0.110	1.031
Apache al Ingreso	0.112	1.083
Días de estancia Hospitalaria	0.735	0.980
SOFA	0.202	1.152
Días de ventilación mecánica	0.650	0.919
Días de estancia UTI	0.490	1.118

## DISCUSIÓN

La muestra presenta predominio de varones, sin que esto represente un factor confusor dado el tipo de variables medidas. Dado que fueron integrados tres grupos, se utilizó un análisis de varianza para determinar diferencias entre los grupos contruidos ( tres grupos “A” “B” “C” ).

La edad no se comportó como una variable de confusión debido a que no existieron diferencias estadísticamente significativas. La determinación de diferencias de acuerdo al análisis de varianza (ANOVA) nos permitió observar que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos , de acuerdo al APACHE, a sus días de estancia hospitalaria, a SOFA y los días de estancia en la UTI. Estas diferencias no son debidas al azar.

Para conocer el efecto conjunto de las variables y saber si pueden predecir al EUROQOL, se probaron diferentes modelos multivariados, tanto para los pacientes clasificados como “A” , “B” y “C” . De éstos solo pudimos observar que el SOFA puede predecir la presencia de pacientes del grupo “A”, es decir, que entre mayor sea el SOFA, la calidad de vida, posterior al egreso de la UTI, será menor, independientemente de la edad, el APACHE o si fue un paciente médico o quirúrgico.

En ninguno de los otros modelos observamos capacidad de predecir el estado.

## CONCLUSIONES

Podemos concluir que a pesar de encontrar variables que identifican significativamente diferencias entre los grupos, solo en el caso del SOFA es posible utilizarlas para predecir el estado EuroQol-5D que presentaran los pacientes a su egreso de la UTI y de la unidad Hospitalaria.

Así podemos concluir en base a nuestros resultados, que la calidad de vida de los pacientes egresados de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Ángeles Mocel, se clasifico en la mayoría (40.1 % ) como “A” según la clasificación de EuroQol-5D , es decir, que gozan de buen estado de salud y calidad de vida.

Es importante hacer mención que la mayoría de los pacientes, refirieron Depresión durante su estancia en UTI. Habrá que considerar medidas para tratar esta sensación en los pacientes de UTI.

La mortalidad observada en el periodo estudiado de 19.17%, es similar a la reportada en los estudios internacionales (20 – 25%).

Con los resultados de este estudio, podemos concluir que el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud, así como los datos de disconfort de los pacientes críticamente enfermos, debe incorporarse como una medida habitual de evaluación de resultados tras su estancia en la UTI del Hospital Ángeles Mocel.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Keenan SP, Dodek P. **Survival as an outcome for ICU patients.** En: Angus DC, Carlet J, editors. *Surviving Intensive Care. Update in Intensive Care and Emergency Medicine* (nº 39). Berlin Heidelberg: Springer; 2003. p. 3-20.
2. Herridge MS. **Long-term outcomes after critical illness.** *Curr Opin Crit Care.* 2002;8:331-6.
3. Tuesca MR. **La calidad de vida, su importancia y cómo medirla.** *Salud Uninorte.* Barranquilla Colombia. 2005;21: 76-86.
4. Hennessy D, Juzwishin K, Yergens D, Noseworthy T, Doig C. **Outcomes of elderly survivors of intensive care. A review of the literature.** *Chest.* 2005;127:1764-74.
5. M en C Adriana Garduño Alanís, Dr. José Meneses Calderón, Acad. Dr. Manuel Díaz de León Ponce, Dr. Juan Torres Pérez, Acad. Dr. Jesús Carlos Briones Garduño. **Calidad de vida al egreso de una Unidad de Cuidados Intensivos** Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y terapia intensiva. Vol. XXIII, Núm. 3 / Jul.-Sep. 2009 pp 119-124
6. Cuthbertson BH, Scott J, Strachan M, Kilonzo M, Vale L. **Quality of life before and after intensive care.** *Anaesthesia.* 2005;60:332-9.
7. Johannes P van de Leur, Cees P van der Schans, Bert G Loef, Betto G Deelman, Jan HB Geertzen and Jan H Zwaveling **Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients** *Critical Care* 2004, **8**:R467-R473
8. Sandra G. Oeyen, MD; Dominique M. Vandijck, PhD; Dominique D. Benoit, MD, PhD; Lieven Annemans, PhD; Johan M. Decruyenaere, MD, PhD. **Quality of life after intensive care: A systematic review of the literature.** *Crit Care Med* 2010 Vol. 38, No. 12.
9. Rabin R, De Charro F. **EQ-5D: a measure of health status from the Euroqol Group.** *Ann Med* 2001;33:337–343.
10. Rivera Fernández R, Sánchez Cruz JJ, Vázquez Mata G. **Validation of quality of life questionnaire for critically ill patients. PAEEC.** *Intensive Care Med.* 1996;2:1034-42.

11. S. Iribarren-Diarasarria, F. Aizpuru-Barandiaranb, T. Muñoz-Martínez, J.L. Dudagoitia-Otaoleaa, Á. Castañeda-Sáeza, M. Hernández-López, S. Martínez-Alutiza, C. Vinuesa-Lozanoa Y N. Aretxabala-Kortajarenaa. **Variaciones en la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes críticos.** Med Intensiva. 2009;33(3):115-22
  
12. García F, Peres D, de Cubber M, Vincent JL. **Long-term outcome in ICU patients: what about quality of life?** Intensive Care Med. 2003;29:1286-93.
  
13. Hofhuis J, Hautvast JL, Schrijvers AJ, Bakker J. **Quality of life on admission to the intensive care: can we query the relatives?** Intensive Care Med. 2003;29:974-9.
  
14. Herridge MS, Cheung AM, Tansey CM, Matte A, Díaz N, Al-Saidi F, et al. **One-year outcomes in survivors of the ARDS.** N Engl J Med. 2003;348:683-93.
  
15. J.R. Masclans Enviz. **Calidad de vida a largo plazo de los pacientes críticos.** Med Intensiva. 2005;29(4):201-3

## **ANEXO 1**

### ***HOJA DE DATOS***

NOMBRE DEL PACIENTE ( SIGLAS):

EDAD:

SEXO:

ESCOLARIDAD:

OCUPACIÓN ANTES DE SU INGRESO:

LUGAR DE RESIDENCIA ANTES DE SU INGRESO:

FECHA DE INGRESO A UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA:

DIAGNÓSTICOS DE INGRESO:

DÍAS DE VENTILACIÓN MECÁNICA:

USO DE VASOPRESORES:

TRANSFUSIONES:

TRAQUEOSTOMÍA ( SI / NO ):

GASTROSTOMÍA ( SI / NO ):

REHABILITACIÓN ( SI / NO ):

FECHA DE EGRESO DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA:

DÍAS DE ESTANCIA EN TERAPIA INTENSIVA:

DÍAS TOTALES DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA:

EUROQOL – 5D =

PREVIO:      ACTUAL:

RECUERDOS EN UTI:

## ANEXO 2

### ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA POST UTI

HOSPITAL ANGELES MOCEL

EUROQOL – 5D

A. Escriba el número que se identifique con su situación previa al ingreso y actual:

	Previa	Actual
<b>Movilidad (M)</b>		
1. Camina sin problemas	_____	_____
2. Tiene ciertas dificultades para caminar	_____	_____
3. Confinado en cama	_____	_____
<b>Autonomía (A)</b>		
1. Autonomía completa	_____	_____
2. Tiene algunas dificultades para lavarse o vestirse solo	_____	_____
3. Incapaz de lavarse o vestirse solo	_____	_____
<b>Actividades cotidianas (AC)</b>		
1. Realiza las actividades cotidianas sin problemas (p. ej., trabajo, estudio, tareas domésticas, actividades familiares o de esparcimiento)	_____	_____
2. Presenta algunos problemas para realizar las actividades cotidianas	_____	_____
3. Incapaz de realizar sus actividades habituales	_____	_____
<b>Dolor/incomodidad (DI)</b>		
1. Sin dolor ni incomodidad	_____	_____
2. Dolor o incomodidad moderados	_____	_____
3. Dolor o incomodidad intensos	_____	_____
<b>Ansiedad/depresión (AD)</b>		
1. Sin ansiedad ni depresión	_____	_____
2. Ansiedad o depresión moderadas	_____	_____
3. Extremadamente ansioso o deprimido	_____	_____
B. 1. Se encuentra mejor que previamente a la cirugía: Sí/No		
2. De las siguientes situaciones laborales, señale cuál es su estado laboral en la actualidad y previo al ingreso en la UCI		

**Previo al ingreso**

- a. Incapacidad permanente o retirado
- b. Incapacidad temporal
- c. No trabaja
- d. Paro
- e. Trabaja

**Actual**

- a. Incapacidad permanente o retirado
- b. Incapacidad temporal
- c. No trabaja
- d. Paro
- e. Trabaja igual
- f. Ha cambiado de actividad

Clasificación en categorías de calidad de vida (CV)<sup>12,13</sup> a partir de la puntuación obtenida en la encuesta, la valoración subjetiva del paciente, la del médico y fundamentalmente la situación de dependencia de los demás para actividades cotidianas. Nótese que hay dimensiones de la CV como el dolor que no determina el nivel de CV, pudiendo haber tomado valores 1, 2, 3, para cada grupo

**Categoría A:** gozan de buen estado de salud

M = 1    M = 1    M = 1    M = 1    M = 1  
 A = 1    A = 1    A = 1    A = 1    A = 1  
 AC = 1    AC = 1    AC = 1    AC = 2    AC = 1  
 AD = 1    AD = 2    AD = 1    AD = 1    AD = 2  
 DI = 1    DI = 2    DI = 2    DI = 1    DI = 1

**Categoría B:** tienen alguna discapacidad, pero viven independientes. Todas las combinaciones no incluidas en las categorías A y C

**Categoría C:** discapacidades severas y dependen de los demás para sobrevivir

M = 3                                    M = 1,2  
 A = 3                                    A = 3  
 AC = 3                                  AC = 1, 2, 3  
 AD = 1, 2, 3                          AD = 1, 2, 3  
 DI = 1, 2, 3                          DI = 1, 2, 3

**¿TIENE RECUERDOS DURANTE SU ESTANCIA EN UTI?:**

**¿CUÁLES?:**