

Tesis Calidad de Vida

11224
19

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA DEL ENFERMO ADULTO EN ESTADO CRITICO
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO**

**CALIDAD DE VIDA ANTES Y UN AÑO DESPUES
DEL INGRESO A LA UNIDAD DE TERAPIA
INTENSIVA**

**TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN:
MEDICINA DEL ENFERMO ADULTO EN
ESTADO CRITICO
P R E S E N T A:**

DR. SERGIO ANTONIO GONZALEZ VAZQUEZ

MEXICO, 2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



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
CON
FALLA DE
ORIGEN**

PAGINACIÓN DISCONTINUA

Tesis Calidad de Vida

**CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA DEL ENFERMO ADULTO EN ESTADO CRITICO
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO**



**CALIDAD DE VIDA ANTES Y UN AÑO DESPUES DEL INGRESO A
LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN

**MEDICINA DEL ENFERMO
ADULTO EN ESTADO CRITICO**

PRESENTA:

DR. SERGIO ANTONIO GONZALEZ VAZQUEZ

ASESORES

DR. ALFREDO SIERRA UNZUETA

DR. ULISES W. CERON DIAZ

MEXICO, 2003

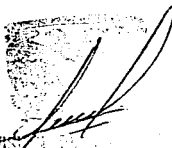
Tesis Calidad de Vida


DR ALFREDO SIERRA UNZUETA

**Jefe de la Unidad de Terapia Intensiva
Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación
Profesor Titular del Curso
Asesor de Tesis**

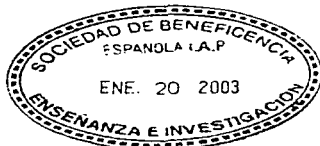

DR. ULISES W. CERÓN DÍAZ

**Médico Adscrito de la
Unidad de Terapia Intensiva
Asesor de Tesis**


SUBDIRECCIÓN DE ASISTENCIA
DIVISIÓN DE ASISTENCIA
FACULTAD DE MEDICINA
17.12.03

HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO

MEXICO D.F. 2003.



AGRADECIMIENTOS:

Al maestro, el Dr. Alfredo Sierra Unzueta, pionero de la especialidad de Terapia Intensiva en nuestro País.

Al Dr. Ulises Cerón Díaz por sus enseñanzas, por todo su valioso y permanente apoyo para que este trabajo se realizara, por ser pilar de la investigación con aplicación de ciencias exactas, por su amistad.

Al Dr. Ricardo Martínez Zubieta por su cotidiana labor en la enseñanza, su apoyo, consejos y sobre todo por su valiosa amistad.

A los Dres: Raymundo Núñez, Mónica Wilson y Jean Paul Vázquez Mathieu por ser estímulo en el desempeño de la especialidad, por sus valiosos consejos y su incondicional amistad.

A la Unidad de Terapia Intensiva Alberto Villazón y al personal que labora en él. Al servicio de enfermería por su apoyo y enseñanzas, a los residentes que sin importar el cansancio están siempre en disposición por el bienestar del enfermo grave.

Al Enfermo Crítico con respeto.

DEDICATORIA:

A mi Esposa: Adriana por su comprensión, apoyo y amor para seguir adelante y ser mejor cada día.

A mis Padres: Imelda y Fidel por gran calidad humana, por su amor y el apoyo que me han dado en cada una de las etapas de mi vida, por sus sabios consejos y comprensión, por que siempre a sido estímulo para continuar adelante. Por ser ejemplo a seguir.

A mis Hermanos: Fidel, José e Imelda que siempre se han preocupado por mi bienestar, aconsejándome y apoyándome continuamente hasta conseguir este logro.

A quienes confiaron en mí.

INDICE

	Páginas
INTRODUCCION	1
MATERIALES Y PACIENTES	14
RESULTADOS	20
DISCUSION Y CONCLUSIONES	25
REFERENCIAS	28

CALIDAD DE VIDA ANTES Y UN AÑO DESPUES DEL INGRESO A LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

INTRODUCCION:

En años recientes, la Medicina se ha beneficiado de una proliferación continua de nuevas tecnologías, muchas de estas son altamente sofisticadas y costosas. Un ejemplo de un área de atención relativamente reciente es la Unidad de terapia Intensiva (UTI) que ha tenido un cambio sustancial en el progreso para el cuidado de sus pacientes, teniendo como resultado final una reducción notable en la mortalidad. En las UTI son internados los pacientes con trastornos fisiológicos agudos, potencialmente letales y reversibles, desencadenados por cualquier entidad nosológica, con la finalidad de restaurar el estado de salud y la calidad de vida que tenía previa a esta alteración. (1, 2)

El equipo que se encuentra dentro de ellas es altamente costoso y sofisticado, requiriendo de personal con los conocimientos y destrezas especialmente desarrolladas para tratar a estos pacientes. Lo anterior ha ocasionado un rápido escalonamiento en los costos del cuidado de la salud. Determinar qué pacientes son candidatos a ser tratados en las UTIs, aparentemente es sencillo, pero varía de paciente a paciente, para ello es necesario tomar en cuenta las alteraciones fisiopatológicas que ponen al paciente en estado agudo crítico y que son potencialmente letales, así como los aspectos financieros, legales, éticos, morales y religiosos que influyen en la toma de decisiones para iniciar, mantener o terminar el apoyo vital en las UTIs. (3)

Tests Calidad de Vida

Introducción

De acuerdo a la conferencia del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos, del 7 al 9 de marzo de 1983, se identifican tres categorías de pacientes (4).

- 1- Pacientes con enfermedad aguda reversible para quienes la probabilidad de sobrevida fuera de la UTI es baja, pero la probabilidad de sobrevida con su intervención es alta.
- 2- Los pacientes con baja probabilidad de sobrevida sin cuidados intensivos, pero en quienes el beneficio potencial de la atención dentro de la UTI no está claro.
- 3- Pacientes admitidos a las UTIs no porque estén críticamente enfermos, pero si por tener el riesgo de inestabilidad crítica.

Estos avances en las UTIs han hecho posible prolongar la vida de los pacientes con pobre expectativa de vida, pero aun con todos los avances y el esfuerzo en la mejor atención del paciente, en algunos casos, la muerte ocurre después de un tiempo considerable en la UTI ó después de estar en hospitalización general ó morir poco tiempo después del alta hospitalaria; desafortunadamente el tratamiento que estos pacientes reciben es costoso, pero también, y más importante es el sufrimiento prolongado del paciente y de sus familiares.

En los países desarrollados el promedio de sobrevida aumenta paulatinamente, en los Estados Unidos de Norteamérica, en 1990 las personas mayores de 65 años constituían el 12.6% de la población general. Se especula que para el año 2030 aumentará a un 21.8% (5). Esto puede incrementar desproporcionadamente el uso de recursos económicos para el cuidado de la Salud, a tal grado que algunos autores han propuesto que la edad podría ser utilizada como un criterio de ingreso a los servicios de Salud, sugiriendo racionalizar los recursos de acuerdo a la edad. (6)

Mucho se ha escrito en la literatura mundial acerca del impacto que origina el ingreso de pacientes de edad avanzada a la UTI y la utilización de recursos durante su atención. (7,8,9) Estos autores cuestionan este apoyo avanzado y costoso a pacientes con pobre expectativa de vida tomando en cuenta únicamente su edad; esto lo relacionan con la alta mortalidad que pueden tener después del cuidado intensivo y los altos costos hospitalarios generados durante su atención. (10) Esto a su vez ha generado múltiples estudios, con la finalidad de hacer mediciones en la mortalidad, así como identificar los factores que se asocian a pobre pronóstico y de este modo reconocer cuál es el momento en que se debe limitar el apoyo al paciente (siempre apegados a los principios de la ética médica). (11)

Introducción

En los países industrializados ha aumentado la expectativa de vida en comparación con los países en vías de desarrollo, pero esto ha dado lugar a que se identifiquen dos grupos de pacientes que demandan cada vez más asistencia médica en comparación con los países en vías de desarrollo: por un lado se encuentran el grupo de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas y malignas, y por otro lado las víctimas de accidentes, ya sean en vehículos automotores cada vez más veloces o víctimas de la violencia propia de estos países.

De esta manera el número de pacientes que requiere de atención médica especializada es cada día mayor, la cual a su vez conforme se va especializando se vuelve más costosa. El tener acceso a esta atención médica especializada pero costosa se vuelve prácticamente imposible para la mayoría de la población general como es el caso de nuestro país, lo cual se refleja en la mortalidad.

En algunos casos, representa sacrificios económicos y físicos de familiares, sin poder obtener el estado de Salud deseado para sus seres queridos. De tal manera que al decidir el ingreso de un paciente a la UTI debemos hacernos varias preguntas:

- 1.- ¿Cuál es el motivo su ingreso a la UTI?
- 2.- ¿Esta alteración fisiopatológica es recuperable?
- 3.- ¿Qué otras enfermedades tiene este paciente?
- 4.- ¿Estas otras enfermedades son recuperables?
- 5.- ¿Qué calidad de vida previa tenía este paciente a su ingreso a la UTI?
- 6.- ¿Qué calidad de vida tendrá este paciente después de su egreso de la UTI?

Todo lo anterior con la finalidad de identificar los pacientes con posibilidades razonables de recuperación. Es así como nos enfrentamos a dos problemas graves en la atención del enfermo en estado crítico: por un lado los costos generados por la atención y por otro la necesidad de recuperar el estado de Salud. (12).

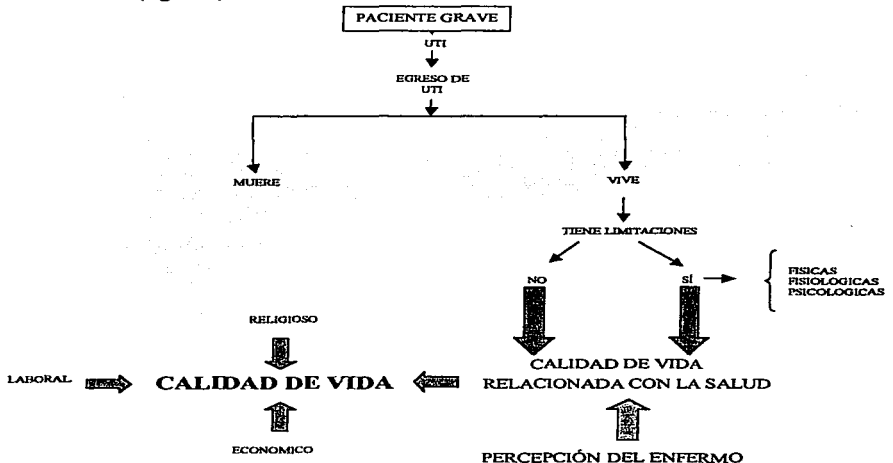
Testis Calidad de Vida

Introducción

Para evaluar la calidad de atención se han generado tres modelos económicos.

- Costo efectividad
- Costo beneficio
- Costo Utilidad

Para evaluar el impacto de la atención en términos de estos modelos económicos, en la última década se han desarrollado un gran número de herramientas que nos permitan evaluar la mortalidad en UTI y hospitalaria. El conocimiento de la evolución en términos de morbilidad y mortalidad es importante para la toma de decisiones y la evaluación del rendimiento de las UTIs; sin embargo, medir la sobrevida a largo plazo es una consideración igualmente importante, junto con el objetivo de evaluar la calidad de vida (13) ya que el paciente que vive puede salir sin ningún tipo de limitación o salir con limitaciones físicas, fisiológicas o psicológicas. (figura 1)



Estos modelos económicos a su vez dieron lugar a otros modelos económicos, particularmente con la noción de año de vida ajustado a la calidad (QALYs). (14)

El método QALY fue inicialmente ideado a finales de los 70's por la Oficina de Asesoramiento Tecnológico de los Estados Unidos de Norteamérica para tener con ello parámetros de comparación entre las diferentes intervenciones médicas, facilitando así la toma de decisiones en las pólizas de Salud y mejorando la racionalización de estas. En forma subsecuente este abordaje fue desarrollado y promovido por un gran número de economistas relacionados con la salud. En términos generales es esta forma de evaluación, en donde las estadísticas de sobrevida se combinan con el valor que las personas le dan a su estado de salud. A cada año de vida se le da un valor entre 0 y 1. Una intervención médica benéfica puede ser definida como aquella que produce un número positivo en el QALY. El siguiente paso puede ser, definir si la intervención es eficiente a un costo bajo.

Un concepto básico del QALY es que permite a los enfermos la posibilidad de evaluar qué es mejor, entre una vida corta con un estado de salud satisfactorio o una vida larga con malestares y limitaciones considerables. Un problema inmediato es que en estas preferencias la naturaleza de la selección es totalmente subjetiva. El acúmulo de los resultados de múltiples cuestionarios con este propósito, realizados por las aseguradoras ha generado serias objeciones y ha penalizado ciertos resultados obtenidos por individuos con características psicológicas particulares. El concepto QALY pretende no solo establecer hechos en cuanto al impacto de los servicios de Salud se refiere, sino que permite hacer una evaluación de costo - utilidad.

Un ejemplo claro es el reporte de Boyle y Colaboradores, un artículo clásico usado para medir la utilidad y calcular el tratamiento de bebés críticamente enfermos con peso entre 1000 y 1499 grs a un año de tratamiento, con un costo de \$3200 dolares por QALY ganado, comparado con bebés críticamente enfermos y peso entre 500 y 999 grs con un costo de \$ 22 400 dolares.

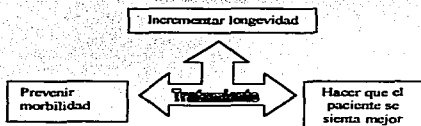
Es claro que durante la atención médica debemos tomar en cuenta los costos y los beneficios, sin embargo la atención médica está basada en tres razones para tratar a nuestros pacientes:

- 1- Incrementar la longevidad.
- 2- Prevenir morbilidad
- 3- Hacer que los pacientes se sientan mejor

Tesis Calidad de Vida

Introducción

Los primeros dos de estos tres puntos, son relativamente fáciles de medir. Para evaluar el tercer y último punto durante muchos años los clínicos han sustituido resultados de pruebas fisiológicas o de laboratorio (con muchas limitaciones ya que no es un reflejo de cómo se siente el paciente.)



Además de la evaluación general se debe tomar en cuenta la percepción de los pacientes; pero integrar esta información subjetiva a la información objetiva obtenida por los clínicos pareció difícil y fue uno de los principales motivos por los cuales varios modelos de escalas para medir la calidad de vida no proporcionaron información completa. (15)

Así, los clínicos y los investigadores al servicio de la salud han reconocido que el procurar que el paciente se sienta bien puede originar cambios en su calidad de vida. Si esto no se logra por los efectos secundarios de los tratamientos, o por la insatisfacción que tengan los pacientes hacia estos tratamientos, se puede influir en decisiones que determinen y limiten los cuidados que debe tener cada paciente en particular. Para hacer que el paciente se sienta bien, es necesario evaluar los métodos terapéuticos. Ante la necesidad de desarrollar métodos para evaluar el impacto de las molestias que el tratamiento provoca a el paciente, se desarrolló un método estadístico llamado Q - TwiST (siglas en ingles de Quality - Adjusted Time Without Syntoms and Toxicity) (16) Este método es especialmente útil en situaciones donde un nuevo tratamiento no ha mostrado prolongar significativamente la vida, pero puede tener ventaja al mantener al paciente libre de síntomas mejorando así su calidad de vida.

Este método fue originalmente designado a incorporar aspectos de la calidad de vida en pacientes con cáncer que requieran de quimioterapia, comparando tratamientos en términos de calidad y cantidad de vida, penalizando a los tratamientos con efecto negativo sobre la calidad de vida y reconociendo a aquellos que incrementan la sobrevida y tienen además efecto positivo sobre la calidad de vida. Un peso de cero indica que el periodo de tiempo es tan malo como la muerte, y un peso de uno indica perfecto estado de salud. Diferentes puntos entre el cero y el uno indican diferentes grados entre estos extremos.

En los últimos 20 años, se ha reconocido la importancia de medir directamente aspectos acerca de cómo se siente el paciente o que tan hábil es para realizar sus actividades diarias. Esto ha hecho que los investigadores desarrollen métodos sofisticados para hacer estas mediciones y han progresado en una forma tan rápida que actualmente arriba de 1000 nuevos artículos son indexados cada año bajo el título Calidad de vida. Esto demuestra que los clínicos y los investigadores al servicio de la salud han reconocido que cambios en la calidad de vida de los pacientes pueden determinar y /o limitar los cuidados que debe tener cada paciente en particular, los efectos secundarios de los tratamientos, y satisfacción que tengan los pacientes hacia estos tratamientos.

Medir la calidad de vida es una necesidad que ha sido reconocida universalmente, sin embargo en gran parte de la literatura internacional existen múltiples reportes de calidad de vida y frecuentemente se habla de ella como: estado de salud, estado funcional y calidad de vida, esto desgraciadamente puede crear confusión y la información obtenida puede ser dudosa o dar origen a malos entendidos entre los médicos, los científicos y el propio paciente. (17)

Los doctores Lepage y Hunt coincidieron en que la variabilidad que existe en las culturas, entre los pacientes e incluso de la percepción a través del tiempo de cada enfermo sobre lo que es la calidad de vida hace imposible definir este término. (18) Consideran a la calidad de vida como un misterio idiocinerático y concluyen que tanto los clínicos como los economistas de la salud deben evitar medirla. Este argumento le resta participación al clínico en evaluarlo. La variabilidad en la apreciación de este término se hace presente incluso en un mismo enfermo y esto lo limita. No es tan objetivo como cualquiera pensaría discernir qué es mejor entre un severo dolor abdominal a una rinorrea. Fanshel y Bus hace mucho tiempo puntualizaron que aunque es difícil, se deben reconocer que no existen mediciones que expresen el impacto que tiene la calidad de vida pues esto tiene variaciones culturales y sociodemográficas. La percepción de una condición de salud, puede variar incluso en un mismo grupo de

enfermos. Es cierto que la percepción de calidad de vida es un reflejo del impacto de su enfermedad, la cual se traduce en como funcione cada día y en su bienestar. Las diferencias culturales están presentes en la evaluación de la calidad de vida. Múltiples estudios han demostrado como el bienestar físico, social y psicológico pueden variar de cultura a cultura, incluso el rango de actividades y comportamientos puede variar entre un país y otro. El reto es diseñar un instrumento que realmente pueda ser científicamente aplicado en todas las culturas, basado en métodos de validación lingüística y cultural.

Definir el concepto de calidad de vida es una tarea muy difícil, por el grado de subjetividad. Los límites de la definición de Salud, dependen de cómo sea valorada la salud, como un concepto particular del paciente, del médico o del investigador. Para esto es necesario entender que la palabra Salud esta formada por una amplia gama de posibilidades entre el valor negativo y el valor positivo del bienestar bio-psico-social.

Un problema en la progresión de esta área es la falta de un modelo conceptual que especifique cómo medir los diferentes tipos de interrelación. Tal conceptualización incluye la integración de dos diferentes modelos de salud.⁽¹⁹⁾ Uno analizado por los médicos y los investigadores de las ciencias básicas, y el otro por los científicos sociales. El modelo de estas dos tradiciones académicas difieren en propósito, métodos, historia intelectual y la posibilidad de comparar uno con otro.

Desde el punto de vista clínico, el modelo biomédico, enfocado hacia el agente etiológico, proceso patológico, biológico, psicológico y manifestaciones clínicas.

El objetivo fundamental es entender la causa del desorden, guiar el diagnóstico y tratamiento. La principal metodología son experimentos controlados, fundamentos moleculares, genética y mecanismos celulares de la enfermedad. Enfocados por la biología, bioquímica y fisiología.

En contraste el paradigma de las ciencias sociales, el modelo de la calidad de vida se enfoca sobre las dimensiones del estado funcional y bienestar. Este modelo de salud tiene su fundamento en los conceptos de sociología, psicología y economía.

Los investigadores recomiendan utilizar el termino calidad de vida relacionado con la salud, en el cual hay interacción entre los dos aspectos antes mencionados y que pueden repercutir en el bienestar del paciente, ya que existen aspectos valiosos de la vida que repercuten en la salud, incluyendo ingresos económicos, calidad de relación y desempeño tanto en su familia como en su trabajo. (20) Por ejemplo el paciente desempleado, sin ingresos tiene inestabilidad familiar y alteraciones en la salud (la calidad de vida de un sujeto saludable con empleo puede ser normal, pero esta puede

cambiar drásticamente con el desempleo). En el paciente críticamente enfermo, la calidad de vida relacionada con la salud, puede estar disminuida ya que muchos de los aspectos de la vida diaria pueden alterar el estado de salud.

Otro autor clasifica la calidad de vida desde dos puntos de vista, uno objetivo y otro subjetivo. En el campo objetivo se puede evaluar a través de, pero no se limita a: 1)- estado de salud, 2)- estado funcional, actividad diaria, morbilidad, actividad social y apariencia, 3)- incapacidad (definida como un nivel funcional permanentemente por debajo de lo normal), apoyo familiar o institucional, regreso al trabajo. El campo subjetivo consta de dos componentes uno cognitivo (nivel de satisfacción de la vida) y otro afectivo (afecto positivo, felicidad).

Los investigadores están dispuestos a utilizar estos parámetros para informar y evaluar los cuidados de la salud, por lo que se hace necesario estandarizar los instrumentos que nos permitan obtener información confiable y que a su vez permitan comparar la calidad de vida en cada uno de los pacientes, antes de y después de....

Los instrumentos capaces de medir la calidad de vida relacionada con la salud son hechos con ítems o preguntas; estos ítems son orientados a evaluar dominios o dimensiones. (21) Un dominio se refiere a un área de funcionamiento o experiencia que puede ser medida.

Existen múltiples escalas capaces de medir la calidad de vida relacionada con la salud y en estas existen tres puntos que son críticos: (22)

1.- La metodología para evaluar la calidad de vida en algunos casos le da importancia a los aspectos que el individuo le da importancia. Algunos cuestionarios se han usado para la evaluación de la terapia contra el cáncer, que incluye para cada dominio una calificación asignada por el paciente sobre su percepción de la calidad de vida. En estos cuestionarios el paciente le da un valor a cada dominio de acuerdo con su juicio acerca de cada uno de ellos y esto puede ser cuantificado a través de un modelo matemático para aplicación en otros lugares.

2.- " La mayoría de las veces los enfermos contestan cuestionarios que no reflejan lo que a ellos les importa". La mayor parte de los cuestionarios sobre calidad de vida han generado preguntas para enfermos en condiciones especiales. Muchos instrumentos han sido contruidos para enfermedades específicas, tratando con ello de incrementar la sensibilidad de las mediciones.

3.- Generalmente el objetivo del estudio no es encontrar qué es lo mejor para un individuo sino qué es lo mejor para toda una población, moviendo la perspectiva de lo individual a lo social. Aun cuando existen mediciones para la calidad de vida, con grandes estudios clínicos, diseños

bien conducidos y con rigurosa metodología estadística que han probado su hipótesis, ofrecen muy pobres resultados. Es necesario crear nuevas evaluaciones científicas con formularios hechos con preguntas bien analizadas, con propiedades psicométricas; con propiedades que puedan ser evaluadas y demuestren reproducibilidad en el método; para con ello poder recabar resultados universales y no individuales o personalizados.

De tal manera que la escala más comprensible deberá medir parámetros que orienten al clínico sobre el estado de salud, basado en aspectos puramente fisiológicos y capacidades para el desempeño de actividades cotidianas, actividades sociales o problemas psicológicos pero, deberá incluir la percepción que tiene el paciente sobre su mismo estado de salud y sus perspectivas. (23)

Las escalas usadas para medir la calidad de vida deben tener las siguientes propiedades:

- 1- Confiabilidad: Debe tener el mismo resultado si se aplica a un paciente estable en dos tiempos diferentes.
- 2- Validez del contenido: Debe ser capaz de medir todas las dimensiones de un fenómeno bajo investigación, midiendo áreas de un problema específico estudiado, esto requiere modificar los items de acuerdo al requerimiento.
- 3- Validez de la construcción: Este es el grado en que una medición corresponde a las expectativas teóricas. El análisis de los items se realiza por medio de las subescalas y estas deben tener la característica de ser independientes para cada item.
- 4- Correspondencia: Debe ser capaz de detectar cambios en pacientes que han cambiado con el tiempo.
- 5- Distinción: Debe poder distinguir a los individuos con una misma condición, pero con diferentes grados de severidad.
- 6- Relativa simplicidad y facilidad de aplicación

Para evaluar la calidad de vida en los pacientes de terapia intensiva, es necesario que las escalas permitan al familiar estrechamente relacionado contestar el cuestionario, cuando el paciente no puede responder, situación frecuente en las UTIs.

El poder aplicar estas escalas en forma fácil y rápida permiten su uso rutinario. Estas escalas pueden ser usadas para determinar las condiciones de ingreso del paciente en estado crítico a la UTI, permitiendo racionalizar recursos; o bien, utilizándola en forma comparativa, entre las condiciones antes del estado mórbido que obliga su ingreso a la UTI y un determinado tiempo después de su ingreso, reflejando el impacto del estado agudo crítico sobre la calidad de vida relacionada con la salud.

Dentro de las múltiples escalas reportadas en la literatura capaces de medir la calidad de vida, algunas de ellas son para poblaciones diferentes. Por ejemplo, la escala de Karnofsky (24) evalúa la calidad de vida, de acuerdo a la cantidad de asistencia que el sujeto requiere en su vida cotidiana. Esta escala fue desarrollada para enfermos con problemas neoplásicos y evalúa el aspecto objetivo de la calidad de vida. El índice de estado de salud de Duke evalúa la reserva funcional a través de preguntas fácilmente autoaplicables, sin embargo se limita a evaluar solamente esta función que es claramente del ámbito objetivo. (25) La escala de Spitzer, evalúa la calidad de vida a través de diferentes criterios que se pueden enmarcar en el ámbito objetivo y subjetivo. (26) Dentro de las escalas capaces de medir la calidad de vida en los pacientes críticamente enfermos tenemos dos ejemplos; la escala utilizada por el Dr Capuzzo (27) que también valora la calidad de vida desde el punto de vista objetivo y subjetivo, pero además permite a los enfermos describir sus actividades físicas y el cuestionario de la calidad de vida del Dr Rivera Fernández y Cols. que es fácilmente autoaplicable y validada que valora ambos ámbitos, tanto el objetivo como el subjetivo. (28)

Todas estas escalas son capaces de medir cambios, la preocupación de los médicos es ¿Cómo saber que estas preguntas son trascendentes para la calidad de vida del paciente? Los investigadores han demostrado que estas preguntas son importantes para el paciente porque se los han preguntado directamente, el autor debe presentar evidencia directa de que las mediciones son importantes para cada grupo de pacientes, por ejemplo en pacientes con enfermedad obstructiva crónica, el área más importante es la disnea que presentan durante el día y la limitación para el desempeño de sus actividades, pero existen otras áreas como pueden ser alteraciones en el estado emocional. Por lo tanto, el médico debe observar la evidencia de la validación en la medición de la calidad de vida relacionada con la salud, en los estudios clínicos que sirven como modelo de acuerdo al estudio que esté realizando y el tiempo en que lo esté realizando. (29)

De esta manera es como se han generado una gran cantidad de estudios relacionados con la calidad de vida, en grupos de pacientes con características similares como se muestra a continuación.

Un estudio, evalúa la calidad de vida en relación a la capacidad para realizar ejercicio después de la cirugía cardíaca, para ello aplican dos cuestionarios y una prueba física: Psychological General Well -Being (PGWB) Index, el Nottingham Health Profile (NHP) y el Physical Active Score. Se aplicaron antes y dos años después de la cirugía cardíaca. Ellos concluyen que el máximo beneficio en la calidad de vida 2 años después de la revascularización se aprecia en los pacientes más severamente afectados

en términos de síntomas de *angor pectoris* y disminución de la capacidad para el ejercicio. Lo cual muestra que las pruebas de esfuerzo tienen un valor limitado para estimar la calidad de vida y estas mediciones deben ser completadas por medio de cuestionarios. (30)

Otro estudio fue dirigido a evaluar la Calidad de Vida en pacientes mayores de 75 años de edad, sometidos a cirugía de corazón abierto. (31) También utilizaron el cuestionario Nottingham Health Profile (NHP). Concluyen que la cirugía cardiaca en pacientes de edad avanzada mejora la calidad de vida; sobre todo en los aspectos que permiten su autonomía física y mejoran su relación con la sociedad. La calidad de vida de estos pacientes fue menor para los pacientes ancianos crónicamente enfermos.

Para los pacientes con problemas respiratorios también existen estudios. Por ejemplo la calidad de vida en pacientes con apnea obstructiva del sueño sometidos a presión positiva continua en la vía aérea por medio de mascarilla nasal (CPAPn). La calidad de vida fue medida mediante la aplicación de Medical Outcomes Study Short Form - 36 (SF-36), antes y 8 semanas después de la terapia con CPAPn. (32,33) Ellos demuestran que existe un marcado deterioro en la calidad de vida en los pacientes con apnea obstructiva del sueño y que con 8 semanas de tratamiento con CPAPn mejora la calidad de vida en los dominios relacionados a vitalidad, funcionamiento social y estado emocional. (34)

En un estudio dirigido a evaluar la calidad de vida en pacientes con rehabilitación pulmonar y cirugía de reducción del volumen pulmonar, también fue utilizado SF-36, las mediciones se hicieron una basal, una después de la rehabilitación y una última 6 meses después de la cirugía de reducción del volumen pulmonar. (35) Encuentran que la calidad de vida relacionada con la salud no puede ser medida en forma independiente con las mediciones de la función pulmonar. La calidad de vida debe ser medida directamente en pacientes con enfisema en una forma basal y después de las intervenciones terapéuticas. La calidad de vida mejora después de terapias combinadas (rehabilitación pulmonar preoperatoria y cirugía de reducción del volumen pulmonar) en pacientes con enfisema severo.

Por último y en relación a pacientes en estado crítico, un estudio compara la calidad de vida en pacientes que sobrevivieron después de sufrir el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SIRPA), contra pacientes críticamente enfermos; utilizaron dos cuestionarios: el SF-36 y el St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ). Los cuestionarios fueron aplicados 23 y 25 meses después de su ingreso hospitalario. En sus resultados sugieren que los sobrevivientes del SIRPA, tienen una notable disminución en la calidad de vida en comparación con el grupo control, debido al desarrollo de secuelas desde el punto de vista respiratorio y no

relacionado a la duración de la ventilación mecánica o estancia hospitalaria.
(36) La limitación que tienen este estudio es que no hicieron medición basal para poder comparar sus resultados con los obtenidos en la encuesta que realizaron a los 23 y 25 meses.

Muchos estudios orientados a evaluar el cambio de la calidad de vida relacionada con la salud en el enfermo en estado agudo crítico, identifican dos factores estrechamente relacionados con este cambio: 1) la edad (37), en donde pacientes menores de 45 años de edad tienen un cambio mínimo en la calidad de vida, y 2) la condición que dio origen a el ingreso a la UTI (cirugía, trauma, etc.), ya que el periodo de rehabilitación o limitación varía en cada uno de ellos.

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 el objetivo de este estudio es evaluar en forma prospectiva la diferencia en la calidad de vida antes y un año después del ingreso.

La justificación para la realización de este estudio es el disponer de información que nos permita conocer que pasa con la calidad de vida en los pacientes que estuvieron críticamente enfermos y fueron egresados de la UTI. El conocer la evolución que tienen estos pacientes puede servir como fuente de información para otros estudios enfocados a la identificación de factores que durante la enfermedad crítica estén presentes y que sean susceptibles de ser modificados, con la finalidad de tener un impacto positivo sobre la calidad de vida de nuestros pacientes.

Para efectos del trabajo que proponemos, consideramos calidad de vida al bienestar que se basa en el estado de salud del enfermo, a lo que se ha denominado calidad de vida relacionada con la salud. El instrumento utilizado es la escala del Dr Rivera Fernández ya que esta escala fue diseñada para pacientes en estado crítico (38) Permite evaluar en forma retrospectiva la situación del paciente, se responde fácil y rápidamente, además de que evalúa varios aspectos de la calidad de vida y algunos de los ítems forman parte de las preguntas rutinariamente hechas durante la historia clínica.

MATERIALES Y PACIENTES:

Se incluyeron a enfermos adultos que ingresaron por primera vez a la UTI. Fueron excluidos los reingresos 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 del Hospital Español 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 (tabla 1) y la validación en la población de enfermos críticos. De cinco escalas (24,25,26,27,28) analizadas, seleccionamos a la publicada por el Dr. Rivera y Cols (28), 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.

*Tesis Calidad de Vida
Materiales y pacientes*

Tabla I.

AREAS	ESCALA				
	Capuzzo	Spitzer	Karnofsky	Duke	Rivera
RESIDENCIA	•				
ACTIVIDAD FÍSICA	•	•	•	•	•
VIDA SOCIAL	•	•	•		•
PERSPECTIVA DE LA VIDA	•				•
LIMITACION FUNCIONAL	•				•
VIDA DIARIA		•			•
SALUD		•			•
AUTOESTIMA		•			•
VITALIDAD					•

A continuación se transcriben las preguntas y las opciones:

A- Actividades fisiológicas básicas.

1- Comunicación verbal: ¿Hay dificultad para hablar?

0- No.

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

2- Si. Incoherente en forma esporádica o permanentemente.

3- Si, No hay comunicación verbal.

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

0- No.

1- Si. Esporádicamente, debido a: retención urinaria, incontinencia.

2- Si. Permanentemente debido a: necesidad de sonda para orinar.

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

0- No.

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

2- Si. Incontinencia permanente.

- 4- Ingesta de alimentos: ¿Hay dificultad para la ingesta de alimentos?
0- No.
1- Si. Aunque se alimenta vía oral, hay dificultad debido a: dificultad para tragar, dificultad para el manejo de cubiertos, pérdida del apetito, rechazo a la comida.
2- Si. No se alimenta vía oral y requiere nutrición por: sonda nasogástrica, nutrición parenteral.
- B- Actividades normales diurnas.**
- 5- Movimientos de precisión: ¿Puede realizar los siguientes movimientos? : puede servir un vaso de agua, puede usar cubiertos, puede usar llaves, se afeita, cose.
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 cuadras, 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, practica 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- Si. Camina con ayuda (muletas o una persona).
2- Si. Solamente se moviliza cerca de la localidad inmediata.
3- Si. Permanece en su cuarto.
- 9- Movilidad: ¿Hay dificultad para realizar su jornada normal?
0- No. Puede realizar su jornada normal.
1- Si. Solamente se moviliza cerca de la localidad inmediata.
2- Si. Solamente se moviliza cerca de su casa.
3- Si. Permanece en su cuarto.

*Tesis Calidad de Vida
Materiales y pacientes*

- 10- Vestimenta: ¿Hay dificultad para vestirse?
- 0- No.
 - 1- Si. Necesita ayuda.
 - 2- Si. 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- Si. Tiene dificultad pero trabaja como antes.
 - 2- Si. Trabaja solamente parte del tiempo o ha cambiado de trabajo que requiere esfuerzo mínimo.
 - 3- Si. 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- Si. Continúa con sus actividades regulares pero con dificultad.
 - 2- Si. Sus actividades ya no son regulares y son solamente esporádicas, o ha sido cambiadas por alternativas que requieren menor actividad.
 - 3- Si. Han sido abandonadas completamente.
- 12- Relaciones sociales: ¿Hay dificultad en sus relaciones sociales?
- 0- No. Continúa normalmente con y fuera de la familia.
 - 1- Si. 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 3 días).
 - 2- Me siento triste o como llorando todos los días de la semana (4 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 de esta Tesis, 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 local (39) que incluye aspectos como procedimientos, complicaciones, fallas orgánicas, severidad de padecimientos específicos, severidad por APACHE2 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 a la persona que contestó la primera encuesta, y de no ser posible al enfermo directamente y si el no se encontraba o no estaba en condiciones para responder se realizó al 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.

*Tesis Calidad de Vida
Materiales y pacientes*

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 variables 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 4 enfermos menores de 17 años, a 14 que fallecieron durante las primeras 24 horas de ingreso a la UTI y a 3 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 5 (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, 6 (7%) desarrollaron neumonía nosocomial, 7 (9%) bacteremia y 8 (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).

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 APACHE2 al ingreso fue de 16 ± 8 puntos. Once enfermos (14%) tuvieron una calificación menor de 9 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 él(la) esposo(a) (50%); la relación entre el informante y el enfermo era estrecha en el 69% de los casos, muy pobre en el

*Tesis Calidad de Vida
Resultados*

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

Tabla 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%)
Hospita I	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?

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 (tabla III), en la distribución por persona con la que vivía el enfermo (tabla IV), en la distribución por grado de relación entre el informante y el enfermo (tabla V); sin embargo sí hubo diferencia estadísticamente significativa en la distribución según la persona que contestó la encuesta, siendo más frecuentemente él(la) esposo(a) durante la entrevista al ingreso y el propio paciente durante la entrevista un año después (tabla VI).

Tabla III.

LUGAR DE RESIDENCIA (n = 48)		
	ANTES	DESPUES
Hogar	47 (98%)	46 (96%)
Hospital	1 (2%)	2 (4%)

p > 0.05

**Tesis Calidad de Vida
Resultados**

Tabla IV.

¿CON QUIEN VIVE? (n = 48)		
	ANTES	DESPUES
Esposo	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%)

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

Tabla V.

¿QUE RELACION TIENE EL INFORMANTE CON EL ENFERMO? (n = 48)		
	ANTES	DESPUES
Estrecha	35 (73%)	25 (52%)
El propio enfermo	11 (23%)	19 (40%)
Muy pobre	2 (4%)	4 (8%)

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

Tabla VI.

¿QUIÉN RESPONDE A LA ENCUESTA? (n = 48)		
	ANTES	DESPUES
Esposo(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%)

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

*Tesis Calidad de Vida
Resultados*

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

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

Tabla 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

Tabla 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 $\alpha=0.05$.

En la tabla 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.

Tesis Calidad de Vida
Resultados

Tabla IX.
DISTRIBUCION POR CAMBIO DE CALIFICACION TOTAL ENTRE LAS ENCUESTAS AL INGRESO Y UN AÑO DESPUES.

	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																															
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																															

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 de color negro los enfermos que no tuvieron un cambio de su puntuación hacia la mejoría o hacia el empeoramiento. En color rojo los pacientes que presentaron empeoramiento, y en color azul los pacientes que mejoraron su calidad de vida.

DISCUSION 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. (40) Cuantificar la calidad de vida es una tarea difícil, a la cual se han dedicado numerosos investigadores en distintas áreas de la Medicina, pero han sido pocos los trabajos que 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 aplicar y fácil de registrar, así como que hubiera sido validado en enfermos críticos. La escala del Dr. 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 enfermo. 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 (41). En la encuesta que seleccionamos, 3 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. El análisis de los datos individuales refleja que la magnitud del empeoramiento 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.

*Tesis Calidad de vida
Discusión y conclusiones*

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 Dr. Gill y Cols (42) 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 4 trabajos. El Dr. Konopad (26) evalúa la calidad de vida antes, 6 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.

El Dr. Capuzzo y Cols (27) 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; concluye 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.

El Dr. Rockwood y Cols (10) 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 con 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.

*Tesis Calidad de vida
Discusión y conclusiones*

Igualmente el Dr. Chelluri y Cols (43) 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, 3 respondieron que buena, 5 que regular y 2 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 él 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 (44) Habrá también otras circunstancias no relacionadas con la enfermedad que puedan afectar los resultados. (45)

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.(46) 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.(5,31) 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.(47,48) 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. (49,50)

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.

Tesis Calidad de vida
Discusión y conclusiones

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

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1- Villazón Sabagún A, Guevara Alcina M, Sierra Unzueta A; Cuidados intensivos en el enfermo grave, CECSA; 1973. 283 – 287.
- 2- Civetta, Kirby; *Critical care*, Second edition, Lippincott. 1988, 5 – 22, 50 – 66.
- 3- Hall J, Schmidt G, Wood L; *Principles of critical care*; Mc Graw Hill; 1992; 493 – 499.
- 4- Hall J, Schmidt G, Wood L; *Principles of critical care*; Mc Graw Hill; 1992; 483 – 492.
- 5- Lakshmi pathi Ch, Ake G; Intensive care for critically ill elderly: mortality, cost, and quality of life, review of the literature; *Archives of Internal Medicine*; May 22, 1995 V 155 n 10 pag 1013 (10)
- 6- Lakshmi pathi Ch, Pinsky M, Ake G, et al; Outcome of intensive care of the "oldest – old" Critically ill patients; *Critical Care Medicine*, June 1992, Vol. 20, N 6, Pages 757 – 61.
- 7- Goldstein R, Campion E, Thibault G; Functional outcomes following medical intensive care; *NEJ*, April 24, 1980, Vol.302, No.17 pag 930 – 38.
- 8- Bault G, Müller A, Barnett O; Medical Intensive Care: Indications, interventions and outcomes; *NEJ*, April 24, 1980, Vol.302, No.17 pag 938 – 42.
- 9- Zaren B, Hedstrand U; Quality of life among long – term survivors of intensive care; *Critical Care Medicine*, August Vol 15, No.8, pages. 743 – 747.
- 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- Heyland D, Konopad E, Noseworthy T; Is it Worthwhile to continue treating patients with a prolonged stay (> 14 days) in the ICU?; *Chest* 114/1/July 1998 pages 192 – 198.
- 12- Sanders C, Egger M, Donovan J; Reporting on quality of life in randomized controlled trials. *Bibliographic Study*; *British Medical Journal*; Oct 31, 1998; 1191 – 1194.
- 13- Leplege A, Hunt S; The problem of quality of life in Medicine; *JAMA*; July 2; 1997 V278 n 1; p 47(4).

*Tesis Calidad de Vida
Referencias Bibliográficas*

- 14- Goyton H, Guyatt D, et al. Users' Guides to the Medical Literature. How to use Articles About Health – Related Quality of life. JAMA, april 16, 1997, Vol 277, No. 15.
- 15- Tian Z, Miranda D; Quality of life after intensive care with the sickness impact profile; Intensive Care Medicine 1995; 21: 422 – 429.
- 16- Gelber R, Cole B, Gelber S; Comparing treatments using quality – adjusted surgical: the Q-Twist method; The American Statistician May; 1995 V 49 n 2, p 161 (9).
- 17- Muldoon M, Barger S, Flory Janine; What are quality of life measurements measuring ?; British Medical Journal; Feb 14, 1998 V 316 n7130 p 542 (4).
- 18- Steven M, Lori F, Leah K; Defining and measuring quality of life in medicine. JAMA. Feb 11; 1998 V. 279 n 6 429 (3).
- 19- Wilson B, Cleary P; Linking Clinical Variables with Health – Related Quality of life a conceptual model of patient outcomes. JAMA; 4 1995 – Vol 273, No 1 p: 59 – 65.
- 20- Editorial; The quality of life, Research, and Care; Annals on Internal Medicine; Vol. 114, No.8; 15 April 1991, p. 695 – 697.
- 21- Gordon H, Guyatt D, Patrick D; Measuring Health related Quality of life; Annals of Internal Medicine 1993; 118: 622 – 629.
- 22- Singer Peter, Douglas M, Merrijoy K; Quality end of life care: Patients' perspectives; Arch. Of Internal Medicine; Feb 12, 1996 V 156 n 3 p 265 (7).
- 23- Gill T, Feinstein A; A critical Appraisal of the quality of life Measurements; JAMA 1994; 272: 619 – 626.
- 24- Karnofsky, Mor V, Laliberte; Karnofsky Scale; Cancer 1984; 53: 2002 – 2007
- 25- Mark A, Hlatky, Boineau R; A brief self – Administered Questionnaire to determine Functional Capacity (the Duke Activity Status Index); Am. J. Cardiology 1989; 64: 651 – 654.
- 26- Konapad E, Noseworthy TW, Johnston R, et al; Quality of life measures before and one year after admission to an intensive care unit. Critical Care Med. 1995; 23: 1653 – 1659
- 27- Capuzzo M, Bianconi M, Contu P, et al; Survival and quality of life after intensive care. Intensive Care Med. 1996, 22: 947 – 953
- 28- Rivera R, Sánchez JJ, Vázquez G. Validation of a quality of life questionnaire for critically ill patients. Intensive Care Unit 1996;22:1034-1042.

Tests Calidad de Vida
Referencias Bibliográficas

- 29- Felder R, Formann a, Mildner A; Quality of life and Psychosocial adjustment of yong Patients after treatment of bone Cancer; Cancer July 1, 1998; Vol. 83; No. 1; p 69 – 75.
- 30- Sjoland H, Wiklund I, Cardahl K; Improvement in quality of life and exercise capacity after coronary bypass surgery; Archives of Internal Medicine; Feb 12 1996; V 156, n3; p 265 – 7.
- 31- Chocron, Rude N, Dussaucy A; Quality of life after open – heart surgery in patients over 75 year old. Archives of Internal Medicine; Feb 12 1998; V 156, n3; p 256 – 60.
- 32- Rogers J, Ridley P, Scotton H; Reliability of the next of Kins? Estimates of critically ill patients' quality of life; Anaesthesia, 1997, 52 p 1137 – 1143.
- 33- Rogers J, Ridley P, Scotton H; Short Form 36 in the intensive care unit, assessment of acceptability reliability and validaty of the questionnaire Anaesthesia, 1997, 52 p 15-23.
- 34- D'Ambrosio C, Bowman T, Mohsenin V; Quality of life in patients with Obstructive Sleep Apnea: Effect of nasal continuous positive Airway Pressure – A prospective Study; Chest Jan 1999 V 15, il p 123 (1)
- 35- Moy M, Pingenoit E, Mentzer S; Health – Related Quality of life improves following Pulmonary Rehabilitation and lung volume reduction Surgery; Chest Feb 1999; V 115:2 p383 (1).
- 36- Brooks R, Kerridge R, Hillman; Quality of life outcomes after intensive care; Intensive Care Medicine 1997
- 37- Mundt D, Gage R, Lameshow S; Intensive Care Unit Patient Follow – up; Arch. Internal Medicine 1989 Jan; Vol. 149. p 68 – 72.
- 38- Fernández R, Sanchez C, Vázquez M; Validation of a quality questionnaire for critically ill patients; Intensive Care Madicine 1996; 22: 1034 – 1042.
- 39- 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.
- 40- Vázquez M, Rivera R, González A; Factors related to quality of life 12 months after discharge from an intensive Care Unit; Critical Care Medicine; 1992;Vol.20;No.9;p 1257 – 1262.
- 41- 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.
- 42- Gill T, Feinstein A: A Critical Appraisal of the Quality of Quality - of life Measurements. JAMA 1994, 272: 619 - 626.

*Tesis Calidad de Vida
Referencias Bibliográficas*

- 43- Chelluri L, Pinsky M, Grenvik A: Outcome of intensive care of the "oldest - old" critically ill patients. *Critical Care Med.* 1992, 20: 757 - 761.
- 44- Niskanen M, Kari A, Halonen P; Five year survival after intensive care – comparison of 12,180 patients; *Critical Care Medicine*; 1996, Vol 24, No.12, P. 1962 -67
- 45- Vázquez M, Rivera F, Pérez A; Análisis of quality of life in politraumatized patients two years after discharge from an Intensive Care Unit; *The Journal of trauma: Infection and Critical Care* August 1996; Vol.41;N2;p326 –32.
- 46- Thiagarajan J, Taylor P, Hogbin E; Quality of life after multiple trauma requiring intensive care; *Anaesthesia* 1994; Vol.49, p 211 – 218.
- 47- Rusell P, Neil W, Tena J; Choice of seriously ill Patients About Cardiopulmonary Resuscitation correlates and outcomes; *The American Journal of Medicine* Feb 1996; Vol.1000; p 128 – 37.
- 48- Wu A, Damiana A, Lynn J; Predicting future functional status for seriously ill hospitalized adult. The SUPPORT prognostic model; *Annals of Internal Medicine* March 95; Vol.122, No.5 P 342 – 50.
- 49- Tsevat J, Cook F, Green M; Health Values of seriously ill; *Ann. Intern. Med* 1994; 122: p 514 – 20.
- 50- Knaus W, Harrell E, Lynn J; The SUPPORT prognostic model; *Ann. Intern. Med* 1995; 122, p 191 – 203.