FACULTAD DE COMAHUE

Calidad de vida en pacientes que cursaron internación prolongada en la unidad de cuidados intensivos del Policlínico Modelo de Cipolletti

Estudiante: Luna, Ruth

Legajo: 26884

Director/es: Cenci, Federico

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciatura en Kinesiología y fisiatría

2024

Índice

1. Agradecimientos 12

2. Resumen 14

2.1. Palabras Claves 15

2.2. Abreviaturas 15

3. Introducción 16

3.1. Planteamiento de problema 17

3.2. Justificación 17

3.3. Objetivos 17

3.3.1. Objetivo general 17

3.3.2. Objetivos específicos 17

3.4. Hipótesis 18

3.4.1. SF36. 18

3.4.1.1. H1 18

3.4.1.2. H2 18

3.4.1.3. H3 18

3.4.1.4. H4 18

3.4.1.5. H5 19

3.4.1.6. H6 19

3.4.1.7. H7 19

3.4.1.8. H8 19

3.4.2. EQ5D: 19

3.4.2.1. H1 19

3.4.2.2. H2 19

3.4.2.3. H3 19

3.4.2.4. H4 19

3.4.2.5. H5 20

3.4.2.6. H6 20

3.4.2.7. H7 20

3.4.2.8. H8 20

4. Antecedentes 20

5. Marco teórico 22

5.1. La adultez temprana 22

5.2. La adultez media 23

5.3. Adulto mayor 23

5.4. Paciente crítico 24

5.5. Enfermedad crítica 24

5.6. Terapia intensiva 24

5.7. Calidad de vida 25

5.7.1. Dimensión de bienestar emocional 26

5.7.2. Dimensión de relaciones personales 26

5.7.3. Dimensión de bienestar material 26

5.7.4. Dimensión de desarrollo personal 26

5.7.5. Dimensión de bienestar físico 26

5.7.6. Dimensión de la autodeterminación 27

5.7.7. Dimensión de la inclusión social 27

5.7.8. Dimensión de la defensa de los derechos 27

5.8. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) 28

5.9. Calidad de vida en pacientes críticos 28

5.10. Síndrome post UCI 29

5.10.1. Diagnóstico PICS 31
5.10.2. Dominios 31
5.10.2.1. Dominio físico. 31
5.10.2.2. Dominio psicológico. 31
5.10.2.3. Dominio cognitivo 31
5.10.3. Prevención PICS 32
5.11. Rehabilitación física en UCI 33
5.12. Gestión ambiental para prevenir el PICS 33
6. Materiales y métodos 34
6.1. Tipo de estudio 34
6.2. Diseño de la investigación 34
6.3. Selección de la muestra 35
6.3.1. De inclusión 35
6.3.2. De exclusión 35
6.4. Materiales 35
6.4.1. El cuestionario EuroQol-5D (EQ-5D) 35
6.4.2. El cuestionario de salud SF-36 37
6.4.3. Protocolo de evaluación de calidad de vida 38
6.4.3.1. Consideraciones éticas: 39
7. Resultados 40
7.1. El Cuestionario SF-36 40
7.1.1. Salud General Percibida 42
7.1.2. Capacidad Funcional Física 44
7.1.3. Dolor 46
7.1.4. Salud Mental Percibida 48

7.1.5. Rol Físico 49

7.1.6. Vitalidad 51

7.1.7. Función Social 53

7.1.8. Rol Emocional 55

7.1.9. Physical Component Summary (PCS) 56

7.1.10. Mental Component Summary (MCS) 58

7.2. El cuestionario EQ-5D 65

7.2.1. Movilidad 66

7.2.2. Autocuidado 67

7.2.3. Actividades Habituales 68

7.2.4. Dolor/Malestar 69

7.2.5. Ansiedad/Depresión 70

7.2.5.1. Datos relevantes por paciente: 71

8. Discusión 76

9. Conclusión 82

10. Anexos 85

10.1. Anexo 1 85

10.2. Anexo 2 85

10.3. Anexo 3 86

10.4. Anexo 4 86

10.5. Anexo 5 95

10.6. Anexo 6 98

11. Bibliografía 99

1. Agradecimientos

En la recta final de esta maravillosa etapa de mi vida, quisiera expresar mi profundo agradecimiento a todos los que, con su valioso aporte, apoyo y aliento, me llevaron de la mano, a lo largo del proceso de mi carrera. Y una especial mención a aquellos que han sido la base para realizar este trabajo, el cual considero un logro académico y personal.

Primeramente agradezco a Dios que, a través de sus dones, me hizo saber que esta era la profesión a la cual quería dedicarme. Me dio la fortaleza para enfrentar las dificultades y llevarme hasta aquí. Y, por último, me reveló la sensibilidad y vocación que tengo para ayudar a todas las personas que necesitan de mi servicio.

Le quisiera dar gracias profundamente a mi esposo, mi mejor amigo, mi roca y mi mayor motivación. Manuel Ruiz, que fue, es, y será siempre mi apoyo inquebrantable. Él es el árbol en el cual me apoyo a lo largo de los caminos que emprendo. Y sin él, no sería posible estar aquí, pues camino de su mano. Gracias por creer en mi incluso cuando yo dudaba de mis propias capacidades. Este logro es tanto mío como tuyo.

Gracias a mis padres Ruthrayma y David, que son mi ejemplo para seguir. Ellos fueron quienes forjaron mi carácter y me enseñaron con su ejemplo valores, como el trabajo, la humildad o el esfuerzo. Estos valores han sido las herramientas fundamentales que me permitieron alcanzar mis metas. A pesar de la distancia, siempre han sido mi brújula y mi ancla, guiándome y dándome la fortaleza necesaria para seguir adelante. Gracias por darme alas para volar y por estar siempre conmigo, aunque estemos lejos. Pronto celebraremos juntos este logro tan importante.

Agradezco a mis hermanos David y Andrea, los cuales me motivan a superarme todos los días. Al ser la mayor de mis hermanos, siento la responsabilidad trazar el camino. Espero que con mi ejemplo les motive a trazar el camino esperado.

Quiero agradecer a mi querido abuelo Rómulo, gracias por creer en mi desde el principio, y por ser mi mayor defensor. Resonaron muy dentro de mi, tus alentadoras palabras, consejos, brindándome tranquilidad, esperanza y amor.

Una mención especial a Micaela Pozo, que empezó siendo compañera de estudio, y terminó siendo mi mejor amiga, a través de risas compartidas y lágrimas derramadas, hemos construido una amistad que transciende el tiempo. De principio a fin, compartimos este viaje académico juntas, enfrentando los más duros desafíos, y celebrando logros. Tu compañía y amistad fueron un regalo invaluable. Sin duda, elegí bien con quien sentarme el primer día de clases.

Quisiera agradecer a la hermana que me dio la vida Daylimar Colina, Aunque la distancia nos separa físicamente, tu apoyo fue constante y se sintió como si estuvieras a mi lado en cada paso. No puedo esperar para celebrar este triunfo contigo en persona.

Un agradecimiento especial a mi director de tesis, el Lic. Federico Cenci, por ser un mentor ejemplar, por su valiosa orientación, paciencia y apoyo, durante todo el proceso de elaboración de este trabajo. Y es que su dedicación y conocimiento fueron fundamentales para llevarlo a cabo. Gracias por ayudarme a alcanzar esta meta tan importante, ha sido un honor trabajar contigo.

A mi compañero de cuatro patas, Coco. Estoy convencida de que Dios nos manda ángeles en la tierra para que cuiden de nosotros, y a mí me mando uno muy peludito, gracias por ser mi apoyo en los momentos más estresantes, por estar siempre a mi lado brindándome compañía, y llenar mi vida de ladridos.

Por último y no menos importante, más que agradecer, quiero honrar la memoria de mis seres queridos que, aunque ya no están físicamente conmigo, siempre creyeron en mí y en mi capacidad y dones. Dios los tenga en su gloria.

Gracias a todos y cada uno de ustedes.

2. Resumen

Objetivo: Identificar y conocer cómo se vio afectada la calidad de vida de pacientes que cursaron una estadía prolongada en terapia intensiva en el policlínico modelo de Cipolletti. Método: Estudio descriptivo, longitudinal y no experimental, se consideraron en el estudio a pacientes mayores de 18 años de edad que cursaron internación en la unidad de cuidados intensivos durante un período mínimo de 24 horas, y que posteriormente se haya dado el alta institucional, quedaron excluidos aquellos pacientes menores de 18 años de edad; quienes presentaron condiciones médicas terminales o en cuidados paliativos; y aquellos pacientes con problemas de comunicación severos. La encuesta fue completada por los pacientes a través de un formulario de Google, y el análisis estadístico realizado con la herramienta de Microsoft Excel 2024. Resultados: Este estudio utilizó los cuestionarios SF-36 y EQ-5D-5L durante un periodo de 28 días. Se observaron mejoras en el componente físico del SF-36 a lo largo del estudio, con medianas en aumento de 34.2 (día 7) a 48.7 (día 28), aunque los pacientes >60 años continuaron por debajo de la media poblacional. En el componente mental del SF-36, las medianas aumentaron de 22.2 (día 7) a 28.06 (día 28), con recuperaciones más limitadas en adultos mayores. El cuestionario EQ-5D-5L mostró mejora gradual en la percepción de utilidad, con valores aumentando de 0.099 (día 7) a 0.324 (día 28). Discusión: La complejidad de este tema radica en que, aunque uno podría pensar que la calidad de vida abarca solo lo físico, lo social y lo biológico, en realidad entran en juego muchos factores que le dan un enfoque holístico. Los cuestionarios EQ-5D-5L y SF-36 reveló mejoras progresivas en algunos aspectos, pero persistencias en las dificultades emocionales. Estos hallazgos subrayan la necesidad de un enfoque multidimensional en la rehabilitación post-UCI, considerando tanto las mejoras físicas como el apoyo psicológico para abordar las secuelas del síndrome post-UCI. Es crucial implementar estrategias efectivas para asegurar una recuperación integral y mejorar la calidad de vida de los pacientes después de su alta

hospitalaria. Conclusiones: Este estudio realizado entre los meses de abril y mayo del año 2024, evaluó la calidad de vida de 20 pacientes post-UCI utilizando los cuestionarios SF-36 y EQ-5D-5L a lo largo de 28 días. Los resultados confirmaron las hipótesis planteadas sobre la progresión de los pacientes a lo largo del estudio, tanto en los componentes físico, mental (SF-36), así como en el valor de utilidad (EQ-5D-5L). También se encontraron diferencias según edad y sexo de los pacientes. Se recomienda ampliar las muestras y realizar estudios longitudinales para una comprensión más profunda de la recuperación post-UCI.

2.1.Palabras Claves

Calidad de vida, síndrome post UCI, Unidad de cuidados intensivos, paciente crítico, inmovilidad, movilización, debilidad.

2.2.Abreviaturas

Unidad de cuidados intensivos (UCI)

Síndrome post UCI (PICS)

Calidad de vida (CV)

Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

Debilidad adquirida en UCI (DAUCI)

Sociedad Americana en Cuidados Críticos (SCCM)

3. Introducción

La unidad de cuidados intensivos (UCI) se utiliza para seguimiento, atención, tratamiento y rehabilitación de pacientes graves, es esencial para pacientes críticos y altamente complejos que a menudo requieren soporte vital y atención especializada. Sin embargo, estos procedimientos pueden causar una serie de complicaciones, desde problemas pulmonares y neurológicos hasta problemas cognitivos y problemas del estado de ánimo como depresión y ansiedad.

A pesar de que los avances médicos y tecnológicos han mejorado las tasas de supervivencia a corto plazo en la unidad de cuidados intensivos, actualmente se enfrenta una nueva etapa en el cuidado de los pacientes críticos, se trata de una fase marcada por la aparición de conceptos como la humanización en el cuidado, la calidad de vida, el sufrimiento del paciente y su familia, y el llamado síndrome post-cuidados intensivos (PICS).

Este síndrome puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, manifestándose como una variedad de secuelas físicas, emocionales y cognitivas, como debilidad, deterioro funcional y trastorno de estrés postraumático adquirido en la unidad de cuidados intensivos.

Para abordar este problema, se están implementando varios cambios en la unidad de cuidados intensivos, como el uso de dispositivos de reducción de ruido, musicoterapia, mejor comunicación con el paciente y su familia, prevención, manejo y seguimiento del síndrome post UCI; para mitigar el impacto de PICS y mejorar la calidad de vida de los pacientes post cuidados intensivos. A pesar de estos esfuerzos, quedan muchas preguntas sobre la mejor manera de satisfacer las crecientes necesidades.

El objetivo de este estudio fue identificar y conocer cómo se vio afectada la calidad de vida en pacientes con internación prolongada en la unidad de cuidados intensivos con seguimiento a los 7, 14, 21 y 28 días después del alta.

3.1.Planteamiento de problema

La internación prolongada en la unidad de cuidados intensivos tiene consecuencias en la calidad de vida, tanto en la salud física, mental y emocional de los pacientes a largo plazo; una vez dados de alta. En la institución del Policlínico Modelo de la ciudad de Cipolletti se han observado pacientes que experimentan estadías prolongadas en la UCI debido a múltiples afecciones. Por lo tanto, es importante explorar y comprender el impacto que tiene este periodo en la calidad de vida de los pacientes una vez dados de alta.

3.2.Justificación

La investigación propuesta surge de la necesidad de abordar una problemática relevante y poco explorada en el contexto de la unidad de cuidados intensivos del Policlínico Modelo de Cipolletti. En este escenario, el presente trabajo propone evaluar el impacto en la calidad de vida de los pacientes que han experimentado una estadía prolongada en la UCI a través de los cuestionarios SF-36 y el EQ-5D-5L, con el objetivo de proporcionar información importante a los profesionales de la salud de dicha institución.

Por otro lado, esta investigación también tiene como propósito aportar más información sobre la experiencia de los pacientes con internación prolongada en relación a la calidad de vida y su capacidad para reintegrarse a la vida cotidiana.

3.3.Objetivos

3.3.1. Objetivo general

Identificar y conocer cómo se vio afectada la calidad de vida de pacientes que cursaron una estadía prolongada en la unidad de cuidados intensivos del policlínico modelo de Cipolletti.

3.3.2. Objetivos específicos

- Identificar y conocer las principales causas que originan el Síndrome Post-UCI en el paciente crítico.

- Identificar y analizar la calidad de vida a los 7, 14, 21 y 28 días según el instrumento SF-36.
- Identificar y analizar el impacto de los componentes físico y mental en la calidad de vida, según el instrumento SF-36.
- Identificar y analizar la calidad de vida percibida por los pacientes que han experimentado una estadía prolongada en la unidad de cuidados intensivos mediante el cuestionario EQ-5D.
- Identificar y conocer el impacto del síndrome post-UCI en la reincorporación a las actividades de la vida diaria.
- Identificar y Conocer el impacto del síndrome post-UCI en los diferentes grupos tanto etarios y según el sexo.

3.4.Hipótesis

3.4.1. SF36.

3.4.1.1. H1

Se anticipa que la función física de los pacientes esté deteriorada en el séptimo día post-internación en la UCI.

3.4.1.2. H2

Se espera una mejora progresiva en la función física de la mayoría de los pacientes para el día 28 post-internación en la UCI.

3.4.1.3. H3

Se prevé que los pacientes presenten niveles elevados de ansiedad, depresión y estrés en el séptimo día post-internación en la UCI.

3.4.1.4. H4

Se estima que los pacientes continuarán con secuelas psicológicas al día 28 post-internación en la UCI.

3.4.1.5. H5

Se anticipa una disminución en la participación social de los pacientes en el séptimo día post-internación en la UCI.

3.4.1.6. H6

Se espera una mejora en la participación social de los pacientes para el día 28 post-internación en la UCI.

3.4.1.7. H7

Se prevé que los pacientes reporten una percepción de salud general baja en el séptimo día post-internación en la UCI.

3.4.1.8. H8

Se estima una mejoría en la percepción de salud general de los pacientes al día 28 post-internación en la UCI.

3.4.2. EQ5D:

3.4.2.1. H1

Se anticipa que los pacientes reporten un dolor intenso en el séptimo día post-internación en la UCI.

3.4.2.2. H2

Se espera una disminución del dolor en los pacientes para el día 28 post-internación en la UCI.

3.4.2.3. H3

Se prevé que los pacientes presenten dificultad en la movilidad en el séptimo día post-internación en la UCI.

3.4.2.4. H4

Se estima una mejoría en la movilidad de los pacientes para el día 28 post-internación en la UCI.

3.4.2.5. H5

Se anticipa que los pacientes presenten dificultad para realizar sus actividades diarias en el séptimo día post-internación en la UCI.

3.4.2.6. H6

Se espera que los pacientes puedan llevar a cabo sus actividades diarias para el día 28 post-internación en la UCI.

3.4.2.7. H7

Se prevé que los pacientes reporten puntuaciones bajas de su salud en el séptimo día post-internación en la UCI.

3.4.2.8. H8

Se estima una mejoría en las puntuaciones de salud de los pacientes al día 28 post-internación en la UCI.

4. Antecedentes

La calidad de vida de los pacientes que han experimentado una internación prolongada en la unidad de cuidados intensivos (UCI) es un área de creciente investigación, interés y preocupación en el ámbito de la atención médica., a pesar de que existe un avance importante en la medicina y con ello mejoran los tratamiento y hay mayor tasa de supervivencia a condiciones críticas que anteriormente habían sido fatales, sin embargo, este aumento de supervivencia trae consigo nuevos desafíos, ya que muchos pacientes que presentan estadía prolongada en UCI enfrentan consecuencias a largo plazo de su enfermedad y tratamiento, lo que puede afectar significativamente su calidad de vida.

Por esta razón, es fundamental comprender cómo la prolongada internación en UCI y las condiciones asociadas, como el Síndrome de Cuidados Intensivos Posterior (PICS), impactan la calidad de vida de los pacientes.

Un estudio, realizado por Skinner et al en Australia durante el 2011, evaluaron la calidad de vida con el instrumento SF-36 a 67 pacientes al momento del alta de la UCI y 6 meses después encontraron disminuciones significativas tanto en el componente mental como en el componente físico, y a los 6 meses mejoraron esos resultados; pero, no lo suficiente para retornar al estado inicial de antes del paso por la UCI (Mejía Vanegas et al., 2022).

En el año 2012, la Sociedad Americana en Cuidados Críticos (SCCM) definió por primera vez el término Síndrome Post-Uci como "Nuevos problemas o empeoramiento de los problemas de salud física, mental o cognitiva relacionados con la enfermedad crítica que persisten al alta del hospital en el sobreviviente" (Mateo Rodríguez et al., 2022).

En el 2013, en un estudio de 91.203 pacientes realizado en Holanda se presentó una mortalidad del 12.5% a un año posterior a la hospitalización en una unidad de cuidados intensivos. En Inglaterra, se evidenció que 56% de los pacientes que estuvieron en cuidados intensivos, fallecieron en el primer año posterior al alta (Arango-Isaza et al., 2019).

En el 2016, Autores como Pintado et. al., encontraron que los pacientes con estancias prolongadas (> 14 días) en una unidad de cuidados intensivos presentaban una mortalidad al año superior a los pacientes que tenían una estancia menor (68.2% vs 41.2%). Además de esto, evidenciaron que la estancia prolongada de los pacientes estaba relacionada con la gravedad de estos en el ingreso; lo que podría explicar las cifras de mortalidad que encontramos en nuestro estudio, puesto que, en él, los pacientes de mayor gravedad tuvieron estancias más prolongadas. (Pintado et al., 2016).

Un estudio de cohorte retrospectiva realizado en Brasil durante el 2017 indicó que el 45% de los sobrevivientes de la UCI presentaron alteraciones psicológicas, incluyendo depresión, ansiedad, y la mayoría de los pacientes (84,4%) describió tener algo de memoria de los eventos en la UCI (Mejía Vanegas et al., 2022).

En otro estudio, realizado por Silveira et al en Brasil en el año 2018, evaluaron la funcionalidad en 249 pacientes tratados con ventilación mecánica, utilizando el índice de Barthel, en donde obtuvieron resultados de independencia total al ingreso de UCI, y de dependencia moderada al egreso (Mejía Vanegas et al., 2022).

En un reciente estudio de Sánchez, S. B. (2022), "sobrevivir a los cuidados intensivos: el síndrome post UCI", realizado en el 2022, se estima que aproximadamente el 25-50% de los supervivientes de la UCI desarrollarán PICS. Algunos trabajos hablan incluso de que el 46% de los pacientes mantendrán síntomas de PICS incluso un año después del alta.

Según la revisión realizada de los estudios, se puede constatar que, si existe una disminución significativa en la autonomía funcional y la calidad de vida en pacientes con una mayor estancia en la unidad de cuidados intensivos, además se destaca la complejidad de los desafíos que enfrentan estos individuos y la necesidad de una comprensión más profunda de sus necesidades y experiencias. Si bien se han identificado varios factores que pueden afectar la calidad de vida de estos pacientes, como el síndrome de cuidados intensivos posterior (PICS), la fatiga, el dolor y los desafíos en la reincorporación a la sociedad.

Los distintos autores refieren la necesidad de implementar estrategias en respuesta a la problemática, como el programa de humanización que busca mitigar los efectos del síndrome post-UCI y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, aún persisten muchas interrogantes.

5. Marco teórico

5.1. La adultez temprana

Es el lapso inicial de la vida adulta, que oscila entre los 21 y los 40 años. Esta es la etapa en que finalizan los procesos de crecimiento corporal, físico e intelectual, alcanzando la plenitud de sus capacidades físicas hacia los 25-30 años, con gran agilidad, fuerza y resistencia. En esta etapa florece el pensamiento social y reflexivo, abierto, adaptable y que

integra lógica, emoción e intuición. Socialmente, el adulto joven asume una mayor carga de responsabilidades y de libertades, dando sus primeros pasos firmes en la dirección profesional, ética y social que definirá el resto de su vida. Los lazos afectivos y emocionales se hacen más sólidos y la vida sentimental inicia un notorio asentamiento (Adultez - Concepto, Inicio, Final, Etapas y Características, 2021).

5.2.La adultez media

Es la meseta de la vida humana, que oscila entre los 40 y 65 años de vida. Se la conoce también como "segunda adultez" y es una etapa vital marcada por la autorrealización y una gran productividad en términos intelectuales (y/o científicos, filosóficos o artísticos), dado que el bagaje cultural adquirido en las etapas previas es suficiente para realizar aportaciones significativas al mundo. En esta etapa se da también la llamada "crisis de la edad media" en que el individuo se forja a sí mismo una nueva inflexión de su personalidad, para hacer frente al declive en sus capacidades físicas y sensoriales, que ya comienza a hacerse notorio, así como la aparición de enfermedades tempranas. Esto suele ir de la mano de la persecución de placeres más que la satisfacción de presiones sociales o individuales, y en general se trata de una etapa de plena independencia, que idealmente prepara al individuo para enfrentar la vejez (Adultez - Concepto, Inicio, Final, Etapas Y Características, 2021).

5.3.Adulto mayor

En general, se considera como adulto mayor a cualquier persona de más de 60 o 65 años. Sin embargo, no existe un momento concreto determinado biológicamente en el que una persona se convierte en anciana. Algunos pueden volverse funcionalmente viejos a una edad temprana, al verse afectados por problemas propios de la tercera edad, como resultado de haber sufrido enfermedades o una exposición continua a malas condiciones de vida. De este modo, el proceso de envejecimiento depende en gran medida del contexto sociocultural y

económico. Los ancianos o adultos mayores constituyen uno de los grupos poblacionales con un mayor grado de vulnerabilidad (Araujo Pulido, n.d.).

5.4.Paciente crítico

Se define como aquél que presenta alteraciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de gravedad tal que representan una amenaza real o potencial para su vida y que al mismo tiempo son susceptibles de recuperación. Por lo tanto, hay cuatro características básicas que definen al paciente crítico: enfermedad grave, potencial de revertir la enfermedad, necesidad de asistencia y cuidados de enfermería continuos, necesidad de un área tecnificada (UCI). Estos pacientes se encuentran en la UCI ya que requieren cuidado constante y atención especializada durante las 24 horas del día debido a que su estado es crítico. (Aguilar, Cesar et al., 2017)

5.5. Enfermedad crítica

La enfermedad crítica es aquella que pone en peligro inminente la vida de un paciente y cuyo tratamiento es tan complejo, que solo puede ser proporcionado en unidades especiales. Esta puede dividirse en fases en función de la temporalidad, distinguiendo entre la enfermedad aguda que propició el ingreso, el propio ingreso y el alta (Sánchez, S. B. 2022).

5.6.Terapia intensiva

En 1950, el anestesiólogo Peter Safar considerado el primer intensivista creó un área de cuidados intensivos en la que mantenía a los pacientes sedados y ventilados debido a las epidemias de poliomielitis de 1947 a 1952. Con el tiempo estas unidades se expandieron globalmente acompañado de los avances tecnológicos y el desarrollo de la medicina. Hoy en día, las unidades de cuidados intensivos (UCI) son servicios dentro del marco institucional hospitalario que poseen una estructura diseñada para mantener las funciones vitales de pacientes en riesgo de perder la vida, creadas con la finalidad de recuperación. (Aguilar, Cesar et al., 2017).

Sin embargo, los supervivientes de la UCI a menudo informan de deterioros duraderos en la salud física, cognitiva y/o mental después del alta hospitalaria.

5.7.Calidad de vida

La utilización del concepto de Calidad de Vida (CV) puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundíal, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras (Urzúa M & Caqueo-Urízar, 2012).

Desde ese momento, el concepto de calidad de vida ha ido evolucionando, desde ser considerado una noción sensibilizadora, hacia las personas como eje central de los esfuerzos, a convertirse en un constructo social que guía las prácticas profesionales en los programas, la evaluación de resultados y la mejora continua de la calidad. El concepto sirve para medir eso que llamamos "la buena vida". Hoy en día la calidad de vida individual se entiende como:

"Un estado deseado de bienestar personal compuesto por varias dimensiones centrales que están influenciadas por factores personales y ambientales. Estas dimensiones centrales son iguales para todas las personas, pero pueden variar individualmente en la importancia y valor que se les atribuye. La evaluación de las dimensiones está basada en indicadores que son sensibles a la cultura y al contexto en que se aplica" (Schalock y Verdugo, 2007).

Desde esa misma perspectiva la OMS define a la calidad de vida como:

"[…] la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto de amplio alcance que está atravesado de forma compleja por la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno." (OMS, 2002).

Según lo expuesto, la calidad de vida se comprende hoy en día, respaldada por numerosas investigaciones, desde un enfoque multidimensional que abarca tanto aspectos subjetivos como objetivos, considerando las dimensiones biopsicosociales. De acuerdo con Enciso Luna et al., (2021) basado en el programa propuesto por Schalock y Verdugo (2002, 2012) las dimensiones que se incluyen son:

5.7.1. Dimensión de bienestar emocional

Considera los sentimientos como las satisfacciones a nivel personal y vital, el autoconcepto de sí mismo a partir de los sentimientos de seguridad/inseguridad y capacidad/incapacidad, la ausencia de estrés relacionado con la motivación, humor, comportamiento, ansiedad y la depresión.

5.7.2. Dimensión de relaciones personales

Hace referencia a la interacción y mantenimiento de relaciones de cercanía como, por ejemplo: participación en actividades, amistades estables, relación familiar estables, entre otras; y si manifiesta sentirse querido por otras personas importantes.

5.7.3. Dimensión de bienestar material

Contempla los aspectos de capacidad económica, ahorros y aspectos materiales que permitan a la persona una vida confortable, saludable y satisfactoria.

5.7.4. Dimensión de desarrollo personal

Tiene en cuenta las habilidades y competencias sociales. El aprovechamiento de oportunidades de desarrollo personal y nuevos aprendizajes o tener la posibilidad de integrarse al mundo laboral de manera motivada con la capacidad de desarrollar competencias personales, conductas adaptativas y estrategias de comunicación.

5.7.5. Dimensión de bienestar físico

Aplica desde la atención sanitaria ya sea preventiva, general, domiciliaria, hospitalaria, entre otras. Esta tiene en cuenta diferentes aspectos como el dolor, medicación y cómo inciden

en el estado de salud de la persona permitiendo llevar una actividad normal. El bienestar físico permite desarrollar actividades de la vida diaria desde las capacidades y se ve facilitado con ayudas técnicas en caso de ser necesarias.

5.7.6. Dimensión de la autodeterminación

Ésta hace referencia al proyecto de vida personal, las posibilidades de poder elegir entre diferentes oposiciones. Habla de metas y valores, pertenencias, intereses y objetivos personales. Estos aspectos llevan a una mejor toma de decisiones, permitiendo que la persona tenga la opción de defender ideales y opiniones. La autonomía personal de cada ser, permite organizar su propia vida y tomar el mando de sus decisiones.

5.7.7. Dimensión de la inclusión social

Valora el rechazo y/o discriminación por parte de la sociedad. Se valora a partir de saber su círculo de amistad, si forma parte de entornos comunitarios. La inclusión se mide desde la participación y accesibilidad que permiten romper barreras físicas que estén dificultando la integración social.

5.7.8. Dimensión de la defensa de los derechos

Contempla el derecho a la intimidad, al respeto recibido por su entorno.

Este enfoque holístico permite tener una comprensión integral de la calidad de vida, abordando a las personas desde aspectos tanto físicos como psicológicos y sociales.

La calidad de vida (CV) abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual. El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas. El bienestar social, tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar. El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento. Por último, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la

esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior (Vinaccia & Orozco, 2005).

5.8.Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

Dentro del marco de la medicina basada en la evidencia, ha llevado al estudio de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Sin embargo, existe cierta discrepancia en la literatura sobre la relación entre calidad de vida (CV) y CVRS. Mientras algunos autores consideran que ambos términos son intercambiables, otros sugieren que la CVRS debería distinguirse de la CV, ya que se centra en la experiencia del paciente en relación con su enfermedad y tratamiento. (Ruiz & Pardo, 2005)

La CVRS, según algunos investigadores, debería abordar la percepción del impacto de la enfermedad o tratamiento en el bienestar y la capacidad funcional del paciente, considerando los dominios físico, emocional y social. Es esencial diferenciar entre la CV y la CVRS, ya que esta última se enfoca en aspectos relacionados con la salud y su impacto en la vida diaria del individuo (Urzúa M, 2010).

Aunque las mediciones de CVRS tienen ventajas, como describir un estado de salud, señalar cambios en el funcionamiento del paciente y proporcionar un pronóstico, también presentan desafíos como lo son: la naturaleza subjetiva del constructo, las múltiples fuentes de error de medición y la compleja asociación entre múltiples resultados son algunas de las limitaciones de su uso (Urzúa M, 2010).

5.9.Calidad de vida en pacientes críticos

La calidad de vida en pacientes críticos que sobreviven al tratamiento en una UCI es inferior al de la población general; es decir, la condición de salud y la severidad de la enfermedad al ingreso a UCI son factores determinantes en la calidad de vida (Mejía Vanegas et al., 2022).

El paciente al egreso de la UCI presenta un deterioro de la independencia funcional y la incapacidad de realizar sus propias tareas llegando a la dependencia temporal o permanente, debido a que la autonomía puede disminuirse o incluso perder se por la presencia de trastornos cognitivos, depresión, estrés postraumático, procesos patológicos crónicos y agudos, siendo estos factores el motivo de la alteración de la calidad de vida en el paciente después de la UCI (Mejía Vanegas et al., 2022).

5.10. Síndrome post UCI

De acuerdo con Raurell, Torredà et al., (2019) En 2010, la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos (SCCM) convocó a un grupo internacional de múltiples partes interesadas que creó el término "Síndrome de Cuidados Post-Intensivos" (PICS). El síndrome post-UCI se define como la pérdida física, funcional y cognitiva que presentan los pacientes que han estado ingresados en UCI y que afecta a su reincorporación en la vida laboral.

En las unidades de cuidados intensivos (UCI), el dolor, la incertidumbre y el miedo son experiencias comunes tanto para los pacientes como para sus familiares y el personal sanitario. Se ha observado que durante el primer año después de su estancia en la UCI, los pacientes que sufren del Síndrome Post-UCI (PICS) enfrentan dificultades físicas, como dolor y debilidad, alteraciones cognitivas, incluyendo problemas de atención, memoria y procesamiento de información más lento, así como problemas emocionales, como ansiedad, depresión y posiblemente estrés postraumático. Estas complicaciones pueden tener un impacto significativo y generar secuelas que dificultan la reintegración social, familiar y laboral adecuada (Charco Roca et al., 2021).

De acuerdo con Lobo, Valbuena (2022), entre los factores de riesgo definidos en las publicaciones existentes, se encuentran aquellos donde se puede actuar o mitigar a través de intervención precoz:

- Delirium

- Inmovilidad lo que lleva a DAUCI
- Sedación profunda
- Comunicación truncada o fallida
- Corticoides sistémicos
- Ventilación mecánica prolongada

Según Sosa et al., (2019) La debilidad muscular adquirida en la UCI (DAUCI), que se produce por la inmovilidad prolongada que presentan estos pacientes debido a su condición, se puede diagnosticar en un porcentaje considerable de pacientes sometidos a ventilación mecánica en los primeros días de su tratamiento. La cual se caracteriza por la atrofia y/o pérdida de masa muscular, derivada de miopatía, polineuropatía o ambas, sin otra causa subyacente que justifique la debilidad, aparte de la propia enfermedad crítica del paciente.

De acuerdo con Charco Roca et al., (2021) Los pacientes con estadía prolongada en UCI tienen una alta probabilidad de presentar delirium durante la hospitalización lo que aumenta significativamente el riesgo de sufrir deterioro cognitivo y problemas psiquiátricos. En estudios recientes se ha demostrado que el deterioro cognitivo persiste a los 3 y 12 meses del alta, el 40% y el 34%, respectivamente. A los 12 meses, síntomas clínicamente significativos de ansiedad, depresión y estrés postraumático están presentes en el 20% al 30% de los supervivientes.

Dentro de la PICS además se encuentra la depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (TEPT), estas son las principales enfermedades mentales que componen los deterioros del estado mental que pueden surgir entre pacientes críticos, se caracteriza por la presencia de pensamientos intrusivos que surgen de una combinación de eventos verdaderos después del alta en UCI (Inoue et al., 2019).

Otros Obstáculos que pueden llevar a desencadenar PICS: las variaciones fuera de rango en los valores de la glucemia, la inmovilidad prolongada asociada a su vez a ventilación mecánica, sedoanalgesia, uso de glucocorticoides y los bloqueantes neuromusculares aumentan la probabilidad de la aparición de DAUCI. además, el sexo femenino se asocia más a presentar TEPT, el bajo nivel educativo y abuso del alcohol aumentan el riesgo de enfermedades mentales adquirida en UCI. En conjunto son factores que aumentan el riesgo de presentar PICS (lobo, Valbuena; 2022)

5.10.1. Diagnóstico PICS

De acuerdo con Sánchez, Silvia (2022) No existen pruebas específicas para el diagnóstico del Síndrome de Cuidados Intensivos Posterior (PICS). Sin embargo, la detección de nuevos síntomas o el empeoramiento de los síntomas existentes deben alertar y motivar a realizar una detección. Se disponen de escalas validadas que permiten medir el deterioro cognitivo, el estrés, el grado de ansiedad o el delirio, lo que proporciona una mejor comprensión de la situación. El diagnóstico precoz del PICS permite iniciar el tratamiento de manera temprana.

5.10.2. Dominios

De acuerdo con Sanchez, Silvia (2022) Los componentes principales del Síndrome Post-UCI conforman la conocida “triada de UCI”. Sin embargo, esta entidad es altamente compleja y afecta varios dominios:

5.10.2.1. Dominio físico.

Incluye debilidad muscular, disfunción de la glotis, dolor y deterioro pulmonar.

5.10.2.2. Dominio psicológico.

Engloba cuadros de ansiedad, trastorno de estrés postraumático y deterioro cognitivo.

5.10.2.3. Dominio cognitivo.

En este apartado se destaca la presencia del delirio.

Existe una interrelación entre estos componentes, ya que cada uno puede influir en los otros. Por ejemplo, la depresión y la ansiedad pueden empeorar la función cognitiva, mientras que el deterioro cognitivo puede generar un mayor estrés y ansiedad.

5.10.3. Prevención PICS

Para la prevención del síndrome post-UCI se elaboró un paquete de medidas, denominado 'ABCDEF bundle' por sus siglas en inglés. El principal objetivo de estas medidas es el manejo del delirio y el dolor, manteniendo unos niveles de sedación bajos y promoviendo la movilización precoz y el ejercicio. Estos procedimientos han demostrado beneficios a la hora de mejorar las tasas de supervivencia y han disminuido también los días que el paciente pasa en ventilación mecánica, en coma y en situaciones de delirium. (Lobo, Valbuena.; 2022)

Además, permite un mejor abordaje interdisciplinar sobre el paciente, ya que todos los profesionales de la salud se orientan hacia los mismos objetivos. Las diferentes actuaciones recogidas en este paquete son:

- A: evaluación, prevención y manejo del dolor
- B: respiración y despertar espontáneo
- C: elección de sedación y analgesia
- D: evaluación, prevención y manejo del delirium
- E: ejercicio y movilización precoz
- F: compromiso y empoderamiento de la familia

La prevención del PICS también requiere un enfoque centrado en mejorar la comunicación durante los cuidados al final de la vida. Esto implica el reconocimiento y el respeto por los valores, preferencias y necesidades expresadas por el paciente, así como la promoción de la toma de decisiones compartidas. Además, se enfatiza la importancia de

proporcionar un sólido apoyo emocional, que involucre la intervención de psicólogos especializados (Inoue et al., 2019)

5.11. Rehabilitación física en UCI

El objetivo principal de la rehabilitación en la UCI es mejorar la calidad de vida manteniendo, mejorando e incorporando actividades de la vida díaria. Tanto DAUCI como el delirio son parte del PICS y están relacionados con una disminución de la calidad de vida.

Las recientes guías clínicas sugieren implementar la rehabilitación en etapa temprana como medida preventiva de PICS en pacientes críticos en UCI. Sin embargo, es importante tener en cuenta que, según una revisión sistemática reciente, aunque la rehabilitación física en la UCI podría mejorar la movilidad, masa y fuerza muscular, no parece tener un efecto significativo en la prevención del delirio ni en la salud mental de los pacientes.

Se ha observado que la rehabilitación física para la movilidad en la UCI incluye actividades como, sentarse, pararse y deambular, de forma pasiva y activa. Además, se sugiere la incorporación de técnicas como estimulación eléctrica neuromuscular y el uso de cicloergometros para mejorar la capacidad física de los pacientes (Inoue et al., 2019).

5.12. Gestión ambiental para prevenir el PICS

Durante su estancia en la UCI, los pacientes están expuestos a diversos factores ambientales, especialmente ruido y luz. Numerosos estudios han demostrado que el ruido excesivo de fondo tiene un impacto negativo en la calidad del sueño de los pacientes. Con el objetivo de mitigar este problema, se ha propuesto el uso de dispositivos de reducción de ruido en la UCI (Inoue et al., 2019).

Litton et al. (2017) llevaron a cabo un metaanálisis de seis ensayos controlados aleatorios y tres ensayos no aleatorios para evaluar los efectos de los tapones para los oídos en el desarrollo del delirio en pacientes de la UCI. Sus resultados indican que los tapones para los oídos reducen significativamente el riesgo de delirio.

Además, se ha planteado que otras intervenciones, como la musicoterapia o el uso de auriculares con cancelación de ruido, pueden contribuir a reducir la ansiedad durante la estancia en la UCI. Estas medidas no solo tienen el potencial de mejorar la experiencia del paciente en la UCI, sino que también pueden tener un impacto positivo en su recuperación (Inoue et al., 2019).

De acuerdo con Sánchez, Silvia (2022) El avance constante de la medicina a la par de la tecnología ha aumentado la supervivencia de los pacientes, sin embargo, estas mejoras han generado un distanciamiento de la parte humana, tanto de los pacientes y sus familias, como para los profesionales de la salud. Por ende, se propone la implementación de una UCI a puertas abiertas, facilitando una comunicación más efectiva con los pacientes y sus familiares, quienes podrán participar en todo el proceso de evolución del paciente y en la toma de decisiones. Este enfoque busca mejorar el bienestar del paciente durante su estadía en la UCI, con el objetivo de prevenir, manejar y dar seguimiento al síndrome post UCI. Para alcanzar estos objetivos, es de suma importancia cuidar del bienestar del profesional de la salud, asegurando así la mejor atención al paciente

6. Materiales y métodos

6.1.Tipo de estudio

Estudio descriptivo debido a que se pretende recopilar información detallada sobre la calidad de vida y funcionalidad de los pacientes posterior a ser dados de alta de la UCI a través de encuestas y cuestionarios. Y longitudinal ya que el estudio se llevó a cabo durante un periodo prolongado.

6.2.Diseño de la investigación

No experimental debido a que no hay manipulación de las variables y solo se va a observar los fenómenos que suceden para luego analizarlos.

6.3. Selección de la muestra

Es no probabilística de sujetos voluntarios, considerando los siguientes criterios:

6.3.1. De inclusión

Se consideraron en el estudio a pacientes mayores de 18 años de edad que cursaron internación en la unidad de cuidados intensivos del Policlínico Modelo de Cipolletti, durante un período mínimo de 24 horas, y que posteriormente se haya dado el alta institucional

6.3.2. De exclusión

Quedaron excluidos aquellos pacientes menores de 18 años de edad; quienes presentaron condiciones médicas terminales o en cuidados paliativos; y aquellos pacientes con problemas de comunicación severos.

6.4. Materiales

Para este trabajo se utilizó:

- Criterios de selección del paciente
- Versión validada en español del cuestionario EuroQol-5D-5L (EQ-5D-5L)
- Versión validada en español del cuestionario de salud SF-36
- Formulario Google
- Herramienta de Microsoft Excel 2024
- Aplicación de Google Meet
- Aplicación de Whatsapp

6.4.1. El cuestionario EuroQol-5D (EQ-5D)

Se diseñó como un cuestionario sencillo que pudiera ser administrado en condiciones muy variadas de medición por correo, autoadministrado o por entrevista, pero que también facilitará la obtención de valores de preferencia (o utilidades) de los individuos por una serie de estados de salud, para su inclusión en estudios de coste-efectividad o coste-utilidad. De esta manera, además de la medición de la salud en dimensiones físicas, psicológicas y

sociales, propósito fundamental de los instrumentos de CVRS, este cuestionario es útil en la asignación de recursos sanitarios (Herdman et al., 2001).

El cuestionario EQ-5D-5L es un cuestionario auto-administrado que consta de dos partes, el sistema descriptivo y la Escala Visual Analógica (EVA).

- En la primera parte del cuestionario se describe el estado de salud actual de los individuos a través de cinco dimensiones: movilidad, auto-cuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Cada una de estas 14 Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación dimensiones tiene cinco respuestas posibles o niveles de gravedad: sin problemas (1), problemas leves (2), problemas moderados (3), problemas graves (4) y problemas extremos /imposibilidad (5). Cada entrevistado señala el nivel que mejor refleja su estado para cada una de las cinco dimensiones con lo que su estado de salud queda descrito por cinco dígitos que toman valores del 1 al 5, siendo el estado de salud 11111 considerado a priori el mejor estado de salud y el 55555 el peor estado de salud. La combinación de dichos niveles en cada dimensión define un total de 3125 (55) estados de salud.

Como los datos del EQ-5D no son continuos, sino ordinales, la información se presenta en términos del porcentaje de la población que declara problemas de salud por niveles en cada dimensión, por grupos de edad, sexo y categorías socioeconómicas como la clase social basada en la ocupación y el nivel de estudios.

- La segunda parte consiste en una EVA de 20 cm de longitud con puntuaciones del 0 al 100, donde el 0 representa el peor estado salud y 100 el mejor estado de salud imaginable.

El índice de salud se obtiene mediante técnicas de medición de preferencias sobre estados de salud del EQ-5D que consisten en ejercicios individuales de elección entre un conjunto de pares de estados de salud del EQ-5D hipotéticos, tras los que, mediante un

modelo de regresión, se muestra la relación lineal entre el valor (utilidad o índice) y variables correspondientes a los distintos niveles de cada una de las dimensiones. De este modo, cada uno de los 3.125 estados de salud del EQ-5D-5L recibe un valor en la escala (0, 1), siendo 0 el valor de referencia, asignado a la muerte y 1 el de la salud perfecta. Caben estados de salud peores que la muerte, que son alorados negativamente (Vinuesa Sebastián et al., 2014) (ver anexo 5).

Versión validada en español del cuestionario EQ-5D.

6.4.2. El cuestionario de salud SF-36

Fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Es útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales. Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos, y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS.

Está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el Medical Outcomes Study (MOS), que incluían 40 conceptos relacionados con la salud. Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad

y el tratamiento. Finalmente, para todos los dominios, se realiza la sumatoria de los puntajes para obtener los componentes físicos y mentales, conocidos como el Physical Component Summary (PCS) y el Mental Component Summary (MCS).

Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas, pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36.

El cuestionario está dirigido a personas de ≥ 14 años y preferentemente debe ser autoadministrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica (Vilagut et al., 2005) (ver anexo 4).

Versión validada en español del cuestionario SF-36.

6.4.3. Protocolo de evaluación de calidad de vida

Para comenzar se hizo la selección de los pacientes según los criterios de inclusión y exclusión establecidos mientras se encontraban en la UCI. Se procedió a solicitar el consentimiento informado verbal de cada paciente para su participación en el estudio, explicándoles detalladamente el procedimiento de evaluación. Una vez dados de alta de la UCI, los pacientes fueron trasladados a sala de internación de clínica médica y finalmente recibieron el alta Sanatorial.

Se recopilaron datos personales de cada uno de los pacientes, incluyendo las fechas de alta de la UCI y la información necesaria para realizar un seguimiento continuo durante las cuatro semanas del estudio. Además, se obtuvieron los números de contacto para facilitar el seguimiento. En el caso de los adultos mayores se les hizo seguimiento a través de la

plataforma virtual “Google Meet” o mediante videollamadas a través de la aplicación de “WhatsApp” para realizar las encuestas pertinentes.

A los pacientes que, al día 7 post-UCI ya estén dados de alta de la institución, se les envió el cuestionario a través de WhatsApp. Aquellos que aún estaban en sala de internación de clínica médica al momento de llegar al día 7 post-UCI, fueron visitados personalmente para la realización de las encuestas. Una vez dados de alta, los días 14, 21 y 28 se realizaron las encuestas a través de los formularios de Google enviados por la aplicación de WhatsApp.

Completadas las encuestas los días 7, 14, 21 y 28 de cada participante, se realizó el análisis correspondiente de los resultados obtenidos en los cuestionarios SF-36 y EQ-5D a través de la herramienta de Microsoft Excel 2024. Se realizaron comparaciones entre las dos encuestas y entre diferentes grupos de pacientes según sexo y edad (menores de 30 años, mayores a 60 años, y entre 30 y 60 años) para identificar posibles diferencias significativas.

Finalmente, en base a los resultados obtenidos, se evaluó el impacto en la calidad de vida de los participantes después de su estancia en la unidad de cuidados intensivos.

6.4.3.1. Consideraciones éticas:

Se respetará la confidencialidad y privacidad de la información recopilada durante la evaluación.

Se obtendrá el consentimiento informado de forma verbal de los pacientes para formar para de la investigación.

El estudio se llevará a cabo de acuerdo con los principios éticos y las regulaciones vigentes en materia de investigación médica y de acuerdo con las reglas sanatoriales.

El estudio se realizó con el consentimiento informado otorgado por el jefe del Servicio de Kinesiología del Policlínico Modelo de Cipolletti (ver Anexo 6).

7. Resultados

Los instrumentos de medición utilizados fueron los cuestionarios de calidad de vida EQ-5D y el SF-36 en su versión validada en español.

Se estudió un total de 20 pacientes a los días 7,14, 21 y 28 de haberse dado el alta sanatorial, de los cuales el 40% son de sexo femenino y el 60% de sexo masculino, con una edad promedio de 46 años.

Los datos fueron recopilados inicialmente a través de los formularios de Google y posteriormente se pasaron los datos a la herramienta Excel para realizar el análisis estadístico. En este proceso, se calcularon la media, la moda y la varianza utilizando los datos recopilados en los cuatro momentos de medición (días 7, 14, 21 y 28).

Dentro de los cuestionarios ya mencionados de calidad de vida, se analizaron los siguientes factores:

7.1.El Cuestionario SF-36

Es una herramienta que evalúa 8 dimensiones de la salud, cada dimensión del cuestionario SF-36 se puntúa en una escala de 0 a 100, donde un puntaje más alto indica un mejor estado de salud percibido por el individuo. El proceso para calcular estos puntajes implica sumar las respuestas de los ítems correspondientes a cada dimensión y luego transformar el total en el valor correspondiente del 0 al 100. Posteriormente, se realiza la sumatoria de los puntajes para obtener los componentes físicos y mentales, conocidos como el Physical Component Summary (PCS) y el Mental Component Summary (MCS). Esta agregación permite una evaluación integral de la salud del paciente, abarcando tanto los aspectos físicos como mentales (Ver tabla 1).

Tabla 1

Contenido de las escalas SF-36

Significado de las puntuaciones de 0 a 100

Dimensión	N° de ítems	Peor puntuación (0)	Mejor puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse y ducharse, debido a la salud.	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades de la vida diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales

Salud mental	5	Sensación de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Ítem de transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año

(Vilagut et al., n.d.)

7.1.1. Salud General Percibida

Este dominio de la encuesta SF-36 busca capturar la percepción global que cada persona tiene sobre su estado de salud, proporcionando una evaluación subjetiva. El dominio incluye las preguntas 1, 33, 34, 35 y 36 del cuestionario, diseñadas para medir el estado de salud general. El puntaje obtenido proporciona una medida cuantitativa de la percepción de salud de una persona, permitiendo evaluar cambios en su salud a lo largo del tiempo (ver anexo 4).

En el análisis del dominio “Salud general percibida”, se observa un patrón consistente de mejora progresiva a lo largo de las cuatro semanas de estudio. Al inicio del periodo (día 7), la mediana general fue de 41, indicando una percepción de salud general que se clasifica entre “regular” y “buena” en una escala del 0 al 100. Esta cifra aumentó progresivamente: alcanzó un valor de 49 al día 14, 57 al día 21 y finalmente llegó a 62 al día 28, reflejando una percepción de salud más sólida de salud general, clasificándola entre “buena y “muy buena” (ver tabla 2) (ver anexo 1) .

Los pacientes menores de 30 años mostraron una mejora notable a lo largo del estudio. Comenzaron con una media de 64 al día 7, indicando una percepción inicial entre "buena" y "muy buena", acompañada de una desviación estándar inicialmente alta de 8.38. Esta percepción continuó mejorando de manera constante durante las cuatro semanas,

alcanzando una media de 81 al día 28, lo que refleja una percepción de salud clasificada entre "muy buena" y "excelente". Hacia el final del estudio, la variabilidad en esta percepción disminuyó, con ± 6.25 al día 28, sugiriendo una mayor consistencia en las respuestas (ver tabla 3).

En contraste, el grupo de pacientes mayores de 60 años comenzó con una percepción inicial significativamente más baja, con una media de 16 el día 7, indicando una percepción entre “mala” y “regular”. A medida que avanzó el estudio, hubo una mejora considerable, alcanzando una media de 48 al día 28, lo que indica una percepción de salud general “buena”. Este grupo mostró una baja variabilidad en su percepción de salud en los días 7 y 14, con una ± 2.79. Sin embargo, hacia los días 21 y 28, la desviación estándar, que aumentó a valores entre 6.09 y 6.84, indicando mayor variabilidad entre los participantes mayores de 60 años (ver tabla 3). Esto puede comprenderse debido a que los adultos mayores suelen necesitar mayor tiempo para superar sus limitaciones físicas o cambios en la movilidad.

Este análisis resalta cómo la percepción de salud general varía significativamente según la edad. Mientras que los adultos jóvenes experimentan una mejora progresiva y consistente en su salud general, alcanzando niveles altos hacia el final del estudio, los adultos mayores mostraron una tendencia positiva gradual desde una percepción inicial más baja. Este contraste podría explicarse por la influencia de la edad, prevalencias de enfermedades crónicas y limitaciones funcionales asociadas al envejecimiento.

En cuanto a la moda de la pregunta uno del cuestionario, al inicio del estudio fue de 25, indicando una percepción promedio de percepción de salud general “regular”. Sin embargo, hubo diferencias notables entre los grupos: los menores de 30 años tuvieron una moda de 25, reflejando también una salud percibida como “regular”, mientras que los grupos mayores a 30 años dieron una moda de 0, reflejando una percepción inicial más baja de salud (ver tabla 2).

Al finalizar el estudio, la moda general siguió siendo 25, indicando nuevamente una percepción general de salud como “regular”. Los menores de 30 años tuvieron una moda de 75, destacando una salud general percibida como “muy buena”, mientras que los mayores de 30 años mostraron una moda de 25, reflejando una percepción de salud general como “regular” (ver tabla 2).

7.1.2. Capacidad Funcional Física

Este dominio del cuestionario SF-36 aborda la percepción que tiene una persona sobre su capacidad funcional física. Incluye las preguntas 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12 que miden cómo su salud actual afecta la capacidad de las personas para realizar una variedad de actividades físicas como caminar, subir escaleras, levantar objetos, bañarse, vestirse, entre otras. El puntaje obtenido cuantifica esta percepción, permitiendo compararla a lo largo del tiempo y entre diferentes grupos poblacionales (ver anexo 4).

Se encontró que la media general para el dominio de "Capacidad Funcional Física" fue de 54 al día 7, de 60 al día 14, de 70 al día 21, y de 73 al día 28 (en una escala de 0 a 100). Estos resultados indican que la capacidad funcional comenzó con un valor que refleja una capacidad funcional física a la cual los pacientes encuestados respondieron “Si, me limita poco” y mejoró a un valor que indica una capacidad funcional a la cual respondieron en un valor intermedio entre “Si, me limita poco” y “no, no me limita nada” hacia el final del período de medición, indicando una tendencia positiva con el paso del tiempo (ver tabla 2) (ver anexo 1).

La media en menores de 30 años fue de 75 el día 7 y 93 el día 28, alejándose significativamente de la media general. Esto se puede observar claramente en la desviación estándar, que mostró una mayor dispersión de datos con un valor de 7.85 para el día 7. Para el día 28, la dispersión disminuyó significativamente, con una ±de 2.91, indicando una menor

variabilidad en la recuperación. Este patrón es comprensible dado que los pacientes jóvenes suelen recuperarse más rápidamente (ver tabla 3)

En el caso de los pacientes con edades intermedias, sus valores se mantuvieron cercanos a la media general, con una ±de 4.16 el día 7 y 4.76 el día 28, lo cual es esperable ya que constituyen la mayoría de los pacientes (ver tabla 3).

Por otro lado, los pacientes mayores de 60 años se encontraron por debajo de la media, con valores de 31 al día 7 y 56 al día 28. Además, presentaron la menor desviación estándar, manteniéndose constante en 2.19 desde el día 7 hasta el día 28, lo que indica mayores limitaciones físicas y una menor variabilidad en su recuperación (ver tabla 3).

La media en los hombres se mantuvo cercana a la media general, lo cual es esperable ya que constituyen la mayoría de los pacientes. La desviación estándar para los hombres fue de 4,40 el día 7, mostrando una moderada variabilidad en sus respuestas. Por otro lado, la media en las mujeres fue de 57 el día 7, y este valor se mantuvo en el mismo rango para el día 14, con una ±de 4.65 y 2.60, respectivamente, indicando una reducción en la variabilidad de las respuestas. Para los días 21 y 28, la media en las mujeres aumentó a 69, con desviaciones estándar de 3.60 y 3.14, respectivamente, lo que refleja una mejora en su estado físico y una disminución en la dispersión de los datos hacia el final del período de medición (ver tabla 3).

Cabe destacar que el valor más bajo dentro de este dominio se obtuvo en las preguntas 3 a la 12 a los 7 días, con una mediana entre 25 y 38 en el grupo de pacientes mayores de 60 años, estos valores se encuentran entre “Si, me limita mucho” y “Si, me limita poco” (ver tabla 3). Todas estas preguntas se refieren a esfuerzos de moderados a intensos, lo cual tiene sentido dado que los pacientes de mayor edad tienden a experimentar mayores limitaciones físicas.

La moda para el día 7 mostró que los valores se acercaban más a 50, lo que indica un funcionamiento físico donde la mayoría de los pacientes respondieron “Si, me limita poco”

(ver tabla 2). Esto es comprensible dado que el alta hospitalaria era muy reciente y los pacientes aún estaban en las primeras etapas de recuperación.

Sin embargo, hubo excepciones en las preguntas 5, 7, 8 y 11, donde la moda fue de 100, estas preguntas se refieren a esfuerzos leves como subir un piso de escaleras o cargar una bolsa, lo que refleja que muchos pacientes experimentaron poca limitación en estos aspectos desde el principio. En contraste, la moda para el día 28 mostró que los valores se acercaban más a 70, indicando un funcionamiento físico que se encuentra entre "Si, me limita poco" y "no, no me limita nada". Esta mejora refleja el progreso en la capacidad funcional física de los pacientes con el paso del tiempo desde el alta hospitalaria.

7.1.3. Dolor

Este dominio del cuestionario SF-36 se centra en evaluar la percepción y el impacto del dolor físico en la vida diaria de las personas. El dominio incluye las preguntas 21 y 22 del cuestionario. El puntaje obtenido en este dominio proporciona una medida cuantitativa del dolor percibido por las personas (ver anexo 4).

Se encontró que la media general para el dominio del dolor fue de 38 el día 7, de 42 el día 14, de 53 el día 21, y de 58 el día 28 (en una escala de 0 a 100). Estos resultados indican que, inicialmente, los pacientes percibieron el dolor como una interferencia significativa en sus actividades diarias (ver tabla 2). Al inicio de la medición, los pacientes respondieron entre "Bastante" y "Regular" en la pregunta 21 y entre "Sí, mucho" y "Sí, moderado" en la pregunta 22. Esto refleja una percepción inicial del dolor como una interferencia considerable en sus actividades diarias y la presencia de dolor en varias zonas del cuerpo (ver tabla 2) (ver anexo 1).

En contraste, para el día 28, las respuestas indicaron una percepción del dolor que se situaba en "Regular" en la pregunta 21 y entre "Sí, moderado" y "Sí, un poco" en la pregunta 22. Este cambio sugiere una tendencia positiva en la capacidad de los pacientes para manejar

el dolor y su interferencia en las actividades diarias (ver tabla 2). Sin embargo, es importante destacar que, aunque hubo una mejora, los valores finales no alcanzaron niveles óptimos. Al finalizar el período de medición, los pacientes aún percibían el dolor como una interferencia moderada en sus actividades, lo que indica que el dolor seguía siendo una preocupación relevante.

La desviación estándar general para este dominio fue de ±2.82 el día 7, ±2.65 el día 14, ±4.41 el día 21, y ±2.82 el día 28. La disminución gradual de la desviación estándar a lo largo del tiempo, excepto por un aumento temporal el día 21, sugiere que hubo una reducción en la variabilidad de las respuestas, lo que puede indicar una recuperación más uniforme entre los pacientes hacia el final del período de medición. El aumento temporal en la desviación estándar el día 21 podría reflejar una variabilidad transitoria en la experiencia del dolor entre los pacientes en ese punto. (ver tabla 2)

La media en menores de 30 años fue de 61 y ±1,76 para el día 7 y una media 78 y ±1,76 para el día 28, estos valores indican que estos pacientes mostraron una percepción inicial del dolor más baja y una mejora significativa con el tiempo, alcanzando valores altos en el día 28, lo que sugiere una rápida recuperación del dolor (ver tabla 3).

En el caso de los pacientes con edades intermedias, sus valores se mantuvieron cercanos a la media general, con una mejora gradual a lo largo del tiempo. Una desviación estándar de ±4.16 el día 7 y ±4.76 el día 28, indicando una recuperación moderada y constante del dolor (ver tabla 3).

Por otro lado, los pacientes mayores de 60 años se encontraron por debajo de la media, con valores de 11 y ±1,76 para el día 7 y una media de 45 y ±7,07 para el día 28. (ver tabla 3). Estos valores indican que este grupo de pacientes comenzó con una percepción del dolor muy alta y, aunque mostraron alguna mejoría, sus valores siguen siendo bajos, reflejando mayores dificultades en la gestión del dolor.

En cuanto a la media por sexo, las mujeres mostraron una percepción del dolor más alto al inicio, con una mejora constante a lo largo del tiempo. La variabilidad de las respuestas fue mayor al inicio y disminuye hacia el final del periodo de medición (ver tabla 3). En cuanto a los hombres también mostraron una mejora constante en la percepción del dolor, con una menor variabilidad en sus respuestas hacia el final del periodo de medición, indicando una recuperación más uniforme.

La moda general para la pregunta 21, que hace referencia al dolor en diferentes partes del cuerpo, se mantuvo en 40 a lo largo de todo el periodo de medición. Esto indica que la mayoría de los pacientes respondieron principalmente con "Sí, moderado", sugiriendo que experimentaron un nivel de dolor moderado de manera consistente. Por otro lado, la moda para la pregunta 22, que indaga sobre si el dolor interfirió en las actividades diarias, se mantuvo en 50 durante todo el periodo de medición. Esto sugiere que la mayoría de los pacientes reportaron una interferencia en sus actividades que oscila entre "Sí, un poco" y "Sí, moderado".

El valor más bajo de este dominio fue en la pregunta 21 y 22 a los 7 días para el grupo de pacientes mayores de 60 años con una mediana de 10 y 13 respectivamente. Esto es coherente dado que se trata del grupo de mayor edad y corresponde a los primeros días después del alta hospitalaria.

7.1.4. Salud Mental Percibida

Este dominio del cuestionario SF-36 se enfoca en evaluar diversos aspectos relacionados con el bienestar emocional y psicológico de las personas. Abarca las preguntas 24, 25, 26, 28, y 30, las mismas fueron diseñadas para medir salud mental general, incluyendo estado de ánimo, ansiedad y depresión. El dominio proporciona una medida cuantitativa de la salud mental de una persona, permitiendo evaluar cambios en la misma a lo largo del tiempo (ver anexo 4).

De acuerdo con los datos obtenidos para el dominio de “Salud mental percibida” a lo largo de las cuatro semanas, se observa una estabilidad en las medianas generales, lo que indica que se mantuvo una percepción constante de la salud mental de los participantes durante todo el estudio. La mediana general al inicio del estudio fue de 51 indicando una salud mental moderada. Hacia el día 28, la mediana general aumentó a 56, lo que indica una leve mejoría, aunque insignificante (ver tabla 2) (ver anexo 1).

Los puntajes más bajos de salud mental percibida fueron los del grupo de adultos mayores de 60 años, con una mediana inicial de 39, y una mediana al finalizar el estudio de 37. Esto indica una percepción menos positiva de su salud mental en comparación con otros grupos etarios (ver tabla 3).

De acuerdo a la desviación estándar de este dominio no mostró una dispersión significativa. Tanto al día 7 como al día 28 del estudio, la desviación estándar general fue de ±3.7, lo que indica que los puntajes de salud mental percibida estuvieron relativamente cercanos a la mediana general, sugiriendo una consistencia en la percepción de salud mental a lo largo del tiempo (ver tabla 3).

7.1.5. Rol Físico

Este dominio del cuestionario SF-36 se centra en evaluar cómo su salud física afecta la capacidad de una persona para llevar a cabo sus actividades diarias que requieren algún esfuerzo físico. Incluye las preguntas 13, 14, 15 y 16 del cuestionario. El puntaje obtenido en este dominio proporciona una medida cuantitativa de la percepción de limitación física en roles habituales, permitiendo evaluaciones y comparaciones a lo largo del tiempo (ver anexo 4).

Se encontró que la media general para el dominio de "Rol Físico" fue de 39 al día 7, de 49 al día 14, de 54 al día 21, y de 60 al día 28 (en una escala de 0 a 100). Estos resultados indican que al inicio, la mayoría de los pacientes respondieron "Sí", indicando limitaciones

significativas en sus actividades diarias debido a su salud física. Con el tiempo, se observó una mejora, alcanzando un valor intermedio entre "Sí" y "No", sugiriendo una tendencia positiva en la capacidad de los pacientes para desempeñar su rol físico. La disminución de la desviación estándar dentro de la media a lo largo del tiempo refleja una reducción en la variabilidad de las respuestas, lo que puede indicar una recuperación más uniforme entre los pacientes hacia el final del período de medición (ver tabla 2) (ver anexo 1).

La media en los pacientes menores de 30 años para el dominio de "Rol Físico" fue de 56 el día 7 y 88 el día 28, mostrando una mejora significativa con el tiempo. Inicialmente, los valores estaban más cercanos a la media general de 39 para el día 7, pero se alejaron notablemente hacia el día 28, donde la media general fue de 60. Esto se refleja también en la desviación estándar, que fue de ±18,16 para el día 7, indicando una mayor dispersión de datos. Para el día 28, la desviación estándar disminuyó significativamente a ±8,33, lo que sugiere una menor variabilidad en la recuperación de estos pacientes. Este patrón es comprensible, ya que los pacientes jóvenes suelen recuperarse más rápidamente, lo que se manifiesta en una mayor uniformidad en su capacidad para desempeñar su rol físico con el paso del tiempo (ver tabla 3).

En el caso de los pacientes con edades intermedias, sus valores se mantuvieron cercanos a la media general. La desviación estándar fue de ±14.36 el día 7 y disminuyó a ±10.39 el día 28, lo cual es esperable ya que constituyen la mayoría de los pacientes. Esto sugiere que, en términos de rol físico, este grupo experimenta una variabilidad moderada en la percepción de sus limitaciones físicas a lo largo del tiempo de medición. (ver tabla 3).

Por otro lado, los pacientes mayores de 60 años se encontraron por debajo de la media, con valores de 19 al día 7 y 38 al día 28. Además, presentaron la menor desviación estándar, manteniéndose en ±13.81 para los días 7 y 14, y ±14.43 para los días 21 y 28. Esto indica mayores limitaciones físicas en la realización de sus actividades diarias y una menor

variabilidad en su percepción de la capacidad de realizar su rol físico a medida que pasa el tiempo (ver tabla 3).

En cuanto a la media por sexo, tanto hombres como mujeres mostraron medias cercanas a la media general desde el día 7 al día 21. Para el día 28, la media general de los hombres fue de 67 y para las mujeres de 50. La desviación estándar fue de ±14.95 el día 7 para los hombres y ±10.82 el día 7 para las mujeres, reduciéndose a ±10.39 y ±10.20 respectivamente para el día 28. Esto sugiere que los hombres inicialmente tuvieron una variabilidad moderada en la percepción de su rol físico, que disminuyó hacia el final del período de medición. Por otro lado, las mujeres mostraron una percepción más estable y consistente de su rol físico a lo largo del tiempo (ver tabla 3).

Cabe destacar que el valor más alto dentro de este dominio se obtuvo entre los días 14 y 21, con una media de entre 75 y 100 en el grupo de pacientes menores de 30 años. Todas estas preguntas se refieren al rol físico con respecto a las actividades de la vida cotidíana, lo que sugiere que los pacientes más jóvenes experimentaron una mayor recuperación física.

En cuanto al dato relevante de la moda para los días 7, 14, 21 y 28 en las preguntas 13 a 16, se observó que los valores se mantuvieron en 0 en el grupo de pacientes mayores de 60 años. Esto sugiere que la mayoría de los pacientes en este grupo respondieron afirmativamente a la limitación en su rol físico con respecto a las actividades de la vida diaria. Este hallazgo es comprensible dado el envejecimiento natural y las mayores limitaciones físicas asociadas.

7.1.6. Vitalidad

Este dominio del cuestionario SF-36 se centra en evaluar el nivel de energía y vigor percibidos por las personas en su vida diaria. Comprende las preguntas 23, 27, 29 y 31 del cuestionario. El puntaje obtenido en este dominio proporciona una medida cuantitativa de la vitalidad de la persona, permitiendo evaluar cambios a lo largo del tiempo (ver anexo 4).

Basado en los datos obtenidos para el dominio de “Vitalidad” a lo largo de las cuatro semanas, se observa una estabilidad en las medianas generales, indicando una percepción constante de vitalidad entre los participantes durante todo el estudio. La mediana inicial fue de 43, mostrando una percepción moderada de vitalidad. Hacia el día 28, la mediana general aumentó ligeramente, lo cual sugiere una leve mejoría, aunque no significativa. Los resultados indican que los participantes reportaron sentirse llenos de vitalidad “algunas veces” (ver tabla 2) (ver anexo 1). Cabe destacar que se observaron los resultados entre los grupos etarios y no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la percepción de vitalidad (ver tabla 3).

En cuanto a las modas observadas en este dominio, se destaca que las respuestas mostraron que en las preguntas 23 y 27 se encontraron modas de 0 y 40, esto indica que la mayoría de los participantes reportaron “nunca” sentirse llenos de energía y solo “algunas veces” sentirse llenos de vitalidad. (ver tabla 2).

En contraste, en las preguntas 29 y 31 presentaron modas de 60 y 40 respectivamente. Esto indica que la mayoría de los participantes respondieron que experimentaron cansancio “algunas veces” y sentirse agotados “muchas veces” durante el periodo de estudio.

Estos hallazgos revelan una tendencia más marcada hacia el cansancio y agotamiento en comparación con los momentos de energía y vitalidad.

Durante las cuatro semanas de estudio, no se observaron diferencias significativas en las desviaciones estándar generales, manteniéndose en ±9.80 al inicio del estudio y aumentando ligeramente a ±10.5 al finalizar (ver tabla 2). Al analizar las desviaciones estándar en diferentes grupos etarios y sexos, se observaron variabilidades diversas. Sin embargo, no se encontró una correlación consistente entre los días 7,14,21 y 28 para ninguno de los grupos analizados. Esto indica que no se establece una tendencia uniforme de variabilidad entre los grupos, como se observó en otros dominios. Esta falta de correlación

podría atribuirse a que cada persona experimenta cambios únicos en su percepción de vitalidad, influenciados por factores personales, eventos externos o cambios en el entorno. Es importante considerar que la percepción de vitalidad es altamente subjetiva y puede variar significativamente entre individuos y durante los días de evaluación (ver tabla 3).

7.1.7. Función Social

Este dominio del cuestionario SF-36 se enfoca en evaluar cómo los problemas emocionales y físicos afectan la capacidad de una persona para participar en actividades sociales. El dominio incluye las preguntas 32 y 20 del cuestionario (ver anexo 4). El puntaje obtenido en este dominio proporciona una medida cuantitativa de la función social de los individuos.

Se encontró que la media general para el dominio de Función social fue de 49 el día 7, de 53 el día 14, de 63 el día 21, y de 67 el día 28 (en una escala de 0 a 100) (ver tabla 2) (ver anexo 1). Al inicio de la medición, los pacientes respondieron entre “Bastante” y “Regular” en la pregunta 20, que indica cómo los problemas emocionales y físicos fueron un inconveniente en su participación social. Asimismo, respondieron entre “Muchas veces” y “Algunas veces” en la pregunta 32, que indica la frecuencia con la que los problemas emocionales y físicos tuvieron afectaron en la participación social. Estos resultados indican que, inicialmente, los pacientes tuvieron una participación social afectada de manera moderada, con intervenciones sociales dificultades por problemas emocionales o físicos.

Con el paso del tiempo, se observó una mejora en la participación social. Para el día 28, las respuestas indicaron una función social que se situaba entre “Regular” y “Un poco” en la pregunta 20 y entre “Algunas veces” y “Solo alguna vez” en la pregunta 32. Este cambio sugiere una tendencia positiva en la capacidad de los pacientes para adaptarse mejor a su entorno social (ver tabla 2).

La desviación estándar general para este dominio fue de ±7,95 el día 7, ±6,54 el día 14, ±3,53 el día 21, y ±2.82 el día 28. Estos valores indican la variabilidad en las respuestas de los pacientes a lo largo del tiempo (ver tabla 2). Al inicio del estudio, la alta variabilidad de 7,95 el día 7 sugiere que la percepción social difería considerablemente entre los individuos. A medida que avanzaba el tiempo la desviación estándar disminuyo para los días 14 y 21, sugiriendo que la percepción de la función social se estaba estabilizando y volviendo más consistente entre los pacientes. Finalmente, para el día 28, muestra una variabilidad mínima en las respuestas, lo cual sugiere que, hacia el final del periodo de medición, la mayoría de los pacientes tienen percepciones similares sobre su función social, reflejando una recuperación más uniforme y una mayor adaptación social.

La media en menores de 30 años fue de 66 y 5,30 de desviación estándar para el día 7 y una media 89 y ±6,18 para el día 28, estos valores indican que estos pacientes mostraron una percepción de la función social con menos interrupciones y alcanzaron valores altos al final del periodo de medición. Esto sugiere una mayor adaptación social, lo cual es coherente con la edad de este grupo (ver tabla 3)

En el caso de los pacientes con edades intermedias, sus valores se mantuvieron cercanos a la media general, con una mejora gradual a lo largo del tiempo. Una desviación estándar de ±7.66 el día 7 y ±4.41 el día 28, lo que indica una disminución en la variabilidad de las respuestas y sugiere una estabilización y mayor consistencia en la percepción de la función social entre los pacientes de este grupo etario (ver tabla 3).

Por otro lado, los pacientes mayores de 60 años se encontraron por debajo de la media, con valores de 27 y ±11,49 para el día 7 y una media de 55 y ±7,07 para el día 28. (ver tabla 3) Estos valores indican que este grupo de pacientes comenzó con una percepción de la función social baja, que aumentó a una percepción de la función social regular hacia el final

del periodo de medición. Si bien hubo mejoras, no fueron optimas, lo cual es comprensible dado el grupo etario.

En cuanto a la media por sexos, tanto las mujeres como los hombres mostraron una percepción de la función social regular, con una mejora constante a lo largo del tiempo. La variabilidad de las respuestas fue mayor al inicio y disminuye hacia el final del periodo de medición, indicando una recuperación más uniforme, en ambos sexos (ver tabla 3).

Cabe destacar que el valor más bajo dentro de este dominio se obtuvo en la pregunta 20, que indica como los problemas emocionales y físicos fueron un inconveniente en su participación social a los 7 días, con una mediana de 19 en el grupo de pacientes mayores de 60 años. Esto es coherente dado el corto periodo de tiempo del alta sanatorial y la tendencia de los pacientes de mayor edad a experimentar mayores limitaciones sociales y físicas.

La moda general para la pregunta 20, que evalúa como los problemas emocionales y físicos afectaron la participación social, se mantuvo en 50 a lo largo de todo el periodo de medición. Esto indica que la mayoría de los pacientes respondieron principalmente con "Regular", sugiriendo que experimentaron una interferencia moderada en su participación social debido a estos problemas. Por otro lado, la moda para la pregunta 32, que mide la frecuencia con la que los problemas emocionales y físicos afectan la participación social, se mantuvo en 60 durante todo el periodo de medición. Esto sugiere que la mayoría de los pacientes reportaron una interferencia en su participación social "Algunas veces". Estos valores reflejan la influencia continua de los problemas emocionales y físicos en la vida social de los pacientes a lo largo del tiempo (ver tabla 2).

7.1.8. Rol Emocional

Este dominio del cuestionario SF-36 se centra en evaluar el impacto de las emociones de la persona al momento de llevar a cabo sus actividades cotidianas tanto en el ámbito

laboral como en el hogar. Incluye las preguntas 17,18 y 19 del cuestionario. El puntaje obtenido en este dominio proporciona una medida cuantitativa de la percepción de limitación emocional de una persona en sus roles habituales permitiendo evaluar los cambios a lo largo del tiempo (ver anexo 4).

Según los datos recopilados del dominio "Rol emocional" a lo largo de las cuatro semanas del estudio, se observa una estabilidad en las medias generales: fueron de 28 al día 7 y de 33 a los días 14, 21 y 28. Estos resultados indican que las respuestas están más cercanas a cero, lo cual señala que los pacientes experimentaron dificultades para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria y laborales, en consecuencia, la mayoría de los participantes mostraron un impacto negativo en su rol emocional durante el periodo de estudio. (ver tabla 2) (ver anexo 1).

En cuanto a las modas, durante las cuatro semanas, todas las modas de los grupos estudiados fueron cero, excepto en el grupo etario de adultos entre 30 y 60 años en los días 14,21 y 28, específicamente en la pregunta 17. Esto indica que este grupo de participantes indicaron que no tuvieron que reducir el tiempo dedicado al trabajo y actividades de la vida diaria debido a problemas emocionales (ver tabla 2).

La desviación estándar general se mantuvo constante en ±7.35 los días 7, 14, 21 y 28. Sin embargo, se observó una mayor dispersión de respuestas en el grupo de personas menores de 30 años, con ±10.2 durante las cuatro semanas. En contraste, los adultos mayores de 60 años mostraron una desviación estándar de 0, indicando una consistencia notable en las respuestas dentro de este grupo durante el estudio (ver tabla 3).

7.1.9. Physical Component Summary (PCS)

El componente físico del cuestionario SF-36 se calcula sumando los dominios de "Capacidad Funcional Física", "Rol Físico", "Dolor Corporal" y "Salud General Percibida". Para el análisis, se obtuvo una mediana general de estos dominios para los días 7, 14, 21 y 28,

lo que permite ponderar la calidad de vida en relación con el componente físico a lo largo del tiempo.

La interpretación de los resultados se basa en una escala de 0 a 100, generando una mediana general para cada día evaluado. Si la mediana es igual a 50, los participantes tienen una "calidad de vida igual" a la media de la población. Si la mediana está por debajo de 50, indica una "peor calidad de vida" que la media de la población general. Por otro lado, si la mediana está por encima de 50, los participantes tienen una "mejor calidad de vida" que la media de la población.

En este estudio, se observó que las medias generales para el componente físico fueron en ascenso, ya que para el día 7 fue de 34,2 (±4,24), el día 14 fue de 39 (±3,81), el día 21 de 45.2 (±2,37) y el día 28 fue de 48.7 (±2,66) con respecto a la media de la población general. Por lo tanto, la calidad de vida durante las cuatro semanas de estudio indica una "peor calidad de vida" con respecto a la media de la población general (ver tabla 4) (ver anexo 2).

Sin embargo, se observa que hubieron diferencias entre los grupos etarios, ya que a pesar de que todos fueron evolucionando con el paso del tiempo, se notó que el grupo de pacientes menores de 30 años iniciaron el día 7 con una mediana de 50 (±5,94) y terminaron el día 28 con una mediana de 63 (±3,72); lo que indica que este grupo comenzó con una calidad de vida es igual a la media de la población general y finalizó con una calidad de vida por encima de la media de la población general, el descenso de la desviación estándar indica reducción en la variabilidad de las respuestas dentro de este grupo. En contraste, los pacientes mayores a 60 años iniciaron con una mediana de 18 (±9,52) y finalizaron el día 28 con una mediana de 38 (±0,82), lo que indica que la calidad de vida de este grupo está considerablemente por debajo de la media poblacional, la alta desviación estándar al inicio indica que en este grupo los adultos mayores tienen percepciones muy variables sobre su

salud física y que hacia el final existe una convergencia en la percepción de su salud física eso explica el descenso de la misma (ver tabla 5).

En cuanto a la diferencia entre ambos sexos, se encontró que ambos iniciaron el día 7 con una mediana de 34, lo que indica que ambos grupos iniciaron con una calidad de vida por debajo de la población general. Para el día 28 los hombres alcanzaron una mediana de 51 indicando una calidad de vida por encima de la media poblacional. Por el contrario, las mujeres tuvieron una mediana de 45, indicando que si bien ascendió siguen por debajo a la de la mediana de población general (ver tabla 5).

7.1.10. Mental Component Summary (MCS)

El componente mental del cuestionario SF-36 se calcula sumando los dominios de "Vitalidad", "Rol emocional", "Salud mental" y "Función social". Para el análisis, se obtuvo una mediana general de estos dominios para los días 7, 14, 21 y 28, lo que permite ponderar la calidad de vida en relación con el componente mental a lo largo del tiempo.

La interpretación de los resultados se basa en una escala de 0 a 100, generando una mediana general para cada día evaluado. Si la mediana es igual a 50, los participantes tienen una "calidad de vida igual" a la media de la población. Si la mediana está por debajo de 50, indica una "peor calidad de vida" que la media de la población general. Por otro lado, si la mediana está por encima de 50, los participantes tienen una "mejor calidad de vida" que la media de la población.

En este estudio, se observó que las medias generales para el componente mental tuvieron leve ascenso. Para el día 7 fue de 22,27 (±2,55), el día 14 fue de 24,74 (±2,45), el día 21 de 26,39 (±2,08) y al finalizar el estudio fue de 28 (±2,04) con respecto a la media de la población general. Por lo tanto, la calidad de vida durante las cuatro semanas de estudio indica una "peor calidad de vida" con respecto a la media poblacional (ver tabla 4) (ver anexo 2).

En el caso del grupo de los pacientes menores de 30 años iniciaron con una mediana de 27 (±7,85) y al finalizar su mediana fue de 34 (±3,15). En contraste los adultos mayores iniciaron con una mediana de 13 (±7,85) y finalizaron con una mediana de 18 (±1,16). Aunque hubo mejoras dentro de cada grupo mencionado, no se observaron diferencias en cuanto a la calidad de vida, ya que ambos grupos se sitúan por debajo de la mediana poblacional (ver tabla 5).

En cuanto al sexo, no se observaron diferencias en cuanto a hombres como mujeres se mantuvieron con valores por debajo de la mediana poblacional a lo largo del estudio (ver tabla 5).

Tabla 2

Media, desviación estándar y moda general por dominio, a lo largo del estudio.

Dominio	Preguntas de SF-36	DÍA 7	DÍA 14	DÍA 21	DÍA 28
SGP	1. En general, usted diría que su salud es:	22,5(4,1)25	30(4,4)25	36,25(4,4)25	41,25(4,7)25
	33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	53,75(8,2)50	63,75(7,6)100	75(4,6)75	82,5(4,2)100
	34. Estoy tan sano como cualquiera	42,5(5,9)50	50(5,3)50	57,5(2,7)50	65(2,9)75
	35. Creo que mi salud va a empeorar	45(7,1)50	50(6,2)50	60(4,7)50	62,5(5,1)50
	36. Mi salud es excelente	42,5(5,9)50	50(5,3)50	57,5(2,7)50	57,5(4,2)75
CFF	3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	37,5(5,1)50	45(5,1)50	52,5(2,6)50	57,5(4,2)50
	4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?	55(8,2)50	65(8,4)100	72,5(5,9)50	75(5,9)50
	5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?	67,5(9,3)100	72,5(8,7)100	82,5(5,6)100	85(5,4)100
	6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?	45(6,3)50	50(6,4)50	62,5(5,1)50	67,5(5,6)50
	7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?	65(9,2)100	70(8,6)100	80(5,8)100	82,5(5,6)100
	8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?	62,5(9)100	72,5(8,7)100	82,5(5,6)100	85(5,4)100
	9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?	37,5(5,1)50	45(5,1)50	55(3,5)50	60(4,7)50
	10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?	40(4,7)50	45(5,1)50	55(3,5)50	60(4,7)50
	11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?	70(9,4)100	75(8,7)100	82,5(5,6)100	85(5,4)100

DF	12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	60(8,8)50	62,5(8,2)50	70(5,8)50	72,5(5,9)50
	21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	36(6,6)40	40(6,7)40	50(4,1)40	56(4,6)40
	22. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (¿incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas?	40(6,6)50	43,75(6,4)50	56,25(2,5)50	60(2,9)50
SMP	24. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	49(7,2)20	54(7,2)20	52(6,9)20	56(6,6)40
	25. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	61(5,9)60	64(5,3)60	64(5,3)60	68(5,2)60
	26. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo	49(4,3)40	50(4,1)40	50(4,1)40	52(4,3)40
	28. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	53(7)40	56(6,8)40	54(7)40	56(7,5)20
	30. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?	42(5,6)20	44(5,3)40	44(5,3)40	48(5,2)40
RF	13. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?	30(10,8)0	60(11,5)100	60(11,5)100	60(11,5)100
	14. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	20(9,4)0	30(10,8)0	30(10,8)0	40(11,5)0
	15. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	70(10,8)100	70(10,8)100	75(10,2)100	80(9,4)100
	16. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?	35(11,2)0	35(11,2)0	50(11,8)0	60(11,5)100
VT	23. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	42(4,9)40	45(5,1)40	50(4,1)40	56(4,6)40
	27. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?	19(5,7)0	23(6,2)0	22(5,9)0	24(5,9)0

	29. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?	51(3,5)40	54(4)40	53(3,7)40	54(3,7)40
	31. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?	58(3,3)60	60(3,3)60	65(2)60	68(2,3)60
FS	20. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	43,75(5,5)50	48,75(5,7)50	60(4,3)50	65(4,7)50
	32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué recurrencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?	55(4,4)60	58(4,2)60	65(2)60	69(2,8)60
	17. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	40(11,5)0	45(11,7)0	45(11,7)0	45(11,7)0
RE	18. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	25(10,2)0	30(10,8)0	30(10,8)0	30(10,8)0
	19. Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	20(9,4)0	25(10,2)0	25(10,2)0	25(10,2)0

SGP: salud general percibida, CFF: capacidad funcional física; DF: dolor físico; SMP: Salud mental percibida; RF: rol físico; VT: vitalidad; FS: función social; RE: Rol emocional. Fuente de elaboración

Tabla 3

Comparación de media, desviación estándar, por sexo y edad a lo largo del estudio del cuestionario SF-36

Dominio	Días	>60 años	<30 años	Entre 30 y 60 años	Mujeres	Hombres
SGP	7 días	16,25(6)	63,75(8,4)	42,12(6)	16,25(2,8)	38,74(5,1)
	14 días	28,75(2,8)	67,5(8,9)	49,18(6,4)	28,75(2,8)	41,24(4,2)
	21 días	46,25(6,1)	72,5(6,8)	55,84(7,4)	46,25(6,1)	55,66(6,5)
	28 días	47,5(6,8)	81,25(6,3)	60(8,4)	47,5(6,8)	56,26(7,2)
CFF	7 días	75(7,9)	54,59(4,2)	31,25(2,2)	56,9(4,7)	52,09(4,4)
	14 días	78,75(8,3)	59,57(3,8)	43,75(2,2)	53,15(2,6)	65(5,4)
	21 días	83,75(6,5)	69,17(4,2)	56,25(2,2)	68,79(3,5)	69,99(4,6)
	28 días	92,5(2,9)	72,09(4,8)	56,25(2,2)	69,41(3,6)	75,41(3,9)
DF	7 días	61,25(1,8)	39,2(3,5)	11,25(1,8)	36,25(1,8)	39,2(3,5)
	14 días	69,375(0,9)	39,2(3,5)	22,5(3,5)	37,8(4)	44,55(1,8)
	21 días	69,375(0,9)	50,45(5,3)	45(7,1)	49,05(5,7)	55,8(3,5)
	28 días	77,5(3,5)	55,8(3,5)	45(7,1)	53,15(4,5)	61,25(1,8)
SMP	7 días	49(3,3)	55,34(3,7)	39(3,7)	46(3,7)	54(3,4)
	14 días	47(4,5)	60,68(4,2)	39(3,7)	50,5(4)	55,68(3,6)
	21 días	57(4,5)	54,34(3,7)	44(3,7)	51(3,7)	54(3,7)
	28 días	53(3,8)	63,36(4,3)	37(4,5)	53,5(3,7)	57,66(3,8)
RF	7 días	56,25(18,2)	39,575(14,4)	18,75(13,8)	40,625(10,8)	37,5(15)
	14 días	68,75(18,2)	47,9(13,3)	31,25(13,8)	50(10,2)	47,9(13,3)
	21 días	81,25(7,2)	50(12,4)	37,5(14,4)	50(10,2)	56,225(12)
	28 días	87,5(8,3)	58,325(10,4)	37,5(14,4)	50(10,2)	66,675(10,4)

VT	7 días	46,25(19,9)	47,075(8)	40(8,5)	48,75(7,7)	43,325(11,5)
	14 días	46,25(19,9)	47,075(8)	40(8,5)	48,75(7,7)	43,325(11,5)
	21 días	58,75(11,6)	42,5(12,1)	51,25(7,6)	43,75(11)	50(10,2)
	28 días	60(15,1)	50,425(9,8)	41,25(11,1)	48,75(9,8)	51,65(11,6)
FS	7 días	66,25(5,3)	51,25(7,7)	26,875(11,5)	49,4(7,9)	49,4(7,9)
	14 días	71,875(4,4)	52,3(6,2)	38,125(9,7)	53,75(5,3)	53,1(7,4)
	21 días	78,125(4,4)	59,8(6,2)	55(9,7)	59,4(5,3)	64,6(7,4)
	28 días	89,375(6,2)	63,55(4,5)	55(7,1)	62,2(4)	70,25(2,1)
RE	7 días	33,3(10,2)	36,1(9)	0(0)	16,7(13,5)	36,1(3,4)
	14 días	33,3(10,2)	44,4(9)	0(0)	29,2(13,5)	36,1(3,4)
	21 días	33,3(10,2)	44,4(9)	0(0)	29,2(13,5)	36,1(3,4)
	28 días	33,3(10,2)	44,4(9)	0(0)	29,2(13,5)	36,1(3,4)

SGP: salud general percibida, CFF: capacidad funcional fisica; DF: dolor fisico; SMP: Salud mental percibida; RF: rol fisico; VT: vitalidad; FS: funcion social; RE: Rol emocional

Tabla 4

Media, desviación estándar de: Physical component summary & mental component summary del cuestionario SF-36.

Componente	Día 7	Día 14	Día 21	Día 28
PCS	34,3(4,2)	39,1(3,8)	45,3(2,3)	48,8(2,9)
MCS	22,3(2,6)	24,7(2,5)	26,4(2,1)	28,1(2,1)

PCS: Physical component summary; MCS: mental component summary. Fuente de elaboración: Microsoft Excel 2024

Tabla 5

Comparación de media, desviación estándar Del PCS y MCS, por sexo y edad a lo largo del estudio del cuestionario SF-36.

Componentes	Días	>60 años	<30 años	Entre 30 y 60 años	Hombres	Mujeres
PCS	7	18 (±9,52)	50 (±5,94)	35 (±5,26)	34 (±5,59)	34 (±7,43)
	14	27 (±7,25)	53 (±4,42)	39 (±5,19)	42 (±4,13)	35 (±7,78)
	21	39 (±0,45)	57 (±6,41)	43 (±2,63)	46 (±3,19)	44 (±3,81)
	28	38 (±0,82)	63 (±3,72)	48 (±3,68)	51 (±4,18)	45 (±4,09)
MCS	7	13 (±3,15)	27(±7,85)	24(±3,20)	23 (±3,75)	21 (±3,59)
	14	15 (±3,22)	28 (±6,75)	27 (±3,19)	25 (±3,51)	24 (±3,71)
	21	20 (±1,64)	32 (±7,03)	27 (±2,56)	28(±2,94)	25 (±3,11)
	28	18 (±1,16)	34 (±5,61)	30 (±2,32)	30 (±2,82)	26(±3,12)

PCS: Physical component summary; MCS: mental component summary. Fuente de elaboración: Microsoft Excel 2024

7.2.El cuestionario EQ-5D

Es un cuestionario breve, sencillo, diseñado para evaluar la calidad de vida (1 al 5) donde 1 es muy buen estado de salud y 5 el peor, se centra en cinco dimensiones principales de la salud (ver tabla 6), para su interpretación genera un índice de utilidad que permite resumir el estado de salud de un paciente en un solo valor, que vendría siendo la sumatoria de todos los dominios, lo que facilita la comparación entre diferentes individuos o grupos de

pacientes. La puntuación EVA proporciona una medida simple y directa del estado de salud percibido por el paciente (ver anexo 5).

Tabla 6.

Referencia de valores del cuestionario EQ-5D-5L

Referencias de valores	
No tengo problemas	1
Tengo problemas leves	2
Tengo problemas moderados	3
Tengo problemas graves	4
No puedo	5

(Vinuesa Sebastián, M. et al.,2014).

7.2.1. Movilidad

Este dominio del cuestionario EQ-5D- 5L evalúa la capacidad de los individuos para desplazarse y moverse en su entorno. Desde ninguna dificultad (valor 1) hasta incapacidad total para caminar (valor 5) (ver tabla 6).

Durante el estudio, se observó una mejora progresiva en el dominio “Movilidad” a lo largo de las cuatro semanas. Al inicio (día 7), la mediana general fue de 2.3, indicando problemas leves a graves en una escala del 1 al 5, con ±0,2. Esta cifra mostró una mejora gradual: descendió a 2.15 al día 14, 1.95 al día 21 y finalmente llegó a 1.95 al día 28, con ±0,1, reflejando una mejora en la percepción de la movilidad (ver tabla 7) (ver anexo 3).

Los pacientes menores de 30 años mostraron una mejora notable a lo largo del estudio. En el día 7 presentaron una mediana de 2 que indica “tengo problemas leves para caminar” ±0, y para el día 28 alcanzaron una mediana de 1 que indica “no tengo problemas para caminar” con ±0, manteniendo una consistencia en el grupo. En contraste, los adultos mayores, comenzaron con una mediana de 3 el día 7 que indica “tengo problemas moderados para caminar” con ±0, y mantuvieron estos valores a lo largo del estudio, coherente con el

grupo etario. La desviación estándar 0 no indica variabilidad alrededor de estas medianas (ver tablas 8-11).

Tanto hombres como mujeres mantuvieron una mediana de 2 a lo largo del estudio, indicando problemas leves para caminar, con ±0, lo que sugiere una consistencia similar entre sexos (ver tablas 8-11).

En cuanto a la moda, el valor más frecuente fue 2 a lo largo de los días 7,14,21 y 28 días indicando una dificultad leve a la hora de movilizarse para la mayoría de los pacientes (ver tabla 7).

7.2.2. Autocuidado

El dominio de "Autocuidado" en el cuestionario EQ-5D-5L evalúa la capacidad de los individuos para realizar actividades relacionadas con el cuidado personal, como lavarse o vestirse. Este dominio considera diferentes niveles de independencia, desde ninguna dificultad (valor 1) hasta incapacidad total para el autocuidado (valor 5) (ver tabla 6).

En este dominio, aunque se observó una mejora progresiva, al final del estudio la diferencia fue mínima. Inicialmente, el día 7 la mediana general fue de 1,9 indicando una dificultad moderada con ±0,3. A medida que avanzaba el estudio, se observó una ligera mejoría con medianas de 1.8 en el día 14, 1.65 en el día 21 y 1,4 en el día 28 con ±0,2. Estos valores sugieren una dificultad persistente entre leve y moderada a lo largo del tiempo (ver tabla 7) (ver anexo 3).

La mediana de los pacientes jóvenes se mantuvo en 1 desde el día 7 hasta el día 28 con ±0, lo cual sugiere que no experimentaron dificultades significativas en su cuidado personal, una característica coherente con este grupo etario (ver tablas 8-11). En contraste, los adultos mayores mantuvieron un valor de 3 durante todo el estudio, desde el día 7 hasta el día 28, con ±0, indicando que enfrentaron problemas moderados en su cuidado personal (ver tablas 8-11).

En cuanto al grupo de mujeres, mantuvieron una mediana de 2 durante todo el estudio, ±0, lo que indica problemas leves en su cuidado personal. Por otro lado, el grupo de hombres mantuvo una mediana de 2 en los días 7, 14 y 21, pero descendió a 1 para el día 28, también con ±0. Esta disminución sugiere una mejora en su capacidad de autocuidado hacia el final del estudio, reflejando que no experimentaron dificultades significativas en su cuidado personal hacia el final del estudio (ver tablas 8-11).

En cuanto a la moda, el valor más frecuente fue 1 a lo largo de los días 7,14,21 y 28 días, indicando que la mayoría de los pacientes no experimentaron dificultades significativas en su cuidado personal (ver tabla 7).

7.2.3. Actividades Habituales

El dominio de "Actividades habituales" en el cuestionario EQ-5D-5L evalúa la capacidad de realizar actividades cotidianas como trabajar, estudíar, realizar quehaceres domésticos u otras actividades habituales. Clasificando la capacidad desde ninguna dificultad (valor 1) hasta incapacidad total (valor 5) (ver tabla 6).

En este dominio, se observó una mejora progresiva y significativa a lo largo del periodo de estudio. Al inicio, el día 7, la mediana general fue de 2,45, con ±0.2, indicando una dificultad desde leve hasta moderada en la realización de actividades cotidianas. Esta mediana descendió 2,35 para el día 14, a 2,05 para el día 21 y finalmente 1.85 para el día 28 con ±0,1. Estos valores sugieren una reducción en las dificultades, indicando que hacia el final del estudio la mayoría de los pacientes reportaron ninguna o dificultad leve en sus actividades habituales (ver tabla 7) (ver anexo 3).

Los pacientes jóvenes su mediana fue de 2 desde el día 7 al día 21, con ±0, indicando dificultad leve en la realización de sus actividades habituales. Sin embargo, para el día 28 su mediana descendió a 1, también con ±0, lo que indica que no experimentaron dificultades en sus actividades habituales. En contraste, el grupo de pacientes mayores mantuvo una mediana

de 3 a lo largo de toda la evaluación, con una desviación estándar de 0, indicando dificultades moderadas para realizar sus actividades habituales (ver tablas 8-11).

Para los días 7 y 14, las mujeres mantuvieron una mediana de 3, lo que indica dificultad moderada en sus actividades habituales, mientras que los hombres tuvieron una mediana de 2, indicando dificultad leve en las suyas. En los días 21 y 28, ambos grupos mantuvieron una mediana de 2, mostrando una mejora para el grupo de mujeres y estabilidad para los hombres (ver tablas 8-11).

En cuanto a la moda, el valor más frecuente fue de 2 a lo largo de los días 7,14,21 y 28 días, indicando que la mayoría de los pacientes experimentaron dificultades leves a la hora de realizar sus actividades habituales (ver tabla 7).

7.2.4. Dolor/Malestar

El dominio de "Dolor/Malestar" en el cuestionario EQ-5D-5L mide la intensidad del dolor y el malestar experimentado por los individuos, clasificado desde ningún dolor/malestar (valor 1) hasta dolor/malestar extremo (valor 5). Este dominio es crucial para evaluar cómo el dolor impacta en la calidad de vida de los pacientes, especialmente aquellos que han tenido internaciones prolongadas (ver tabla 6).

Según los datos obtenidos del dominio “Dolor/Malestar” del cuestionario EQ-5D a lo largo de las cuatro semanas de estudio, se observa una evolución en las medianas generales. Inicialmente, la mediana fue de 3.5 al día 7, descendiendo a 2.9 al día 14. Posteriormente, del día 21 al 28, las medianas se mantuvieron relativamente estables en 2.5 y 2.4 respectivamente. Esto indica que los pacientes reportaron niveles moderados de dolor y malestar al inicio del estudio, que disminuyó hacia niveles más leves al finalizar el día 28 (ver tabla 7) (ver anexo 3).

En el análisis por grupos, se identificó que tanto el grupo de las mujeres como el grupo de adultos mayores experimentaron mayor dolor y malestar en comparación con los otros grupos durante el estudio (ver tablas 8-11).

En cuanto a las modas, se observó que los valores más frecuentes fueron de 3 los días 7 y 14, y de 2 los días 21 y 28, indicando una disminución en la frecuencia de niveles moderados de dolor a lo largo del tiempo (ver tablas 8-11).

En relación a las desviaciones estándar, se encontraron valores de 0,2 los días 7,14 y 21 y de 0,1el día 28. Esto sugiere que, aunque hubo una reducción en la percepción media de dolor y malestar, la variabilidad en las respuestas de los participantes se mantuvo relativamente consistente a lo largo del estudio (ver tablas 8-11).

7.2.5. Ansiedad/Depresión

El dominio de "Ansiedad/Depresión" en el cuestionario EQ-5D-5L evalúa el nivel de ansiedad y depresión, clasificado desde ninguna ansiedad/depresión (valor 1) hasta ansiedad/depresión extrema (valor 5). Este dominio es fundamental para comprender el bienestar emocional de los pacientes y cómo su estado psicológico puede afectar su recuperación y calidad de vida (ver tabla 6).

Según los datos obtenidos del dominio “Ansiedad/Depresión” del cuestionario EQ-5D a lo largo de las cuatro semanas de estudio, se observa que la mediana general es de 3.2 al inicio del estudio, 2.7 al día 14, 2.5 al día 21 y finalmente, de 2.2 al día (ver tabla 7) . Esto indica que los participantes reportaron niveles moderados de depresión y ansiedad al inicio del estudio, los cuales disminuyeron a niveles leves hacia el final del periodo evaluado. Se destacaron las medianas más altas en el grupo de mujeres y en el grupo de personas mayores a 60 años en las cuatro semanas (ver tablas 8-11) (ver anexo 3).

En cuanto a las modas, se observó que los valores más frecuentes el día 7 fue de 5 mientras que los días 14, 21 y 28 la moda general fue de 2, lo cual indica una reducción en la frecuencia de niveles extremos de ansiedad y depresión a lo largo del tiempo (ver tabla 7).

En relación a las desviaciones estándar, se encontraron valores de 0,4 el día 7, 0,3 los días 14 y 21 y 0,1 el día 28. Esto sugiere que, aunque hubo una disminución en la percepción media de ansiedad y depresión, la variabilidad en las respuestas de los participantes se mantuvo relativamente consistente a lo largo del estudio (ver tabla 7).

Valor de utilidad percibida por los pacientes según el cuestionario EQ-5D-5L a lo largo del estudio. Este valor de utilidad es la sumatoria de cada dominio correspondiente al cuestionario y se mide en una escala del 0 al 1, donde los valores más cercanos a 1 indican buena calidad de vida y los valores alejados al 1 indican peor calidad de vida (ver tabla 12).

La media general del valor de utilidad de los pacientes muestra una leve evolución a lo largo del estudio. El día 7 la media fue de 0.099, el día 14 fue de 0.173, el día 21 fue de 0.259 y terminaron el día 28 con una media de 0.324. Esto indica que si bien los valores fueron en ascenso durante las cuatro semanas de estudio, la calidad de vida no alcanzó el valor óptimo (uno). Sin embargo, se muestra un progreso considerable entre el inicio y la finalización del estudio (ver tablas 8-11).

7.2.5.1. Datos relevantes por paciente:

Para el día 7, se registraron valores de utilidad negativos en 6 pacientes. Estos valores negativos indican que los pacientes experimentaron una percepción de salud o calidad de vida peor que el valor óptimo (1) (ver tabla 8). Tres de estos pacientes pertenecían al grupo de personas mayores, mientras que los otros tres pertenecían al grupo de entre 40 y 60 años (ver tabla 8). Al finalizar el estudio el día 28, sólo 2 persistieron con valores negativos que formaban parte del grupo de adultos mayores (ver tabla 11).

Los resultados más altos se consiguieron en los pacientes menores de 30 años y aquellos con edades de entre 30 y 60 años, sin embargo, estos no llegaron al valor óptimo a lo largo del estudio (1) (ver tabla 11).

Tabla 7

Media, desviación estándar y moda del EQ-5D-5L a lo largo del estudio

Dominio	Descripción	DÍA 7	DÍA 14	DÍA 21	DÍA 28
D1- Movilidad	Grados de problemas para caminar	2,3(0,2)2	2,15(0,2)2	1,95(0,2)2	1,75(0,1)2
D2- Cuidado Personal	Grados de problemas para su autocuidado (Como: Bañarse, vestirse, etc.)	1,9(0,3)1	1,8(0,3)1	1,65(0,2)1	1,4(0,2)1
D3- Actividades Cotidianas	Grados de problemas a la hora de realizar ADV.	2,45(0,2)2	2,35(0,2)2	2,05(0,2)2	1,85(0,1)2
D4- Dolor / Malestar	Intensidad del dolor	3,25(0,3)3	2,95(0,2)3	2,5(0,1)2	2,45(0,1)2
D5- Ansiedad / Depresión	Intensidad de la Ansiedad / Depresión	3,2(0,4)5	2,75(0,3)2	2,55(0,3)2	2,25(0,1)2

ADV: actividades de la vida díaria. Fuente de elaboración: Microsoft Excel 2024

Tabla 8

Valor de la utilidad del cuestionario EQ-5D-5L de 20 pacientes a los 7 días

	Valor N° - P1	Valor N° - P2	Valor N° - P3	Valor N° - P4	Valor N° - P5	Total Paciente	Valor De Utilidad	Edad	Sexo
7 DÍAS	2	2	2	3	3	35	0,172	44	H
	4	4	4	4	5	80	-0,431	72	H
	2	1	2	3	2	25	0,291	40	H
	2	1	2	3	2	25	0,291	26	H
	4	4	4	5	5	85	-0,502	65	H
	1	1	2	2	1	10	0,521	32	M
	2	1	2	2	1	15	0,44	51	H
	2	1	2	2	1	15	0,44	43	H
	4	4	4	5	5	85	-0,502	52	M
	2	1	2	3	5	40	0,108	29	H
	2	1	2	3	5	40	0,108	45	M
	1	1	2	2	5	30	0,275	33	M
	4	4	4	5	5	85	-0,502	47	M
	2	1	2	3	2	25	0,291	52	H

2	2	2	5	5	55	-0,077	62	M
2	1	2	3	2	25	0,291	57	M
1	1	2	2	2	15	0,458	25	H
2	2	2	3	2	30	0,238	70	M
1	1	1	2	1	5	0,57	23	H
4	4	4	5	5	85	-0,502	48	H

Tabla 9

Valor de la utilidad del cuestionario EQ-5D-5L de 20 pacientes a los 14 días

	Valor N° - P1	Valor N° - P2	Valor N° - P3	Valor N° - P4	Valor N° - P5	Total, Paciente	Valor De Utilidad	Edad	Sexo
14 DÍAS	2	2	2	3	3	35	0,172	44	H
	4	4	4	4	5	80	-0,431	72	H
	2	1	2	3	3	30	0,225	40	H
	2	1	2	3	2	25	0,291	26	H
	3	3	3	5	5	70	-0,293	65	H
	1	1	2	2	2	15	0,458	32	M
	2	1	2	2	2	20	0,377	51	H
	1	1	2	2	2	15	0,458	43	H
	4	4	4	3	1	55	-0,124	52	M
	2	1	2	2	1	15	0,44	29	H
	2	1	2	3	2	25	0,291	45	M
	1	1	2	2	5	30	0,275	33	M
	4	4	4	2	3	60	-0,167	47	M
	2	1	2	3	2	25	0,291	52	H
	2	2	2	5	5	55	-0,077	62	M
	2	1	2	3	2	25	0,291	57	M
	1	1	2	2	2	15	0,458	25	H
	2	2	2	3	2	30	0,238	70	M
	1	1	1	2	1	5	0,57	23	H
	3	3	3	5	5	70	-0,293	48	H

Tabla 10

Valor de la utilidad del cuestionario EQ-5D-5L de 20 pacientes a los 21 días

	Valor N° - P1	Valor N° - P2	Valor N° - P3	Valor N° - P4	Valor N° - P5	Total, Paciente	Valor De Utilidad	Edad	Sexo
21 DÍAS	2	2	2	2	2	25	0,324	44	H
	3	3	3	3	3	50	-0,044	72	H
	2	1	2	3	3	30	0,225	40	H
	1	1	1	2	2	10	0,507	26	H

3	3	3	3	3	50	-0,044	65	H
1	1	1	2	2	10	0,507	32	M
2	1	2	2	2	20	0,377	51	H
1	1	2	2	2	15	0,458	43	H
3	3	3	3	1	40	0,085	52	M
2	1	2	2	2	20	0,377	29	H
2	1	2	3	2	25	0,291	45	M
1	1	1	2	5	25	0,324	33	M
3	3	3	2	3	45	0,042	47	M
2	1	2	3	2	25	0,291	52	H
2	2	2	3	5	45	0,055	62	M
2	1	2	3	2	25	0,291	57	M
1	1	2	2	2	15	0,458	25	H
2	2	2	3	2	30	0,238	70	M
1	1	1	2	1	5	0,57	23	H
3	3	3	3	5	60	-0,161	48	H

Tabla 11

Valor de la utilidad del cuestionario EQ-5D-5L de 20 pacientes a los 28 días

	Valor N° - P1	Valor N° - P2	Valor N° - P3	Valor N° - P4	Valor N° - P5	Total, Paciente	Valor De Utilidad	Edad	Sexo
28 DÍAS	2	2	2	2	2	25	0,324	44	H
	3	3	3	3	3	50	-0,044	72	H
	2	1	2	2	3	25	0,311	40	H
	1	1	1	2	2	10	0,507	26	H
	3	3	3	3	3	50	-0,044	65	H
	1	1	1	2	2	10	0,507	32	M
	2	1	2	2	2	20	0,377	51	H
	1	1	2	2	2	15	0,458	43	H
	2	1	2	3	1	20	0,354	52	M
	1	1	1	2	2	10	0,507	29	H
	2	1	2	3	2	25	0,291	45	M
	1	1	1	2	3	15	0,441	33	M
	2	1	2	2	3	25	0,311	47	M
	2	1	2	3	2	25	0,291	52	H
	2	2	2	3	3	35	0,172	62	M
	2	1	2	3	2	25	0,291	57	M
	1	1	2	2	2	15	0,458	25	H
	2	2	2	3	2	30	0,238	70	M
	1	1	1	2	1	5	0,57	23	H
	2	2	2	3	3	35	0,172	48	H

Tabla 12

Ponderaciones de cada índice del cuestionario EQ-5D-5L

1	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
2	-0,081	-0,053	-0,049	-0,086	-0,063
3	-0,176	-0,123	-0,100	-0,172	-0,129
4	-0,269	-0,189	-0,150	-0,233	-0,194
5	-0,357	-0,258	-0,199	-0,304	-0,246

(Laguardía et al., 2013)

8. Discusión

Los aportes de este trabajo de investigación fue identificar y conocer cómo se vio afectada la calidad de vida de pacientes que cursaron una estadía prolongada en terapia intensiva en el policlínico modelo de Cipolletti con seguimiento a los 7, 14, 21 y 28 días, mediante análisis detallados y cuestionarios específicos de calidad de vida como el EQ-5D 5L y el SF-36. Este enfoque permitió identificar factores que influyen en la calidad de vida y en la funcionalidad de los pacientes después del alta sanatorial de la unidad de cuidados intensivos.

La internación prolongada en la unidad de cuidados intensivos tiene consecuencias significativas en la calidad de vida de los pacientes, afectando su salud física, mental y emocional a largo plazo. Una vez dado de alta, es importante comprender y dar a conocer como la prolongada internación en UCI y las condiciones asociadas, como el síndrome de cuidados intensivos posterior impactan en la calidad de vida de los pacientes. Este conocimiento es fundamental para poder brindarle a los pacientes una rehabilitación integral. En el síndrome post-UCI, los pacientes que pasan por internaciones prolongadas comparten una problemática en común, sus experiencias nunca serán exactamente iguales ya que cada paciente vive su experiencia desde distintas perspectivas, que pueden variar por diversos factores tanto subjetivos como objetivos, considerando las dimensiones biopsicosociales. Es por ello que Schalock y Verdugo, (2007) definieron la calidad de vida desde una perspectiva individual y diversos autores, respaldan a esta, desde un enfoque multidimensional. Por ello, se utilizaron cuestionarios como el SF-36 y EQ-5D, respaldados por numerosas investigaciones multidimensionales, para capturar estas complejidades.

La complejidad de este tema radica en que, aunque uno podría pensar que la calidad de vida abarca solo lo físico, lo social y lo biológico, en realidad entran en juego muchos factores que le dan un enfoque holístico. La calidad de vida no se limita solo a si la persona

siente dolor o tiene una buena recuperación física; sino, también incluye el bienestar emocional, las relaciones personales, el desarrollo personal, sus derechos y hasta el bienestar espiritual. Así, considerar sólo los aspectos básicos sería insuficiente, dado que el ser humano es mucho más complejo.

Además, de tomar en cuenta la calidad de vida y sus factores, también se tuvo en cuenta la relacionada específicamente con el estado de salud, ya que esta se enfoca en aspectos médicos y el impacto en la vida diaria del individuo. En este caso, estamos hablando de personas que estuvieron internados por un tiempo prolongado en terapia intensiva. Estos pacientes, además de enfrentar múltiples factores que influyen en su estancia en la UCI, se encuentran allí debido a una enfermedad grave o un accidente. Además, son sometidos a numerosos tratamientos invasivos y están en constante contacto con el personal de salud, lo que hace de esta una experiencia extremadamente difícil y poco grata para ellos.

Como se discutió anteriormente y como señaló Urzua M. (2010) la medición de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) presenta desafíos debido a su naturaleza subjetiva y las múltiples fuentes de error, pero es crucial para describir cambios en la salud y pronosticar la recuperación. Esto cobra relevancia dado a que la autonomía de estos pacientes puede verse comprometida por trastornos cognitivos, depresión y estrés postraumático, factores que tienen un impacto negativo en su calidad de vida después de la UCI.

Esto se evidencio en este estudio gracias a la utilización de dos cuestionarios de calidad de vida. La compleja asociación entre resultados que señala Urzua se hizo evidente debido a que el cuestionario SF-36, con sus dos componentes el Physical Component Summary (PCS) y el Mental Component Summary (MCS), permitió observar cómo un mismo paciente podía mejorar en cuanto a su PCS, pero no en su MCS, o viceversa. Además, las distintas preguntas del cuestionario abarcan los distintos componentes desde diversos enfoques, como la inclusión de la valoración de emociones positivas, en contraste

con el EQ-5D-5L, que evalúa solo ansiedad y depresión, y como la existencia de dolor afecta en su vida cotidiana o laboral, proporcionando así una visión más global. Por el contrario, el cuestionario EQ-5D-5L evalúa la calidad de vida combinando ambos componentes en un único dominio. Esta característica lo hace fundamental para obtener una evaluación general más rápida y sencilla. Por ello, se considera esencial el uso de ambos cuestionarios, ya que juntos ofrecen una perspectiva más completa y detallada de la calidad de vida de los pacientes.

Además, es importante considerar que la medición de la calidad de vida relacionada a la salud puede estar influenciada por factores externos a la estancia en la UCI. Las situaciones personales adversas pueden afectar en las respuestas de los pacientes al completar los cuestionarios. En este estudio, se observaron variaciones significativas en el dominio de vitalidad a lo largo del tiempo y entre los participantes. Estas variaciones sugieren que las respuestas podrían haber sido influenciadas por situaciones individuales que los pacientes experimentaron cerca del momento de completar la encuesta.

Esto resalta la importancia de considerar el contexto personal de cada paciente al interpretar los resultados de la CVRS y destaca la necesidad de desarrollar estrategias adicionales para mitigar el impacto de los factores externos en la medición objetiva de la calidad de vida post-UCI.

Este trabajo de investigación tuvo un seguimiento longitudinal a lo largo de 28 días, lo que permitió observar cambios en la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, se recomienda realizar investigaciones futuras con un mayor periodo de seguimiento, ya que distintos autores coinciden en que las secuelas pueden persistir durante un año o más. Otro aspecto importante del estudio fue la ausencia de abandono de pacientes, manteniendo siempre una comunicación constante con ellos. Esto aseguró la integridad de los datos y permitió un seguimiento completo durante todo el periodo de investigación.

De acuerdo con lo realizado por Skinner et al en Australia durante el 2011, evaluaron la calidad de vida con el instrumento SF-36 a 67 pacientes al momento del alta de la UCI y 6 meses después encontraron disminuciones significativas tanto en el componente mental como en el componente físico, y a los 6 meses mejoraron esos resultados; pero, no lo suficiente para retornar al estado inicial de antes del paso por la UCI, esto concuerda con los resultados de este estudio, si bien este trabajo de investigación fue una evaluación de un mes, se pudo notar muchas dificultades tanto en lo físico pero sobre todo en lo mental, que al terminar la evaluación persistieron ciertas complicaciones en los pacientes.

Por otra parte, otros autores estudiaron la calidad de vida, el delirium, la depresión, el estrés postraumático y los problemas psicológicos con que egresan los pacientes después del paso por la UCI. Un estudio de cohorte retrospectiva realizado en Brasil durante el 2017 indicó que el 45% de los sobrevivientes de la UCI presentaron alteraciones psicológicas, incluyendo depresión, ansiedad, y la mayoría de los pacientes (84,4%) describió tener algo de memoria de los eventos en la UCI. De este grupo, el 39.1% tuvo recuerdos de eventos reales, y el 45,3% tenía recuerdos de ilusión (solo o en combinación con hechos reales), como sueños (13.3%), pesadillas (7.0%) y alucinaciones (25.0%). Estos hallazgos fueron corroborados tanto en la literatura revisada como en este trabajo de investigación. A medida que pasaban los días, aunque se notaba mejoría en las actividades diarias de los pacientes en cuanto a lo físico y biológico, especialmente en los pacientes jóvenes, las secuelas psicológicas persistieron en todos los grupos, desde los más jóvenes hasta los adultos mayores, hasta el final de la evaluación. Se espera que estos pacientes continúen experimentando secuelas psicológicas por lo menos durante un año de acuerdo con lo investigado y a lo vivenciado.

En cuanto al estudio de Badía et al., (2008), destacan que la interpretación de sus resultados globales debería haber tenido en cuenta otros factores, ya que estos autores

establecen que existen diferencias según sexo y edad. Las mujeres muestran una peor calidad de vida previa en comparación con los hombres. También se observa que los pacientes mayores presentan un mayor deterioro. Además, han analizado estas diferencias utilizando poblaciones de referencia, obteniendo un deterioro más marcado a nivel físico, sobre todo en pacientes mayores. Esta perspectiva se comparte en este trabajo, ya que al inicio de la evaluación, no se consideraron dentro de la muestra, las comorbilidades preexistentes, la edad avanzada y el estatus socioeconómico que podrían influir en los resultados, y no fueron controlados en el estudio. Sin embargo, durante el análisis de resultados, se evidenció una diferencia significativa en la mejoría entre pacientes jóvenes y adultos mayores. Es comprensible que la recuperación sea más lenta en los pacientes de mayor edad. En cuanto al sexo, también se observó que el grupo de mujeres presentó mayores complicaciones en su recuperación en comparación con los hombres, lo cual puede atribuirse a factores individuales.

El uso de dos cuestionarios de calidad de vida, cada una con características únicas, aportan diferentes perspectivas sobre la salud de los pacientes. Se utilizó ambos cuestionarios para obtener una visión más global del paciente. Por un lado, el cuestionario SF36 permitió identificar áreas específicas afectadas por la internación prolongada, tanto en aspectos físicos como mentales. No obstante, una desventaja del SF-36 es su longitud, que puede ser una carga para los pacientes debido al tiempo necesario para completarlo; Por otro lado, el cuestionario EQ-5D 5L facilitó la evaluación de cambios generales en la calidad de vida. Este cuestionario es especialmente útil debido a su rapidez y su índice de utilidad, proporcionando una medida directa y fácil de interpretar del estado de salud general.

La muestra de este trabajo podría no ser representativa de toda la población de pacientes post-UCI. Por ejemplo, estudios como el de Skinner et al., realizado en Australia en el 2011, evaluaron a 67 pacientes y otro estudio realizado por Silveira et al., en Brasil en

2018 evaluó a 249 pacientes, mientras que este estudio contó con una población de 20 pacientes.

Varios autores destacan la necesidad de implementar estrategias para abordar la problemática, como el programa de humanización que busca mitigar los efectos del síndrome post-UCI y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Dentro de estas propuestas se encuentran el uso de dispositivos de reducción de ruido en la UCI, el uso de tapones de oído; un estudio realizado por Litton et al. (2017) indican que el uso de los tapones reduce significativamente el riesgo de delirio, también se plantea el uso de musicoterapia. Esta propuesta es crucial, ya que resulta fundamental, implementar medidas efectivas frente a esta problemática frecuente y significativa. Además de atender al paciente en el momento crítico de salud es esencial asegurar una mejor calidad de vida y una recuperación más integral después de su alta hospitalaria. Es fundamental garantizar el bienestar durante su estadía en la UCI, y no hacer que su experiencia sea aún más traumática.

9. Conclusión

En este trabajo se evaluó la calidad de vida de 20 pacientes luego de una internación prolongada en UCI, utilizando los cuestionarios de evaluación SF-36 y EQ-5D-5L validados al español a lo largo de un periodo de 28 días, entre los meses abril y mayo del 2024. Este proporciona una visión global de la evolución de la calidad de vida de estos pacientes tras su alta sanatorial.

Los resultados arrojados por ambos cuestionarios fueron que, aunque los pacientes post-UCI experimentan mejoras en el componente físico de su calidad de vida, alcanzando casi los niveles de la población general, la mejora en el componente mental es menos pronunciada, manteniéndose por debajo del promedio. Además, la calidad de vida general mediada por el cuestionario EQ-5D-5L mostró que no alcanzó el valor óptimo durante las cuatro semanas, indicando que al final del estudio, la calidad de vida seguía siendo insatisfactoria.

Se propuso varias hipótesis relacionadas con la calidad de vida de los pacientes post-UCI, que a través de los datos obtenidos durante los 28 días de estudio permitieron confirmar o refutar dichas hipótesis.

Para el componente físico del cuestionario SF-36 el cual incluye “Capacidad Funcional Física”, “Rol Físico”, “Dolor Corporal” y “Salud General Percibida” se estimó que, para el día 7 estaría deteriorado y para el día 28 se esperaba una mejoría. Esto confirma las hipótesis H1, H2, H7 y H8 del cuestionario, aunque para el día 28 los pacientes aún se encontraban por debajo de la mediana poblacional.

En cuanto al componente mental del cuestionario SF-36 que engloba “Vitalidad”, “Rol emocional”, “Salud mental” y “Función social” se planteó que, al día 7 estarían afectados y que para el día 28 los pacientes seguirían presentando secuelas. Esto valida las hipótesis H3, H4, H5 y H6.

En relación con el cuestionario EQ-5D-5L se estimó que, la calidad de vida se encontraría por debajo del valor óptimo (1) para el día 7 y que presentaría mejoras para el día 28. Aunque esto confirma las hipótesis de H1 a H8, para el día 28 los pacientes no alcanzaron el valor óptimo. Se espera que estos sigan presentando secuelas, especialmente relacionadas con el componente psicológico, a lo largo de un año o más.

Es importante señalar que no se tuvo en cuenta en las hipótesis los cambios que podrían generarse según el sexo y la edad de los pacientes. Sin embargo, los resultados destacaron la variabilidad en la recuperación de calidad de vida según dichos grupos.

Dentro del componente físico, se encontraron variaciones entre grupos de estudio. En cuanto a las diferencias de edad se recalca que los pacientes menores de 30 años comenzaron el estudio con una calidad de vida igual a la media poblacional y, al día 28, mostraron que la misma dió por encima a la dicha media. En contraste, los adultos mayores a 60 años iniciaron y finalizaron el estudio con valores de calidad de vida por debajo de la media poblacional. Además, se encontraron diferencias entre ambos sexos. Al día 7, tanto hombres como mujeres tenían una calidad de vida por debajo de la media poblacional, pero al finalizar el estudio, solo los hombres lograron superar la media poblacional en calidad de vida. En cuanto al componente mental no hubo mayores diferencias entre los grupos de estudio.

Con respecto al cuestionario EQ-5D-5L, se registraron valores de utilidad negativos en 6 pacientes al inicio del estudio. Estos valores negativos indican que los pacientes experimentaron una percepción de salud o calidad de vida peor que el valor óptimo (1). Tres de estos pacientes pertenecían al grupo de personas mayores, mientras que los otros tres pertenecían al grupo de entre 40 y 60 años. Al finalizar el estudio, sólo 2 persistieron con valores negativos que formaban parte del grupo de adultos mayores. Los valores más altos se consiguieron en los pacientes menores de 30 años y aquellos con edades de entre 30 y 60 años, sin embargo, estos no llegaron al valor óptimo a lo largo del estudio.

Comparado con investigaciones anteriores, estos resultados coinciden en que los adultos mayores y el sexo femenino, suelen reportar peor calidad de vida, esto puede deberse a que la calidad de vida está fuertemente influenciada por la edad, la percepción individual de cada paciente con respecto a la experiencia vivenciada en UCI y otros factores contextuales.

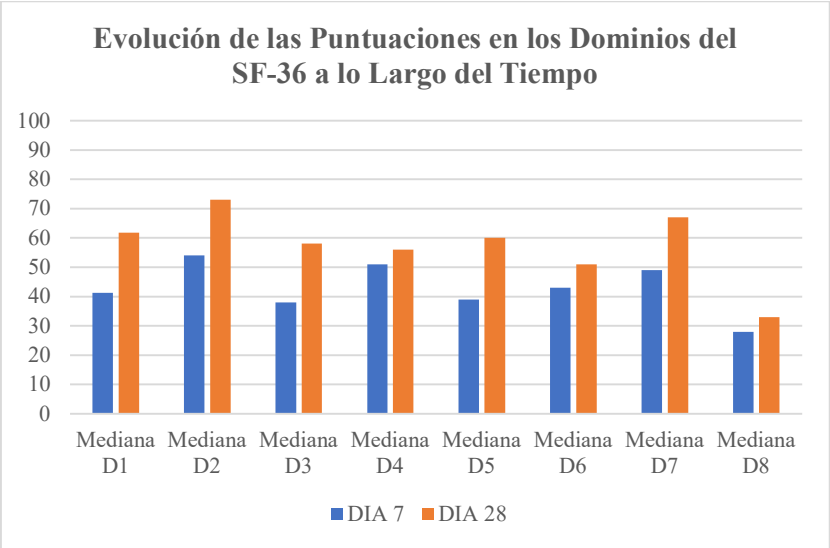
Para futuras investigaciones, se recomienda ampliar la muestra para incluir mayor diversidad de pacientes post-UCI, realizar estudios longitudinales que evalúen calidad de vida a más largo plazo. Además, sería beneficioso incorporar análisis de factores contextuales como apoyo social, acceso a rehabilitación kinesiológica, impacto de comorbilidades preexistentes, entre otros; para obtener una comprensión más holística de los factores que influyen en la recuperación y la calidad de vida de estos pacientes.

.

10. Anexos

10.1. Anexo 1

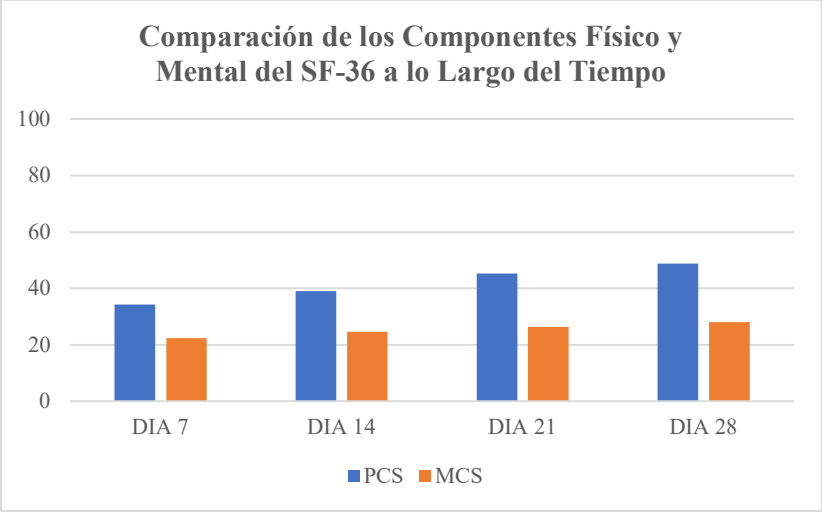
Evolución de las Puntuaciones en los Dominios del SF-36 a lo Largo del Tiempo



D: Dominio; D1: Salud general percibida; D2: capacidad funcional física; D3: dolor; D4: Salud mental percibida; D5: Rol físico; D6: Vitalidad; D7: Función social; D8: Rol emocional. Fuente elaboración propia

10.2. Anexo 2

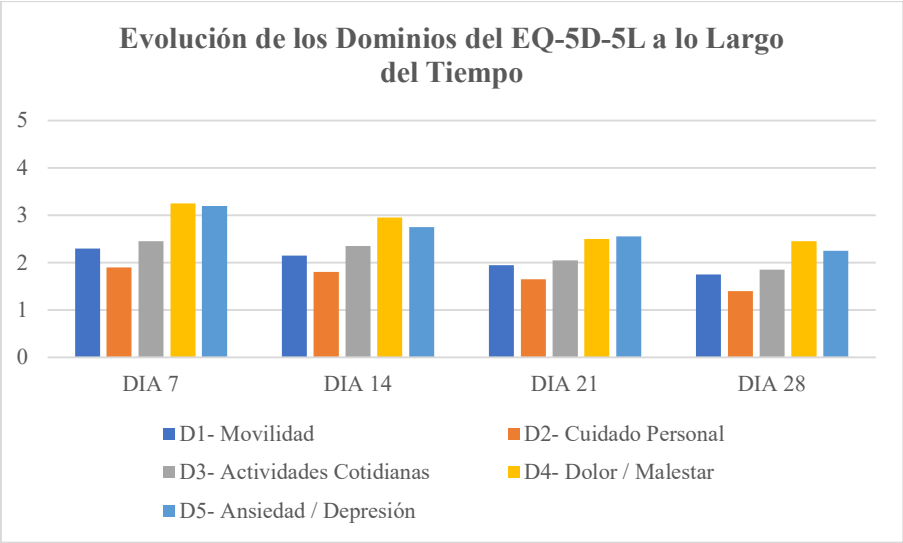
Comparación de los Componentes Físico y Mental del SF-36 a lo Largo del Tiempo



MCS: Mental Component Summary que contiene: los dominios de "Vitalidad", "Rol emocional", "Salud mental" y "Función social"; PCS: Physical Component Summary los dominios de "Capacidad Funcional Física", "Rol Físico", "Dolor Corporal" y "Salud General Percibida". Fuente elaboración propia

10.3. Anexo 3

Evolución de los Dominios del EQ-5D-5L a lo Largo del Tiempo



D: Dominios. Fuente elaboración propia

10.4. Anexo 4

Cuestionario SF-36

Instrucciones: las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

Marque una sola respuesta:

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente……. 100

Muy buena…….. 75

Buena…….. 50

Regular…… 25

Mala…… 0

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año……. 100

Algo mejor ahora que hace un año…….. 75

Más o menos igual que hace un año…… 50

Algo peor ahora que hace un año…… 25

Mucho peor ahora que hace un año……. 0

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

Sí , me limita mucho……0

Sí, me limita un poco……..50

No, no me limita nada……100

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

Sí , me limita mucho……0

Sí, me limita un poco……..50

No, no me limita nada……100

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

Sí , me limita mucho……0

Sí, me limita un poco……..50

No, no me limita nada……100

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

Sí , me limita mucho……0

Sí, me limita un poco……..50

No, no me limita nada……100

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

Sí , me limita mucho……0

Sí, me limita un poco……..50

No, no me limita nada……100

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

Sí , me limita mucho……0

Sí, me limita un poco……..50

No, no me limita nada……100

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

Sí , me limita mucho……0

Sí, me limita un poco……..50

No, no me limita nada……100

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

Sí , me limita mucho……0

Sí, me limita un poco……..50

No, no me limita nada……100

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

Sí , me limita mucho……0

Sí, me limita un poco……. 50

No, no me limita nada……100

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

Sí , me limita mucho……0

Sí, me limita un poco……. 50

No, no me limita nada……100

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

Sí……0

No……100

14. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

Sí……0

No……100

15. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo

o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

Sí……..0

No……...100

16. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

Sí……..0

No……...100

17. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

Sí……..0

No……...100

18. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

Sí……..0

No……...100

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias

19. Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

Sí……..0

No……...100

20. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada……100

Un poco……75

Regular…… 50

Bastante……25

Mucho……0

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno……100

Sí, muy poco…… 80

Sí, un poco……60

Sí, moderado…… 40

Si, mucho……. 20

Sí, muchísimo……0

22. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (¿incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas?

Nada……100

Un poco……75

Regular…… 50

Bastante……25

Mucho……0

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

Siempre…….100

Casi siempre……80

Muchas veces……..60

Algunas veces…….40

Sólo alguna vez……..…….20

Nunca……..….0

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

Siempre……....0

Casi siempre……...……20

Muchas veces ……40

Algunas veces…….60

Sólo alguna vez……...…...80

Nunca……100

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

Siempre……..0

Casi siempre…….20

Muchas veces……...40

Algunas veces……..60

Sólo alguna vez……....80

Nunca…….100

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

Siempre……..100

Casi siempre……80

Muchas veces……..60

Algunas veces…….40

Sólo alguna vez……..…….20

Nunca……...0

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?

Siempre……..100

Casi siempre……80

Muchas veces……..60

Algunas veces…….40

Sólo alguna vez……..…….20

Nunca……..…….0

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

Siempre…….……..0

Casi siempre…….……..20

Muchas veces……40

Algunas veces……60

Sólo alguna vez……..……80

Nunca……100

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?

Siempre……0

Casi siempre…….……...20

Muchas veces……...……...40

Algunas veces…….……....60

Sólo alguna vez……...80

Nunca…….....100

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?

Siempre…….100

Casi siempre……...80

Muchas veces…….60

Algunas veces……40

Sólo alguna vez…….….20

Nunca…….….0

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?

Siempre……..0

Casi siempre……..20

Muchas veces…….……...40

Algunas veces……...60

Sólo alguna vez…….....80

Nunca……100

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué recurrencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

Siempre……..0

Casi siempre……..20

Muchas veces……....40

Algunas veces…….....60

Sólo alguna vez……..…...80

Nunca……....100

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas

Totalmente cierta……...…..0

Bastante cierta…….....…..25

No lo sé…….....…..50

Bastante falsa…….....….75

Totalmente falsa……...….100

34. Estoy tan sano como cualquiera

Totalmente cierta…….....100

Bastante cierta…….....…...75

No lo sé…….....…50

Bastante falsa…….....….25

Totalmente falsa……0

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases

35. Creo que mi salud va a empeorar

Totalmente cierta……0

Bastante cierta…….....25

No lo sé…….…….....50

Bastante falsa…….....….75

Totalmente falsa……...…..100

36. Mi salud es excelente

Totalmente cierta……..……...….100

Bastante cierta…….....….75

No lo sé…….....….50

Bastante falsa…….....……..25

Totalmente falsa…….0

(Vilagut et al., n.d.)

10.5. Anexo 5

Cuestionario EQ-5D-5L

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY

Debajo de cada enunciado, marque una casilla, la que mejor describa su salud HOY.

MOVILIDAD

No tengo problemas para caminar

Tengo problemas leve para caminar

Tengo problemas moderados para caminar

Tengo problemas graves para caminar

No puedo caminar

CUIDADO PERSONAL

No tengo problemas para lavarme o vestirme solo

Tengo problemas leve para lavarme o vestirme solo

Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme solo

Tengo problemas graves para lavarme o vestirme solo

No puedo lavarme o vestirme solo

ACTIVIDADES COTIDIANAS *(p. ej., trabajar, estudíar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o actividades recreativas)*

No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas

Tengo problemas leve para realizar mis actividades cotidianas

Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas

Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas

No puedo realizar mis actividades cotidianas

DOLOR/MALESTAR

No tengo dolor ni malestar

Tengo dolor o malestar leve

Tengo dolor o malestar moderado

Tengo dolor o malestar fuerte

Tengo dolor o malestar extremo

ANSIEDAD/DEPRESIÓN

No estoy ansioso ni deprimido

Estoy levemente ansioso o deprimido

Estoy moderadamente ansioso o deprimido

Estoy muy ansioso o deprimido

Estoy extremadamente ansioso o deprimido

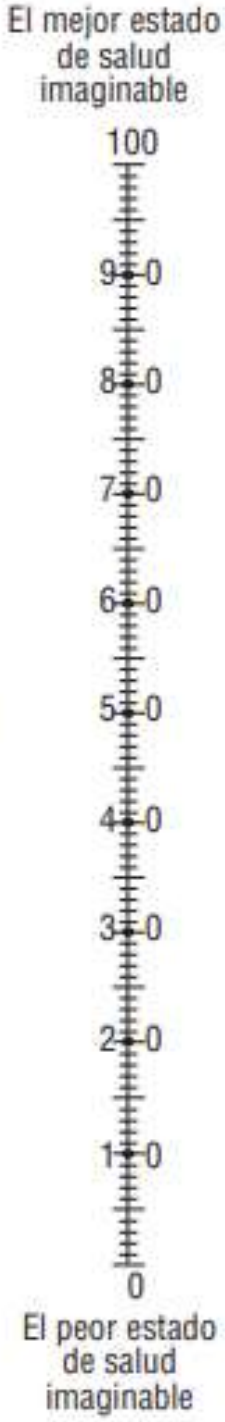
Nos gustaría saber lo buena o lo mala que es su salud HOY.

La escala está numerada de 0 a 100.

100 representa la mejor salud que usted se pueda imaginar. 0 representa la peor salud que usted se pueda imaginar.

Marque con una X en la escala para indicar cuál es su estado de salud HOY.

Ahora, escriba en el casillero que encontrará a continuación el número que marcó en la escala.



Su estado de salud HOY, según la escala es: *(coloque el número del 0 al 100)*

10.6. Anexo 6

Consentimiento informado

POLICLÍNICO MODELO DE CIPOLLETTI

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, el Jefe de Servicio de Kinesiología del Policlínico Modelo de Cipolletti autoriza a la alumna Luna Cabello Ruth Analieth, con D.N.I 95.842.558, estudiante de la carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría de la Universidad de Flores sede Comahue, a llevar a cabo la investigación para su trabajo final integrador titulado "Calidad de vida en pacientes que cursaron internación prolongada en la unidad de cuidados intensivos del Policlínico Modelo de Cipolletti". La investigación será supervisada en su totalidad por el Licenciado Federico Cenci, quien estará a cargo de la orientación y supervisión del estudio.

Confirmamos que toda la información recolectada durante el estudio será mantenida en estricta confidencialidad y se utilizará únicamente para fines de investigación. Los datos personales serán anonimizados y almacenados de manera segura para garantizar la privacidad y protección de los participantes.

Atentamente,

Lic. Obregón Andrés
Jefe de Servicio de Kinesiología

Lic. Cenci Federico
Director de trabajo Final

11. Bibliografía

Adultez - Concepto, inicio, final, etapas y características. (2021, August 5). Concepto. https://concepto.de/adultez/

Aguilar García, César Raúl, & Martínez Torres, Claudía. (2017). La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*, *31*(3), 171-173. Recuperado en 23 de abril de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000300171&lng=es&tlng=es.

Arango-Isaza, D., Velásquez-Duran, M., Franco-Mesa, C., Calle-Correa, E., Jaramillo-Hurtado, M., Ángel-Mejía, V., & Uribe-Corrales, N. (2019, January). What happens to quality of life after the intensive care unit? Cross-sectional observational study. *Colombian Journal of Anesthesiology*, *47*(1), 32–40. https://doi.org/10.1097/cj9.0000000000000085

Araujo Pulido, G. T. (n.d.). Cuidado de la Salud del Adulto Mayor.

Badía Castelló, M., Trujillano Cabello, J., Serviá Goixart, L., Marcha Llanes, J., & Rodríguez-Pozo, A.. (2008). Cambios en la calidad de vida tras UCI según grupo díagnóstico: Comparación de dos instrumentos de medida. Medicina Intensiva, 32(5), 203-215. Recuperado en 04 de julio de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912008000500001&lng=es&tlng=es.

Charco Roca, L. M., Martínez Granero, G., Gómez Castillo, M. D., & Jiménez Vizuete, J. M. (2021, July 22). Collaboration of Clinical Psychology in the Critical Care Unit: Prevention and treatment of post-ICU syndrome. *Interacciones: Revista De Avances En Psicología*. https://doi.org/10.24016/2021.v7.234

Enciso Luna, J. E., Córdoba Andrade, L., & Gómez Sánchez, L. E. (2021, October 26). Calidad de vida individual en niños y adolescentes con discapacidad intelectual y múltiple: una propuesta de atención basada en el modelo de Schalock y verdugo. *Diversitas*, *17*(2). https://doi.org/10.15332/22563067.7116

Herdman, M., Badía, X., & Berra, S. (2001). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención Primaria*, *28*(6), 425–429. https://doi.org/10.1016/s0212-6567(01)70406-4

Inoue S, Hatakeyama J, Kondo Y, Hifumi T, Sakuramoto H, Kawasaki T, Taito S, Nakamura K, Unoki T, Kawai Y, Kenmotsu Y, Saito M, Yamakawa K, Nishida O. Post-intensive care syndrome: its pathophysiology, prevention, and future directions. Acute Med Surg. 2019 Apr 25;6(3):233-246. doi: 10.1002/ams2.415. PMID: 31304024; PMCID: PMC6603316.

Laguardía, J., Campos, M. R., Travassos, C., Najar, A. L., Anjos, L. A., & Vasconcellos, M. M. (2013). Brazilian normative data for the Short Form 36 questionnaire, version 2. Revista Brasileira de Epidemiologia, 16(4), 889-897.

Litton E, Carnegie V, Elliott R, Webb SA. La eficacia de los tapones para los oídos como estrategia de higiene del sueño para reducir el delirio en la UCI: una revisión sistemática y un metanálisis. Crítico. Cuidado médico. 2016; 44: 992–9.

Litton E, Elliott R, Ferrier J, Webb SAR. Sueño de calidad usando tapones para los oídos en la unidad de cuidados intensivos: el ensayo controlado aleatorio piloto QUIET. Crítico. Cuidados Resucitación 2017; 19: 128-33.

Lobo Valbuena, B. (2022). Delirium en el paciente crítico: Análisis de factores de riesgo, pronóstico e influencia en el síndrome de post-UCI (Tesis doctoral). Escuela Internacional de Doctorado, Universidad Francisco de Vitoria.

Mateo Rodríguez, E., Puchades Gimeno, F., Ezzeddine Angulo, A., Asensio Samper, J., Saiz Ruiz, C., & López Alarcón, M. D. (2022, October). Síndrome post cuidados intensivos en COVID-19. Estudio piloto unicéntrico. *Medicina Clínica*, *159*(7), 321–326. https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.11.014

Mejía Vanegas, D., Arias Díaz, J. A., Leyton Toro, L., Ayala Grajales, K. Y., Becerra Londoño, A. M., Vallejo Ospina, J. I., & Rincón Hurtado, N. M. (2022, August 20). Calidad de vida y funcionalidad en sobrevivientes de cuidados intensivos: Una revisión exploratoria. *Revista Cuidarte*, *13*(3). https://doi.org/10.15649/cuidarte.2269

Raurell-Torredà, M., Arias-Rivera, S., Martí, J., Frade-Mera, M., Zaragoza-García, I., Gallart, E., Velasco-Sanz, T., San José-Arribas, A., Blázquez-Martínez, E., Rodríguez Delgado, M. E., Contreras Rodríguez, A. M., Oreña Cimiano, E., Ortega Guerrero, L., Martínez del Aguila, M. D. C., Rodríguez Monsalve, V., Cano Herrera, C. L., Masegosa Pérez, J. M., González de la Cuesta, D. M., Pardo Artero, M. I., . . . López Mateu, R. (2019, April). Grado de implementación de las estrategias preventivas del síndrome post-UCI: estudio observacional multicéntrico en España. *Enfermería Intensiva*, *30*(2), 59–71. https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.04.004

Ruiz, M. A., & Pardo, A. (2005, January). Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. *PharmacoEconomics Spanish Research Articles*, *2*(1), 31–43. https://doi.org/10.1007/bf03320897

Sánchez, S. B. (2022). *Sobrevivir a los cuidados intensivos: el síndrome post UCI*. Díalnet. https://díalnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8949797

Sosa, A., Pérez Díaz, F., Melgarejo, F., Ramírez, A., Amedey, M., Bianchini, F., Di Salvo, E., Domínguez Royano, R., Brozzi, I., & Del Bono, M. (2019). Debilidad adquirida en la Unidad de Cuidados Intensivos. Fronteras En Medicina, 14–14(2), 94–97. https://DOI.org/10.31954/RFEM/20191/0094-0097

URZÚA M, A. (2010, March). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica De Chile*, *138*(3). https://doi.org/10.4067/s0034-98872010000300017

Urzúa M, A., & Caqueo-Urízar, A. (2012, April). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, *30*(1), 61–71. https://doi.org/10.4067/s0718-48082012000100006

Verdugo, M.A. y Schalock, R.L. (2013). Discapacidad e Inclusión (pp 443-461). Salamanca: Amarú. Capítulo 19. Calidad de Vida.

Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., Santed, R., Valderas, J. M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., & Alonso, J. (2005, April). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, *19*(2), 135–150. https://doi.org/10.1157/13074369

Vinaccia, S., & Orozco, L. M. (2005, December 31). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, *1*(2), 125. https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2005.0002.01

Vinuesa Sebastián, M. M., Alfaro Latorre, M., Cabasés Hita, J. M., Sánchez Iriso, E., Ollo López, A., Errea Rodríguez, M., Suárez Cardona, M., & Neira León, M. (2014). Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L. Serie Informes monográficos no 3. In Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad.

Zarate, V., Kind, P., Chuang, L. H., Rajmil, L., & Greiner, W. (2011). Valuation of EQ-5D health states: A conceptual model and a review of the literature. Pharmacoeconomics.