



Acta Médica Costarricense

ISSN: 0001-6002

actamedica@medicos.sa.cr

Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica
Costa Rica

Barrantes-Morales, Faride; Campos-Vargas, Carolina; Argüello-Quirós, María Fernanda;
Salas-Segura, Donato A.

Sobrevida a los 28 días y condición mental y física de los pacientes egresados de una
Unidad de Cuidados Intensivos de tercer nivel

Acta Médica Costarricense, vol. 58, núm. 1, enero-marzo, 2016, pp. 22-26
Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica
San José, Costa Rica

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43443580003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Sobrevida a los 28 días y condición mental y física de los pacientes egresados de una Unidad de Cuidados Intensivos de tercer nivel

(28-day survival and mental and physical condition of patients discharged from a third level intensive care unit)

Faride Barrantes-Morales, Carolina Campos-Vargas, María Fernanda Argüello-Quirós
y Donato A. Salas-Segura

Resumen

Justificación: la sobrevida y la calidad de vida de los pacientes egresados de las unidades de cuidado intensivo, se ha vuelto una preocupación frecuente, por la alta incidencia de secuelas cognitivas y funcionales que padece esta población. Este trabajo presenta datos sobre la supervivencia y calidad de vida de un grupo de pacientes egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos al momento del alta hospitalaria, y a los 28 días del egreso; es parte de una investigación mayor que dio seguimiento a los pacientes por espacio total de 6 meses.

Método: estudio observacional, descriptivo y prospectivo, de un año de duración, que dio seguimiento a los pacientes egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos, hasta los 28 días del egreso. La información recabada incluyó datos demográficos y de condición de salud que se recolectaron al ingreso, al momento del alta hospitalaria y a los 28 días. Además, se evaluó la calidad de vida a partir de su grado de independencia y reinserción laboral, o regreso a las actividades normales.

Resultados: se reclutó un total de 120 pacientes, un 51% de ellos hombres, con una edad promedio de 51 años, con una mortalidad intrahospitalaria del 2% y una mortalidad a los 28 días de un 3%. La mayor parte de los pacientes (41%) ingresó por cardiopatía isquémica. La estancia promedio en la Unidad de Cuidados Intensivos fue de 6,5 días y la estancia promedio de hospitalización posterior a la Unidad de Cuidados Intensivos fue de 6 días. A los 28 días el 55% de los pacientes tenía un reinserción adecuada, el 26% tenía problemas en dos áreas o más y el 12,5% en un área; el 6,5% presentó incapacidad total de reinserción. Los mayores de 60 años presentaron una mejor tasa de reinserción (64%). La mortalidad luego del egreso fue del 5%.

Conclusión: a los 28 días los pacientes egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos aún presentan un alto porcentaje de reinserción incompleta, por encontrarse convalecientes. Los mayores de 60 años, contrario a lo esperado, tuvieron una mejor reinserción y regreso a sus condiciones basales en comparación con los pacientes más jóvenes.

Descriptores: sobrevida, cuidados intensivos, estado de salud, calidad de vida.

Abstract

Justification: Long-term survival and quality of life of patients that are discharged from intensive care units has become a frequent concerns because of the high incidence of cognitive and functional sequels suffered by this population. This paper presents data on survival and quality of life of a group of patients discharged from the intensive care unit; at time of discharge from the hospital and 28

Trabajo realizado en Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital "Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia"

Afiliación de los autores: Unidad de Cuidado Intensivo, Hospital "Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia", Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica.

✉dasscom@gmail.com

days later. This study is part of a larger investigation that followed patients for total period of six months.

Method: An observational, descriptive and prospective study with a duration of one year which followed patients discharged from the intensive care unit until 28 days after discharge. The information gathered included demographic and health status data that was collected on admission to the intensive care unit, at hospital discharge and 28 days later. The quality of life was evaluated measuring the patient's independence and reintegration to work or normal activities.

Results: A total of 120 patients were enrolled, 51% were men, the average age was 51 years, hospital mortality was 2% and mortality after 28 days was 3%. Most patients (41%) were admitted due to ischemic heart disease. The average hospital stay in the intensive care unit was 6.5 days and the average post- ICU hospital stay was 6 days. At 28 days after hospital discharge, 55% of patients had a proper reintegration, 26% had problems in two or more areas and 12.5% had problems in one area; 6.5% had total disability for reintegration. Those over 60 years had a better rate of reintegration (64%). Mortality after discharge was 5%.

Conclusion: At 28 days, patients discharged from the intensive care unit had a high percentage of incomplete reintegration because they were still convalescing. Contrary to expectations, patients older than 60 years had a better reintegration and return to their basal conditions than younger ones.

Keywords: Outcome, intensive care, health status, quality of life.

Fecha recibido: 30 de marzo 2015

Fecha aprobado: 22 de octubre 2015

La sobrevida y la calidad de vida después del egreso de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) son un preocupación frecuente en la bibliografía mundial y una situación que ha sido poco o nada explorada en el país.

En general, la sobrevida en las unidades de cuidado intensivo ha ido aumentando poco a poco en el tiempo, y a consecuencia de esto existe un creciente interés en los efectos que este cuidado crítico produce a mediano y largo plazo en los pacientes sobrevivientes. El ahora llamado “síndrome postUCI”^{1,2} involucra una serie de alteraciones cognitivas, funcionales y orgánicas, las cuales se presentan luego de la estadía en un servicio de cuidados intensivos, y causan una morbilidad importante en los pacientes.

Además, los cuidados intensivos son caros y consumen buena parte de los recursos hospitalarios, por lo que resulta fundamental determinar si esta atención, tan especializada y compleja, tiene impacto sobre la morbimortalidad de los pacientes al salir de la unidad.

Múltiples estudios epidemiológicos e intervencionistas han basado sus metas finales en la sobrevida a 28 días y en la condición de salud en ese momento, lo que ha convertido a este parámetro temporal y la calidad de vida en ese instante, en puntos de interés que bien vale la pena explorar.

La condición clínica de los pacientes que ingresan a una UCI, determina que exista una importante mortalidad intraunidad, atribuida a las patologías propias de esta población. Sin embargo, una vez egresados de la unidad, un seguimiento

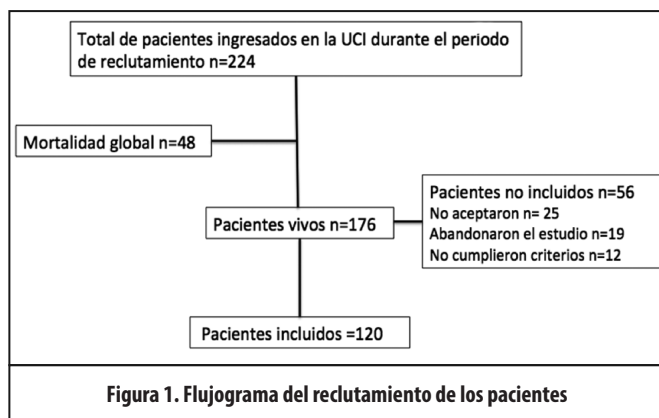
adecuado permite saber qué porcentaje de estos pacientes morirá en algún momento del resto de su estancia hospitalaria, o en los primeros días fuera del hospital. Del mismo modo, interesa saber la calidad de vida con la que quedan estos pacientes y su capacidad de reinserción social y laboral.³

Este trabajo presenta los primeros datos sobre la supervivencia y calidad de vida de los pacientes que egresaron de la Unidad de Cuidados Intensivos durante el resto de su estancia hospitalaria y a los 28 días después del alta; es parte de una investigación mayor que dio seguimiento a los pacientes por espacio total de 6 meses después del alta hospitalaria.

Los objetivos fueron identificar las principales características sociodemográficas del grupo en estudio y su estado de salud al ingreso a la UCI; describir la condición de egreso de los pacientes de la Unidad y del Hospital, y precisar la calidad de vida de los pacientes a los 28 días del alta hospitalaria, a partir de su grado de independencia y reinserción laboral, o regreso a las actividades normales.

Métodos

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo de un año de duración, que dio seguimiento a todos los pacientes egresados de la UCI, con un periodo de enrolamiento de 6 meses, desde junio hasta noviembre de 2014, y de otros 6 meses de seguimiento, hasta mayo de 2015, con tres momentos de corte: al egreso de la UCI, al egreso del Hospital, y a los 28



días después del alta. La información recabada incluyó datos demográficos y de condición de salud que se recolectaron al ingreso a la UCI y en los 3 momentos descritos. Se entrevistó al paciente o al cuidador, en su defecto. Las entrevistas a los 28 días se realizaron por vía telefónica.

Para los datos de estancia y mortalidad durante el internamiento en la UCI, se utilizó la base de datos de la Unidad, y para recolectar el resto de la información se utilizó un cuestionario redactado *ex profeso* para el estudio.

Se exploró la capacidad de reinserción en actividades de la vida diaria y laborales, estableciendo cuatro categorías: los pacientes que pudieron reasumir sus condiciones previas al ingreso hospitalario; los que tuvieron solo un problema de reinserción, ya fuera en el área de autocuidado, movilidad física

Cuadro 1. Características generales de la población de pacientes egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos, 2014. n= 120 pacientes	
Sexo	Hombres 63 (51%) Mujeres 57 (49%)
Edad promedio y percentiles	51 años (13-88 años) p25: 35 años p50: 56 años p75: 67 años
Antecedentes patológicos personales	
	Hipertensión arterial 55 (46%) pacientes Diabetes <i>mellitus</i> 30 (25%) pacientes Hipertensión y diabetes 25(21%) pacientes Cardiopatía isquémica 9 (7,5%) pacientes
Días promedio de estancia	6.5 días
Días promedio de hospitalización luego de UCI	6 días
Mortalidad intra-UCI ajustada	34 (15%)
Mortalidad intra-hospitalaria	3 (2%)
Mortalidad 28 días	4 (3%)

o laboral; los que tuvieron dos o más problemas en las diferentes áreas, y los que fueron incapaces de alguna reinserción.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v.21 (IBM Corp., EEUU).

El estudio fue aprobado por el comité local de bioética, en el oficio CLOBI-10-06-2014.

Resultados

Se reclutó a un total de 120 pacientes a partir de junio de 2014. En la Figura 1 se resume el flujograma de enrolamiento del estudio.

En los cuadros 1 y 2 se sintetizan las principales características de la población, los datos de estancia, mortalidad y principales grupos de diagnósticos de ingreso a la Unidad. En cuanto a la mortalidad, es necesario aclarar que la global fue de 48 pacientes, pero la ajustada (aquella en la que se excluye a los pacientes que murieron dentro de las primeras 24 horas de ingreso) fue de 34 pacientes.

En el Cuadro 2 se presentan los principales grupos de diagnóstico de ingreso a la Unidad; 85 (71%) pacientes ingresaron por el área médica y 35 (29%) por el área quirúrgica.

El sexo no estableció ninguna diferencia estadísticamente significativa entre la mortalidad, la estancia o el grupo diagnóstico.

De los pacientes que fallecieron aún internados en hospital, todos murieron por causas infecciosas (neumonía nosocomial); de los pacientes egresados, uno falleció por muerte súbita

Cuadro 2. Diagnósticos más frecuentes de pacientes egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos, 2014. n= 120 pacientes		
Grupo diagnóstico	Total de pacientes	%
Cardiopatía isquémica	49	41
Infecciones diferentes a neumonía	13	11
Politraumatizado	13	11
Cirugía abdominal	11	10
Cardiopatía no isquémica	8	6
Neumonía extrahospitalaria	8	6
Tromboembolia pulmonar	7	5
Otros	11	10
TOTAL	120	100

Cuadro 3. Capacidad de reinserción total y por edad de pacientes egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos, 2014. n=120 pacientes

	< 60 años	> 60 años	Total
Realiza actividades normales	36 (50%)	30 (64%)	66 (55%)
Tiene problemas en una área	9 (12%)	6 (13%)	15 (12,5%)
Tiene problemas en dos o más áreas	23 (31%)	8 (17%)	31 (26%)
Incapaz	5 (7%)	3 (6%)	8 (6,5%)
TOTAL	73	47	120
P < 0,05			

cardíaca, otro murió durante una hemodiálisis, un tercero por endocarditis infecciosa nosocomial, y en el último caso no fue posible confirmar la causa de la muerte.

Si bien la estancia promedio de la UCI fue de 6,5 días, los pacientes menores de 60 años tuvieron una estancia promedio de 8 días, contra una de 5,4 días en los mayores de 60 años (p 0,001).

La condición cognitiva al momento del alta de la UCI fue adecuada en 115 pacientes (96%); en estado de confusión se egresaron 3 (2,5%), y en estado vegetativo, otros 2 pacientes.

En cuanto al momento del egreso de la Unidad, 66 pacientes (55%) fueron enviados a los diferentes servicios del Hospital, 18 (15%) se trasladaron a otro centro de salud y 36 (30%) se egresaron directamente al hogar.

En el Cuadro 3 se presentan los datos sobre reinserción a las labores habituales, separados también por edad, y es de notar la mejor reinserción de los pacientes mayores de 60 años (p < 0,05). Aquí tampoco hubo diferencias con respecto al sexo de los pacientes.

En el caso de los menores de 60 años, la falta de reincorporación laboral constituyó su principal condición negativa (17 pacientes), mientras que en los mayores de 60 años lo fue la reinserción social (6 pacientes).

Discusión

Siempre resulta difícil comparar las unidades de cuidados intensivos de diferentes centros y países, pues llegan a existir diferencias más que significativas entre ellas, de acuerdo con el tipo de paciente que reciben (médico, quirúrgico, oncológico, coronario, mixto, etc.), sus criterios de ingreso y egreso, el nivel de complejidad y las diferencias demográficas y patológicas de las poblaciones que atienden.^{2,4,5} Sin embargo, es importante la

confrontación de la información obtenida con la que se publica a nivel mundial, para intentar contrastar igualdades y diferencias.

Históricamente, del total de pacientes que ingresan a la UCI del Hospital, el 65% son hombres y el 35%, mujeres, como consecuencia del alto y valetudinario peso que tiene la cardiopatía isquémica sobre los varones, que también queda manifestado en los grupos diagnósticos, donde es la principal causa de ingresos. Sin embargo, en los pacientes estudiados, una vez egresados de la Unidad, se encontró una relación muy pareja en la distribución por sexo, y por esta razón el factor género no tuvo una mayor influencia estadística sobre la duración de estancia, la reinserción, o la condición final de salud. También significa que la mayor carga de mortalidad se apoya sobre los varones.

La bibliografía mundial ofrece poca información sobre la causa de muerte de los pacientes una vez egresados de la UCI,⁶ pero la sepsis, especialmente de foco pulmonar, y la insuficiencia respiratoria de cualquier origen, parecen ser las causas más frecuentes de mortalidad “post UCI”. En el caso en estudio, al menos durante el resto de la estancia hospitalaria, estas también parecen ser las principales causas de fallecimiento. Por otro lado, la mortalidad descrita, de un 5%, resulta menor a la publicada en otros centros, lo que puede ser alentador en cuanto al cuidado que reciben los pacientes una vez egresados de la Unidad.^{4,6,7}

En cuanto al aspecto de la reinserción, es claro que a los 28 días aún casi la mitad de los pacientes no está en condiciones de una reinserción plena o aceptable con respecto a retomar sus actividades habituales, lo cual podría vincularse con la convalecencia de la enfermedad que los obligó a ser hospitalizados. Sin embargo, resulta un hecho conspicuo el que los mayores de 60 años tuvieran mayor capacidad de reinserción y menos problemas en las diferentes áreas exploradas (autocuidado, movilidad física y laboral). Hallazgos similares han sido descritos por Jeitziner *et al.*⁸ en un estudio reciente, donde reportan que los pacientes geriátricos que estuvieron en una unidad de cuidados intensivos médico-quirúrgica suiza, aunque tuvieron mayor cantidad de consultas posterior al egreso, fueron menos hospitalizados o enviados a hogares de atención especializada. Parece existir una paradoja geriátrica, según la cual, a pesar de su edad y comorbilidades, los pacientes geriátricos sobreviven mejor a su paso por las unidades de cuidado intensivo, aunque este no es un hallazgo consistente.^{4,9}

Por otro lado, el sexo, la duración de la estancia, e incluso el diagnóstico, parecen tener poco que ver con la capacidad de reinserción, hallazgo que también fue reportado por Dowdy *et al.*⁹ en 2005, en un artículo de revisión bibliográfica. Un factor más importante en la capacidad de reinserción parece ser la condición cognitiva al momento del egreso de la Unidad;¹⁰ esto deberá confirmarse con un estudio que brinde un seguimiento más prolongado.

En conclusión, los pacientes que egresan de la UCI tienen una mortalidad baja, pero con una reinserción a sus actividades habituales también baja, quizás en relación con el periodo de

convalecencia de su enfermedad. El sistema de salud parece ser muy eficiente para salvaguardar la vida de los pacientes críticos, aunque es posible que se deba dirigir esfuerzos hacia el seguimiento de los pacientes, con el fin de mejorar su recuperación.

Referencias

1. Mehlhorn J, Freytag A, Schmidt K, Brunkhorst FM, Graf J, Troitzsch U, *et al.* Rehabilitation interventions for postintensive care syndrome: a systematic review. *Crit Care Med.* 45: 1263-71. doi: 10.1097/CCM.000000000000148.
2. Jeitziner MM, Hantikainen V, Conca a, Hamers JPH. Long-term consequences of an intensive care unit stay in older critically ill patients: design of a longitudinal study. *BMC Geriatr* 2011; 11:52. doi: 10.1186/1471-2318-11-52.
3. Parker A, Sricharoenchai T, Needham DM. Early Rehabilitation in the Intensive Care Unit: Preventing physical and mental health impairments. *Curr Phys Med Rehabil Rep.* 2013; 1: 307-14.
4. Khouli H, Astua A, Dombrowski W, Ahmad, Homel, FP, Shapiro J, *et al.* Changes in health-related quality of life and factors predicting long-term outcomes in older adults admitted to intensive care units. *Crit Care Med.* 2011; 39: 731-7. doi: 10.1097/CCM.0b013e318208edf8.
5. Davidson JE, Harvey MA, Bemis-Dougherty A, Smith JM, Hopkins RO. Implementation of the Pain, Agitation, and Delirium Clinical Practice Guidelines and Promoting Patient Mobility to Prevent Post-Intensive Care Syndrome. *Crit Care Med.* 2013; 41:S136-45.
6. Braber A, van Zanten ARH. Unravelling post-ICU mortality: predictors and causes of death. *Eur J Anaesthesiol.* 2010; 27:486-90. doi: 10.1097/EJA.0b013e3283333aac.
7. Flaatten H. Mental and physical disorders after ICU discharge. *Curr Opin Crit Care.* 2010; 16:510-515.
8. Jeitziner MM, Zwahlen SM, Hantikainen V, Hamers JP. Healthcare resource utilisation by critically ill older patients following an intensive care unit stay. *J Clin Nurs* .2015; 2:1347-56. doi: 10.1111/jocn.12749
9. Dowdy DW, Eid MP, Sedrakyan A, Mendez-Tellez 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.
10. Svenningsen H, Langhorn L, Ågård AS, Dreyer P. Post-ICU symptoms, consequences, and follow-up: an integrative review. *Nurs Crit Care.* 2015. doi: 10.1111/nicc.12165