

Impacto en la calidad de vida de pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos: estudio de cohorte prospectivo en Colombia

Mauricio Antonio Martínez Arguello ^a, Héctor Julio Melendez Florez ^b,
Francisco Fernando Naranjo Junoy ^c, Lizzete Paola Zambrano Silva ^d.

- a. Especialista en Medicina Crítica y cuidado intensivo del adulto, Clínica la Merced, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2645-0419>
- b. Jefe departamento Unidad Cuidados Intensivos, Foscal Internacional, Magister en Epidemiología, Facultad Universidad Industrial de Santander, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4610-2155>
- c. Jefe departamento Unidad Cuidados Intensivos, Clínica Foscal, Facultad Universidad Industrial de Santander, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8628-8743>
- d. Medico General, Clínica Foscal, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5279-5560>

DOI: [10.22517/25395203.25709](https://doi.org/10.22517/25395203.25709)

Resumen

Introducción: desde los años 80, la mortalidad en las unidades de cuidados intensivos (UCI) ha disminuido, así, la atención se ha desplazado hacia la evaluación de la calidad de vida post-UCI. Esta se mide mediante instrumentos como el SF-36 y el EQ-5D, que evalúan el bienestar físico, mental y social. Los resultados son variables, y persisten vacíos sobre cómo optimizar las intervenciones tempranas que mejoren la recuperación integral del paciente. **Objetivo:** determinar la calidad de vida post-UCI y los factores de riesgo asociados a su deterioro.

Materiales y métodos: se llevó a cabo un estudio de cohorte prospectivo que incluyó a 448 pacientes en una institución de alta complejidad en Colombia. La calidad de vida se evaluó mediante el cuestionario SF-36, midiendo ocho dimensiones. Se analizaron datos sociodemográficos y clínicos utilizando el software STATA 14®, aplicando pruebas estadísticas para comparar resultados pre y post-UCI con regresión logística.

Resultados: el 85,5 % de los pacientes presentó un deterioro en la calidad de vida a los 180 días post-UCI. Los dominios más afectados fueron la función física y el rol físico, con mayor incidencia en mujeres (89,4 % frente a 82,7 % en hombres). Los pacientes con infecciones presentaron mayor

riesgo de deterioro en la salud física (odds ratio [OR]: 2,23), mientras que el sexo femenino se comportó como un factor protector en el componente de salud física (OR: 0,59; intervalo de confianza del 95 %: 0,36-0,99; $p = 0,046$).

Conclusión: este estudio evidenció un deterioro significativo en la calidad de vida post-UCI, particularmente en el componente físico.

Palabras clave: calidad de vida, infección, unidad cuidados intensivos.

Abstract

Introduction: Since the 1980s, mortality rates in intensive care units (ICUs) have decreased, shifting the focus toward evaluating post-ICU quality of life. This is measured using instruments such as the SF-36 and EQ-5D, which assess physical, mental, and social well-being. Results are variable, and knowledge gaps persist regarding how to optimize early interventions that enhance comprehensive patient recovery.

Objective: to determine post-ICU quality of life and the risk factors associated with its deterioration.

Materials and methods: A prospective cohort study was conducted, including 448 patients in a high-complexity healthcare institution in Colombia. Quality of life was assessed using the SF-36 questionnaire, evaluating eight dimensions. Sociodemographic and clinical data were analyzed using STATA 14® software, applying statistical tests to compare pre- and post-ICU outcomes through logistic regression.

Results: A total of 85.5% of patients experienced a decline in quality of life 180 days after ICU discharge. The most affected domains were physical functioning and role-physical, with a higher incidence in women (89.4% vs. 82.7% in men). Patients with infections had a higher risk of deterioration in physical health (odds ratio [OR]: 2.23), while female sex was a protective factor in the physical health component (OR: 0.59; 95% confidence interval: 0.36–0.99; $p = 0.046$).

Conclusion: This study demonstrated a significant decline in post-ICU quality of life, particularly in the physical component.

Keywords: quality of life, infection, intensive care unit.

Introducción

A partir de los años 80, se ha observado una disminución en la mortalidad en las unidades de cuidados intensivos (UCI). En esa época, las principales causas de deceso eran la falla multiorgánica, la insuficiencia cardiovascular y la sepsis. Todo ello implicaba un costo anual para el sistema de salud que, en 2010, representó el 13,2 % de los costos hospitalarios y el 0,72 % del producto interno bruto de los Estados Unidos (1).

Según datos de la Sociedad Americana de Medicina de Cuidados Críticos, cada año ingresan más de cinco millones de pacientes a las UCI en Estados Unidos para recibir monitoreo invasivo, soporte ventilatorio y circulatorio, tratamiento de problemas agudos o crónicos potencialmente mortales, y asistencia en enfermedades en fase terminal (1).

Las personas en proceso de recuperación posterior al alta de la UCI pueden experimentar cambios en sus condiciones de vida que afectan sus funciones físicas, mentales, y su reintegración a los ámbitos social y laboral (2). Sin embargo, aún existen vacíos respecto a la efectividad de las intervenciones tempranas en la UCI (3).

Definir la calidad de vida no ha sido una tarea sencilla, ya que muchos autores consideran que esta noción, al igual que la salud, involucra tanto componentes objetivos (funcionamiento fisiológico) como subjetivos (bienestar, satisfacción con la vida y cumplimiento de expectativas). No obstante, se ha definido como “un bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el alcance del desarrollo personal y la actividad intencional, todo ponderado por un conjunto personal de valores” (4).

Bajo esta premisa, la calidad de vida se ha convertido en un indicador importante para los profesionales de la salud ya que “las políticas de salud apuntan no solo a brindar atención bajo la perspectiva científica, sino también a dar relevancia a la manera en que el paciente percibe subjetivamente su recuperación y la posibilidad de reincorporarse plenamente a su rutina previa a la enfermedad” (3).

Tradicionalmente, los resultados de la atención en las UCI se han limitado a evaluar indicadores como la mortalidad a los 28 días del egreso, las estancias hospitalarias y los costos directos e indirectos de la atención en salud. En la actualidad, ha cobrado relevancia la medición de la calidad de vida en salud a través de indicadores compuestos como los años de vida ajustados por calidad (QALYs), los años de vida ajustados por discapacidad

(AVADs) y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) post-UCI. Estos indicadores buscan realizar una evaluación integral de los beneficios y riesgos asociados a la atención médica, considerando los componentes mentales, físicos y sociales (5).

Hasta ahora, la evaluación de la calidad de vida post-UCI mediante cuestionarios validados, como el SF-36, el EQ-5D y las Actividades de la Vida Diaria (AVD), ha mostrado resultados muy variables.

A nivel internacional, y más específicamente en el contexto nacional, las estadísticas son limitadas. Por ello, el presente estudio tuvo como objetivo determinar la calidad de vida post-UCI y los factores de riesgo asociados a su deterioro.

Métodos

Diseño: estudio de cohorte prospectivo realizado en una institución de alta complejidad en la ciudad de Bucaramanga, Colombia. El protocolo del estudio fue aprobado por el comité de ética en investigación (CEI #006-21) y siguió los principios establecidos en la Declaración de Helsinki. Para la presentación de los resultados, se utilizó la lista de verificación STROBE para fortalecer los informes de estudios observacionales en epidemiología.

Pacientes: se incluyó a un total de 448 pacientes que ingresaron a la UCI entre el 11 de julio de 2021 y el 3 de julio de 2022. De ellos, 52 fallecieron y 51 abandonaron el estudio, por lo que la población final analizada para la calidad de vida fue de 345 pacientes. Los criterios de inclusión consideraron a pacientes mayores de 18 años que, antes de su ingreso a la UCI, no presentaban trastornos neurocognitivos ni funcionales. Se excluyeron pacientes gestantes y aquellos que no aceptaron participar en el estudio.

Cuestionario SF-36: desarrollado en los años 90 en Estados Unidos, este instrumento evalúa la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Está compuesto por 36 ítems que miden ocho dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, función social, rol emocional, vitalidad y salud mental. Estas dimensiones se agrupan en dos componentes globales: salud física y salud mental. El SF-36 se aplica a personas mayores de 14 años, con un período de recordatorio de una a cuatro semanas, y puede ser autoadministrado o aplicado mediante entrevista. La puntuación de cada dimensión varía entre 0 y 100, indicando un mejor estado de salud con puntuaciones más altas. El cuestionario ha sido validado en varios países, incluida una versión en español, y ha demostrado ser fiable, aceptable y válido, especialmente en pacientes críticos, como los ingresados en unidades de cuidados intensivos.

Recolección de datos: una médica vinculada a la institución, previamente capacitada, fue responsable de aplicar el cuestionario SF-36 y recolectar variables sociodemográficas, siguiendo un acuerdo de confidencialidad. El investigador principal organizó reuniones para explicar los objetivos del estudio y el procedimiento de recolección. Se visitaron las instituciones participantes para instruir sobre el reclutamiento de pacientes. La médica encuestadora, con apoyo de la enfermera jefe de hospitalización, identificó nuevos pacientes y los contactó. Los criterios de inclusión y exclusión se aplicaron antes de informar al paciente sobre el estudio y obtener su consentimiento informado. Si el paciente no podía responder, un familiar o cuidador completaba la encuesta. Para minimizar el sesgo de memoria, se validó la información recolectada, obteniendo datos del período de cuatro semanas previas al ingreso a la UCI y posteriores al egreso. La encuestadora supervisó todo el proceso, resolviendo dudas y asegurando la completitud de los datos.

Plan de análisis: los datos se procesaron con STATA 14®, calculando frecuencias para variables nominales y ordinales, y medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas. La información recolectada a través del SF-36 se analizó hasta el desenlace (muerte), creando dos grupos según el sexo. El análisis estadístico descriptivo incluyó medias, desviaciones estándar, medianas, rangos intercuartílicos y porcentajes. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado para variables categóricas y la prueba t de Student para variables continuas, aplicando pruebas paramétricas o no paramétricas según la distribución. Las dimensiones del SF-36 se expresaron como media (desviación estándar) y se compararon las encuestas pre y post mediante las pruebas de chi-cuadrado y Wilcoxon. La consistencia interna del cuestionario se evaluó con el coeficiente alfa de Cronbach ($\geq 0,70$). Se calcularon medias y medianas para los componentes de salud física (CSF) y salud mental (CSM). Las variables significativas para el deterioro de la calidad de vida se analizaron mediante regresión logística binomial, aceptando un nivel de significancia del 5 % ($p < 0,05$).

Resultados

De los 448 pacientes, se realizó una categorización por sexo: el 50,45 % correspondía a hombres, con una media de edad de $63,54 \pm 16,9$ años, mientras que el 49,55 % eran mujeres, con una media de edad de $64,10 \pm 17,4$ años. Además, el 69,64 % de la población general pertenecía al estrato socioeconómico tres o inferior (ver Tabla 1).

En cuanto a las características clínicas, el 35,49 % de los pacientes ingresaron a la UCI debido a patologías del aparato circulatorio. Al ingreso, se calculó la escala de gravedad APACHE II, obteniéndose un puntaje promedio de $9,25 \pm 4,50$ en mujeres y de $9,58 \pm 4,37$ en hombres. La probabilidad de mortalidad fue similar en ambos grupos, siendo de $9,18 \pm 7,20$ en mujeres y de $9,84 \pm 7,42$ en hombres, sin diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

También se evaluó la estancia total en la institución, donde el grupo masculino presentó una mayor estancia promedio ($22,3 \pm 21,4$ días) en comparación con el grupo femenino ($17,89 \pm 16,5$ días), con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) (ver Tabla 2).

Finalmente, se registró una mortalidad general de 52 pacientes, lo que representó el 11,61 % de la población. Aunque la mortalidad fue mayor en el sexo femenino (13,06 % frente al 10,18 % en hombres), esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,340$).

Tabla 2. Características clínicas generales

Variable	Sexo femenino Media \pm DE	Sexo masculino Media \pm DE	P
Escala gravedad apache II	9,25 \pm 4,50	9,58 \pm 4,37	0,4232
Puntaje apache II	9,18 \pm 7,20	9,84 \pm 7,42	
Probabilidad de mortalidad			
Días ventilación mecánica	16,7 \pm 18,9	16,86 \pm 18,7	0,3299
Días estancia UCI	7,1 \pm 10,5	9,9 \pm 13,9	0,0161
Días posterior UCI	10,8 \pm 11,1	12,5 \pm 15,2	0,2008
Total días instancia en la institución	17,89 \pm 16,5	22,3 \pm 21,4	0,0147

Calidad de vida

Para evaluar la calidad de vida, se utilizó el cuestionario SF-36, que se organiza en dos componentes principales: el Componente de Salud Física (CSF) y el Componente de Salud Mental (CSM), cada uno integrado por cuatro dominios. El cuestionario se aplicó en cuatro momentos: antes del ingreso a la UCI y a los 30, 90 y 180 días posteriores a la estancia en la UCI.

La fiabilidad de la escala SF-36 fue evaluada mediante el alfa de Cronbach, que mostró una alta confiabilidad en todos los dominios (ver Tabla 3).

Tabla 3. Alfa de Cronbach formulario SF – 36.

Preguntas	Componentes	Dominio	Alfa de Cronbach	Correlación inter-item
3 - 12	Componente salud física	Función Física	0,9621	0,7173
13 - 16		Rol Físico	0,9386	0,7925
21 - 22		Dolor Físico	0,8385	0,7220
1, 33 - 36		Salud General	0,8506	0,5324
17 - 19	Componente Salud mental	Rol Emocional	0,9141	0,7801
20 - 32		Función Social	0,8974	0,8094
23,27,29, 31		Vitalidad	0,8500	0,5862
24, 25, 26, 28, 30		Salud Mental	0,8375	0,5075

Para interpretar mejor la puntuación del cuestionario, es importante entender que un puntaje entre 0 y 24 indica una calidad de vida mala - regular, 25 a 50 regular - buena, 51 a 75 buena - muy buena, y 76 a 100 excelente. Con base en esto, se observó que tanto en el CSF como en el CSM, antes del ingreso a la UCI los puntajes se relacionaban con una calidad de vida buena - muy buena, con un promedio de 64 ± 29 en el CSF y 75 ± 21 en el CSM. A los 30 días se registró el peor puntaje, con un promedio de 46 ± 28 para el CSF y 63 ± 21 para el CSM, clasificándose como una calidad de vida regular - buena. Cabe destacar que, aunque a los 180 días la calidad de vida se ubicó en la categoría de buena - muy buena, su promedio fue menor en comparación con el registrado antes del ingreso a la UCI (ver Tabla 4).

Tabla 4. Puntaje de calidad de vida según los componentes de salud física y salud mental.

Encuesta	Componente salud física				Puntaje CSF	Componente salud mental				Puntaje CSM
	Función física	Rol físico	Dolor físico	Salud general		Rol emocional	Vitalidad	Salud mental	Función social	
Basal	66 ± 35	59 ± 45	69 ± 30	62 ± 26	64 ± 29	77 ± 39	68 ± 22	73 ± 20	82 ± 27	75 ± 21
30 días	43 ± 37	29 ± 42	58 ± 30	52 ± 25	46 ± 28	59 ± 46	58 ± 24	66 ± 20	67 ± 31	63 ± 26
90 días	51 ± 35	26 ± 40	61 ± 30	59 ± 27	49 ± 27	58 ± 43	60 ± 28	68 ± 25	67 ± 30	63 ± 26
180 días	55 ± 36	29 ± 40	62 ± 31	62 ± 27	52 ± 28	60 ± 42	62 ± 30	70 ± 26	66 ± 32	65 ± 27

Con el objetivo de facilitar un mejor análisis e interpretación, y siguiendo las pautas de las guías 'Health Survey Manual and Interpretation Guide', se considera deterioro de la calidad de vida a toda disminución mayor o igual a cinco puntos en cualquiera de los ocho dominios. Teniendo en cuenta que el promedio de mejor recuperación se observó a los 180 días, se realizó un comparativo entre las puntuaciones basales y las obtenidas a los 180 días para determinar el deterioro de la calidad de vida según los dominios.

El análisis mostró que los dominios con mayor deterioro fue el de función física y rol físico, mientras que el dominio con menor proporción de pacientes con deterioro fue salud general (ver Tabla 5). Además, se evaluó el deterioro tanto en el Componente de Salud Física (CSF) como en el Componente de Salud Mental (CSM), encontrando que la incidencia global de deterioro en uno o ambos componentes a los 180 días fue del 85,5%. Esta proporción fue mayor en mujeres (89,4%) en comparación con hombres (82,7%). Solo un 14,2% de los pacientes no presentaron deterioro en ninguno de los dos componentes. En general, se observó un deterioro significativo tanto en el CSF como en el CSM a los 180 días.

Tabla 5. Deterioro de calidad de vida según los dominios

Componente	Dominio	Deterioro de calidad de vida		p
		Sexo femenino % (n)	Sexo masculino % (n)	
Salud física	Funcionamiento físico	57,50% (92)	52,97% (98)	0,399
	Rol físico	53,75(86)	45,41(84)	0,122
	Dolor físico	49,38 (79)	46,49 (86)	0,592
	Salud general	35,62 (57)	36,76 (68)	0,827
Salud mental	Rol emocional	40,62(65)	36,76(68)	0,462
	Función social	51,25 (82)	43,24 (80)	0,137
	Vitalidad	49,38(79)	40,00 (74)	0,080
	Salud mental	53,75 (86)	41,08 (76)	0,019

Por último, se realizó un análisis de regresión múltiple para poder evaluar y proponer un modelo que explicara las posibles asociaciones con el deterioro de calidad de vida posterior a hospitalización en UCI, se llevo a cabo un análisis de las variables que fueron estadísticamente significativas o tenían plausibilidad biológica.

Los resultados del análisis de regresión logística para el CSF indican que la presencia de infección se asocia con un aumento significativo en el riesgo de deterioro de la calidad de vida, con un Odds Ratio (OR) de 2,23 (IC 95%: 1,23 – 4,03; p = 0,008), lo que sugiere que los pacientes con infección tienen más del doble de probabilidad de experimentar deterioro en comparación con aquellos sin infección. En contraste, el sexo femenino se comporta como un factor protector en el CSF, con un OR de 0,59 (IC 95%: 0,36 – 0,99; p = 0,046), indicando que las mujeres tienen una menor probabilidad de deterioro en comparación con los hombres. Para el CSM, el sexo femenino también muestra un efecto protector con un OR de 0,59 (IC 95%:

0,36 – 0,95; $p = 0,031$), lo que implica que las mujeres tienen una menor probabilidad de deterioro en esta área en comparación con los hombres (Tabla 6).

Tabla 6. Factores asociados al deterioro de calidad de vida posterior a estancia en Unidad de Cuidados Intensivos.

Variable	Odds Ratio	IC 95%	p
Componente salud física	2,2297	1,2333 – 4,0311	0,008
Infección			
Sexo femenino	0,5947	0,3569 – 0,9908	0,046
Componente salud mental			
Sexo femenino	0,5901	0,3647 – 0,9549	0,031

Nuestro estudio es el primero realizado en Colombia que evalúa la calidad de vida posterior a la estancia en la UCI con un seguimiento hasta 180 días. Utilizamos el cuestionario SF-36, que ha demostrado una adecuada aceptabilidad, fiabilidad y validez en pacientes críticos, además de estar validado al español (6–9).

El deterioro de la calidad de vida tras una estancia en la UCI es un tema frecuentemente mencionado, pero poco estudiado, debido principalmente a la dificultad de medir variables cualitativas que dependen de la percepción individual de cada paciente (10,11). Evaluar la calidad de vida antes y después de la estancia en la UCI permite no solo describir el deterioro global tras un evento crítico, sino también valorar su utilidad como parámetro para evaluar el alta hospitalaria, las comorbilidades y la mortalidad de los pacientes (12–18).

En nuestro estudio, durante el seguimiento a seis meses, observamos tendencias similares en los componentes de salud física (CSF) y salud mental (CSM). A los 30 días, se detectó un mayor deterioro en la calidad de vida (DCV), con una disminución del 28 % en el CSF y del 16 % en el CSM. Posteriormente, se evidenció una tendencia hacia la recuperación en ambos componentes. A los 90 días, el DCV fue del 23 % para el CSF y del 16 % para el CSM en comparación con el valor inicial, manteniéndose la tendencia de mejoría. Sin embargo, a los 6 meses, los valores no alcanzaron los niveles basales. Solo un 14,2 % de los pacientes no presentó deterioro en ninguno de los componentes, lo que destaca la gravedad de la situación para la mayoría de los individuos analizados.

A los 180 días, el 85,8 % de los pacientes presentó un deterioro clínicamente significativo de la calidad de vida, ligeramente mayor en los hombres (51,7 %, n = 153) que en las mujeres (48,3 %, n = 143). El CSF fue el más afectado en ambos grupos, con puntuaciones medias por debajo de los valores basales en un 19 % y un 13 % para el CSM, siendo este último más afectado en mujeres (77,5 %, n = 124) que en hombres (67,03 %, n = 124).

Nuestros hallazgos son consistentes con estudios internacionales (19,20). En un estudio prospectivo observacional, se analizaron factores que influyen en el deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes traumatizados en la UCI. A los 12 meses, se reportó un deterioro significativo en todas las dimensiones, siendo el rol físico el más afectado. De forma similar, otro estudio evaluó a 300 pacientes en un hospital docente en Escocia, encontrando que la calidad de vida física disminuyó significativamente a los 3 meses, recuperándose parcialmente a los 12 meses, aunque permaneció inferior a la de la población general.

En nuestro estudio, los dominios de función y rol físicos presentaron el mayor deterioro, lo que subraya la necesidad de intervenciones terapéuticas eficaces, como fisioterapia, rehabilitación y terapia ocupacional tempranas. Sin un tratamiento adecuado, el deterioro físico dificulta el retorno a las actividades diarias y laborales, disminuyendo la productividad. Este resultado concuerda con otros hallazgos que identificaron reducciones significativas en energía, sueño y reacciones emocionales, junto con aumentos en las bajas laborales (10).

En contraste, el dominio de la salud mental mostró un deterioro limitado (4 % respecto al valor basal), significativamente menor que el del rol físico (49 %). Múltiples alteraciones emocionales como ansiedad, estrés y depresión son comunes en estos pacientes y están influenciadas por factores como el ruido, el dolor y la dificultad para comunicarse (11). Se recomienda un enfoque multidisciplinario para atender las necesidades físicas y psicológicas de los pacientes.

Se identificó un mayor deterioro en mujeres (89,4 %) en comparación con hombres (82,7 %), sugiriendo mayor vulnerabilidad femenina. Un metaanálisis reciente analizó 21 estudios con 505.138 participantes y encontró mayor gravedad de la enfermedad y mortalidad ajustada en mujeres (21).

Un análisis secundario en nuestro estudio mostró que la presencia de infección se asoció con un mayor riesgo de deterioro del CSF (OR: 2,23; IC 95 %: 1,23–4,03; p = 0,008). Curiosamente, el sexo femenino actuó como

factor protector en el CSF y CSM, aunque las mujeres presentaron mayor deterioro inicial y mostraron mayor resiliencia a los 180 días.

Finalmente, la mortalidad general fue del 11,61 %. A los 30 días, falleció el 6,92 % de los pacientes y el 10,94 % a los 90 días. Estas cifras son menores a las reportadas en otros estudios que documentaron mortalidades del 14,6 % a los 90 días y del 17,6 % a los 180 días (24,25). También se observaron diferencias respecto a otros trabajos que describen una mortalidad del 17,1 % a los 28 días y del 25 % a los 6 meses (26,27).

Conclusión

El estudio evidenció un deterioro significativo en la calidad de vida de los pacientes tras su estancia en la UCI, con un mayor impacto en el componente físico en comparación con el mental, y una recuperación incompleta a los 180 días. Las mujeres mostraron un mayor deterioro inicial, pero evidenciaron una mayor resiliencia a largo plazo en comparación con los hombres, lo que resalta la importancia de diseñar enfoques personalizados según el sexo. Estos hallazgos destacan la necesidad de implementar un tratamiento multidisciplinario que integre fisioterapia temprana, rehabilitación y apoyo psicológico, con el objetivo de optimizar la recuperación y facilitar la reincorporación a las actividades cotidianas y laborales, contribuyendo así a mejorar los resultados de salud post-UCI.

Referencias

1. Critical Care Statistics | SCCM [Internet]. [cited 2024 Aug 16]. Available from: <https://www.sccm.org/Communications/Critical-Care-Statistics>
2. Niittyvuopio M, Liisanantti JH, Pikkupeura J, Spalding MB, Sälkiö S, Ala-Kokko TI. Factors associated with impaired physical functioning and mental health in working-age patients attending a post-intensive care follow-up clinic three months after hospital discharge. *Anaesth Intensive Care* [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2024 Aug 16];47(2):160. Available from: <https://openurl.ebsco.com/contentitem/doi:10.1177%2F0310057X19838910?sid=ebsco:plink:crawler&id=ebsco:doi:10.1177%2F0310057X19838910>
3. Lewis SR, Pritchard MW, Schofield-Robinson OJ, Evans DJW, Alderson P, Smith AF. Information or education interventions for adult intensive care unit (ICU) patients and their carers. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 Oct 13 [cited 2024 Aug 16];10(10). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30316199/>
4. Karimi M, Brazier J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics* [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2024 Aug 16];34(7):645–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26892973/>
5. Oliveros H, Martínez FH, Lobelo R, Pablo Velásquez J, Gómez M, Granados M, et al. TRABAJOS ORIGINALES Recursos utilizados y calidad de vida de los pacientes críticamente enfermos egresados de la unidad de cuidados intensivos Expenditure of resources and quality of life in critically ill patients discharged from the intensive care unit. Vol. 33. 2008.

6. Chaboyer W, Elliott D. Health-related quality of life of ICU survivors: review of the literature. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2000 [cited 2024 Oct 9];16(2):88–97. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11868593/>
7. Dowdy DW, Eid MP, Sedrakyan A, Mendez-Tellez PA, Pronovost PJ, Herridge MS, et al. Quality of life in adult survivors of critical illness: a systematic review of the literature. *Intensive Care Med* [Internet]. 2005 [cited 2024 Oct 9];31(5):611–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15803303/>
8. Angus DC, Carlet J. Surviving intensive care: a report from the 2002 Brussels Roundtable. *Intensive Care Med* [Internet]. 2003 Mar 1 [cited 2024 Oct 9];29(3):368–77. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12536269/>
9. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* [Internet]. 2005 [cited 2024 Oct 9];19(2):135–50. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Hurel D, Loirat P, Saulnier F, Nicolas F, Brivet F. Quality of life 6 months after intensive care: results of a prospective multicenter study using a generic health status scale and a satisfaction scale. *Intensive Care Med* [Internet]. 1997 [cited 2024 Oct 9];23(3):331–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9083237/> Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano J, de Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva* [Internet]. 2007 [cited 2024 Oct 9];31(6):318–25. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Fröhlich M, Lefering R, Probst C, Paffrath T, Schneider MM, Maegele M, et al. Epidemiology and risk factors of multiple-organ failure after multiple trauma: an analysis of 31,154 patients from the TraumaRegister DGU. *J Trauma Acute Care Surg* [Internet]. 2014 [cited 2024 Oct 9];76(4):921–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24662853/>
12. Chaboyer W, Elliott D. Health-related quality of life of ICU survivors: review of the literature. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2000 [cited 2024 Oct 9];16(2):88–97. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11868593/>
13. Cuthbertson BH, Scott J, Strachan M, Kilonzo M, Vale L. Quality of life before and after intensive care. *Anaesthesia* [Internet]. 2005 Apr [cited 2024 Oct 9];60(4):332–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15766335/>
14. Ulvik A, Kvåle R, Wentzel-Larsen T, Flaatten H. Quality of life 2-7 years after major trauma. *Acta Anaesthesiol Scand* [Internet]. 2008 Feb [cited 2024 Oct 9];52(2):195–201. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18005377/>
15. Fildissis G, Zidianakis V, Tsigou E, Koulenti D, Katostaras T, Economou A, et al. Quality of Life Outcome of Critical Care Survivors Eighteen Months after Discharge from Intensive Care. *Croat Med J* [Internet]. 2007 Dec [cited 2024 Oct 9];48(6):814. Available from: </pmc/articles/PMC2213799/>
16. Buckley TA, Cheng AYC, Gomersall CD. Quality of life in long-term survivors of intensive care. *Ann Acad Med Singap* [Internet]. 2001 [cited 2024 Oct 9];30(3):287–92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11455744/>
17. Hollinger A, Gayat E, Féliot E, Paugam-Burtz C, Fournier MC, Duranteau J, et al. Gender and survival of critically ill patients: results from the FROG-ICU study. *Ann Intensive Care* [Internet]. 2019 Dec 1 [cited 2024 Oct 9];9(1). Available from: </pmc/articles/PMC6441070/>
18. Serviá Goixart L, Badia Castelló M, Montserrat Ortiz N, Bello Rodríguez G, Vicario Izquierdo E, Vilanova Corselles J, et al. Factores de riesgo de deterioro de calidad de vida en pacientes traumáticos críticos. Valoración a los 6 y 12 meses del alta de la unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva* [Internet]. 2014 Jan 1 [cited 2024 Oct 9];38(1):1–10. Available

from: <http://www.medintensiva.org/es-factores-riesgo-deterioro-calidad-vida-articulo-S0210569112003178>

19. Cuthbertson BH, Scott J, Strachan M, Kilonzo M, Vale L. Quality of life before and after intensive care. *Anaesthesia* [Internet]. 2005 Apr [cited 2024 Oct 9];60(4):332–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15766335/>
20. Modra L, Higgins A, Vithanage R, Abeygunawardana V, Bailey M, Bellomo R. Sex differences in illness severity and mortality among adult intensive care patients: A systematic review and meta-analysis. *J Crit Care* [Internet]. 2021 Oct 1 [cited 2024 Oct 9];65:116–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34118502/>
21. Badia Castelló M, Trujillano Cabello J, Serviá Goixart L, Marcha Llanes J, Rodríguez-Pozo A. Cambios en la calidad de vida tras UCI según grupo diagnóstico: Comparación de dos instrumentos de medida. *Med Intensiva* [Internet]. 2008 [cited 2024 Oct 9];32(5):203–15. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912008000500001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
22. Peckham H, de Gruijter NM, Raine C, Radziszewska A, Ciurtin C, Wedderburn LR, et al. Male sex identified by global COVID-19 meta-analysis as a risk factor for death and ITU admission. *Nat Commun* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2024 Oct 9];11(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33298944/>
23. Cuthbertson BH, Scott J, Strachan M, Kilonzo M, Vale L. Quality of life before and after intensive care. *Anaesthesia* [Internet]. 2005 Apr [cited 2024 Aug 16];60(4):332–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15766335/>
24. Oliveros H, Martínez FH, Lobelo R, Pablo Velásquez J, Gómez M, Granados M, et al. TRABAJOS ORIGINALES Recursos utilizados y calidad de vida de los pacientes críticamente enfermos egresados de la unidad de cuidados intensivos Expenditure of resources and quality of life in critically ill patients discharged from the intensive care unit. Vol. 33. 2008.
25. Robinson KA, Davis WE, Dinglas VD, Mendez-Tellez PA, Rabiee A, Sukrithan V, et al. A systematic review finds limited data on measurement properties of instruments measuring outcomes in adult intensive care unit survivors. *J Clin Epidemiol*. 2017 Feb 1;82:37–46.
26. Fröhlich M, Lefering R, Probst C, Paffrath T, Schneider MM, Maegele M, et al. Epidemiology and risk factors of multiple-organ failure after multiple trauma: an analysis of 31,154 patients from the TraumaRegister DGU. *J Trauma Acute Care Surg* [Internet]. 2014 [cited 2024 Oct 9];76(4):921–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24662853/>