

Calidad de vida del paciente a los seis meses del alta de una unidad de cuidados intensivos

Patient quality of life six months after discharge from an intensive care unit

María Pastor Martínez, Alejandro Moya Martínez

María Pastor Martínez

Hospital General Universitario de Elche,
Alicante, España
pastormar@telefonica.net
<https://orcid.org/0000-0002-2601-4983>

Alejandro Moya Martínez

Unidad Bioestadística. Hospital General
Universitario de Elche, Alicante, España
bioestadisticaelx@gva.es
<https://orcid.org/0000-0002-8071-9845>

Fecha recepción: 22/02/2024

Fecha aceptación: 02/05/2024

Financiación: este estudio no ha recibido financiación.

Conflicto de intereses: los autores declaran que no hay conflicto de intereses.



Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative
Commons. (CC BY-NC-SA 4.0)
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

© 2024 María Pastor Martínez, Alejandro
Moya Martínez

Resumen:

Objetivo: evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), de los supervivientes de una enfermedad crítica a los seis meses del alta de una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Método: estudio observacional de carácter longitudinal realizado en la UCI de un hospital universitario de nivel terciario.

Población: todos los pacientes adultos ingresados en UCI, mayores de 18 años, con una estancia > de 48 horas, durante el período del 18 de septiembre del 2020 al 18 de abril del 2021. Criterios de exclusión, pacientes con dificultad con el idioma y personas con alteraciones neurológicas que impidan su comunicación o psiquiátricas graves. Criterios de exclusión, pacientes con dificultad con el idioma y personas con alteraciones neurológicas que impidan su comunicación o psiquiátricas graves. Durante las primeras 48 horas del ingreso del paciente en UCI, se le realizó una encuesta de calidad de vida (CV), con el cuestionario EuroQol (EQ-5D-5L), donde se le preguntó por su CV durante los cuatro meses anteriores a su ingreso en UCI. A los 6 meses del alta, se contactó con los pacientes, vía telefónica, para realizar de nuevo la encuesta de CVRS.

Resultados: se incluyeron en el estudio 125 pacientes que cumplían los criterios de inclusión, 27 pacientes fallecieron durante el ingreso en UCI y 12 pacientes EN los 6 meses después del alta. El total de pacientes que completaron el cuestionario a los seis meses fue de 86.

Citación: Pastor Martínez María, Moya Martínez Alejandro. Calidad de vida del paciente a los seis meses del alta de una unidad de cuidados intensivos. Rev Cient Enferm. 2024; (25):3-16.
<https://doi.org/10.14198/recien.27146>

Los resultados del cuestionario de salud (EQ-5D-5L) a los seis meses del alta, presentan un aumento de los problemas en las dimensiones de la movilidad del 34,9%, en el auto cuidado el 19,8%, en las actividades cotidianas el 40,7%, en el dolor/malestar el 22,1% y el 26,8 % más de ansiedad/depresión, de la que tenían antes de la enfermedad.

Conclusiones: en nuestra investigación hemos observado una disminución de la calidad de vida percibida por los pacientes a los seis meses del alta de UCI.

Palabras clave: paciente crítico; calidad de vida; cuidados intensivos; enfermería; cuidados de enfermería; síndrome post cuidados intensivos.

Abstract:

Objective: *Evaluate the health-related quality of life (HRQOL), of the survivors of a critical illness six months after being discharged from an intensive care unit (ICU).*

Method: *longitudinal observational study carried out at the ICU of a tertiary university hospital.*

Population: *all adult patients admitted into the ICU, older than 18, staying there for > 48 hours, during the period between the 18th of September, 2020 and the 18th of April, 2021. Exclusion criteria, patients with language barriers and people with neurological disorders that affect their communication skills or people with severe psychiatric disorders.*

A health-related quality of life survey (QOL) was conducted on the patients using the EuroQol questionnaire (EQ-5D-5L), during the first 48 hours that they were in the ICU, where they were asked about their QOL during the four months before being admitted into the ICU. 6 months after being discharged, the patients were contacted over the phone to conduct the HRQOL survey again.

Results: *125 patients who fulfilled the inclusion criteria were included in the study, 27 patients died while they were in the ICU and 12 other patients died within 6 months from being discharged. So a total of 86 patients completed the questionnaire after six months from being discharged.*

The results of the health questionnaire (EQ-5D-5L) six months after being discharged, showed an increase in the problems related to mobility 34.9%, self-care 19.8%, daily activities 40.7%, pain/discomfort 22.1% and 26.8% more from anxiety/depression, than what they had before the illness.

Conclusions: *In our research we observed deterioration in the quality of life perceived by the patients six months after being discharged from the ICU.*

Keywords: *Critical patients; quality of life; intensive care; nursing; nurse care; post-intensive care syndrome.*

INTRODUCCIÓN

La supervivencia del paciente crítico ingresado en UCI, ha mejorado en las últimas décadas debido a los nuevos conocimientos científicos y al avance de las nuevas tecnologías sanitarias. Algunos de estos sobrevivientes y/o sus familias desarrollan un deterioro nuevo o signos de peor estado de salud físico, cognitivo y/o de salud mental que surge después de la hospitalización por una enfermedad crítica y persiste durante meses o años después del alta en una UCI¹⁻², que se reconoce como síndrome de cuidados intensivos o (PICS, del inglés Post Intensive Care Syndrome)³⁻⁵ lo que puede llevar a una alteración de la CV y causar mucho sufrimiento tanto en pacientes como en sus familias.

La CVRS constituye una importante variable de medida subjetiva del impacto que tiene la enfermedad, su tratamiento y hospitalización sobre el paciente, especialmente después de una enfermedad crítica y su ingreso en UCI. Se recomienda su valoración sistemática, por parte del equipo asistencial para detectar posibles alteraciones y poder tratar y prevenir su aparición.

El objetivo principal del estudio es evaluar la CVRS, de los supervivientes de una enfermedad crítica a los seis meses del alta de UCI. Objetivo secundario: identificar factores de riesgo modificables, relacionados con los cuidados en UCI que pueden afectar a la CV del paciente.

MÉTODO

Estudio observacional de carácter longitudinal realizado en la UCI del Hospital General Universitario de Elche, con una dotación de 15 camas médicas. Se trata de un hospital de tercer nivel, con 410 camas, que atiende a una población de 163.576 habitantes.

La población la integran todos los pacientes adultos ingresados en UCI, mayores de 18 años, con una estancia > de 48 horas, desde el 18 de septiembre del 2020 al 18 de abril del 2021. Criterios de exclusión: pacientes con dificultad de idioma, alteraciones neurológicas que impidan su comunicación o con alteraciones psiquiátricas graves.

Recogida de datos: después de informar y solicitar al paciente o familiar la participación en el estudio y de la firma del consentimiento informado, durante las primeras 48 horas del ingreso del paciente en UCI, se le realizó una encuesta de CVRS con el cuestionario EuroQol (EQ-5D-5L), donde se le preguntó por su CV durante los cuatro meses anteriores a su ingreso en UCI.

A los 6 meses del alta, se contactó con los pacientes, vía telefónica, para realizar, de nuevo, la encuesta de CVRS, con el mismo cuestionario utilizado al ingreso en UCI.

El cuestionario de salud EuroQol (EQ-5D-5L), el propio individuo valora su estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo) y en segundo lugar en una escala visual analógica (EVA) evalúa la salud percibida en general por el propio paciente. La parte descriptiva del cuestionario mide cinco dimensiones de salud: movilidad, auto-cuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión y evalúa cada dimensión en cinco niveles: sin problemas, problemas leves, problemas moderados, problemas graves, no puedo o extremadamente. Estos resultados se transforman en una puntuación (índice EQ-5D).

La segunda parte es la escala visual analógica (EQ-VAS), el 0 representa la peor salud imaginable y el 100 la mejor salud imaginable.

El cuestionario de salud (EQ-5D-5L) ha demostrado validez y fiabilidad, se ha utilizado en las encuestas de salud realizadas en Canadá, Finlandia, el Reino Unido, Estados Unidos y en España (Encuesta Nacional de Salud 2011/2012)⁶. Está validado en España por Badia X. et al (1999) y cumple las propiedades de adaptación cultural, validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio. Respecto a sus propiedades psicométricas, la fiabilidad test retest oscila entre 0.86 y 0.90 (Van Agt et al, 2001)⁷⁻⁹.

El EQ-5D es un instrumento de medida que se ha mostrado útil para medir la CVRS del paciente crítico¹⁰⁻¹¹ Europa.

Objetivo principal: evaluar la CVRS, de los supervivientes de una enfermedad crítica a los seis meses del alta de una UCI.

Objetivo secundario: identificar factores de riesgo modificables, relacionados con los cuidados en UCI que pueden afectar a la CV del paciente.

La información relacionada con el objetivo secundario, se obtuvo sobre datos de registro de las historias clínicas informatizadas de los pacientes de forma cuasi anónima y previa autorización del Comité Ético del Hospital.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables categóricas se expresaron en frecuencias y porcentaje.

Para la comparación de las variables categóricas en ambos grupos se ha realizado el test de Chi cuadrado.

En cuanto a las variables continuas, se comprobará la normalidad de las variables y en función de la distribución, si es normal se reportará la media y desviación típica y en caso contrario la mediana y cuartil 1 y 3 (Q1-Q3).

La comparación de medias en grupos independientes como ocurre con la variable SAPS se realiza mediante el Student test.

Para la comparación de medianas se realizará el test de U the Mann-Whitney. Para los análisis pre y post enfermedad se realizó un test de Wilcoxon para datos pareados y para los datos categóricos se realizó el test de Cochran.

Se realizó un análisis de regresión logística multivariable, introduciendo en el modelo los factores y las variables relevantes del análisis univariante sin obtener resultados significativos.

El análisis se hizo con el software R versión 4.1.0.

ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación se ha realizado en base los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los Derechos Humanos y la biomedicina, así como en base a los requisitos establecidos en la legislación española (Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica. Para la realización de este estudio se obtuvo la aprobación del Comité de Ética del Hospital (CEImPI), con el código 47/2020, el 30 de julio del 2020.

Todos los participantes antes de formar parte del estudio firmaron un consentimiento informado. Los participantes fueron informados sobre la voluntariedad de su participación y podían retirarse en cualquier momento del estudio sin que ello tuviera repercusión en sus cuidados.

EL PROYECTO fue aprobado por el Comité Ético de investigación del Hospital General Universitario de Elche, el 30 de julio del 2020.

RESULTADOS

Durante el periodo del estudio ingresaron en UCI 127 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Dos pacientes no aceptaron entrar en el estudio, por lo que la muestra estudiada fue de 125 pacientes, 83 pacientes con diagnóstico COVID-19 y 42 pacientes con otros diagnósticos.

Del total de pacientes incluidos en el estudio, 27 pacientes fallecieron durante la estancia en UCI, 12 pacientes dentro de los primeros 6 meses después del alta hospitalaria. Por lo que el total de los pacientes a los que se realizó la entrevista a los seis meses del alta fue de 86 pacientes.

La mortalidad en UCI fue del 21,6%, la mortalidad a los seis meses del alta UCI fue del 9,6 %.

La mediana de edad de los 86 pacientes vivos fue de 65,5 años, el 57% de los pacientes eran hombres; el 64% ingresaron desde urgencias; el 70,9% con diagnóstico de ingreso de neumonía por COVID-19. La mediana de días de estancia en UCI fue de 11,0, los pacientes fallecidos presentando más días de estancia con una mediana 29,0 días.

Del total de pacientes captados, el 66,3% necesitó ventilación mecánica invasiva, con una mediana de días 9, al 67,4 % se les administró sedación con una mediana de días de 5 y un 37,2% de pacientes necesitó relajación.

Los problemas que presentaron los paciente durante la estancia fueron: 8 pacientes (9,3%) presentaron polineuropatías graves; 15 (17,4%) infecciones nosocomiales, neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) y bacteriemia relacionada con el catéter central (BRC); 30 pacientes (41,9%) tuvieron hiperglucemia en algún momento de su estancia en UCI, 38 pacientes (44,2%) de los pacientes estuvo en posición prono, con una mediana de 30 horas, 20 pacientes (23,3%) recibieron fisioterapia y esta fue de 3 horas semanales.

El 44,2% de los pacientes llevaron contención mecánica y el 14% de pacientes sufrieron UPP, el 8% de localización en el sacro (Tabla 1).

Tabla 1. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes en el estudio.

	Pacientes Fallecidos n=39	Pacientes vivos n=86	Todos los pacientes n=125	Valor - p
Sexo				
Hombre	27 (69,2)	49 (57,0)	76 (60,8)	0,270
Mujer	12 (30,8)	37 (43,0)	49 (39,2)	
Edad mediana (Q1-Q3)	71,0 (63,0-74,5)	65,5 (57,0-72,0)	67,0 (57,0-74,0)	0,017
Urgencias	22 (56,4)	55 (64,0)	77 (61,6)	
Planta hospitalización	17 (43,6)	29 (33,7)	46 (36,8)	
Otro hospital	0 (0,0)	2 (2,3)	2 (1,6)	
Diagnóstico al ingreso				
Neumonía Covid-19	22(56,4)	61(70,9)	83(66,4)	
Insuficiencia respiratoria	3 (7,7)	6 (7,0)	9 (7,2)	
Shock séptico	1 (2,6)	3 (3,5)	4 (3,2)	
Accidente cerebrovascular	4 (10,3)	4 (4,7)	8 (6,4)	
Otros	9 (18,1)	12 (11,7)	21 (12,8)	
Enfermedades previas				
Hipertensión	5 (12,8)	18 (20,9)	23 (18,4)	0,279
Diabetes	7 (17,9)	13 (15,1)	20 (16,0)	
Obesidad	3 (7,7)	12 (14,0)	15 (12,0)	
Enfermedades cardíacas	8 (20,5)	5 (5,8)	13 (10,4)	
Enfermedades respiratorias	2 (5,1)	9 (10,59)	11 (8,8)	
Insuficiencia renal	3 (7,7)	5 (5,8)	8 (6,4)	
Otros	7 (17,99)	14 (16,3)	21 (16,8)	
Sin antecedentes	4 (10,3)	10 (11,6)	14 (11,2)	
Días en UCI, mediana (Q1-Q3)	29,0 (15,0-39,5)	11,0 (7,0-19,0)	14,0 (8,0-31,0)	<0,001
Días en planta, mediana(Q1-Q3)	0,0 (0,0-5,5)	10,0 (5,2-14,8)	8,0 (2,0-14,0)	<0,001
Problemas durante el ingreso				
Estreñimiento	1 (2,6)	2 (2,3)	3 (2,4)	<0,001
Polineuropatías	8 (20,5)	8 (9,3)	16 (12,8)	
Infecciones nosocomiales	13 (33,3)	15 (17,4)	28 (22,4)	
Fracaso renal	3 (7,7)	3 (3,5)	6 (4,8)	
Intubación	36 (92,3)	57 (66,3)	93 (74,4)	0,004
Días de intubación, mediana(Q1-Q3)	15,0 (9,5-28,5)	9,0 (5,0-14,0)	11,0 (7,0-16,0)	0,002
Traqueotomía	19 (48,7)	16 (18,6)	35 (28,0)	0,001

Días traqueotomía, mediana(Q1-Q3)	15,0 (9,5-28,5)	23,5 (20,0-35,0)	21,0 (,0-31,5)	0,045
Ventilación mecánica invasiva	36 (92,3)	57 (66,3)	93 (74,4)	0,004
Días ventilación, mediana (Q1-Q3)	24,0 (12,5-30,5)	9,0 (5,0-22,0)	13,0 (7,0-30,0)	0,005
Hemofiltración	4 (10,3)	9 (10,5)	13 (10,4)	1,000
Vías centrales mediana (Q1-Q3)	2,0 (1,0-2,0)	1,0 (1,0-2,0)	1,0 (1,0-2,0)	0,003
Vías arteriales mediana (Q1-Q3)	1,0 (1,0-2,0)	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	0,013
Posición prono	19 (48,79)	38 (44,2)	57 (45,6)	0,781
Horas de prono, mediana (Q1-Q3)	42,0 (24-84)	30 (23,2-40)	32 (24-46)	0,040
Sonda nasogástrica	36 (92,3)	60 (69,8)	96 (76,8)	0,011
Sonda vesical	38 (97,4)	74 (86,0)	112 (89,6)	0,106
Fisioterapia	16 (41,0)	20 (23,3)	36 (28,8)	0,069
Horas fisioterapia mediana (Q1-Q3)	3,0 (2,8-3,0)	3,0 (3,0-3,0)	3,0 (3,0-3,0)	0,423
Úlceras por presión (UPP)	11(28,2)	12 (14,0)	23 (18,4)	0,098
Contención mecánica	21 (53,8)	38 (44,2)	59 (47,2)	0,419
Sentado en sillón	8 (20,5)	39 (45,3)	47 (37,6)	0,014
Hiperglucemia	24 (61,5)	36 (41,9)	60 (48,0)	0,065
Nutrición				
Enteral	31 (79,5)	55 (64,0)	86 (68,8)	0,024
Parenteral	5 (12,8)	6 (7,0)	11 (8,8)	
Oral	3 (7,7)	25 (29,1)	28 (22,4)	
Sedación	35 (89,7)	58 (67,4)	93 (74,4)	0,015
Días de sedación, mediana (Q1-Q3)	20,0 (8,0-24,5)	5,0 (0,0-10,0)	7,0 (0,0-20,0)	<0,001
Relajación	23 (59,0)	32 (37,2)	55 (44,0)	0,038
Vasopresores	30 (76,9)	46 (53,5)	76 (60,8)	0,022
SAPS 3, mediana (Q1-Q3)	60,0 (51,0-68,0)	55,0 (45-64,09)	56 (47,0-66,0)	0,035

Los datos están representados como números (porcentaje, MEDIANA (Q1-Q3), SAPS 3 (Simplified Acute Physiologic Score) modelo de gravedad.

Calidad de vida de los pacientes vivos a los seis meses del alta

Los resultados de los 86 pacientes vivos, que completaron el cuestionario de salud (5Q-5D-5L) son:

Los cinco niveles de respuesta se agruparon en dos: 1 sin problema y 2 problemas leves, moderados, graves y no puedo (como lo permite la guía EQ-5D-5L). La movilidad de los pacientes pasó de tener problemas leves, moderados o graves antes de la enfermedad: 30 (34,9%) a un 60 (69,8 %) a los seis meses del alta, el autocuidado de 10 (11,6%) antes de la enfermedad a 27 (31,4%) a los seis meses del alta, las actividades cotidianas pasaron de tener problemas leves, moderados graves o no poder realizarlas de 23 (26,7%) antes de la enfermedad a un 58 (67,4%) a los seis meses del alta, el dolor leve, moderado, fuerte o extremo pasó de 45 (52,3%) antes de la enfermedad a 64 (74,4%), a los seis meses del alta y la ansiedad/ depresión leve, moderada, muy ansioso o extremada ansioso antes de la enfermedad 21 (24,4%) pasó a 44 (51,2%) a los seis meses del alta UCI (Tabla 2).

Los pacientes del estudio presentaron un índice EQ-5D antes de la enfermedad de una mediana de 0,9 y a los seis meses del alta la mediana fue de 0,7:

Tabla 2. Calidad de vida y estado funcional de los pacientes vivos del estudio n=86 respuestas agrupadas)

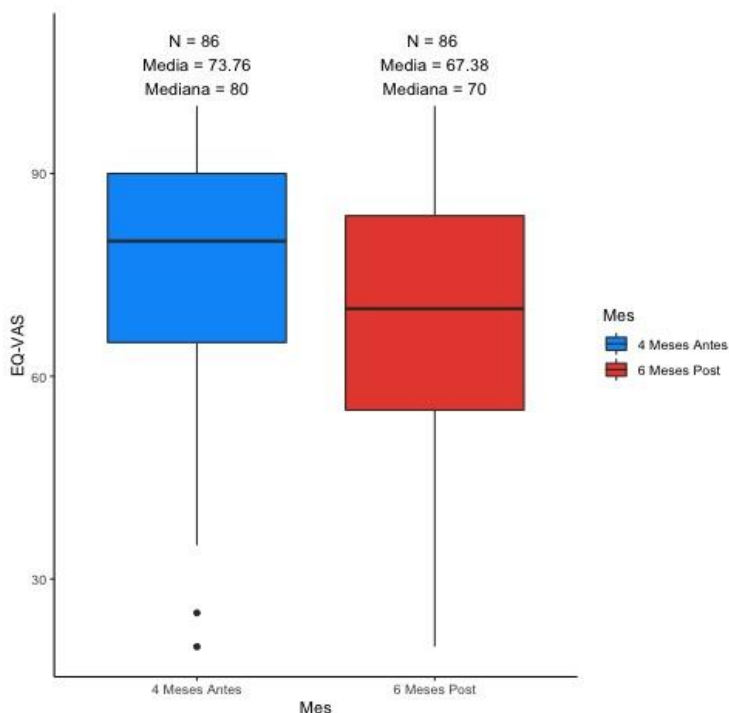
Cuestionario de Salud EQ-5D-5L	4 meses antes del COVID-19	6 meses después del alta UCI	Valor - p
Movilidad			
Sin problema	56 (65,1)	26 (30,2)	<0,001
Problemas leves, moderados, graves, no puedo caminar	30 (34,9)	60 (69,8)	
Autocuidado			
Sin problemas	76 (88,4)	56 (68,6)	0,005
Problemas leves, moderados, graves, no puedo lavarme ni vestirme.	10 (11,6)	27 (31,4)	
Actividades cotidianas			
Sin problemas	63 (73,3)	28 (32,6)	<0,001
Problemas leves, moderados, graves, no puedo realizar mis actividades	23 (26,7)	58 (67,4)	
Dolor/malestar			
No tengo dolor	41 (47,7)	22 (25,6)	0,010
Tengo dolor leve, moderado, fuerte, dolor o malestar extremo	45 (52,3)	64 (74,4)	
Ansiedad/depresión			
No estoy ansioso ni deprimido	65 (75,6)	42 (48,8)	0,001
Estoy leve mente, moderadamente, muy ansioso, extremadamente ansioso o deprimido	21 (24,4)	44 (51,2)	
Índice EQ-5D mediana Q1-Q3	0,9 (0,7 – 1,0)	0,7 (06-09)	<0,001
EQ-VAS (0-100) Mediana Q1-Q3	80,0 (65- 90,0)	70,0 (55,0-83,8)	<0,001

Los datos están representados como n (%) o mediana (Q1-Q3), los valores estadísticamente significativos aparecen en negrita.

La salud percibida de los pacientes el EQ-VAS pasó de una mediana de 80,0 antes de la enfermedad a una mediana de 70,0 a los seis meses del alta de UCI (figura 1), con significación estadística $p < 0.001$.

Este resultado confirma la hipótesis del estudio y responde el objetivo principal.

Figura 1. Salud percibida por todos los pacientes (EQ-VAS).



DISCUSIÓN

En el estudio, se observa una disminución de la calidad de vida de los pacientes ingresados en UCI a los seis meses del seguimiento, en relación a la que tenían durante los cuatro meses antes de la enfermedad. A pesar, que los pacientes refieren en la entrevista que se han recuperado durante estos seis meses, no han llegado a recuperar el estado de salud que tenían antes de la enfermedad.

En la dimensión de la movilidad encontramos un aumento de problemas leves, moderados, graves para caminar del 34,9%. En el autocuidado aumento de problemas leves, moderados, graves de un 19,8%; las actividades cotidianas problemas leves moderados del 40,7% el dolor/ malestar leve, moderado, fuerte y extremo un 22,1% mayor que antes de la enfermedad y la ansiedad-depresión levemente, moderadamente, muy ansioso y extremadamente ansioso aumenta en un 26,8%.

La percepción que tiene de su salud ha pasado de 80,0 antes de la enfermedad a 70,0 a los seis meses del alta.

Datos muy parecidos a algunos de los estudios publicados recientemente, aunque existen diferencias con otros estudios y éstas pueden ser debidos las características de salud previas de la población, edad de los pacientes y gravedad de la enfermedad.

Nuestros resultados tienen puntuaciones más elevados que los encontrados en un estudio reciente realizado con 91 pacientes Covid-19 a los seis meses del alta, en siete UCIs de los hospitales ubicados en el noroeste de España¹².

En las dimensiones de movilidad, actividades cotidianas y el dolor/malestar se obtienen resultados elevados en la dimensión del dolor atribuibles a la inmovilización de los pacientes por sedación prolongadas, relajación muscular, la posición prono y las pocas horas de fisioterapia recibida por nuestros pacientes (3 horas semanales) y su inicio fue después 48 horas.

En cuanto a la ansiedad/ depresión nuestros resultados son similares a los encontrados en su estudio.

En un trabajo realizado con 47 pacientes con ventilación mecánica en el municipio de Rozzao, Milán (Italia)¹³, se realizó un seguimiento con entrevistas a los dos y seis meses del alta y presentan unos resultados más bajos que los hallados en nuestra investigación en las dimensiones de movilidad, autocuidado, actividades cotidianas y en dolor/malestar.

En la dimensión ansiedad/ depresión presentan un 40% estos datos son parecidos a los de nuestro estudio 44,3%. La diferencia de estos resultados puede ser debido a que nuestros pacientes son de mayor edad y las condiciones preexistentes de salud pueden ser peores.

En una revisión sistemática realizada en el Reino Unido en el año 2020, en la que incluyeron 28 estudios de pacientes con síndrome respiratorio de oriente medio (MERS-COV) y pacientes con síndrome respiratorio agudo (SARS), describen complicaciones a los seis meses después del alta, trastorno de estrés postraumático (39 %, IC 95 % 31–47 %), depresión (33 %, IC 95 % 20–50 %) y ansiedad (30 %, IC 95 % 10–61) con una reducción de la calidad de vida que persiste después de los seis meses¹⁴. Los hallazgos de este estudio con pacientes muy similares a los nuestros, nos confirma los problemas que pueden sufrir estos pacientes durante meses e incluso años después de una enfermedad crítica.

Un estudio multicéntrico donde evaluaron a los pacientes ingresados en UCIs del Reino Unido a los 6 meses y a los 12 meses, mostraron que el 73% y el 70% de los pacientes tenían dolor severo a los 6 y 12 meses del alta y encontraron que el 46% y 44% de los pacientes presentaban ansiedad/ depresión después de 6 y 12 meses respectivamente, estos datos son iguales a los encontrados en nuestro estudio¹⁵.

En un reciente estudio observacional prospectivo multicéntrico, realizado en nueve UCIs de Italia, encuentran que el 31,8% de los pacientes con COVID-19, dieron positivo para el trastorno de estrés postraumático y que la CVRS es significativamente más baja en todos los dominios un año después del alta. El género femenino, antecedentes de enfermedad cardiovascular y el tiempo de estancia hospitalario, afecta negativamente a la CVRS¹⁶.

Datos similares encuentran en un reciente estudio realizado en Chiang Mai (Tailandia) en pacientes con neumonía por COVID-19, encuentran que la CVRS es más baja a pesar de que se ha recuperado al año y un tercio de ellos seguían con síntomas de tos y fatiga después de seis meses¹⁷.

La similitud de nuestros hallazgos con diferentes estudios con los mismos objetivos, pacientes e instrumentos de medida, confirma el hecho que nos encontramos ante un problema de salud importante para estos pacientes y sus familiares y puede persistir durante largo tiempo.

Como propuesta para minimizar el problema se recomienda aplicar los protocolos del paquete de medidas preventivas ABCDEF basado en la evidencia, durante la hospitalización de estos pacientes para evitar las diferencias encontradas y tratar de minimizar el síndrome post-cuidados intensivos, además de evaluar, prevenir y controlar el dolor incluir las pruebas de despertar espontáneo y de respiración espontánea, cuidar la elección de analgesia y sedación, prevenir el delirio; iniciar una movilidad temprana y animar la participación de la familia en los cuidados ¹⁸⁻²².

Como medidas adicionales se recomiendan las consultas de seguimiento con equipos multidisciplinarios que evalúen y puedan detectar y tratar los deterioros nuevos o el agravamiento de los existentes en los pacientes sobrevivientes de una enfermedad crítica después del ingreso en UCI.

En nuestro estudio encontramos factores relacionados con los cuidados que pueden ser modificables, para la prevención del delirio, deterioro cognitivo y la debilidad muscular en los que se debe actuar, como son la movilización precoz, evitar las contenciones mecánicas e inicio de la rehabilitación temprana ²³⁻²⁶.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente estudio tiene varias limitaciones. Primero, es un estudio de un solo centro, con un número limitado de pacientes y no recoge todos los pacientes críticos ingresados en nuestro hospital. Se centra exclusivamente en los ingresados en la unidad de cuidados intensivos ya que no se recogió los pacientes ingresados en otras unidades habilitadas para pacientes críticos durante la pandemia. En segundo lugar, se pidió a los pacientes o familiares al ingreso en UCI que evaluarán su calidad de vida cuatro meses antes de la enfermedad crítica en función del estado cognitivo del paciente y puede existir un sesgo de memoria. Puede haber además un sesgo de recuerdo que, puede influir en las puntuaciones de los pacientes sobre su estado de salud 4 meses antes del ingreso en UCI, por lo que su mal estado de salud en la UCI puede haber llevado a sobreestimar su estado de salud 4 meses antes.

CONCLUSIONES

Los pacientes, con una enfermedad crítica ingresados en UCI, presentan una disminución de su CV a los seis meses del alta respecto a la que tenían antes de la enfermedad.

Los factores de riesgo modificables relacionados con los cuidados en UCI que pueden afectar a la CV del paciente son: La contención mecánica fue muy alta, la prolongada inmovilización del paciente y la reducida rehabilitación precoz del paciente en UCI.

Estos son factores de riesgo para la aparición de problemas cognitivos, delirio, debilidad muscular del paciente y la presencia de dolor.

La inestabilidad del paciente con diagnóstico COVID-19, la posición prono y la no existencia de fisioterapeuta durante el inicio del estudio en UCI, pueden ser la causa de la inmovilización prolongada del paciente.

Los resultados de nuestro estudio son, en una situación de pandemia por el SARS-CoV-2, pueden ser distintos a épocas de no pandemia.

AGRADECIMIENTOS

Los autores muestran su agradecimiento a los pacientes que participaron en el estudio a sus familiares y al personal de la UCI.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuthbertson BH, Roughton S, Jenkinson D, Maclennan G, Vale L. Quality of life in the five years after intensive care: a cohort study. *Crit Care*. 2010;14(1):R6. doi: 10.1186/cc8848
2. Ohtake PJ, Lee AC, Scott JC, Hinman RS, Ali NA, Hinkson CR, et al. Physical Impairments Associated With Post-Intensive Care Syndrome: Systematic Review Based on the World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability and Health Framework. *Phys Ther*. 2018 Aug 1;98(8):631-645
3. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med* 2012; 40:502-509
4. Rawal, Gautam, Yadav, Sankalp and Kumar, Raj. "Post-intensive care syndrome: An overview" *Journal of Translational Internal Medicine*, [Internet].2017 [consultado 23 de Abril 2024] (5):90-92. Disponible en: <https://doi.org/10.1515/jtim-2016-0016>
5. Rousseau AF, Prescott HC, Brett SJ, Weiss B, Azoulay E, Creteur J, et al. Long-term outcomes after critical illness: recent insights. *Crit Care*. 2021 Mar 17;25(1):108
6. Cabasés Juan M. El EQ-5D como medida de resultados en salud. *Gac Sanit* [Internet]. 2015 Dic [consultado 26 de Sep 2023] ; 29(6): 401-403. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.08.007>
7. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones [The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. *European Quality of Life scale*]. *Med Clin (Barc)*. 1999;112 Suppl 1:79-85
8. Hernandez G, Garin O, Pardo Y, et al. Validity of the EQ-5D-5L and reference norms for the Spanish population. *Qual Life Res*. 2018;27(9):2337-2348
9. Badia Castelló M, Trujillano Cabello J, Serviá Goixart L, Marcha Llanes J, Rodríguez-Pozo A, et al. Cambios en la calidad de vida tras UCI según grupo diagnóstico: Comparación de dos instrumentos de medida. *Med. Intensiva* [Internet]. 2008 Jul [consultado 2023 Sep 02] ; 32(5): 203-215. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-6912008000500001&lng=es
10. BADIA, X., et al. Using the EuroQol-5D to measure changes in quality of life 12 months after discharge from an intensive care unit. *Intensive care medicine*, 2001, vol. 27, no 12, p. 1901-1907
11. Dowdy DW, Eid MP, Sedrakyan A, Méndez-Téllez PA, Pronovost PJ, Herridge MS, et al. Quality of life in adult survivors of critical illness: A systematic review of the literature. *Intensive Care Med* 2005;31:611-20
12. Taboada M, Moreno E, Cariñena A, et al. Quality of life, functional status, and

13. persistent symptoms after intensive care of COVID-19 patients. *Br J Anaesth.* 2021;126(3):e110-e113
14. Carenzo L, Protti A, Dalla Corte F, et al. Short-term health-related quality of life, physical function and psychological consequences of severe COVID-19. *Ann Intensive Care.* 2021;11(1):91
15. Ahmed H, Patel K, Greenwood DC, et al. Long-term clinical outcomes in survivors of severe acute respiratory syndrome and Middle East respiratory syndrome coronavirus outbreaks after hospitalisation or ICU admission: A systematic review and meta-analysis. *J Rehabil Med.* 2020;52(5):jrm00063
16. Griffiths J, Hatch RA, Bishop J, et al. An exploration of social and economic outcome and associated health-related quality of life after critical illness in general intensive care unit survivors: a 12-month follow-up study. *Crit Care.* 2013;17(3):R100
17. Deana C, Vetrugno L, Cortegiani A, Mongodi S, Salve G, Mangiagalli M, et al. Quality of Life in COVID-Related ARDS Patients One Year after Intensive Care Discharge (Odyssey Study): A Multicenter Observational Study. *J Clin Med.* 2023 Jan 29;12(3):1058
18. Deesomchok A, Liwsrisakun C, Chaiwong W, Pothirat C, Duangjit P, Bumroongkit C, et al. Long-Term Impacts of COVID-19 Pneumonia on Quality of Life: A Single Institutional Pilot Study. *Healthcare (Basel).* 2023 Jul 7;11(13):1963
19. Levy MM, Dellinger RP, Townsend SR, Linde-Zwirble WT, Marshall JC, Bion J, et al; Surviving Sepsis Campaign. The Surviving Sepsis Campaign: results of an international guideline-based performance improvement program targeting severe sepsis. *Crit Care Med.* 2010 Feb;38(2):367-74
20. Vasilevskis EE, Ely EW, Speroff T, Pun BT, Boehm L, Dittus RS. Reducing iatrogenic risks: ICU-acquired delirium and weakness--crossing the quality chasm. *Chest.* 2010 Nov;138(5):1224-33
21. Klompas M, Anderson D, Trick W, Babcock H, Kerlin MP, Li L, et al; CDC Prevention Epicenters. The preventability of ventilator-associated events. The CDC Prevention Epicenters Wake Up and Breathe Collaborative. *Am J Respir Crit Care Med.* 2015 Feb 1;191(3):292-301
22. Pun BT, Balas MC, Barnes-Daly MA, Thompson JL, Aldrich JM, Barr J, et al. Caring for Critically Ill Patients with the ABCDEF Bundle: Results of the ICU Liberation Collaborative in Over 15,000 Adults. *Crit Care Med.* 2019 Jan;47(1):3-14
23. Mart MF, Brummel NE, Ely EW. The ABCDEF Bundle for the Respiratory Therapist. *Respir Care.* 2019 Dec;64(12):1561-1573
24. Marra A, Ely EW, Pandharipande PP, Patel MB. The ABCDEF Bundle in Critical Care. *Crit Care Clin.* 2017 Apr;33(2):225-243
25. Inoue S, Hatakeyama J, Kondo Y, Hifumi T, Sakuramoto H, Kawasaki T, et al. Post-intensive care syndrome: its pathophysiology, prevention, and future directions. *Acute Med Surg.* 2019 Apr 25;6(3):233-246
26. Nakanishi N, Liu K, Kawakami D, Kawai Y, Morisawa T, Nishida T, et al. Post-Intensive Care Syndrome and Its New Challenges in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: A Review of Recent Advances and Perspectives. *J Clin Med.* 2021 Aug 28;10(17):3870
27. Raurell-Torredà M, et al. Grado de implementación de las estrategias preventivas del síndrome post-UCI: estudio observacional multicéntrico en España. *Enferm Intensiva.* 2019;30 (2):59-71