

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"OCTAVIO DE LA CONCEPCION Y DE LA PEDRAJA"
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTENSIVA
BARACOA. GUANTANAMO.

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DEL
HOSPITAL "OCTAVIO DE LA CONCEPCION Y
DE LA PEDRAJA" PREVIAMENTE
ADMITIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS.**

Dr. Rafael Estévez Muguercia¹, Dr. Iván Rodríguez Terrero², Dr. Reinaldo Elías Sierra², Dr. Orly Espalter Terrero¹, Dra. Caridad Bernardo Fernández³.

RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva, transversal y prospectiva en el hospital "Octavio de la Concepción y de la Pedraja" durante 1995, para caracterizar la calidad de vida de 120 pacientes egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos, y seguidos posteriormente en su área de salud durante 3-6 meses. Se encontró una aceptable calidad de vida biopsicosocial, con predominio de las afecciones psíquicas. Se evaluaron otros indicadores de la calidad de vida. Esta se afectó fundamentalmente en los enfermos con lesiones neurales y los egresados por traumatismos. Se validan estadísticamente los resultados.

Palabras Clave: ALTA DEL PACIENTE; CALIDAD DE VIDA; INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA; UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.

INTRODUCCION

La evaluación de la calidad de vida en los últimos años es objetivo de investigación de diferentes autores, pues ésta permite caracterizar el resultado global del paciente, su reserva funcional, y analizar los resultados de las intervenciones terapéuticas.¹ La

¹ Especialista de I Grado en Medicina Interna. Especializado en Medicina Intensiva

² Especialista de II Grado de Cardiología. Especializado en Medicina Intensiva.

³ Especialista de II Grado en Cardiología. Profesor Asistente.

calidad de vida se define como la sensación de bienestar físico y de satisfacción emocional, psíquica y social del individuo.^{2,3}

Una de las polémicas del producto de la atención a la salud de los pacientes graves es la calidad de vida de estos enfermos al egresarlos, qué proporción recupera de ésta, cuántos mejoran y cuántos empeoran;⁴ dada la existencia de diversos servicios de medicina intensiva según el tipo de paciente que en éstos se asisten y los diferentes niveles de gravedad, los resultados de las investigaciones realizadas mundialmente señalan que la calidad de vida de los pacientes egresados difiere ostensiblemente, algún tiempo después del alta hospitalaria.⁵⁻⁷

En Cuba, el MINSAP estableció en 1992 diferentes líneas de investigación para satisfacer los objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana para el 2000, entre las que priorizó elevar y caracterizar la calidad de vida de los ciudadanos, lo cual ha motivado este estudio, con el objetivo de precisar la calidad de vida de los pacientes egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital "Octavio de la Concepción y de la Pedraja" durante 1994-1995.

METODO

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, con el objetivo de precisar la calidad de vida de los pacientes egresados del Hospital "Octavio de la Concepción y de la Pedraja" de Baracoa, admitidos en la Unidad de Cuidados Intensivos durante el período comprendido desde diciembre de 1994 a 1995.

El universo se conformó con 120 enfermos, y se excluyeron: 1) aquellos ingresados en la unidad por criterios sociales o administrativos, 2) los fallecidos en otro servicio, después de su egreso de la unidad, 3) pacientes inconscientes o no lúcidos, o sin vías de comunicación de sus juicios valorativos. La información básica para el estudio se obtuvo al evaluar en los pacientes aspectos de interés que permitieron evaluar su calidad de vida física, psíquica y social, lo que se realizó durante el ingreso, y en aquellos enfermos en los que se consideró la probabilidad de que egresarían vivos; posteriormente los pacientes fueron reevaluados entre los 3-6 meses del alta hospitalaria; esta última se consideró como indicador de la calidad de vida en el área de salud.

La calidad de vida física se evaluó de acuerdo con el método de Rivera y sus colaboradores.¹ La calidad de vida psíquica y social se evaluó mediante el método de observación de la esfera afectiva, cognoscitiva y conductal ante el proceso de la enfermedad crítica, así como mediante la entrevista al familiar. Se aplicó la prueba de completamiento de frase al paciente y su familiar (el principal responsable de su atención familiar). También se aplicó la prueba familiar de Apgar¹⁰, lo que permitió evaluar el lugar que ocupa el individuo en la familia, y que se clasificaran en altamente funcional, moderadamente disfuncional y severamente disfuncional.

Al integrar todos los aspectos evaluados, establecimos la evaluación biopsicosocial y los niveles de calidad de vida, los que pudieron ser:

Nivel 1: Calidad de vida buena, cuando existió equilibrio biopsicosocial; la autosatisfacción personal, el estado de vivencias psíquicas actuales y cuando la percepción de la enfermedad fue positiva. Se correspondió éste con la normalidad física o ligeramente afectada y con familia altamente funcional, incorporación social y laboral del individuo.

Nivel 2: Calidad de vida aceptable: se consideró cuando apareció un desequilibrio biopsicosocial, se comprobó alteraciones en al menos una de las esferas estudiadas. Se consideró este nivel como un nivel de vida aceptable y aparecieron valoraciones negativas y positivas, que revelaron su adaptación al medio de una forma socialmente aceptable; no tenían estos enfermos una plena satisfacción personal, pero conservaron los procesos mentales, y el estado de las vivencias psíquicas actuales era adecuado. En estos casos la percepción que hicieron de su enfermedad les permitía su adaptación al medio a través de la familia.

Nivel 3: Calidad de vida mala: se comprobó un desequilibrio biopsicosocial, alteraciones de dos o más esferas de las estudiadas. Desde el punto de vista físico se encontraron 11 ó más evaluaciones negativas, la familia fue altamente disfuncional, no se había incorporado laboralmente o se había jubilado el enfermo.

Posteriormente se procesó en computadora el dato primario y se presentó en tablas para su análisis, el cual se realizó aplicando la prueba de hipótesis para las diferencias de proporciones y el Chi Cuadrado, con un nivel de $p < 0,05$.

RESULTADOS Y DISCUSION

TABLA 1. DISTRIBUCION DEL TOTAL DE PACIENTES SEGÚN CALIDAD DE VIDA FISICA.

Niveles	Al egreso		Area de Salud	
	No	%	No	%
I	40	34	32	26
II	56	47	63	53
III	17	13	13	11
IV	7	6	12	10

FUENTE: PLANILLA ENCUESTA. $P > 0.05$.

evaluar los aspectos psicológicos (Tabla 2).

En la tabla 1 se observa que el mayor porcentaje de los pacientes se ubicó en el nivel II respecto a la calidad de vida física (47%); este porcentaje se elevó hasta el 53%, cuando ésta se evaluó en el área de salud.

En general, se observó mayor afectación de la calidad de vida al

TABLA 2. NIVELES DE CALIDAD DE VIDA PSIQUICA.

Niveles	Pacientes		Familiares	
	No	%	No	%
I	31	26	30	25
II	53	44	48	40
III	36	30	42	35
TOTAL	120	100	120	100

FUENTE: PLANILLA ENCUESTA P > 0.05.

Al considerar la autoevaluación del paciente en su ámbito familiar durante el ingreso (Tabla 3), se observó que sólo el 38% de ellos consideró que su desempeño era "altamente funcional", porcentaje que se elevó hasta el 55% al evaluar esta variable en el área de salud.

TABLA 3. APGAR FAMILIAR SEGÚN EL ESTADO DE PACIENTES EN EL UCI Y EN EL AREA DE SALUD.

Apgar Familiar	UCI		Area de Salud	
	No.	%	No.	%
Altamente funcional	45	38	66	55
Moderadamente disfuncional	49	40	36	30
Severamente disfuncional	26	22	18	15
TOTALES	120	100	120	100

FUENTE: PLANILLA ENCUESTA. P > 0.05.

En la Tabla 4 se refleja que el 58% de los pacientes se clasificaron en el nivel II al evaluar su nivel de vida social. Al integrar los aspectos evaluados en esta tabla, se precisó que el 55% de los pacientes se ubicaron en el nivel II, lo que implica que tuvieron una calidad de vida aceptable.

TABLA 4. NIVELES DE CALIDAD DE VIDA SOCIAL.

Niveles	No.	%
I	30	25
II	70	58
III	20	17

FUENTE: PLANILLA ENCUESTA.

Al relacionar los niveles de calidad biopsicosocial con las categorías diagnósticas se observa que la mayoría de los pacientes que se ubicaron en el nivel I tenían como diagnóstico alguna enfermedad gastrointestinal, endocrinometabólica o ingresaron por complicaciones durante el postoperatorio de

cirugía menor. En un elevado porcentaje de pacientes con afecciones respiratorias se observó el nivel I; sin embargo, la calidad de vida empeoró en aquellos con enfermedades neurales o los sobrevivientes de traumatismos.

TABLA 5. NIVEL DE CALIDAD DE VIDA BIOPSIOSOCIAL SEGÚN ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES.

Niveles	Aspectos Físicos		Aspectos Psicológicos		Aspectos Sociales		Evaluación Biopsicosocial	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Nivel I	12	10	4	3	10	8	26	21
Nivel II	30	25	14	12	21	18	65	55
Nivel III	12	10	7	6	10	8	29	24
TOTALES	54	45	25	21	41	34	120	100

FUENTE: PLANILLA ENCUESTA P > 0.05

Al analizar la calidad de vida física se observó que la mayoría de los pacientes se ubicaron en los niveles I y II; se observó una tendencia a empeorar la calidad de vida física en el área de salud. Los pacientes sin afectación de la calidad de vida física se correspondían con enfermedades reversibles y de poca estadía en la unidad de cuidados intensivos; similares resultados publicó Zaren⁴, quien concluyó que el 80% de los sobrevivientes de su unidad, al año de egresados, tenían dependencia farmacológica, y el 75%, incapacidad laboral. Otros investigadores¹¹⁻¹⁴ refieren resultados opuestos, al establecer que un elevado porcentaje de sus pacientes quedaron con limitaciones laborales o con dependencia farmacológica.

En general, consideramos que la calidad de vida física de los pacientes estudiados fue buena, pues en el 79% de ellos se consideró un nivel I ó II; sin embargo, en el 72% de ellos la calidad de vida psíquica fue deficiente o mala (nivel I y III). Resultados similares publicaron Sage⁸ y Mudt¹⁵, quienes señalaron que en los egresados de las unidades de cuidados intensivos es común observar disfunción psíquica.

Al distribuir los pacientes estudiados según la calidad de vida social observamos que el mayor porcentaje se situó en el nivel II; éstos son aquéllos con limitaciones laborales y sociales temporales. Los pacientes ubicados en niveles de calidad de vida peores fueron aquellos con enfermedades crónicas no transmisibles y los que no estaban incorporados socialmente o estaban jubilados. El análisis de esta variable se correspondió con los aspectos psíquicos evaluados; nos impresionó que según el tipo de enfermedad y la gravedad y secuelas inherentes a ésta será la incorporación laboral y social del paciente, lo cual confirma los resultados de Zaren¹² y Mundt¹⁴, quienes refieren que entre el 36-56% de los pacientes se incorporan a sus actividades sociolaborales, y el resto mantiene cierta disfunción social. Rivera⁹ halla que una proporción de pacientes no trabajaban al ingreso debido a que tenían edad avanzada o por problemas de salud, y que la mayor parte de los que se incorporaron posteriormente a sus actividades eran los más jóvenes y los que trabajaban previamente.

TABLA 6. NIVELES DE CALIDAD DE VIDA BIOPSIOSOCIAL SEGÚN CATEGORÍA DIAGNÓSTICA.

CATEGORÍA DIAGNÓSTICA	NIVELES BIOPSIOSOCIALES							
	I		II		III		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Postoperat de Cirugía mayor	3	2	15	13	9	8	27	23
Postoperat de Cirugía menor	3	2	0	0	0	0	3	2
Traumatismo	0	0	4	4	3	2	7	6
Enfermedades Respirat.	7	6	36	30	5	4	48	40
Enfermedades Neurales	0	0	3	2	5	5	8	7
Enfermedades Cardiovasc	3	2	2	2	3	3	8	7
Enfermedades Gastrointestinales	3	2	0	0	0	0	3	2
Intoxicaciones	6	5	4	4	3	2	13	11
Endocrinomet.	3	2	0	0	0	0	3	2

FUENTE: PLANILLA ENCUESTA P > 0.05.

En general, se ha deslindado que los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos suelen tener un nivel de calidad de vida al ser egresados de ésta y que el mismo se modifica evolutivamente a medida que transcurre el tiempo y logra manifestarse la evolución de la enfermedad en cuestión. En la mayoría suelen advertirse alteraciones en su calidad de vida psíquica; sin embargo, este estudio no permite alcanzar el comportamiento en el tiempo de ésta, es decir, si continúa una tendencia negativa o si es probable la reincorporación y rehabilitación psíquica del enfermo. También se refleja que en cuanto a las tecnologías productoras de salud empleadas en tales unidades, a pesar de su alto costo, éste resulta extraordinariamente recompensado al mostrarse que, a largo plazo, la calidad de vida física de la mayoría de los enfermos suele elevarse, al igual que sus aspectos biopsicosociales, lo que revela la importancia de los servicios de medicina intensiva en los proyectos de mejorar la calidad de vida de los ciudadanos del 2000.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rivera Fernández R. Calidad de vida en medicina intensiva. Rev Med Int 1993; 17(1):5-18.
2. Ridley S.A, et al. Quality of life after intensive care. Anaesthesia. 1990; 45: 808-813.
3. Bergner M., et al. The Sickness Impact Profile Development and Final Division of a Legal Status Measure. Med Care. 1981; 19: 787-805.
4. Sage W M., et al. Is intensive care worth it? An Assessment of input and outcome for the critically ill. Crit Care Med 1986; 9: 777-805.

5. Patrick D L, et al. Quality of life following intensive care. *J Gen Int Med* 1988; 3: 218-223.
6. Hunt S M, et al. A quantitative approach to perceive health status validation study. *J Epidemiol Community Health*. 1980; 34: 281-286.
7. Jacob S A, et al. Mortality and quality of life after intensive care. *Intensive Care Med* 1988; 14: 217-220.
8. Loes O, et al. Intensive care cost and benefit. *Acta Anaesthesiol Scand* 1987; 8(4):3-19.
9. Rivera F, Vázquez M G. Intensive Medicine in Life Quality and Mortality. *Med Int* 1991; 15: 313-318.
10. Abizanda R. Seguimiento al cabo de un año de 200 pacientes ingresados en una UCI general. *Med Int* 1983; (7): 238-248.
11. Jorn Z B, et al. Quality of life among long term survivors of intensive care. *Crit Care Med* 1987; 15(8):15-25.
12. Zaren, B.R, et al. Survival compared to the general population and changes in health status among intensive care patients. *Acta Anaesthesiol* 1987; 33:6-12.
13. Vázquez M G, et al. Factors related to quality of life 12 months after discharge from an intensive care unit. *Crit Care Med* 1992; 9: 230-238.
14. Mundt D.J, et al. Patient follow return to work at six months. *Arch Intern Med* 1989; 147:68-67.