

**Calidad de vida relacionada con la salud en adultos  
hospitalizados en UCI: Revisión de la literatura**

**CAMILO ANDRES VARGAS CONTRERAS**

**COD: 201113385**

**ESTUDIANTE DE X SEMESTRE**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA**

**FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION**

**PROGRAMA DE ENFERMERIA**

**CHIA, CUNDINAMARCA**

**2016**

Calidad de vida relacionada con la salud en adultos  
hospitalizados en UCI: Revisión de la literatura

**CAMILO ANDRES VARGAS CONTRERAS**

**COD: 201113385**

**Estudiante de X semestre**

**Trabajo de Investigación para optar al título de enfermero**

**Asesor Temático:**

**Dra. María Elisa Moreno Fergusson**

**Profesora Titular**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA**

**FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION**

**PROGRAMA DE ENFERMERIA**

**CHIA, CUNDINAMARCA**

**2016**

## Tabla de contenido

<b>Introducción</b> .....	5
Marco de referencia .....	6
<b>Justificación</b> .....	8
<b>Objetivos</b> .....	9
<b>Método</b> .....	9
<b>Resultados</b> .....	12
Calidad de vida: .....	13
Antecedentes: .....	15
<b>Calidad de Vida Relacionada con la Salud</b> .....	16
<b>Conceptualización:</b> .....	16
<b>Valoración de la calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud</b> .....	17
<b>Modelos teóricos de calidad de vida:</b> .....	17
<b>Teorías de enfermería:</b> .....	18
<b>Teoría de mediano rango para la generación de calidad de vida en los ancianos</b> .....	19
<b>Grafico 1 Mapa conceptual de la teoría</b> .....	20
<b>Modelo teórico sobre calidad de vida de Ferrell y otros:</b> .....	20
<b>Grafico 2 Mapa Conceptual del modelo teórico de Calidad de vida</b> .....	22
Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hospitalizados en UCI:.....	22
<b>Factores que afectan el bienestar físico en pacientes hospitalizados en cuidado intensivo</b> .....	23
<b>Presencia de dolor:</b> .....	23
<b>Alteración del estado mental: Delirio</b> .....	25
<b>Alteración del patrón del sueño:</b> .....	27
<b>Errores en la administración de la medicación y su repercusión en la calidad de vida relacionada con la salud:</b> .....	28
<b>Mucositis oral:</b> .....	29
<b>Bienestar psicológico: Ansiedad:</b> .....	30
<b>Imposibilidad para comunicarse</b> .....	31
<b>Bienestar social:</b> .....	33
<b>Estrés familiar:</b> .....	33
<b>Visitas a familiares hospitalizados en la UCI y su actuación en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes</b> .....	35
<b>Comunicación con los familiares sobre la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo con larga estadía:</b> .....	35
<b>Bienestar espiritual:</b> .....	37

<b>Conclusiones</b> .....	38
<b>Recomendaciones</b> .....	39
<b>Bibliografía</b> .....	39

## Introducción

Las unidades de cuidado intensivo (UCI) son aquellas áreas hospitalarias cuyo propósito es brindar una atención integral y monitoreo permanente a los pacientes que se encuentran en una condición crítica de salud. Para ello cuentan con el apoyo de un equipo interdisciplinario, integrado por médicos, enfermeras (os), terapeutas y otros profesionales altamente especializados, con equipos de alta tecnología para la monitorización y soporte de las condiciones fisiológicas del paciente (1) (2)

Desde el establecimiento de la terapia intensiva durante la epidemia de polio, a mediados del siglo pasado, las características demográficas de la población y el estilo de vida ha incrementado de manera constante la demanda de cuidados intensivos, reforzado por la creciente complejidad de las opciones terapéuticas que ofrece la medicina moderna. (3)

La hospitalización en estas unidades genera sentimientos de temor e incertidumbre en los pacientes por la condición crítica de su estado de salud. Se concluye que esta situación impacta la calidad de vida de las personas en el largo plazo, debido a estrés post traumático, condiciones crónicas de salud, y discapacidad.

A pesar del estrés y el impacto que caracteriza esta experiencia, son pocos los estudios que se refieren a los factores que afectan la calidad de vida de las personas durante su estancia en las unidades. Por ésta razón, el propósito de esta revisión de la literatura es analizar los factores que alteran la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes hospitalizados en las UCI y elaborar una propuesta de plan de cuidados de enfermería, encaminado a proveer las mejores condiciones que faciliten la recuperación del paciente en este ámbito.

## Marco de referencia

Algunas de las principales causas de morbimortalidad en el mundo y en Colombia, requieren de tratamientos complejos en unidades de cuidado intensivo (UCI), entre ellas, el trauma, las enfermedades cardiovasculares como el infarto agudo de miocardio, los problemas respiratorios, la sepsis, los post operatorios de cirugías abdominales complejas y las enfermedades crónicas no transmisibles. (2)

Es así como, el trauma derivado de accidentes de tránsito, constituye una causa común de muerte y discapacidad en los jóvenes; se estima que de 20 millones a 50 millones de personas en todo el mundo, sufren heridas, deficiencias o discapacidad, derivadas de éste (4). Este tipo de pacientes a menudo precisan de una estancia prolongada en la UCI y de un programa de rehabilitación que se extiende después del alta hospitalaria. (5)

En cuanto a las enfermedades de origen respiratorio, se encuentra que la neumonía es una de las causas más comunes en pacientes asistidos con ventilación mecánica invasiva (VMI) y es tratada frecuentemente en un 50 - 80% en unidades de cuidados intensivos (6) .Por otra parte, la sepsis es una causa importante de hospitalización en estas unidades, y a pesar de los avances en el tratamiento, la mortalidad de los pacientes sigue siendo alta. (7) En el estudio realizado por Pandian se observó que los porcentajes de sepsis en los pacientes que se encuentran hospitalizados en UCI corresponden al 44%, debido a sepsis respiratoria baja, 14% a flebitis y solo un 2 % a sepsis urinaria. La sepsis apareció con mayor frecuencia entre el segundo y el tercer día (58%) de hospitalización y los pacientes mayores de 70 años con ventilación mecánica fueron los más afectados (18%). (8) En Colombia, los pacientes hospitalizados en UCI tienen un mayor riesgo de presentar sepsis por el alto porcentaje de procedimientos invasivos que se manejan allí (9)

Es importante anotar que un estudio realizado en los EEUU, encontró que, en las personas mayores de 64 años, las principales causas de hospitalización en las UCI son además de la sepsis, la enfermedad coronaria, la falla cardiaca, los

problemas respiratorios, la enfermedad cerebro vascular y el trauma cráneo encefálico asociado a caídas. (9)

También debe resaltarse, que se ha incrementado la incidencia de hospitalización en estas unidades, de pacientes oncológicos (30.3%) debido a los efectos secundarios de la quimioterapia y la medicación asociada. (10) Del mismo modo, son frecuentes las hospitalizaciones asociadas a efectos adversos de las drogas como anticoagulantes, benzodiazepinas y alcohol incrementando el número de pacientes que requieren este servicio. (11)

Al revisar la literatura se encontraron numerosos estudios realizados con el propósito de comprender el efecto que tuvo en el largo plazo la hospitalización en las UCI en los sobrevivientes de enfermedades críticas. (1)

En la última década han mejorado los índices de mortalidad en estas unidades, lo que se debe a avances en la atención médica y a un mayor interés por mejorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los sobrevivientes después de un ingreso en la UCI. Aunque la prevalencia de secuelas cognitivas y psicológicas se reconoce cada vez más en los pacientes que fueron dados de alta de la enfermedad crítica, la función física se presenta como el más afectado de los dominios de la calidad de vida relacionada con la salud. (8)

Existen varias estrategias para el ingreso en la UCI, por ejemplo, el modelo de priorización, el modelo de diagnóstico, y el modelo de parámetros objetivos, en el beneficio esperado de la admisión, es el más utilizado. Del mismo modo, las preferencias del paciente con respecto a la admisión en la UCI a menudo se fundamentan en la probabilidad de un resultado positivo. Sin embargo, evaluar si un paciente críticamente enfermo se beneficiaría de cuidados intensivos sigue siendo una tarea difícil para el paciente, los familiares y el médico. Esto se agrava aún más por el hecho de que el tratamiento de cuidados intensivos, sin perspectivas de éxito, es una inmensa carga emocional para el paciente y sus familiares y una carga socioeconómica para la sociedad. (3)

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) después de la hospitalización en UCI se ve afectada en los pacientes, (12). El análisis de los estudios revisados, revela que las principales consecuencias después de una estancia prolongada de hospitalización en las UCI, sin importar la causa de ingreso son:

estados de cronicidad, discapacidad, alteraciones mentales, y disfunción en actividades personales diarias (13) . Por otra parte, el seguimiento de enfermería desde el momento de ingreso a la unidad de cuidados intensivos hasta que el paciente llega al mejor estado de recuperación posible, es uno de los pilares fundamentales en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas una vez son dadas de alta en las unidades de cuidados intensivos. (10)

Aunque estos hallazgos son consistentes a través de los estudios de los sobrevivientes de la hospitalización en las UCI, existen vacíos de conocimiento relacionados con la calidad de vida de las personas durante el tiempo que permanecen en estas unidades. (1)

De allí surge la pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores que afectan la calidad de vida relacionada con la salud, en adultos hospitalizados en las UCI?

## **Justificación**

Dada la elevada incidencia de enfermedades que causan condiciones críticas de salud en las personas, es necesario que los profesionales de enfermería identifiquen los factores que alteran la calidad de vida de las personas durante su hospitalización en las unidades de cuidado intensivo y desarrollen planes de cuidado encaminados a proveer las mejores condiciones que faciliten la recuperación del paciente en este ámbito. (4)

Los pacientes que son hospitalizados en UCI tienen alteraciones en las dimensiones física, psicosocial y espiritual. Por ello, la literatura se ha centrado en los efectos que tiene a largo plazo esta situación, como son el impacto psicológico de haber recibido un diagnóstico y haber sido tratado en una unidad de cuidado intensivo en una etapa de la vida, cuando las relaciones interpersonales, los objetivos de trabajo y formar una familia pueden ser las principales preocupaciones en la adultez. Diversos estudios han identificado la problemática psicológica que cursan los pacientes con enfermedades críticas, principalmente trastornos de ansiedad y depresión, presentes durante el proceso de atención a su salud. (14) Las repercusiones que tienen los pacientes en el



momento de la hospitalización en las unidades de cuidado intensivo son efectos que alteran la calidad de vida relacionada con la salud, generando una necesidad de estudio en el momento, de allí, la necesidad del profesional de enfermería de estar actualizado para implementar el conocimiento en sus prácticas de cuidado. (7)

En la literatura se reportan numerosos estudios sobre calidad de vida en personas que estuvieron hospitalizadas en las unidades de cuidado intensivo, pero son pocos los que identifican los factores fundamentales que la afectan durante la hospitalización y durante los procedimientos que se llevan a cabo dentro de la misma, así como aquellos relacionados con el cuidado de enfermería que la favorecen. (4)

Los resultados de esta revisión aportarán elementos fundamentales para el cuidado de enfermería que el personal debe tener en cuenta para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes durante su estancia en estas unidades.

## **Objetivos**

### **Objetivo General:**

Analizar el estado actual del conocimiento sobre los factores que afectan la calidad de vida en pacientes hospitalizados en la UCI y sus implicaciones para el cuidado de enfermería.

### **Objetivos Específicos:**

- Describir los factores que afectan la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes hospitalizados en las UCI.
- Describir las intervenciones de enfermería que requieren los pacientes, para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud durante su estancia en la UCI.

## **Método**

Se realizó una revisión sistemática de la literatura, de artículos publicados en revistas indexadas en las bases de datos: Scopus, ISI Web of Science, Ovid, Scielo, ProQuest, Pubmed, Clinical Key, y Science Direct que fueron publicadas en el periodo comprendido entre el 2011 y 2016. La búsqueda de información se realizó en el periodo de marzo a mayo de 2016.

Los criterios de inclusión de los artículos fueron:

- Estudios publicados en inglés, español y portugués en el periodo de tiempo mencionado.
- Estudios que se refieran específicamente a la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes adultos críticamente enfermos, durante la hospitalización en UCI.

Se excluyeron los estudios que no estaban disponibles en texto completo.

La pregunta que orientó la búsqueda de información fue: ¿Qué se conoce acerca de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes que se encuentran hospitalizados en las UCI?, y las palabras clave empleadas fueron: Calidad de vida (Quality of life), Calidad de vida relacionada con la salud (Health-related quality of life), Pacientes hospitalizados en UCI (hospitalized patients), unidades de Cuidado intensivo (Intensive care units), Pacientes con enfermedad aguda (Acutely ill patients), Cuidado crítico (critical care), enfermería (nursing) y cuidado de enfermería (nursing care).

En la tabla No. 1 se presentan las fuentes de información y los artículos seleccionados en cada una de las bases de datos:

**Tabla No. 1 Cuadro de búsqueda de información en bases de datos:**

Fecha	Base De Datos	Palabras Clave	# de artículos encontrados	# seleccionados
28/04/2016	OviD	Health related Quality of Life AND intensive care units And adults	188	40
28/04/2016	Pubmed	Health related Quality of Life AND intensive care units And adults	180	14
28/04/2016	ProQuest	Health related Quality of Life AND intensive care units And adults	85	9
28/04/2016	Science Direct	Health related Quality of Life AND intensive care units And adults	50	5
28/04/2016	Clinical Key	Health related Quality of Life AND intensive care units And adults	25	2
Total			528	72

Fuente: Elaborada por los autores

En la tabla No. 2 presenta las características de los artículos seleccionados, según el diseño metodológico de los mismos.

**Tabla No.2 Diseño de los estudios seleccionados**

Diseño	Tipo de estudio		No. Estudios	Total
<b>Cualitativo</b>	Etnográfico		15	37
	Fenomenológico		5	
	Hermenéutico		7	
	Teoría Fundamentada		3	
	Estudio de caso		5	
	Meta síntesis		2	
<b>Cuantitativo</b>	Descriptivos	Transversal	13	34
		Correlación	5	
		Longitudinal retrospectivo	11	
		Longitudinal prospectivo	5	
	Cuasi experimental		1	
<b>TOTAL</b>				72

## Resultados

Los resultados que se presentan a continuación muestran el interés de las enfermeras (os) por comprender el proceso de hospitalización en las unidades de cuidado intensivo de los pacientes que se encuentran críticamente enfermos y de sus familiares.

En la revisión de la literatura se encontró, que los factores fisiológicos, ambientales y sociales, son relevantes a lo largo de la vida de las personas, por ello, desde hace 3 décadas aproximadamente se manifiesta un interés especial por estudiar la asociación que tienen estos factores con la calidad de vida y su interferencia con esta cuando se encuentran alterados. De allí el interés que despierta su estudio, por las diferentes disciplinas relacionadas con el área de la salud. (15)

Por otra parte, la literatura define la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) para estudiar este fenómeno en las personas que se encuentran con una condición de salud particular, o que se encuentran en tratamiento de una enfermedad. Es una medida de efecto o desenlace que se ha venido posicionando como un parámetro complementario a las mediciones clínicas (bioquímicas, fisiológicas y anatómicas) y epidemiológicas (mortalidad, morbilidad y discapacidad) tradicionales y a los estudios de investigación observacional, experimental o económico, con el propósito de mejorar la evaluación de la calidad de los servicios de salud y orientar la toma de decisiones en salud. (16)

A continuación, se presentan los resultados de la revisión de la literatura, en los cuales se destaca la conceptualización de la calidad de vida relacionada con la salud, los factores que la afectan en los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo y los enfoques teóricos que constituyen un marco de referencia para orientar el proceso de atención de enfermería.

## Calidad de vida:

El origen del término “calidad de vida” se remonta al siglo pasado, cuando la idea del estado de bienestar, derivado de los desajustes socioeconómicos precedentes de la gran depresión de los años 30, evolucionó y se difundió sólidamente en la postguerra (1945 -1960), en parte como producto de las teorías del desarrollismo social (Keynesianas) que reclamaban el reordenamiento geopolítico y la reinstauración del orden internacional, una vez consumada la segunda guerra mundial.

Es así como en la post guerra surgió un movimiento mundial sobre el papel del estado en la determinación del bienestar de sus comunidades, donde se consideró que la naturaleza del estado de bienestar consistía en ofrecer algún tipo de protección a las personas que, sin la ayuda del estado, podrían no ser capaces de tener una vida mínimamente aceptable, según los criterios de la sociedad moderna (Modelo keynesiano) (15)

De la misma manera que no existe una concepción única de salud, así también se presenta la conceptualización de calidad de vida, a pesar de ser un término que en los últimos años ha sido casi que de uso cotidiano para las diferentes áreas del conocimiento con diferentes propósitos. (15)

La calidad de vida según lo definido por la Organización Mundial de la Salud es: "la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de los sistemas de cultivo y de valor en las que él y ella vive, y en relación con sus metas, expectativas, normas y preocupaciones que afecten su entorno o su condición de salud". (17)

Por otra parte, Salas y Garzón, consideran que el estudio de la calidad de vida se refiere al “ideal” o a las aspiraciones que tiene un individuo. Por ello, cada vez, se pretende estudiar con mayor profundidad en este fenómeno, desde diferentes áreas y disciplinas, interesados en ver y medir lo que en esencia es una percepción subjetiva para cada persona. (15). Su medición se ha realizado de manera subjetiva y objetiva, tratando de ubicar en categorías de valores, las percepciones y manifestaciones de las condiciones que las personas tienen con respecto a la satisfacción de los aspectos que se le valoran en un momento determinado (15)

Complementando lo anterior, Urzua y Caqueo refieren que la calidad de vida ha comenzado a utilizarse cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud o como medida de bienestar. Pese a esto, no existe una definición única del concepto ni una completa diferenciación con otros conceptos similares, siendo frecuentemente mal utilizada. (18)

Finalmente, la calidad de vida siempre ha sido abordada para grupos vulnerables como niños, adolescentes y ancianos, y el sector salud centra su atención en la rehabilitación (prevención terciaria) de pacientes, o en estados terminales de la enfermedad, tal como se planteó en el modelo dinámico de Leavel y Clark en su explicación del proceso salud enfermedad.

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se utiliza cada vez más como plataforma política, en el campo de las evaluaciones en salud como medida de bienestar, en la formulación y ejecución de programas, proyectos, planes y estrategias sociales, y en la toma de decisiones relacionadas con la distribución de recursos. Pese a esto, no existe una definición única ni una completa diferenciación con conceptos similares como satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, estado de salud, felicidad, estado funcional y valores vitales (19)

En este sentido, los investigadores que estudian esta temática lo hacen desde posturas e intereses particulares afines a sus disciplinas de formación o áreas de investigación como la economía, la filosofía, la sociología, y las ciencias de la salud, (medicina, enfermería, psicología). (19)

Derivado de esto, en la literatura científica se han presentado diversas acepciones del concepto como las circunscritas a las condiciones materiales de vida; otras se limitan a la percepción individual y satisfacción con la vida; una tercera postura plantea la combinación entre las condiciones de vida y la satisfacción con la vida; un cuarto grupo de estudios científicos considera la calidad de vida como la confluencia entre condiciones de vida y satisfacción con la vida fuertemente influenciadas por los procesos cognitivos que intervienen en su evaluación y, un último grupo, entiende la calidad de vida como la suma entre

las condiciones de vida, la satisfacción con la vida y el sistema de valores en el que se vive. (19)

**Antecedentes:**

Los enfoques de investigación acerca de este concepto son variados, pero según Dennis citado por Salas podrían agruparse en dos tipos:

Los primeros son enfoques cuantitativos, cuyo propósito es operacionalizar el concepto de "calidad de vida". Para ello, se han estudiado diferentes dimensiones sociales (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.); Psicológicas (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales); Ecológicas (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente).

Los segundos son enfoques cualitativos que adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente. (15) La calidad de vida es un fenómeno subjetivo y debe ser el propio paciente quien la valore. Las percepciones que el paciente tiene de su enfermedad son muy variables, y diversos factores, además de los físicos, entran en juego al medir la calidad de vida. Por ejemplo, dos pacientes pueden entender de manera muy distinta el mismo alivio del dolor, si uno de ellos considera que es un signo de esperanza y el otro no. Además, puede que las valoraciones de los pacientes sean diferentes de las de los médicos, y también de las de los familiares (20).

Además, Ferrel afirma que las primeras contribuciones al concepto de calidad de vida provienen de trabajos teóricos de la filosofía y la ética. Las grandes obras como las que discuten el sentido de la vida y las dimensiones espirituales del sufrimiento. El término "calidad de vida" se utiliza en esta literatura, pero se hace poco esfuerzo para desarrollar y definir el concepto, sin embargo, la calidad de

vida describe generalmente un concepto multidimensional, con una variación entre los autores en cuanto a las dimensiones exactas que incluye.

Es así como, Hutchinson y sus colegas definieron que las dimensiones que afectan la calidad de vida, son la física, social y emocional. Flanagan define 15 aspectos relacionados a las dimensiones descritas por Hutchinson en cinco categorías: (1) el bienestar físico y material; (2) relación con otros; (3) actividades sociales, comunitarios y cívicos; (4) el desarrollo personal; y (5) la recreación. (21)

La calidad de vida está siendo utilizada cada vez más como la variable de resultado en el estudio de una variedad de tratamientos para el cáncer, pero el término adquiere un significado diferente con cada experimento y cada población de estudio. Tan solo hasta el año 1977. El término "calidad de vida" se incluyó en la lista por separado por el Index Medicus. (21)

## **Calidad de Vida Relacionada con la Salud**

### **Conceptualización:**

Según Herrera y Díaz la calidad de vida relacionada con salud (CVRS), se entiende como “la percepción subjetiva, y la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el estado de salud actual del individuo” (22)

La inclusión de la CVRS como medida de efecto o desenlace en salud se ha venido posicionando como un parámetro complementario a las mediciones clínicas (bioquímicas, fisiológicas y anatómicas) y epidemiológicas (mortalidad, morbilidad y discapacidad) tradicionales, y a los estudios de investigación observacional, experimental o económica, con el propósito de mejorar la evaluación de la calidad de los servicios de salud y orientar la toma de decisiones en salud (16)

El concepto de CVRS “surge como un concepto que hace referencia a valoraciones de la percepción de la salud por parte del individuo, acumulando tanto aspectos objetivos como subjetivos” (22)



El concepto de CVRS, en enfermería, según Bredow y Peterson, frecuentemente está asociado a enfermedades específicas y se considera, que los componentes básicos de la calidad de vida tienen que ver con aspectos físicos, psicológicos, socioeconómicos y espirituales; afectados por el contexto y las características de los individuos. (22)

### **Valoración de la calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud.**

Los instrumentos de medición de la calidad de vida y CVRS, permiten conocer los efectos de la enfermedad a lo largo de su evolución, la imagen social e individual que se tiene de la enfermedad y sus tratamientos, los efectos del tratamiento en los estados de ánimo y las expectativas del paciente y las formas en que se percibe todo este complejo proceso. (20)

En el estudio realizado por Calchón, se encontró que los instrumentos más empleados fueron en primer lugar, el SF-36 en un 53,8% como única escala y en un 20% como escala comparativa. El Cuestionario SF-12 en un 7,6% como único perfil de salud y como escala comparativa en un 20%. El instrumento EuroQol-5D fue utilizado en un 7,6% como único instrumento de medición y 26.6% como escala comparativa. Por último, instrumentos específicos para una enfermedad (tales como Osteoporosis, Artritis, entre otros) fueron administrados en un 30,7% como escala única y en un 33,3% como escala comparativa. (20)

Lo anterior refleja lo importante que es para los profesionales de la salud sobre como la calidad de vida y la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes que se encuentran bajo una hospitalización se ve afectada por las diversas patologías, procedimientos y entorno en general, pero no se debe dejar atrás las diferentes intervenciones que se realizan para mejorar el puntaje obtenido de en los instrumentos mencionados anteriormente.

### **Modelos teóricos de calidad de vida:**

La calidad de vida relacionada con la salud, se ha identificado como un objetivo para todas las personas en las diferentes etapas de la vida y en todos los estados del proceso salud enfermedad, es decir, la calidad de vida en relación con el propio estado de salud o enfermedad, es una preocupación de los responsables políticos, investigadores y profesionales de la salud. Especialmente es muy importante la necesidad de alinear las prioridades de investigación de CVRS con las necesidades y valores de los pacientes y sus familias (23).

La necesidad de investigar sobre la calidad de vida relacionada con la salud con un modelo conceptual brinda una ayuda investigativa porque es un referente heurístico para proporcionar una mejor comprensión de un fenómeno, como la CVRS, a través de la interrelación con otros conceptos. (23)

Hay muchos modelos de la CVRS aplicados a través de diferentes condiciones de salud y enfermedad, durante toda la vida, y entre los individuos, sus familias y comunidades. La CVRS se concibe comúnmente como dinámica, subjetiva y multidimensional, y las dimensiones que a menudo se incluyen son la física, social, psicológica y espiritual. Sin embargo, las dimensiones específicas se marcan de manera diferente por diferentes autores. Por ejemplo, estas dimensiones amplias generan otras más específicas, como las emociones, la función cognitiva, la situación económica, y la inteligencia, y se pueden incorporar amigos y familiares además de cuidadores. Mientras que los fundamentos teóricos de la CVRS pueden ser compatibles con todos los modelos, las variaciones en la terminología de los conceptos análogos hacen que comparación entre los estudios se muy difícil de realizar. (23)

### **Teorías de enfermería:**

En el abordaje de la calidad de vida en enfermería, se destacan algunos autores como Register y Ferrell y sus colegas, quienes han estudiado este fenómeno en personas ancianas y en pacientes oncológicos con una condición de salud crítica y crónica. (21)

## **Teoría de mediano rango para la generación de calidad de vida en los ancianos.**

La teoría de mediano rango para la generación de calidad de vida en los ancianos de Register sobre conexiones y rupturas en las dimensiones del ser humano se basa en la teoría general de sistemas. Esta plantea que los sistemas abiertos se dedican a un intercambio continuo con el medio ambiente a través de la importación, transformación y exportación de materia y energía para sostener el sistema. Los sistemas abiertos se caracterizan por un proceso continuo de generación y degeneración de los componentes. La idea de los sistemas abiertos se aplica a sistemas en general, independientemente de la naturaleza de los componentes y de las fuerzas que rigen el sistema (24)

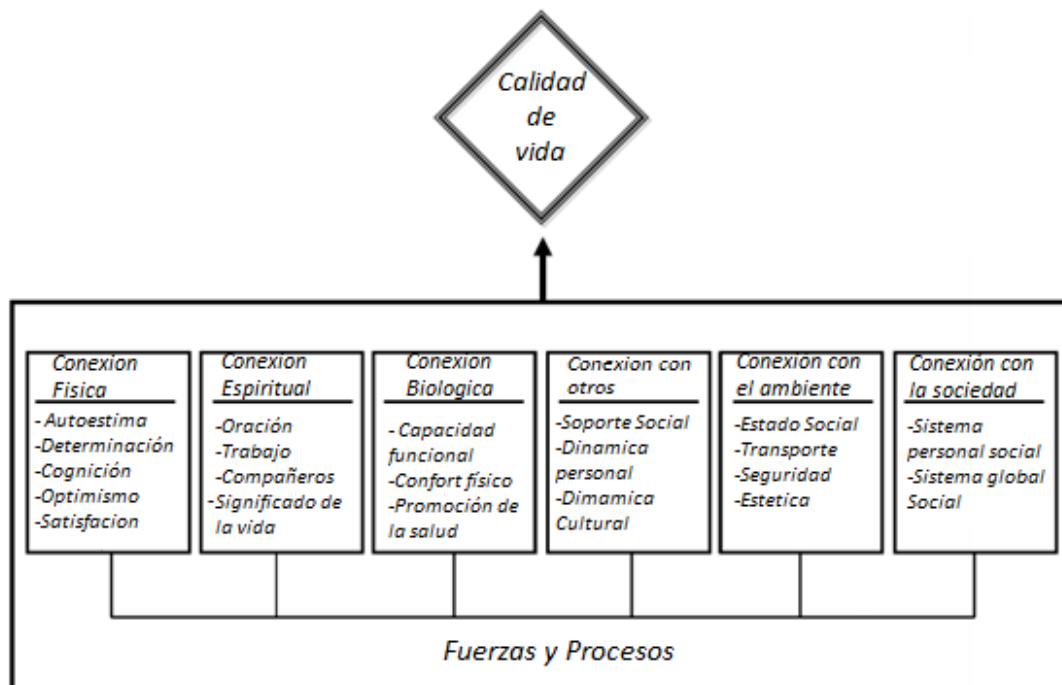
La práctica avanzada de enfermería, es un concepto aún incipiente en el mundo. Sin embargo, las implicaciones para la práctica de enfermería intuitivas son significativamente positivas. Además, ya que esta es una nueva idea, sería prematuro y arriesgado para hablar de las intervenciones de enfermería y las implicaciones prácticas en este momento. Y por esta razón, parecería que las intervenciones desde una perspectiva de calidad de vida generativa serían completamente diferentes.

Los objetivos de los cuidados de enfermería van enfocados a establecer conexiones centradas en el paciente que se traduciría en mayores intervenciones que buscarían establecer o mantener una variedad de conexiones en respuesta a las fuerzas y procesos que se encuentran en una base diaria. Intervenciones de enfermería que se dirigen a la conectividad anciano probable que implicarían una amplia variedad de enfoques generativos de calidad de vida y sus actividades. (24) En el gráfico 1 se pueden observar los sistemas que componen la teoría y una pequeña explicación de cada sistema.

Este modelo de Register, representa un verdadero cambio ontológico en la conceptualización de la calidad de vida. Un cambio de paradigma podría fomentar la discusión de los problemas existentes y responder a muchas de las preguntas pendientes en relación con la calidad de vida. En concreto, el examen de los diferentes tipos de conexiones puede ser la clave para entender por qué

las personas con la misma enfermedad, los mismos síntomas y el diagnóstico y el estudio de diferentes niveles de calidad de vida en cada uno de los pacientes según la conexión alterada. (24)

Grafico 1 Mapa conceptual de la teoría.



Fuente: Tomado literalmente de Register Theory of generative quality of life for the elderly. Advances in Nursing Science 2005; 5 (115): pag: 5; Traducido por los autores.

Modelo teórico sobre calidad de vida de Ferrell y otros:

En el modelo teórico sobre calidad de vida, que desarrollaron Ferrell y otros (25), en pacientes con cáncer, se contemplan cuatro pilares fundamentales:

- El bienestar físico: el control o alivio de los síntomas y el mantenimiento de la función y la independencia.
- El bienestar psicológico: es el intento de mantener un sentido de control frente a la enfermedad potencialmente mortal caracterizada por angustia emocional, prioridades de la vida alterados, y el miedo a lo desconocido, así como los cambios de vida positivos.
- El bienestar social: es el esfuerzo para hacer frente al impacto del cáncer en las personas, sus roles y relaciones.

- El bienestar espiritual: es la capacidad de mantener la esperanza y entender el significado de la experiencia del cáncer, que se caracteriza por la incertidumbre.

Los conceptos más fuertes parecen haber venido de investigaciones que han intentado algunas pruebas empíricas a través del desarrollo de instrumentos de evaluación. (21)

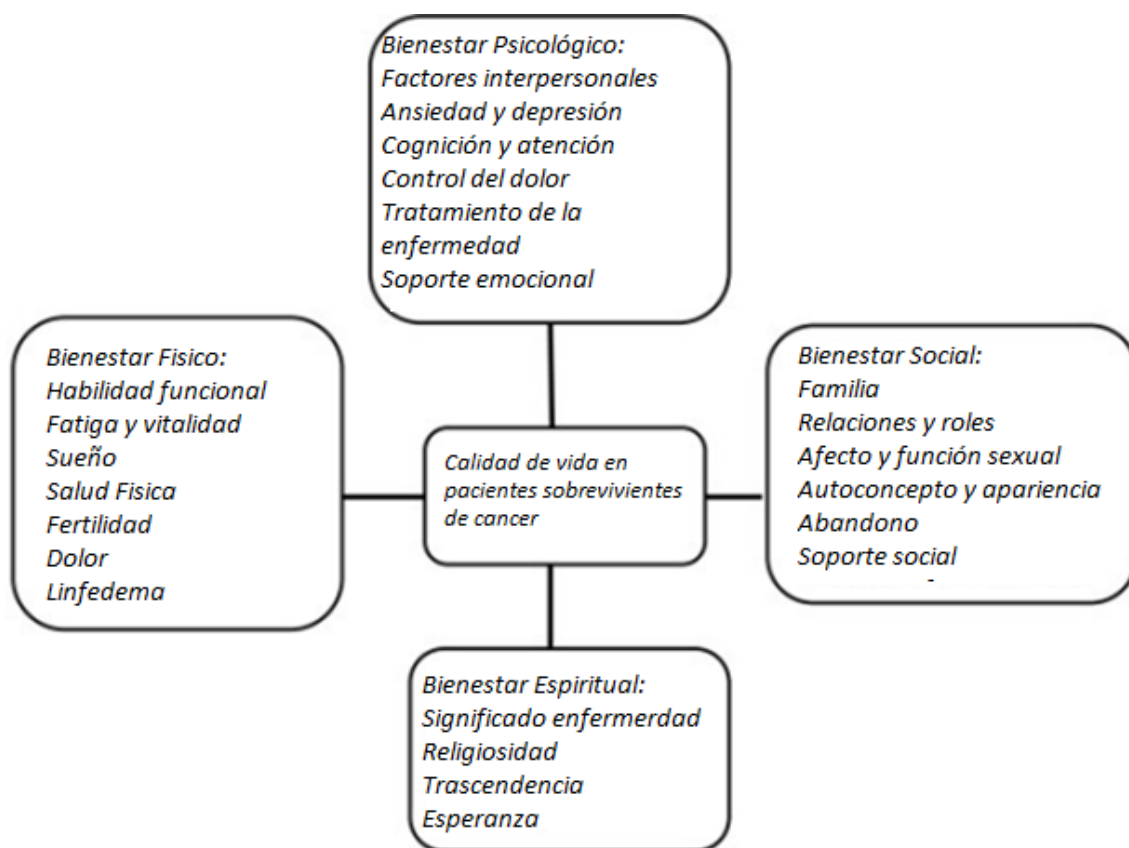
El bienestar físico se ha explorado en muchos estudios que han documentado los efectos físicos del cáncer o tratamiento. La creciente evidencia demuestra una variedad de cambios que se producen después del tratamiento del cáncer a través de las etapas de desarrollo o la edad, el género, el origen étnico, el tipo de cáncer, el estadio de la enfermedad, y el tipo de tratamientos contra el cáncer. En general, los efectos agudos físicos más comunes y angustiantes secundarios del tratamiento del cáncer, como son la depresión de la médula ósea, pérdida del cabello, la mucositis, cambios en la piel, náuseas y vómito y los cambios nutricionales, desaparecen a las pocas semanas o meses después de la finalización de la terapia. (25)

Los cambios más problemáticos que afectan a la calidad de vida en el dominio psicológico incluyen: el miedo a la recurrencia, la preocupación por las pruebas futuras y la angustia por el recuerdo del tratamiento inicial del cáncer. Estos cambios en el bienestar psicológico se manifiestan por una marcada ansiedad, cambios de humor y depresión. (25)

Las preocupaciones de la calidad de vida relacionadas con el bienestar social incluyen asuntos familiares, como los problemas sexuales y maritales y el ajuste de los horarios con los niños; las cuestiones relacionadas con el trabajo, tales como, la preocupación por la divulgación del cáncer, el estigma, el reingreso en el lugar de trabajo, los cambios en las prioridades de trabajo, la discriminación, y el seguro de salud. El impacto a largo plazo de cáncer en la familia y el trabajo han sido descritos principalmente en mujeres con el cáncer de mama y las intervenciones para su manejo incluyen: entrenamiento, programas educativos lugar de trabajo y de familia y la intervención. (25)

Finalmente, los factores de calidad de vida que afectan el bienestar espiritual incluyen: angustia espiritual, el dolor y la pérdida. Los estudios han relacionado la religiosidad y el apoyo espiritual con re-descubrimiento de cáncer de mama. Un sentido de esperanza y de propósito en la vida son aspectos importantes que influyen en el bienestar espiritual (25)

Grafico 2 Mapa Conceptual del modelo teórico de Calidad de vida.



Fuente: Tomado literalmente de: Quality of life as an outcome variable in the management of cancer pain, Winson y Ferrell, 1997 [fecha de acceso 06 de mayo de 2015]; 46 (26).

Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hospitalizados en UCI: Con base en un estudio realizado por Cense, se puede afirmar que la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con estancia prolongada en unidades de cuidado presenta una disminución significativa del 10% del puntaje por día de estancia (26)

Con base en la revisión de la literatura a continuación se presentan los factores que afectan la calidad de vida de las personas hospitalizadas en UCI

relacionadas con las dimensiones de bienestar físico, psicológico, social y espiritual propuestas en el modelo teórico de Ferrell et al:

### **Factores que afectan el bienestar físico en pacientes hospitalizados en cuidado intensivo.**

Los resultados de la revisión de la literatura muestran que algunos de los factores que alteran la CVRS durante la estancia de la persona en la UCI, son la presencia de dolor, el delirio, la micosis oral, los errores en la medicación, el insomnio, factores psicológicos como la ansiedad, y alteraciones emocionales, los factores ambientales en la UCI como el ruido y la iluminación. A continuación, se describen cada uno de ellos y las intervenciones de enfermería que se requieren para mejorar la calidad de vida. (27)

#### **Presencia de dolor:**

El dolor se considera un factor de estrés dominante y una preocupación principal para los pacientes críticamente enfermos ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) con una prevalencia de 50%. Sin embargo, es una entidad mal definida en particular debido a su naturaleza subjetiva, que sólo puede ser verdaderamente informada por la persona que la está experimentando. (31)

El dolor no controlado puede tener efectos nocivos sobre la función de los diferentes sistemas del cuerpo, los más notables son secundarios a la descarga de catecolaminas que tienen efectos cardiovasculares como trastornos del ritmo cardiaco, las respiratorias como apneas e hiperventilación y las músculo-esqueléticas, como la imposibilidad para moverse sin dejar atrás, la función mental. Varios estudios han mostrado algunas consecuencias en esta función como son la falta de sueño, la fatiga, la ansiedad, agitación, delirio, y aumento de los incidentes no deseados, tales como la auto-extubación y las consecuencias mentales de un tratamiento inadecuado del dolor, como la ansiedad, la agitación y el delirio. (31)

En los pacientes hospitalizados en las UCI, la falta de alivio del dolor tiene importantes repercusiones en la calidad de vida relacionada con la salud, no sólo por el sufrimiento innecesario sino también por complicaciones y retrasos en el

alta, con el consiguiente incremento en los costos asistenciales. Entre las repercusiones más graves del dolor postoperatorio se han encontrado efectos adversos, como el deterioro de la función respiratoria y las complicaciones cardiocirculatorias por la liberación de catecolaminas causada por la hiperactividad simpática asociada al dolor, los trastornos del sueño. (32)

No se deben olvidar las complicaciones psicológicas por el impacto emocional del dolor, así como un retraso en la recuperación y rehabilitación del paciente tras la cirugía. El 33,3% de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivos refirió bastante o mucha limitación, como consecuencia de su dolor, en las actividades personales de la vida diaria durante su estancia (levantarse, bañarse, pasear, hablar, leer, etc.). (32)

La mayoría de los pacientes que son admitidos en las unidades de cuidado intensivo, son incapaces de informar su dolor debido al bajo nivel de conciencia, sedación profunda, imposibilidad para comunicarse ya que tienen la presencia del tubo orotraqueal para la ventilación mecánica, el bloqueo neuromuscular, entre otros.

El manejo del dolor en los pacientes hospitalizados en la UCI debe ser una prioridad para el personal de salud y requiere de un trabajo en equipo interdisciplinario, centrado en el individuo como un ser holístico. Vincent et al propusieron el concepto E- Cash (early Comfort using Analgesia, minimal Sedatives and maximal Humane care) que significa “Confort temprano utilizando analgesia, mínima sedación y máximo cuidado humano” para el tratamiento del dolor. (30) Algunas de las intervenciones que se recomiendan son:

El uso de analgésicos de acuerdo con la condición particular del paciente, para evitar la sedación profunda innecesaria y sus efectos deletéreos a nivel cardio respiratorio, gastrointestinal, osteomuscular, el riesgo de úlceras por presión y la disminución de la interacción y contacto humano entre otros. Según Vincent et al, es importante valorar si éste tiene antecedentes de dolor crónico y utiliza medicamentos para tratarlo. Del mismo modo identificar durante su estancia en la unidad, su capacidad para valorar el nivel de dolor, y las condiciones que pueden exacerbarlo, relacionadas con: la condición de salud (el trauma musculoesquelético, el dolor visceral, y el post operatorio), el tratamiento en la



UCI ( tolerancia al tubo oro-traqueal, la ventilación mecánica, la fisioterapia, la inmovilización o rigidez articular), los procedimientos ( inserción de drenes, fisioterapia del tórax, traqueostomía, venopunciones) etc, para administrar analgésicos acordes con ésta situación. (30)

Dado el diagnóstico de enfermería de dolor agudo, el resultado esperado del cuidado es lograr el control del mismo, para ello, en la Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), se destaca la importancia del uso apropiado de analgésicos, pero además es fundamental, hacer partícipe al paciente en cuanto al manejo y control del dolor, mantener una comunicación permanente y apropiada, para orientarlo en tiempo y espacio, explicar la condición de salud, el tipo de procedimientos que se van a realizar y cómo puede colaborar, estimular la movilización temprana, evitando la inmovilización innecesaria y promover el sueño durante la noche. Del mismo modo es importante la estimulación de la piel y tejidos subyacentes con diversos grados de presión manual para aliviarlo, inducir la relajación y/o mejorar la circulación. (33)

#### **Alteración del estado mental: Delirio**

El delirio es la distorsión de la relación del individuo y el mundo exterior por la presencia de ideas o creencias delirantes a las que se adhiere con convicción, oponiéndose a los datos ofrecidos por la realidad y el sentido común. (34)

Es secundario a una enfermedad cerebral aguda; los índices más altos de delirio se evidencian cuando los pacientes tuvieron alguna complicación leve al momento de la realización de un procedimiento quirúrgico o muchas veces cuando por cualquier tipo de enfermedad o situación clínica el trastorno mental se produce como efecto secundario (encefalopatías hepáticas o hipoxias). (35)

Es un estado caracterizado por la obnubilación de la conciencia, las ideas incoherentes, con presencia de ilusiones y alucinaciones, observable en estados infecciosos febriles o tóxicos. (34)

El delirio es el trastorno mental más común que presentan las personas hospitalizadas en las unidades de cuidado intensivo, se reconoce como una disfunción cerebral aguda con cambios en la conciencia y la cognición, que fluctúan durante el día. Este trastorno está asociado con problemas de salud graves y deterioro cognitivo a largo plazo en general, y su duración se asocia

con la personalidad en donde se observa alteración cognitiva, mental y el funcionamiento social. (36)

El paciente, en muchas ocasiones, pierde por completo el contacto con la realidad, tiene ideas absurdas de persecución o de conspiración contra él, y puede llegar incluso hasta la violencia contra el personal de salud, esta sensación de amenaza convierte su vida en un infierno ya que el paciente está convencido de que lo que le ocurre es real y no lo vive como un síntoma de enfermedad. (36)

Según Boogaard, en las últimas décadas sólo dos estudios han examinado el impacto de delirio en la CVRS en los pacientes de la UCI. Estos estudios fueron bastante pequeños y relativamente cortos, con un máximo de seguimiento de 3 y 12 meses, y no se realizaron análisis de los subtipos de delirio. Finalmente se llega a la conclusión que el delirio afecta la calidad de vida de los pacientes gravemente ya que en el estado de delirio los pacientes no son conscientes de sus acciones y pueden llegar a tener lesiones secundarias al estado mental. (36)

El delirium es considerado un síndrome cerebral, grave, orgánico, de inicio súbito, multifactorial, transitorio, potencialmente predecible, prevenible y reversible, donde la enfermería juega un papel primordial a la hora de aplicar intervenciones proactivas multifactoriales, protectoras ante los factores de riesgo modificables, con la finalidad de prevenirlo o minimizar los efectos del delirium, gracias al constante y habitual apoyo psicológico, proximidad y cuidados que se le brindan al paciente. (37)

Según Jones, la presencia de delirio tiene repercusiones altas en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes cuando se comparan con aquellos que presentan recuerdos (es decir, recordando tubo orotraqueal, las visitas de la familia, etc.) (38)

Desde el punto de vista de enfermería las intervenciones se deben realizar para la prevención y el tratamiento no farmacológico de este estado, van encaminadas al control de los factores de riesgo modificables, como el control del dolor, el apoyo emocional del paciente y su interacción con la familia, la valoración de los factores predisponentes, el tratamiento específico de las causas subyacentes, alteraciones del comportamiento y cambios en el medio ambiente, al igual que

se debe estar pendiente de prevenir complicaciones derivadas del estado de confusión. (37)

### **Alteración del patrón del sueño:**

El sueño es considerado como un aspecto fundamental para el mantenimiento de la salud física y mental, mejora la calidad de vida relacionada con la salud y por consiguiente es esencial para la sanación y recuperación de las personas críticamente enfermas, porque entre otros efectos favorece la función inmunológica y de esta manera se reduce el riesgo de infección. (37) De allí la importancia de tener una mayor comprensión del ciclo sueño-vigilia en pacientes de UCI.

El sueño se divide normalmente en dos fases: la fase No REM (movimiento ocular rápido) y la fase REM, que constituye aproximadamente el 25% del total y es la parte restaurativa del ciclo del sueño. Los trastornos del sueño son comunes en los pacientes hospitalizados en la UCI; los pacientes críticamente enfermos pasan 6% o menos del tiempo de sueño en fase REM en comparación con el normal de 25%. La disminución en el sueño REM se ha atribuido a la medicación, por ejemplo al uso de opioides, a la falta de sueño sostenido necesario para alcanzar esta fase, a los trastornos del ritmo circadiano, la enfermedad subyacente y a la liberación de endotoxinas por la estancia prolongada en la unidad de cuidado intensivo. (39) Otros factores que también contribuyen a anomalías del sueño en pacientes críticamente enfermos incluyen el dolor, la luz, el ruido, la presencia de delirio, la ventilación mecánica y la incomodidad del paciente. (39)

Desde el punto de vista de enfermería, la meta del cuidado es evitar la privación del sueño en éstos pacientes. Para ello, algunas de las intervenciones que deben tenerse en cuenta son, el alivio del dolor, promover la comodidad física del paciente, el uso adecuado de los sedantes, proveer un ambiente confortable, evitar la interrupción de los periodos de descanso, agrupando las intervenciones y procedimientos que requiere el paciente en momentos precisos. (37)

Las intervenciones asociadas con la manipulación del ambiente en las UCI son de gran ayuda. El personal de enfermería debe asegurar que éste favorezca y

mantenga el ciclo sueño- vigilia, evitando temperaturas extremas, ajustar la iluminación a las actividades que se están desarrollando y evitar la iluminación directa; el control del ruido y fomentar el silencio, es fundamental, por ello, es necesario comprometer a todo el equipo que atiende al paciente para el logro de esta meta y utilizar tapones en los oídos es una estrategia importante.

Cuando estas intervenciones no son suficientes se podría pensar en el manejo de medicación para regular el patrón del sueño, teniendo en cuenta que el uso excesivo de sedantes puede alterar el patrón de sueño, por ello se recomienda el uso de hipnóticos no benzodiazepínicos. (41)

Errores en la administración de la medicación y su repercusión en la calidad de vida relacionada con la salud:

Actualmente, los servicios de salud, especialmente los servicios de enfermería, se esfuerzan por alcanzar niveles cada vez más altos de excelencia en el servicio, con el objetivo de proporcionar una atención que esté libre de riesgo y el daño a los pacientes. Los eventos adversos se han considerado importantes indicadores de la calidad del servicio de salud y la prestación de atención. Aunque estos son eventos no deseados, son comúnmente observados en la práctica asistencial y los relacionados con los errores de medicación son a su vez frecuentes. (42)

En un estudio realizado por Pelliciotti en Brasil, La prevalencia de los errores de medicación en las UCI reportados por los profesionales de enfermería fue de 28 errores durante las cuatro semanas anteriores a la recogida de datos. Dieciocho de los 94 participantes tenían que ver con los errores de medicación: seis enfermeras y 12 auxiliares de enfermería (19,1% del total de participantes) (42)

La seguridad en el manejo de medicamentos de alto riesgo tiene como objetivo alcanzar la máxima calidad asistencial pero también con la máxima seguridad, no puede existir calidad si no existe seguridad. Por tanto, el término seguridad implica, no solo la ausencia de errores (y por supuesto ausencia de negligencia), sino una actitud positiva previsor (proactiva) en la reducción de efectos adversos acorde con los conocimientos del momento. (43)

Los efectos adversos que se producen al errar en la administración de medicamentos son principalmente la prolongación los tiempos hospitalarios y las consecuencias que se reportan en las unidades de cuidado intensivo relacionadas con cada una de las enfermedades que tienen los pacientes. Un estudio realizado por Pelliciotti se evidencia que los errores en la administración de fármacos es una de las causas más comunes con un 25% por las cuales los pacientes que se encuentran bajo hospitalización en las UCI agravan su situación clínica o incluso llegan a la muerte. (42)

En muchos hospitales acreditados se plantean estrategias para disminuir el riesgo de causarle daño no intencionado a los pacientes que se encuentran hospitalizados, entre algunas de las estrategias se encuentra la utilización de fórmulas medicas electrónicas y paradas de seguridad antes de la administración de medicamentos, la verificación de los medicamentos y los pacientes a quienes se les va a administrar. (42)

### **Mucositis oral:**

En los pacientes con intubación orotraqueal, la dificultad para realizar la higiene oral por sí mismo, la condición de salud de la persona y el flujo inadecuado de la saliva, son un factor de riesgo de xerostomía y mucositis oral por colonización de bacterias gram negativas (6). De allí la importancia de la higiene oral para prevenir la proliferación bacteriana en la boca (29)

Esta es una intervención que contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes hospitalizados en las UCI y adicionalmente reduce el riesgo de neumonías asociadas al uso de ventilación mecánica. (29). La higiene oral, al reducir el riesgo de infección, reduce la inflamación y el dolor derivado de esta en los pacientes con ventilación mecánica por esta razón con la higiene oral se elimina la capa de infección y de mucosa inflamada, que se encuentra sobre la lengua. (29)

## **Bienestar psicológico:**

### **Ansiedad:**

La ansiedad es una sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza (44)

La presencia de ansiedad afecta la calidad de vida relacionada con la salud en todos los ámbitos, incluyendo las interacciones sociales, salud mental y física. La ansiedad también es altamente prevalente cuando las personas se someten a ventilación mecánica, durante los ensayos de destete, en la unidad de cuidados intensivos sobrevivientes (UCI). La angustia emocional y psicológica siguen siendo un problema significativo para los supervivientes de la UCI durante meses o años después de alta hospitalaria que se convierte en un experiencia totalmente desagradable lo que afecta la disposición a otros terapias o procedimientos que se realizan en las unidades de cuidado intensivo. (45)

Los trastornos de ansiedad son los trastornos psicológicos más prevalentes. Según el National Institute of Mental Health Epidemiologic de EEUU, un estudio epidemiológico que se realizó, anuncio que había estimado una tasa de prevalencia de 6 meses de 8,9% y una tasa de por vida del 14,6%. Además Wittchen y Jacobi, llegaron a la conclusión de que su aparición en la población europea osciló entre el 11,1 y el 13,0%.

Su impacto en el funcionamiento diario y el bienestar puede ser sustancial. Los ejemplos incluyen el trastorno de pánico con agorafobia, lo que puede limitar la movilidad y la gama de actividades de las personas se involucran, el trastorno de ansiedad social, que se ha encontrado para ser asociado con más desempleo y mayores tasas de soltería (al ser hospitalizado en una UCI), y todo esto puede requerir una hospitalización más prolongada y afecta dramáticamente la funcionalidad de las personas.

La calidad de vida relacionada con la salud se ve afectada con algo menos que estos trastornos, los pacientes evaluados tienen puntuaciones de calidad de

vida sustancialmente más bajos en comparación con la comunidad en general, como se evidencia en un estudio realizado por, Olatunji, Cisler y Tolin donde encontraron que los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo con desordenes de ansiedad calificaron su calidad de vida en general sustancialmente más pobre en comparación con sujetos sanos, o incluso con personas hospitalizadas en otros servicios diferentes a las unidades de cuidado intensivo y se refieren concretamente una percepción subjetiva peor para su salud, las relaciones sociales, la ocupación y la vida familiar. (46)

Las investigaciones anteriores sobre la ansiedad indican que el apoyo social percibido mejora el bienestar tanto de forma directa al proporcionar experiencias positivas e indirectamente a través de amortiguar los efectos de la ansiedad. (46)

El objetivo principal de las intervenciones de enfermería para las personas que están experimentando una crisis de ansiedad en las unidades de cuidado intensivo, estará dirigido al control de ésta y hacerla más tolerable. Algunas de las intervenciones que se sugieren según el NIC son: transmitir serenidad y seguridad al paciente, mantener una comunicación activa con el paciente, evitar comentarios innecesarios o inapropiados sobre su estado de salud, más bien destacar los avances en este, explicar los procedimientos que se van a realizar y las sensaciones que puede experimentar, se le debe informar sobre las personas que lo visitan, lo acompañan y preguntan por él, comentarle asuntos relacionados con el clima, y los sucesos importantes que estén aconteciendo en la ciudad o el país, de esta manera se logra un rato de esparcimiento y distracción (33).

Dado que son situaciones puntuales pero que generan un gran sufrimiento y tienen tendencia a la repetición, es recomendable su atención por los equipos de salud de la atención especializada, por tal de incluir intervenciones terapéuticas que prevengan la repetición de las crisis y eviten un estado crónico. (47)

#### Imposibilidad para comunicarse

Según Pandian, la perspectiva del paciente en cuanto a su calidad de vida no se explica de forma rutinaria para la clínica durante el proceso de toma de decisiones, especialmente cuando se refiere a la comunicación de los pacientes con su entorno. Con el aumento de la incidencia de pacientes crónicos

críticamente enfermos, y el empuje hacia el mantenimiento de pacientes más despiertos e interactivos en la unidad de cuidados intensivos (UCI), la necesidad de entender estos pacientes y comunicarse con ellos para medir y evaluar la calidad de vida mientras están en la UCI y ajustar en consecuencia la atención se ha incrementado. (8)

Según los estudios, las puntuaciones medias de calidad de vida de los pacientes con traqueotomía son significativamente superiores en 5 puntos en comparación con los pacientes a quienes no se la realizaron. Los pacientes a quienes se les practica una traqueotomía temprana, han alcanzado los niveles más altos de afectación de la calidad de vida relacionada con la salud por falta de comunicación con familiares, personal médico y su entorno en general, en comparación con los pacientes que han recibido una traqueotomía tardía. (8)

Los pacientes con ventilación mecánica prolongada están en riesgo de morbilidad psicológica debido a la dificultad para comunicarse, la ansiedad y la disnea durante los ensayos de destete, y las preocupaciones sobre el pronóstico a largo plazo afectando su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). (45)

En un estudio realizado por Jubran y sus colegas, se encontró que el 42% de los 336 pacientes sometidos a ensayos de destete de la ventilación mecánica invasiva diaria, tenían trastornos depresivos y en un sub-estudio de 41 pacientes destetados con éxito, el 12% cumplen los criterios diagnósticos para el trastorno de estrés postraumático, Ítems claves en las escalas de evaluación de calidad de vida relacionada con la salud. (45)

Un factor que contribuyó enormemente a que la experiencia de una enfermedad crítica se considerara “dura y difícil” fue la dificultad para hablar, la cual es entendida por los participantes de este estudio de una forma que tiene estrecha relación con el sufrimiento, el cual define como “el dolor físico, mental, la aflicción, las pérdidas de todo tipo, el distress y la injuria” (48)

El profesionalismo de las enfermeras y personal sanitario debe ser estricto en unidades de cuidado intensivo, con el manejo de la información y el manejo de comentarios que refieran algún tipo de juicio sobre el paciente o su familia, así mismo se debe abstener de incorporar información no relacionada con el estado clínico del paciente. Muchas veces los principales problemas de comunicación



entre la relación enfermera-paciente se generan por inconvenientes por juicios de valor. (8)

### **Bienestar social:**

#### **Estrés familiar:**

Durante las últimas décadas los profesionales de la salud se han esforzado en apoyar a las personas con un ser querido ingresado en la unidad de cuidados intensivos. El resultado es una atención centrada en la familia, que se apoya en el principio de que miembros de la familia ya no son solo visitantes en la UCI sino que representan un componente clave de la atención centrada en la familia cuando se les brinda una información clara y coherente sobre el estado de salud del familiar que tienen hospitalizado. (49)

La comunicación con los familiares de los pacientes de la UCI se encuentra entre las principales tareas del personal de enfermería en las unidades de cuidado intensivo. Los estudios epidemiológicos han demostrado que las intervenciones y estrategias para mejorar la comunicación dan como resultado no sólo una mejor información de las familias, sino también en una mejor satisfacción de las necesidades de las familias, tanto en general y, más concretamente, al final de la vida. Sin embargo, si bien estos estudios han puesto de manifiesto la realidad de las necesidades de información, en general, y el estilo con el que se deberá proporcionar información, que no guían la naturaleza y el contenido de la información. (49)

Los estudios cualitativos y cuantitativos indican que la comprensión de la situación del paciente entre los familiares cercanos de los pacientes después de su ingreso en la UCI, es deficiente. Para los familiares, es fundamental entender la situación del paciente. En el estudio realizado por Peigne, en donde observaron las preguntas que realizaron los familiares de paciente que se encuentran hospitalizados en unidades de cuidado intensivo, los resultados arrojaron que las preguntas siempre van enfocadas a los temas como ("diagnóstico", "tratamiento", "pronóstico", "confort", "interacción", "comunicación", "familia", "final de la vida", y "la gestión de los cuidados después de la hospitalización en UCI"). El análisis temático en cada dominio condujo a la identificación de 46 temas, que se modifica como 46 preguntas diferentes. Las

calificaciones de los familiares y los médicos mostraron que 21 de estas preguntas son especialmente importantes para los familiares de pacientes en unidades de cuidados intensivos. (49)

La familia del paciente crítico, hospitalizado en una Unidad de cuidado Intensivo, requiere cuidados, atención e información oportuna por parte de enfermería. Con frecuencia se les observa en las salas de espera con manifestaciones de diferente índole de acuerdo con el contexto de sus vivencias y necesidades. Generando situaciones de angustia, expectativas en relación con la cantidad de dispositivos de monitoreo, equipos de mantenimiento de la vida y controles ambientales necesarios para garantizar un cuidado con calidad. Por lo tanto, vale la pena conocer las manifestaciones de la experiencia vivida por estos familiares como planteamiento de un problema, para buscar soluciones y estrategias de apoyo. La familia, al igual que la persona enferma, está en crisis, se pregunta por el resultado y el pronóstico, por los procesos y procedimientos diagnósticos o terapéuticos, presenta conflictos o comportamientos de negación, racionalización, culpa, ira, desesperanza o, en ocasiones, somatiza. (50)

La Asociación de Enfermeras de Emergencias estableció algunos principios del cuidado basado en la familia:

- ✓ Tratar a pacientes y familias con dignidad y respeto.
- ✓ Tener comunicación imparcial de la información.
- ✓ Participación del paciente y de las familias en las experiencias que realcen el control y la independencia; esto los hace fuertes.
- ✓ Colaboración en la distribución del cuidado, de las políticas, en el desarrollo de programas y en la educación profesional.

La familia lucha al afrontar la experiencia de tener un ser querido gravemente enfermo y su unidad social está íntimamente conectada a través del amor, los lazos legales o ambos. El nivel de conocimiento de la situación estresante se basa en su experiencia previa, en la oportunidad que le brindan los medios masivos de comunicación para informarse y en sus mecanismos de afrontamiento normal. (50)

### **Visitas a familiares hospitalizados en la UCI y su actuación en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes.**

El ingreso del paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es repentino y agudo con poco tiempo de preparación para todos los involucrados (es decir, pacientes, miembros de la familia, así como la salud, cuidado personal). (51)

Para los pacientes y sus familias, un ingreso en la UCI es un evento estresante que puede estar lleno de angustia psicológica, la incertidumbre y la confusión emocional con hasta el 80% de los familiares de pacientes de la UCI el desarrollo de la ansiedad, la depresión y / o relacionada con una respuesta de estrés postraumático eventos que para las enfermeras genera un cambio en el ambiente de la UCI complejo y caótico que conduce al estrés, la carga de trabajo y los obstáculos laborales adicionales que pueden afectar significativamente su rendimiento en el trabajo afectando las intervenciones enfocadas a mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes recién ingresados a la unidad de cuidados intensivos. (51)

Desde el trabajo llevado a cabo por Molter, las necesidades de los familiares de pacientes de la UCI han sido ampliamente estudiadas: Cinco dominios de las necesidades de la familia están siendo repetidamente documentados: las necesidades de aseguramiento, la comodidad, de soporte, la proximidad y por último la información (51)

La asistencia brindada por las enfermeras en el ámbito de la atención crítica a menudo se ve afectada con la responsabilidad de satisfacer las necesidades de la familia, pero en el entorno de ritmo rápido, las cuestiones relacionadas con la familia interrumpen las actividades enfocadas al paciente por las enfermeras como importantes obstáculos para la ejecución de cuidados de enfermería fundamentales en la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud. (51)

### **Comunicación con los familiares sobre la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo con larga estadía:**

Después del alta médica, los pacientes y sus familias se enfrentan a un largo y difícil momento en el que las secuelas físicas, psicológicas y neuro cognitivas se hacen evidentes y afectan en gran medida su calidad de vida, estas consecuencias adversas de cuidados críticos se han descrito recientemente como el síndrome de atención post-cuidados intensivos, condiciones que implican cuestiones no médicas también, como la inestabilidad económica y el empleo (52)

El impacto de la carga de estas enfermedades en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha estudiado en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) y en la población general de pacientes en estado crítico. La información sobre estos problemas de América Latina es, sin embargo, escasos o inexistentes (52)

Según Douglas, los retos de la comunicación con las familias de larga estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y sustitutos que se enfrentan a la toma de decisiones sobre la calidad de vida relacionada con la salud han sido un foco de numerosas investigaciones y directrices profesionales. A pesar de esta atención, la investigación continúa reflejando la dificultad de implementar enfoques coherentes que son eficaces en el tratamiento de información y las necesidades de apoyo de los tomadores de decisiones sustitutas. (53)

Esto es particularmente cierto, en situaciones en las que existe una incertidumbre considerable y preguntas acerca de las limitaciones de tratamiento, una ocurrencia común para los pacientes de la UCI con pronóstico de larga estancia. Se realizan reuniones regulares de la familia en donde se han recomendado como un enfoque eficaz para asegurar que las familias reciban información actualizada, tener la oportunidad de obtener las preguntas contestadas, y recibir apoyo para la toma de decisiones compartida con el equipo clínico. (53)

Aunque los informes sugieren que tiene un sistema de reuniones periódicas pueden facilitar la toma de decisiones, minimizar el uso de intervenciones ineficaces, y mejorar la satisfacción de la familia, hay evidencia de que el estilo y elementos de comunicación (por ejemplo, temas, declaraciones empáticas) son igualmente importantes. Curtis en su artículo informó que en casi un tercio

de las conferencias de familia, donde se discutieron malas noticias, no se perdieron oportunidades para proporcionar información o apoyo. (53)

Muchos pacientes tienen vívidos recuerdos de las experiencias irreales y una ligera paranoia que pueden causar problemas de atención posterior a la hospitalización en la UCI. Por otra parte, existen también los pacientes que no tienen o tienen muy pocos recuerdos de los cuidados en la UCI, que también puede ser un problema para los pacientes y sus familias. (30)

Proporcionar cuidados o acciones dirigidas a prevenir el desarrollo de este tipo de recuerdos y experiencias negativas es complejo, ya que es la condición médica, como tal, la medicación y no menos importante el ambiente de cuidado en sí influye en las memorias de atención de la UCI. Estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes muestran que se tarda mucho o mucho tiempo para volver a la vida como era antes de la hospitalización en la UCI (30)

### **Bienestar espiritual:**

La espiritualidad es intrínseca al ser humano y se manifiesta también asociada a la enfermedad, la pérdida o cuando el ser humano se enfrenta con el sufrimiento o la muerte, como momentos que se encuentran inmersos en la hospitalización en las unidades de cuidado intensivo. Como la expresión de las necesidades espirituales no se procesa de igual forma en la persona sana o enferma, lo que evidencia su afectación en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes requiriendo de una intervención rigurosa y profesional por parte de las enfermeras. (54)

La enfermería en los diversos campos de actuación se encuentra siempre en relación con las personas a quienes cuida de diversos modos y en distintas circunstancias, así, pueden ser personas sanas, comunidades o personas enfermas que experimentan un sufrimiento, a quienes usualmente se les llama pacientes. La asistencia a quienes sufren es una faceta del cuidado de enfermería, en la cual se deben desplegar virtudes y cualidades propias para este tipo de atención, que obviamente no son exclusivas del cuidado de

enfermería para personas enfermas, sino más bien deberían caracterizar siempre las actuaciones de cualquier profesional. (55)

Es por esto que el profesional de enfermería debe mostrar un alto sentido de compromiso, lealtad, valores y humanismo en la aplicación del cuidado a todo ser humano. La vivencia de la espiritualidad se presenta como una luz en la búsqueda de brindar un cuidado de calidad, cuidado que tiene que darse a partir del ser del profesional de enfermería que atiende a quienes sufren. (55)

Acerca del sufrimiento en el ámbito clínico, podemos apreciar que la gran mayoría de investigaciones van en torno a aquellos servicios médicos como por ejemplo, cuidados paliativos o cuidados intensivos. Sin embargo, cuando miramos más allá de las puertas de dichos servicios, encontramos a nuestro alrededor gente que sufre. Por una carencia de identidad profesional y desinformación a los usuarios en cuanto a quiénes somos, observamos que descuidamos tanto nuestra profesión como la finalidad de la misma. (55)

### **Limitaciones.**

El diseño y la modalidad de la investigación no requirió ningún tipo de recurso económico activo, la principal limitante fue la falta de tiempo del autor por estar realizando actividades académicas que incluyen la práctica de enfermería de decimo semestre y las responsabilidades del estudiante que son normales durante el transcurso del programa de enfermería.

### **Conclusiones**

Los resultados de esta revisión muestran el impacto que tiene para las personas y las familias, la hospitalización en las unidades de cuidado intensivo, en todas las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud y los factores que las afectan en las cuatro dimensiones propuestas por Ferrell et al: bienestar físico (Dolor, delirium, insomnio, administración de medicación errónea,), bienestar psicológico (ansiedad, imposibilidad para comunicarse), bienestar social (estrés familiar) y bienestar espiritual (espiritualidad).

La identificación de estos factores, permitió identificar las necesidades de cuidado de los pacientes críticamente enfermos y proponer algunas intervenciones encaminadas a atenderlas para mejorar la calidad de vida

relacionada con la salud de las personas hospitalizadas en la unidad de cuidados intensivos, lo cual reduciría las consecuencias a largo plazo en la recuperación de los pacientes.

Los estudios destacan la importancia del cuidado de enfermería en cada una de estas esferas, así mismo la necesidad de promover el trabajo en equipos interdisciplinarios, para generar las condiciones ambientales que el paciente requiere para facilitar su sanación y recuperación.

Por último es importante anotar que el modelo de valoración de la calidad de vida de Betty Ferrell et al constituye un marco de referencia apropiado para guiar la investigación y el desarrollo de la propuesta para el plan de cuidados de enfermería.

## **Recomendaciones**

Es importante continuar investigando sobre la calidad de vida que tienen los pacientes en las unidades de cuidados intensivos durante la hospitalización ya que como se ha mencionado anteriormente la literatura evidencia grandes estudios pero solo posteriormente al alta médica de las unidades de cuidado intensivo, ya que existe un gran vacío de conocimiento en el tema.

Por otra parte es ideal que los estudiantes de enfermería durante sus prácticas en los diferentes servicios en los que se realizan observen, evalúen, y consideren la importancia de la calidad de vida de los pacientes a quienes se les realizan procedimientos o cualquier tipo de intervención de enfermería para que cada vez más sea mejor el servicio que prestamos como enfermeros y la profesión tenga cada vez más una integración social más evidente.

## **Bibliografía**

1. Rodriguez L, Jerez L. Guia de Admision y egreso de la unidad de cuidados intensivos. Centro medico del norte. 2013 Feb; 02(11):346-356.
2. Alvarez L, Rodriguez L. Guia de admision y egreso de las unidades de cuidado intensivo en adultos . Centro medico del sur. 2013; 2(24):10-22

3. Ramin I, Bukan M, Ann M, Møller M, Henning M. Preadmission quality of life can predict mortality in intensive care unit: a prospective cohort study. *Journal Critical Care*. 2014; 06(9):942-947
4. Serviá G, Castelló B, Montserrat O, Bello G, Rodríguez A, Vicario L. 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. *Medicina Intensiva*. 2013; 38(10): 1-10.
5. Pantelis S, Katsoulas T, Fildissis G, Intas G, Galanis P. Health-Related Quality of Life and Rehabilitation Cost Following Intensive Care Unit Stay in Multiple Trauma Patients. *Journal of trauma nursing*. 2014; 10(42): 115-121.
6. Kluczynik V, Nascimento C, Andrade P, Enders B, Coura A. Acciones de enfermería para la prevención de la neumonía asociada. *Enfermeria Global*. 2014; 02(35):340-349.
7. Honselmann K, Buthut F, Heuwer B, Karadag K, Friedhelm S. Long-term mortality and quality of life in intensive care patients treated for pneumonia and/or sepsis Predictors of mortality and quality of life in patients with sepsis/pneumonia. *Journal Critical Care*. 2015 Nov; 03(09):721-726.
8. Schofield L, Shorrt A, Washington E, Carlson I, Wagner W, McLaren N. quality of life in mechanically ventilated intensive care unit patients. *Critical Care Medicine*. 2013; 41(12):354-356.
9. Ortíz G, Volkhardt K, Holger T, Epidemiology of sepsis in Colombian intensive care units. *Biomedical Journal*. 2014 Apr; 40(7): 324-333.
10. Michael W. Sjoding, M, Hallie C, Prescott, M, Wunsch H, Iwashyna J. Longitudinal changes in icu admissions among elderly patients in the united states. *Critical care medicine*. 2016; 20(30):723-725.
11. LeBlanc J, Smithburger P, Kram S, Rain A. Drug related icu admissions. *Critical Care medicine*. 2013; 41(12): 944-945.
12. Spencer T, Kintala L, Fakoory M, Gaskin P, Hariharan S, Areti Y. Outcomes and Health-related Quality of Life following Intensive Care Unit Quality of Life following Intensive Care Unit. *West Indian Medicine Journal*. 2014; 63(23):447-450.
13. Kay Stricker H. Quality of life 9 years after an intensive care unit stay A long-term outcome study. *Journal Critical Care*. 2011; 26(11):379-387.
14. Vázquez O, Álvarez M, Aguilar A. Ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes con cáncer testicular y periodo de seguimiento. *psiconcologia*. 2013; 10(1): 70-76 .
15. Salas Z. The concept of quality of life and measurement. *CES Salud Pública*. 2013; 04(11):36-46.



16. Franco J, Aguirre J, Calidad de vida relacionada con la salud en personas con artritis reumatoide: caracterización de los estudios publicados entre 2003-2013. *Iatreia*. 2015 Jun; 28(2): 109-118.
17. Bergen J, Quality of life in severely injured patients depends on psychosocial factors rather than on severity or type of injury. *Journal Critical Injury*. 2013 Feb; 12(43):320-326.
18. Urzúa A, Panayiotou P, Karekla G. Quality of life: A theoretical review. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*. 2012 May; 30(1):284-290.
19. Higueta, L. & Cardona, J. Concepto de calidad de vida en la adolescencia: una revisión crítica de la literatura. *Revista CES Psicología*, 8(1): 155-168.
20. Calchon L. Aplicación de escalas de valoración de la calidad de vida en intervenciones fisioterapéuticas por alteraciones músculoesqueléticas: una revisión de la literatura. Proyecto de Grado. Chia: Universidad de la sabana, Cundinamarca; 2013, 10(8):5-23
21. Ferrel B, et al. Quality of Life as an Outcome Variable in the Management of Cancer Pain (Artículo Clasico). *City of Hope Medical Center*. 1989; 10(34)61-85.
22. Herrera E. The quality of life for people suffering from complex wounds in Cartagena, Colombia. *Rev. salud pública*. 2011; 13(6):15-35.
23. Bakas T. Systematic review of health-related quality of life models. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2015; 10(13):134-156.
24. Register M. A Middle Range Theory for Generative Quality of Life for the Elderly. *Advances in Nursing Science*. 2011; 29(4):324-342.
25. Ferrell B. Quality of Life Among Long-Term Cancer Survivors (Artículo Clasico). *Oncology Journal*. 1997; 11(4):324-325.
26. Cense H, Dongelmans M. Effects of prolonged intensive care unit stay on quality of life and long-term survival after transthoracic esophageal resection. *Critical Care Medicine and Lippincott*. 2016; 34(2):233-239.
27. Stayt L. Making sense of it: intensive care patients' phenomenological accounts of story construction. *Nursing Critical care*. 2015 Nov; 10(11):112-120.
28. Nisula S. Six-month survival and quality of life of intensive care patients with acute kidney injury. *Critical Care Of Nursing*. 2013; 17(25):250-254.
29. Franco A, Negrini E, Carvalho T. Oral health promotion in patients with chronic renal failure admitted in the Intensive Care Unit. *Clinical Case Reports*. 2016 Sep; 4(1):26-29.
30. Eriksson T. The experiences of patients and their families of visiting whilst in an intensive care unit a hermeneutic interview study. *Intensive and critical care nursing*. 2011; 3(2):60-66.

31. Mansouri P, Shohreh J, Zand F, Implementation of a protocol for integrated management of pain, agitation, and delirium can improve clinical outcomes in the intensive care unit: A randomized clinical trial. *Journal Critical Care*. 2013; 23(6):919-922.
32. Ruiz M, Gómez A, Córcoles P, Herreros L, Valoracion y manejo del dolor en pacientes hospitalizados. *RNAO: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario*. 2013; 13(25):1-20.
33. Diccionario medico. [Online].; 2016 [cited 2016 06 06. Available from: <http://www.diccionario-medico.com/DECUBITO.html>.
34. Abelha F, Luísiana C, Veiga L, Parente D. Outcome and quality of life in patients with postoperative delirium during an ICU stay following major surgery. *Journal Critical Care*. 2013 Feb; 17(27):2-10.
35. Boogaard M, Schoonhoven L, Evers A. Delirium in critically ill patients: Impact on long-term health-related quality of life and cognitive functioning. *Critical Care Medicine and lippicott*. 2012 Jun; 40(1):112-117.
36. Castro C. Delirium postoperatorio en cirugía general, el fantasma de nuestros. *Enfermería Global*. 2014; 33(12):407-503.
38. Reriani M, Biehl F, Sloan J, Malinchoc M. Effect of 24-hour mandatory vs on-demand critical care specialist presence on long-term survival and quality of life of critically ill patients in the intensive care unit of a teaching hospital. *Journal Of Critical Care*. 2012; 27(7):421-427.
39. Hofhuis J. Sleep disturbances and sedation practices in the intensive care unit A postal survey in the netherlands. *Intensive and Critical care nursing*. 2012; 28(9):141-149.
40. Parsons E, Hough C. Insomnia is associated with quality of life impairment in medic al-surgical intensive care unit survivors. *Journal Heart & Lung*. 2015; 30(44): 89-94.
41. Ojer T. Cuidados de enfermería al paciente con apnea del sueño. *Medic portal e-journal*. 2011; 07(3):9-22.
42. Pelliciotti J, Kimura M. Medications Errors and Health-Related Quality of Life of Nursing Professionals in Intensive Care Units. *Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 18(9):1063-1068.
43. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Intervenciones de enfermería para la seguridad en la administracion de medicamentos de alto riesgo en UCI adulto. *CENETEC*. 2014 Jul; 01(13):112-113.
44. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications*. [Online].; 2015-2017 [cited 2016 04 20. Available from: [www.nnnconsult.com](http://www.nnnconsult.com).
45. Louise R, Nonoyama M, Shaghayegh R, Fraser I. Psychological wellbeing, health related quality of life and memories of intensive care and a specialised weaning centre reported

- by survivors of prolonged mechanical ventilation. Elsevier Ltd. All rights reserved. (Intensive and Critical Care Nursing). 2013; 11(02):147-149.
46. Karekla G. Perceived social support helps, but does not buffer the negative impact of anxiety disorders on quality of life and perceived stress. *Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013; 48(11):283-294.
  47. A. Rigol, Gutiérrez A, Carrasco C, Piñar S, Romeu M, Domínguez L. Atención de enfermería a personas con ansiedad. *health universal of barcelona campus.* 2015,12(11):2-15.
  48. Salazar O. La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan.* 2015; 9(1):3-5.
  49. Peigne V, Chaize M, Falissard B, Kentish N, Rusinova K, Megarbane B, Et al. Important questions asked by family members of intensive care units patient. *Critical Care Medicine.* 2011; 39(6):1365-1372.
  50. Vasquez S. Intervencion de enfermería ante las crisis familiares. 2013, 12(11):25-75.
  51. Loiselle C. A pre post evaluation of the Adler/Sheiner Programme (ASP): A nursing informational programme to support families and nurses in an intensive care unit (ICU). *intensive and critical care nursing.* 2012 Nov; 10(28):32-40.
  52. Vasquez D, Loudet C, Symptom burden and health-related quality of life among intensive care unit survivors in Argentina: A prospective cohort study. *Journal Critical Care.* 2015; 30(1):1049-1054.
  53. Douglas S, Faan D, Lipson A. Neglect of quality-of-life considerations in intensive care unit family meetings for long-stay intensive care unit patients. *Critical Care Medicine and Lippincott.* 2012; 40(02):461-467.
  54. Branco A. Necesidades espirituais da pessoa doente hospitalizada: revisão integrativa. *Aquichan.* 2012; 14(1):22-23.
  55. Velásquez S. "Estar ahí", significado del cuidado espiritual: la mirada de los profesionales de enfermería. *Avances en Enfermería.* 2014; 32(2):2-15.
  56. Hilde M, Marchena, Gonzalez A, Moreira J. Health-related quality of life and return to work after critical illness in general intensive care unit patients: A 1-year follow-up study. *Society of critical care medicine and Lippincott.* 2010; 38(7):1050-1054.
  57. Young J, Morgan B, Bratislav M. A Partial Least-Squares Analysis of Health-Related Quality-of-Life Outcomes After Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. *Congress of neurological surgeons.* 2015; 77(6):908-914.
  58. Garantys J. An exploration of social and economic outcome and associated health-related quality of life after critical illness in general intensive care unit survivors: a 12-month follow-up study. *Critical Care.* 2013; 17:100-105.

59. Quispe J, Laime A. Capacidad de difusión pulmonar y calidad de vida a los 6 meses del alta de la unidad de cuidados intensivos en sobrevivientes a síndrome de distrés respiratorio agudo por influenza A H1N1. *Medicina Intensiva*. 2012; 36(1):215-220.
60. Mitchell N, Hopkins R. Cognitive functioning ,MentalHealth , and Quality of life in ICU Survivors : And overview. *Critical Care Clinics*. 2015; 29(13):751-759.
61. Tiainen M, Poutiainen E, Oksanen T,Kaukonen K. Functional outcome, cognition and quality of life after out of hospital cardiacarrest and therapeutic hypothermia: data from a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2015 Sep; 23(12)2-7.
62. Skinner H, Warrillow S, Denehy L. Health-related quality of life in Australian survivors of critical illness. *Critical Care Medicine and Lippincott*. 2011; 39(8):1896-1902.
63. Vaara S, Pettilä S, Reinikainen M, Maija M, Kaukonen J.Population-based incidence, mortality and quality of life in critically ill patients treated with renal replacement therapy: a nationwide retrospective cohort study in finnish intensive care units. *Journal Critical Care*. 2012; 16(13)1-8.
64. Mirabel M, Luyt C, Leprince P. Outcomes, long term quality of life, and psychologic assessment off ulminant myocarditis patients rescued by mechanical. *Critical Care Medicine and Lippincott*. 2011; 39(5):1029-1034.
65. Orwelius L, Bergkvist M, Nordlund A, Physical effects of trauma and the psychological consequences of preexisting diseases account for a significant portion of the health-related quality of life patterns of former trauma patients. *Journal of Trauma*. 2012; 72(2):504-508.
66. Wasiak J, Lee P, Paul E, Mahar S, Pfitzer R, Spinks H. Predictors of health status and health-related quality of life 12 months after severe burn. Elsevier Ltd and ISBI. 2014; 3(4):569-580.
67. Conti M. Prognosis and quality of life of elderly patients after intensive care. *Swiss Medical Weekly*. 2012; 14(2):136-171.
68. Feem L, Colin R, Gordon D. The Influence of Hospitalization or Intensive Care Unit Admission on Declines in Health-Related Quality of Life. *Journals of American Thoracic Society*. 2015 Jan; 12(1):35-43.
69. Bradford J, Glavan D, Ruth A. Using the medical record to evaluate the quality of end-of-life care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*. 2011; 36(4):1138-1145.
70. Aragón C. Relationship between caregivers' perception of Traumatic brain injury symptoms and caregiver's mental health. *ProQuest*. 2015; 08(31)2-10.
71. Nouwen M. Emotional Consequences of intensive care unit delirium and delusional memories after intensive care unit admission. *Journal critical Care*. 2012; 27(16):199-211.

72. Reinoso A, Soto L, Núñez A. Modelos de Enfermería en Unidades de Paciente Crítico: un paso hacia el cuidado avanzado. *Enfermería Global*. 2014; 1(34):323-328.
73. Boluda M. Guía de Práctica clínica para personas con quemaduras. *Revista española de enfermería*. 2011 Nov; 3(4):232-340.
74. National Library of Medicine. NCBI. [Online].; 2016 [cited 2016 mayo 23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=critical+care+unit>.
75. National Library of Medicine. National Center for Biotechnology Information, U.S. [Online].; 2016 [cited 2016 mayo 23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=critical+care+unit>.