

Calidad de vida a largo plazo de los pacientes críticos

J.R. MASCLANS ENVIZ

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Red GIRA. Barcelona. España.

«¿Miedo a la muerte?
Uno debería temerle a la vida, no a la muerte»

Marlene Dietrich

Desde sus inicios en pleno siglo XX, el objetivo fundamental en Medicina Intensiva ha sido lograr la máxima supervivencia en los pacientes críticos. En la mayoría de ensayos clínicos controlados y aleatorizados, la mortalidad sigue siendo el patrón de referencia para evaluar la eficacia del nuevo tratamiento. Sin embargo, es difícil dilucidar cuál es el momento más adecuado para medir la mortalidad, si a los 28 días del ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), al final de dicho ingreso, al alta del ingreso hospitalario, o incluso transcurrido un determinado tiempo desde que el paciente salió del hospital. En este punto cabe recordar que una proporción significativa de los pacientes dados de alta de nuestras UCI no sobreviven a la hospitalización, cifra que se ha incrementado hasta un 10% en algunos estudios de pacientes ventilados mecánicamente¹, lo que se define como mortalidad oculta en UCI.

Pero no sólo la muerte es el enemigo a vencer, puesto que cuando se ha logrado que el paciente sobreviva es necesario considerar una serie de factores de vital importancia, como son las secuelas funcionales físicas y psicosociales y, por tanto, la calidad de vida con la que queda el enfermo tras superar el período de enfermedad crítica. Estos factores inciden tanto sobre el propio sujeto como también en su entorno, fundamentalmente familiar, y en el sistema sanitario. Por tal motivo, en los últimos años se es-

tán desarrollando líneas de trabajo para evaluar la calidad de vida de los pacientes tras su paso por una UCI, a medio y largo plazo, analizando dimensiones tanto físicas como emocionales. Para este fin se han aplicado diversas pruebas, algunas que estudian globalmente el nivel de vida y otras que analizan específicamente algunos campos más concretos, como pueden ser el aparato respiratorio, el locomotor, o el estado afectivo-emocional. Estas pruebas se aplican además en distintos grupos de pacientes, y su respuesta probablemente depende de muchos factores, como la reacción individual del sujeto frente a cada patología, la interacción con la premorbididad y la heterogeneidad poblacional². Otro hecho que sin duda también afecta a la comparación de resultados entre estudios es la temporalidad de las mediciones de calidad de vida, existiendo estudios que la analizan al mes, a los 3 y 6 meses, así como tras 1, 2 y hasta 5 años después del incidente crítico¹.

A finales de los años noventa, menos de un 2% de la literatura médica sobre patología crítica incluía estudios de calidad de vida³, hecho que se ha ido incrementando progresivamente en los últimos años como queda reflejado en algunos trabajos publicados recientemente^{4,5}. Pero hemos de tener en cuenta que los resultados varían según las pruebas y las variables evaluadas y que se están aplicando multitud de sistemas, ya sean en entrevistas personales o incluso telefónicas. Como ya hemos comentado, otro factor a considerar es la heterogeneidad de los pacientes analizados: pacientes críticos en general, respiratorios (fundamentalmente pacientes que han sufrido un síndrome de distrés respiratorio agudo^{6,7}), traumáticos o neurológicos. Y no debemos despreciar la propia interpretación de los resultados en función de la población de referencia utilizada, ya sea población sana del mismo medio estudiado o sujetos de otra zona, puesto que pueden existir diferencias culturales y sociales propias del área. También el estado basal de los pacientes previo al ingreso puede ser valorado y utilizarse en la comparación. La valoración de la situación basal puede resultar difícil en

Correspondencia: Dr. J.R. Masclans.
Servei de Medicina Intensiva. Àrea General.
Hospital Universitari Vall d'Hebron.
P.º Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona. España.
Correo electrònic: jrmasclans@vhebron.net

Manuscrito aceptado el 24-XI-2004.

muchos de nuestros pacientes, pero en algunos casos puede realizarse mediante consulta a los familiares que conviven con los enfermos, habiéndose demostrado un buen rendimiento con este método^{8,9} a pesar del riesgo potencial de sesgo.

Ante la disparidad de resultados en los estudios sobre calidad de vida³, que a veces obedece a la falta de calidad metodológica, lo más útil sería proceder a un análisis dirigido a subgrupos de pacientes críticos, más concretos, y también con edades más acotadas, a fin de valorar las secuelas motoras, así como las emocionales, la presencia de dolor o disconfort, y ansiedad o depresión, evaluando posteriormente posibles acciones a desarrollar para prevenir o atenuar dichas anomalías.

El estudio presentado en este número por Iribarren et al¹⁰ sobre los factores pronósticos de mortalidad en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tras su ingreso en una UCI, nos proporciona nueva información en este campo, en una población seleccionada de pacientes neumológicos, de especial interés dada la alta incidencia de esta patología¹¹, que puede llegar a ser la tercera causa de muerte mundial en estimaciones para el año 2020¹², y que además supone el 2% del coste de la sanidad pública española; remarcando además que se trata de una patología con un importante componente de reversibilidad¹³ al tratarse tanto la causa que produjo la agudización de la EPOC como la obstrucción del flujo aéreo, lo que frecuentemente obliga a su consideración de ingreso en una Unidad de Críticos.

Este grupo de pacientes presentó un deterioro considerable de su calidad global de vida tras el evento crítico. Y es de gran interés que únicamente la calidad de vida previa al evento se asoció con la mortalidad en todos los períodos estudiados. En este estudio, la calidad de vida al alta es el parámetro con mayor impacto pronóstico, por encima de otros como el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV₁) previo, la necesidad de oxigenoterapia domiciliaria, la gravedad de la patología o la edad.

Los autores, tal y como hemos comentado, no encuentran ninguna relación con el antecedente del grado de obstrucción de vía aérea o el requerimiento de oxigenoterapia domiciliaria, pero al alta hospitalaria encuentran una relación pronóstica con la edad y el APACHE II, así como con la calidad de vida previa, único factor este último que, tal y como hemos comentado, sigue manteniendo relación pronóstica en todos los segmentos estudiados (a los 6 y 12 meses).

No obstante, debemos recordar que la calidad de vida basal, cuando no fue posible valorarla sobre el propio paciente, lo que ocurrió en un buen número de casos, se efectuó con una encuesta realizada a familiares que convivían con el mismo sujeto, hecho que aunque podría hacernos pensar en otro factor de error, parece validado⁸. Esta posibilidad abre interesantes perspectivas, fundamentalmente en intensivos, donde investigar el estado de vida previo al evento agudo es muy complicado por la habitual fal-

ta de colaboración de nuestros enfermos, que suelen estar bajo efectos de sedoanalgesia.

Otro de los hallazgos a considerar en este estudio es la elevada mortalidad oculta en el servicio de Medicina Intensiva, cercana al 20% adicional, lo que sin lugar a dudas condiciona las relaciones que puedan analizarse en la mortalidad a corto plazo, e incide en el hecho que este parámetro pueda variar enormemente según los distintos servicios y hospitales.

Lo fundamental que nos muestran estos autores en este estudio es que hay diferentes índices pronósticos según valoremos al paciente a corto-medio o medio-largo plazo. Y es en este último segmento de análisis, que lo diferencia de otros estudios¹⁴, cuando sólo la calidad de vida preexistente se muestra significativa, lo que tal vez podría ser una herramienta útil que podría traducirse en la toma de decisiones prácticas, ya que este parámetro es más importante que la edad o la propia patología médica preexistente.

No obstante, algo que no han tenido en cuenta en este estudio es la utilización o no de ventilación no invasiva, considerándose sólo los episodios de ventilación mecánica "clásica". Sabemos que la ventilación mecánica es un factor pronóstico negativo en otras series¹⁵, afectando incluso a la posterior calidad de vida¹⁶, aunque no se ha mostrado pronóstico en el estudio de Iribarren et al¹⁰. Pero la posibilidad de tratar concretamente a este grupo de pacientes respiratorios crónicos agudizados de forma no invasiva supone un impacto pronóstico muy importante^{17,18} y podría haber sido interesante su análisis, aunque sería un objetivo distinto para otro estudio.

Por tanto, ya en el siglo XXI, la Medicina Intensiva debe efectuar un sólido paso adelante al preocuparse no sólo de la supervivencia sino también de devolver a los enfermos a su estado preexistente. Estudios como el de Iribarren et al¹⁰ pueden ser útiles al proporcionarnos instrumentos prácticos para la toma de decisiones que permitan una más eficiente utilización de recursos, así como abrir el camino a futuros estudios encaminados a la consideración de algunos factores durante el período crítico agudo, así como la posible rehabilitación física y psicosocial de estos pacientes, a fin de prevenir o tratar algunos de los trastornos detectados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Keenan SP, Dodek P. Survival as an outcome for ICU patients. En: Angus DC, Carlet J, editors. *Surviving Intensive Care. Update in Intensive Care and Emergency Medicine* (nº 39). Berlin Heidelberg: Springer; 2003. p. 3-20.
2. Herridge MS. Long-term outcomes after critical illness. *Curr Opin Crit Care*. 2002;8:331-6.
3. Heyland DK, Guyatt G, Cook DJ, Meade M, Juniper E, Cronin L, et al. Frequency and methodologic rigor of quality-of-life assessments in the critical care literature. *Crit Care Med*. 1998;26:591-8.
4. García F, Peres D, de Cubber M, Vincent JL. Long-term outcome in ICU patients: what about quality of life? *Intensive Care Med*. 2003;29:1286-93.
5. Kaarlola A, Pettilä V, Kekki P. Quality of life six years after intensive care. *Intensive Care Med*. 2003;29:1294-9.

6. Herridge MS, Cheung AM, Tansey CM, Matte A, Díaz N, Al-Saidi F, et al. One-year outcomes in survivors of the ARDS. *N Engl J Med.* 2003;348:683-93.
7. Laborda C, Masclans JR, de la Rosa D, Muñoz X, Pallisa E, de Latorre FJ. Calidad de vida en los supervivientes de un SDRA. *Med Intensiva.* 2003;27:341.
8. Hofhuis J, Hautvast JL, Schrijvers AJ, Bakker J. Quality of life on admission to the intensive care: can we query the relatives? *Intensive Care Med.* 2003;29:974-9.
9. Rivera R, Sánchez JJ, Vázquez G. Validation of a quality of life questionnaire for critically ill patients. *Intensive Care Med.* 1996;22:1034-42.
10. Iribarren-Diarasarri S, Aizpuru-Barandiaran F, Loma-Osorio A, Castedo-González J, Poveda-Hernández Y, Muñoz-Martínez T, et al. Factores pronósticos de mortalidad en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica tras su ingreso en una Unidad de Medicina Intensiva. El papel de la calidad de vida. *Med Intensiva.* 2005;29(4):204-11.
11. Adams PF, Hendershot GE, Marano MA. Current estimates from the National Health Interview Survey, 1996. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat.* 1999;10(200):1-11.
12. Murray CJ, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: global burden of disease study. *Lancet.* 1997;349:1498-504.
13. Pauwels RA, Buist AS, Calverly AM, Jenkins CR, Hurd SS. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD: NHLBI/WHO global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD). Workshop summary. *Am J Respir Crit Care Med.* 2001;163:1256-76.
14. Quality of Live After Mechanical Ventilation in the Aged Study Investigators. 2-Month mortality and functional status of critically ill adult patients receiving prolonged mechanical ventilation. *Chest.* 2002;121:549-58.
15. Nevins ML, Epstein SK. Predictors of outcome for patients with COPD requiring invasive mechanical ventilation. *Chest.* 2001;119:1840-9.
16. Combes A, Costa MA, Trouillet JL, Baudot J, Mokhtari M, Gilbert C, et al. Morbidity, mortality, and quality-of-life outcomes of patients requiring ≥ 14 days of mechanical ventilation. *Crit Care Med.* 2003;31:1373-81.
17. Girou E, Schortgen F, Delclaux C, Brun-Buisson C, Blot F, Lefort Y, et al. Association of noninvasive mechanical ventilation with nosocomial infections and survival in critically ill patients. *JAMA.* 2000;284:2367-76.
18. Plant PK, Owen JL, Elliott MW. Non-invasive ventilation in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: long term survival and predictors of in-hospital outcome. *Thorax.* 2001;56:708-12.