

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUANTANAMO.
HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO "
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

**CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES
EGRESADOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS.**

Dr. Reinaldo Elías Sierra¹, Lic. Nolaidis Lescaille Brook², Lic. Jacqueline Poch Soto³, Dr. Juan Carlos Mena Nápoles⁴, Dr. Jaime Saap Núñez⁵.

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo, con el objetivo de caracterizar la calidad de vida de una muestra (n=100) de pacientes egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", de Guantánamo, durante el año 2000. Se evalúa la calidad de vida física por el método de Rivera, y la psíquica, mediante la prueba de completamiento de frases. Se precisa la calidad de vida social a través de la prueba de funcionamiento familiar por el método de Cresta Freijomil, y la incorporación y mantenimiento de la actividad laboral de acuerdo con los criterios de Rivera; al integrar los tres tipos de calidad de vida se establece la biopsicosocial. Además, se relaciona esta última con la edad, el sexo y el diagnóstico al egreso de la unidad. Se concluye que la mayoría de los enfermos tienen una calidad de vida física no útil al egreso (86,0 %), debido, fundamentalmente, a la intolerancia al esfuerzo (96,0%) y la dependencia farmacológica (74,0%). Al egreso de los pacientes, éstos reflejan menor alteración de la calidad de vida psíquica (17,0%) y social (48,0%), y se afectan en menor medida. La calidad de vida biopsicosocial se afecta en el 93,0%, principalmente por las limitaciones de la calidad de vida física. En general, la calidad de vida mejora ostensiblemente en la mayoría de los pacientes cuando ellos se evalúan a los doce meses de egresados.

**Palabras clave: CALIDAD DE VIDA; ALTA DEL PACIENTE;
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.**

¹ *Especialista de II Grado en Cardiología. Especialista de II Grado en Cuidados Intensivos del Adulto. Profesor Auxiliar de Medicina Interna.*

² *Licenciada en Psicología. Psicóloga de la Unidad de Cuidados Intensivos.*

³ *Licenciada en Psicología. Instructora de la Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo.*

⁴ *Especialista de I Grado en Medicina Interna.*

⁵ *Especialista de I Grado en Medicina Interna. Verticalizado en Cuidados Intensivos del Adulto.*

INTRODUCCION

En los últimos años se observa una tendencia creciente en el desarrollo de la medicina de urgencia y, recientemente, la extensión de su práctica a la comunidad, con la implementación del "Sistema Integrado de Urgencias Médicas", de manera que resulta interesante precisar a largo plazo el impacto de la atención a la salud de pacientes críticamente enfermos, es decir, en el contexto del ambiente social comunitario, para lo cual consideramos, como indicador útil, evaluar la "calidad de la vida" en la comunidad de los pacientes egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", lo cual satisface la demanda del MINSAP de extender las investigaciones de la atención médica del nivel secundario hacia la atención primaria a la salud.

En Guantánamo se han realizado estudios referentes a la calidad de vida; entre éstos, citamos los emprendidos por Legrá¹, Campos², y Zayas³, pero ninguno aborda el problema que hemos seleccionado, lo cual muestra la pertinencia de esta investigación y justifica su ejecución.

METODO

Se realizó un estudio descriptivo para caracterizar la "calidad de vida" de 100 pacientes egresados vivos de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", durante el período comprendido desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo del 2000, seleccionados aleatoriamente, los que fueron evaluados periódicamente durante el período de un año, a partir de la fecha de egreso, por lo que la fecha de terminación de la fase de observación de la investigación culminó el 31 de marzo del 2001.

Los pacientes preseleccionados durante su hospitalización en la UCI fueron evaluados al egreso de la unidad para establecer la "calidad de vida" en esta etapa, y posteriormente se evaluaron al sexto y duodécimo mes del egreso de la Unidad de Cuidados Intensivos, excepto aquellos que se excluyeron durante estas últimas etapas. A cada uno se le evaluó la "calidad de vida" física, psíquica, social y biopsicosocial, en cada uno de los "momentos dinámicos" seleccionados.

Para evaluar la "calidad de vida física" se aplicó la metodología de Rivera Fernández.⁴ Fundamentados en los ítems citados, identificamos los factores determinantes de la "calidad de vida física" en la población estudiada y clasificamos ésta en cuatro niveles, de acuerdo con la puntuación global alcanzada por el paciente, según los siguientes criterios: Nivel I: 0 punto (normalidad de los ítems); Nivel II: 1 – 5 puntos; Nivel III: 6 – 10 puntos; Nivel IV: más de 11 puntos.

Para evaluar la "calidad de vida psíquica" se aplicó la prueba de completamiento de frases, la que constó de 28 ítems, y permitió evaluar los siguientes aspectos: vivencias psíquicas actuales, percepción de la enfermedad y autosatisfacción personal. Se evaluó esta prueba ofreciendo a cada respuesta positiva un punto; a las respuestas ambivalentes se les asignó 0.5 puntos, y a aquellas negativas no se les ofreció puntos. Fundamentados en estos ítems identificamos, de manera general, los factores determinantes de la "calidad de vida psíquica" en los pacientes estudiados y clasificamos ésta en cuatro niveles, de acuerdo con los resultados reflejados por el paciente según los siguientes criterios:

Nivel I: Cuando se evaluó como respuesta positiva al 85 % de los ítems, (23 a 28 ítems), de manera que el individuo percibió positivamente las vivencias psíquicas, la percepción de su enfermedad y su autosatisfacción personal.

Nivel II: Si el 51 - 84 % (15 a 22 ítems) de las respuestas a los ítems se evaluaron como positivas o ambivalentes, podían responder negativamente de 16 - 49 % de los ítems (6 - 13 ítems).

Nivel III: Si el 26 - 50 % de las respuestas a los ítems (8 - 14 ítems) se evaluaron como positivas o ambivalentes, pudo responder negativamente el 50 - 74 % de los ítems (14 - 20 ítems).

Niveles IV: Cuando hasta el 25 % de las respuestas a los ítems se evaluaron como positivas (7 o menos de los ítems) y respondió negativamente el 75 - 100 % de los ítems (21 - 28 ítems).

Para evaluar la "calidad de vida social", se aplicaron las siguientes pruebas: 1) Prueba del funcionamiento familiar de acuerdo con la metodología de Cresta Freijomil⁵, y sobre la base de estos resultados se clasificó la familia del individuo en una de las siguientes categorías:

- a) Familia altamente funcional: Se consideró aquella familia que satisfizo las formas de fomentar salud y bienestar en cada uno de los miembros del grupo familiar, obteniendo al evaluar el "funcionamiento familiar" entre 57 y 70 puntos.
- b) Familia moderadamente funcional: Cuando al evaluar el "funcionamiento familiar" se totalizó una evaluación entre 43 y 56 puntos; lo que implicó una insatisfacción de algunas de las funciones de la familia.
- c) Familia disfuncional: Cuando la familia no satisfizo algunas de las funciones familiares y se obtuvo en el "funcionamiento familiar" una calificación entre 14 y 17 puntos.

- d) Familia severamente disfuncional: Cuando la familia no satisfizo las funciones familiares y se obtuvo, al evaluar el funcionamiento familiar, una calificación entre 14 y 17 puntos.

2) Se evaluó la incorporación y mantenimiento de la actividad laboral y social por parte del individuo, al aplicar el ítem número 7 del método de Rivera Fernández.⁵ Para satisfacer esta inquietud nos apoyamos, además, en la entrevista al "familiar", a través de la prueba del completamiento de frases, la que evaluó sus sentimientos, opiniones y valoraciones sobre el estado actual que presentaba la familia y su actitud ante la problemática de salud del paciente.

Se evaluó esta prueba ofreciendo a cada respuesta positiva un punto; a las ambivalentes se les asignó 0.5 puntos y a las negativas no se les ofreció puntos. Fundamentados en estos ítems, identificamos de manera general los factores determinantes de la calidad de vida social en los pacientes estudiados y clasificamos a la familia en tres categorías, según los siguientes criterios:

- a) Familia cooperadora activa: cuando se evaluó como respuestas positivas al 85 % de los ítems (los 28 ítems), de manera que el informante percibió positivamente las vivencias psíquicas, la percepción de la enfermedad y la satisfacción de las necesidades del enfermo.
- b) Familia cooperadora pasiva: cuando el 51 - 84 % (15 - 22 ítems) de las respuestas a los ítems se evaluaron como positivas o ambivalentes, y pudo responder negativamente el 25 - 49 % de los ítems (7 - 13 ítems).
- c) Familia no cooperadora o indiferente: cuando menos del 50 % de las respuestas a los ítems se evaluó como positivas (menos de 14 ítems) y respondió negativamente entre el 51 - 100 % de los ítems (15 - 28 ítems).

Posteriormente, se valoró la "calidad de vida biopsicosocial" en los siguientes niveles:

Nivel I: Significó una buena relación individuo-familia, la ausencia de conflictos familiares, y caracterizó a la familia como cooperadora y activa en la rehabilitación del paciente; se incluyó en esta categoría a aquellos pacientes con "familia altamente funcional" e incorporados a actividades laborales o propias de su edad.

Nivel II: Significó una aceptable relación individuo-familia, y la presencia de noxas o conflictos familiares que dañaban la relación del individuo en su seno familiar, y la familia cooperó positivamente en la rehabilitación del individuo. Se incluyó en esta categoría a aquellos pacientes con "familia moderadamente disfuncional" o que no se incorporaron a sus actividades laborales, o jubilados, pero que desarrollaban otras actividades propias de su edad.

Nivel III: Significó una mala relación individuo-familia y la presencia de conflictos familiares que dañaban esta relación; se caracterizó la familia como "indiferente" o no cooperadora en la rehabilitación del enfermo. Se incluyó en esta categoría a aquellos pacientes con "familia severamente disfuncional", o que abandonaron las actividades propias de su edad debido a la enfermedad.

Para evaluar la "calidad de vida biopsicosocial" se integraron los resultados de los indicadores de la "calidad de vida" física, Psíquica y social, y se establecieron los siguientes niveles:

Nivel I: Significó una buena calidad de vida y la presencia de un equilibrio biopsicosocial. Se correspondió con una "calidad de vida física" normal o ligeramente afectada (0-5 puntos), positividad en lo referente a la autosatisfacción personal, vivencias psíquicas actuales, percepción de la enfermedad y con una "familia altamente funcional", con incorporación social y laboral del individuo.

Nivel II: Significó una calidad de vida aceptable; se aceptó cierto grado de desequilibrio biopsicosocial y alteraciones en algunos de los indicadores de calidad de vida evaluados. En el orden "físico" debió obtener una calificación entre 6 - 10 puntos; en el orden "psíquico" debió reflejar relaciones negativas, positivas o ambivalentes, pero que revelaran que el individuo se adaptaba al medio con la participación de la familia. En el orden "social" se precisó una adaptación al medio aceptable y una "familia moderadamente funcional".

Nivel III: Significó una calidad de vida mala y la existencia de un desequilibrio biopsicosocial, debido a alteraciones en dos o más de las esferas estudiadas. En el orden "físico" debió obtener una calificación superior a 11 puntos; en el orden "psíquico" debió obtener una evaluación negativa de los aspectos psicológicos, y en el orden "social" se debió identificar una "familia severamente disfuncional" y la incapacidad del individuo para incorporarse a actividades propias de su edad debido al impacto de su enfermedad.

Para cumplir el segundo objetivo, también se relacionó la "calidad de vida biopsicosocial" con la enfermedad básica que motivó el egreso del paciente en cuestión de la Unidad de Cuidados Intensivos; las enfermedades se agruparon en las siguientes categorías diagnósticas: enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), pacientes postoperados de cirugía mayor, trauma múltiple, intoxicación exógena aguda y otras. Posteriormente, se deslindó cada ECTN que motivó el egreso del individuo y su relación con la calidad de vida biopsicosocial.

Para el procesamiento estadístico empleamos, como medida de resumen para las variables cualitativas, el porcentaje, y se realizó el análisis de los resultados

mediante la justificación de los objetivos propuestos y la comparación de los resultados obtenidos con aquellos reflejados por otros investigadores nacionales y extranjeros.

RESULTADOS Y DISCUSION

En la Tabla 1 se observa que, al egreso, la mayoría de los pacientes se clasificaron en el nivel III, de acuerdo con su calidad de vida física (70,0 %), proporciones elevadas que se observaron a los seis meses. Esta calidad de vida estuvo afectada, fundamentalmente, por las limitaciones del paciente para el esfuerzo físico (96,0%) y su dependencia farmacológica (74,0%).

Respecto a la "calidad de vida psíquica", se observa que, al egreso, el mayor porcentaje de los pacientes se ubicó en el nivel II (64,0 %) y sólo el 17 % de los pacientes se ubicó en el nivel III; ninguno de ellos se ubicó en el nivel IV. A los seis meses se elevó el porcentaje de pacientes clasificados en el nivel I, y hubo un descenso importante del número de pacientes ubicados en el nivel II-III. Al año, fue significativamente superior (67,0 %) el porcentaje de pacientes clasificados en el nivel I, resultados que reflejan una recuperación progresiva de la "calidad de vida psíquica" en la población estudiada.

Se precisó en el estudio que los factores determinantes de la "calidad de vida psíquica" fueron las "vivencias psíquicas actuales" (38,0 % de los pacientes), la percepción de la enfermedad y la autovaloración personal (se afectaron en el 42,0 %, respectivamente); si consideramos que estos son factores subjetivos, modificables y controlables con técnicas psicoterapéuticas, es comprensible que podamos intervenir sobre la población en riesgo y modificar el resultado.

En la Tabla 1 se refleja la "calidad de vida social" de los pacientes estudiados; al egreso, el mayor porcentaje de ellos se clasificó en el nivel I (52,0 %), y éste se elevó hasta el 65,0 % a los seis meses. Al evaluar los pacientes al año de egresados se observó que la mayoría de ellos (74,0 %) se clasificaron en el nivel I, lo que refleja una mejoría significativa de la "calidad de vida social" al año de egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos y de reincorporados a su comunidad; en ésta, sólo el 2,0 % presentó un nivel III.

En esta Tabla se refleja, también, la "calidad de vida biopsicosocial" de los pacientes estudiados; al egreso, prevaleció el porcentaje de pacientes ubicados en el nivel II (75,0 %), igual que a los seis meses (50,0 %). Al año disminuyó significativamente este porcentaje hasta el 27,0 % y se elevó el de aquellos pacientes clasificados en el nivel I hasta el 67,0 %; en el nivel II se ubicó el 27,0 %. Estos resultados reflejan las alteraciones de este tipo de "calidad de vida", que de acuerdo con el análisis presentado anteriormente, dependió fundamentalmente

del detrimento de la "calidad de vida física". La calidad de vida biopsicosocial no estuvo determinada por el sexo o la edad del paciente, aunque a medida que se elevó la edad, fue más común el porcentaje de enfermos con calidad de vida no útil.

En la Tabla 2 se relacionan las categorías diagnósticas con los niveles de "calidad de vida biopsicosocial" al año de egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos. Se observa que el 60,0 % de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles se clasificaron en el nivel I, el 32,0 % en el nivel II y el 8,0 % en el nivel III.

La mayoría de los pacientes ingresados por "postoperatorio de cirugía mayor" se ubicaron en el nivel I (85,7 %). El 75,0 % de los egresados por traumas múltiples se ubicó en el nivel I y el 25,0 % en el nivel II; ninguno de ellos se ubicó en el nivel III, resultados satisfactorios; sin embargo, es interesante señalar que estos resultados dependen directamente del tipo de trauma múltiple y de los órganos dañados durante éste; en el caso de neurotrauma central, es definitiva la magnitud del daño cerebral y la escala de Glasgow al ingreso y al egreso; en el trauma medular es determinante el tipo de lesión de la médula. En el caso de los pacientes intoxicados, el 100 % de ellos se ubicaron en el nivel I; fue relevante que ninguno se ubicara en el nivel III debido a una disfunción psicológica; ello podría revelar una recuperación al aspecto favorable.

En general, se dispone de múltiples referencias bibliográficas relacionadas con la calidad de vida de individuos afectados por entidades específicas, por ejemplo asma bronquial⁶, neoplasias⁷, enfermedades reumáticas^{8,9}, uropáticas¹⁰, dermopáticas¹¹, hemáticas¹², intestinales¹³ y quirúrgicas¹⁴, con resultados variables, de acuerdo con los objetivos propuestos en cada uno de ellas.

Entre las enfermedades crónicas no transmisibles prevaleció la cardiopatía isquémica, en 29 pacientes. La prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, en las categorías diagnósticas, apoya la información del MINSA de Cuba acerca de que ésta representa más del 75,0 % de las muertes anuales y la primera causa de muerte prematura, entre las que se señalan, fundamentalmente, las enfermedades del corazón (infarto del miocardio y otras formas de cardiopatía isquémica) y las enfermedades cardiovasculares, asma bronquial y diabetes mellitus.

Al relacionar las enfermedades crónicas no transmisibles en el nivel de calidad de vida biopsicosocial, (Tabla 3) se observa que la mayoría de los pacientes con cardiopatía isquémica se ubicaron en el nivel I (69,0 %); en ello puede influir el grado de capacidad funcional cardíaca, pero no excluimos que tenga un extraordinario impacto el hecho de que los pacientes estén incorporados a un programa de rehabilitación cardiovascular y con el que se ha demostrado la

mejoría clínica y funcional del paciente isquémico; también, se ha confirmado que su evolución y el pronóstico a largo plazo mejoran ostensiblemente.

Los pacientes con emergencia hipertensiva se ubicaron, fundamentalmente, en el nivel I (50,0 %) y en el nivel II (50,0 %); en tal sentido, los resultados no son halagüeños. En ellos son determinantes las limitaciones farmacológicas para el control de la enfermedad, que hacen difícil ejercer la terapia establecida de acuerdo con la magnitud del daño de órganos y sistemas, inducido por la hipertensión arterial, y con frecuencia determina temporal o definitivamente, que se afecte la calidad de vida.

Los pacientes asmáticos se ubicaron, en su mayoría (75,0 %), en el nivel I, y el resto en el nivel II. Aquellos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica agudizada se ubicaron con mayor frecuencia en el nivel II (57,1 %). Ello es característico de la evolución de esta enfermedad.

CONCLUSIONES

- Al egreso de la Unidad de Cuidados Intensivos, la mayoría de los pacientes tuvieron un deterioro de la calidad de vida física, aunque mostraron una tendencia favorable durante el año después del egreso; éste estuvo condicionado, prioritariamente, por la intolerancia de esfuerzo y la dependencia farmacológica que mostraron los enfermos.
- La calidad de vida psíquica al egreso fue predominantemente satisfactoria en el mayor porcentaje de los pacientes; cuando ésta se afectó, se debió, fundamentalmente, a la aparición de insatisfacciones personales o deficiencias en la percepción de la enfermedad.
- La calidad de vida social al egreso de la unidad se afectó en un bajo porcentaje de los pacientes estudiados; durante la etapa de seguimiento ésta mostró una tendencia ascendente hacia un nivel óptimo de calidad, en el mayor porcentaje de los enfermos.
- La calidad de vida biopsicosocial se afectó en la mayoría de los pacientes al egreso del hospital, lo cual estuvo determinado por las deficiencias en la calidad de vida física, aunque se observó que tuvo una tendencia favorable en la mayoría de los enfermos, al año de egresado.
- Entre las categorías diagnósticas prevalecieron las enfermedades crónicas no transmisibles, y entre éstas, la cardiopatía isquémica, aunque la enfermedad pulmonar obstructiva crónica fue la afección crónica no transmisible que más afectó la calidad de vida psicosocial.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Legrá MNL. Calidad de vida en pacientes con retinopatía diabética. Rev Inf Científica 2000; 26(3): 12-16.
2. Estévez MR, Terrero IG, Elías SR. Calidad de vida en pacientes egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital "Octavio de la Concepción y de la Pedraja". Rev Inf Científica 1999; 21(2): 9-14.
3. Zayas YV. Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial sistémica. Tesis Medicina Interna, Guantánamo, 2000.
4. Rivera FR, *et al.* Calidad de vida en Medicina Intensiva. Rev Med Int 1993; 17(1): 15-21.
5. Cresta F, *et al.* Un instrumento de funcionamiento familiar para el médico de familia. Rev Med Gen Int 1996; 12(4): 23-31.
6. Smith IE, Stanerson JM. A progressive care programme for prolonged ventilatory failure analysis of outcome. Br J Anaesth 1999; 75(4): 339 - 04.
7. O'Rourke MN. Randomised comparison of vinorelbine and melphalan in refractory advanced breast cancer. J Clin Oncol 1998; 13(10): 2567-74.
8. Schaipira MM, McAuliffe TL, Nattinger AB. Treatment of localized prostate cancer in African American compared with Caucasian men. Less use of aggressive therapy for comparable disease. Med Care 1998; 33(11): 1079-88.
9. Zautra AJ, Burtleson MH, Smith CA, Blalock SJ, Wallston KA, Devellis RF, *et al.* Arthritis and perceptions of quality of life: An examination of positive and negative effect in rheumatoid arthritis patients. Health Psychol 1996; 14(5): 399-08.
10. Hassan ST, Marshall CI, Rabnson WA, Neul DE. Clinical outcome and quality of life following enterocystoplasty for idiopathic detrusor instability and neurogenic bladder dysfunction. Br J Urol 1998, 76(5): 551 - 7.
11. Gupta MA, Gupta AK. Age and gender differences in the impact of psoriasis on quality of life. Int J Dermatol 1995; 34(10): 700-3.
12. Henon P, Donatti B, Eisenmann JC, Becker M, Beek WG. Comparative survival quality of life and cost effectiveness of intensive therapy with autologous blood cell transplantation or conventional chemotherapy in multiple myeloma. Bone Marrow Transplant 1997;16(1): 19-25.
13. Munkholm P, Longholz E, Davidsen M, Binder V. Disease on activity courses in regional cohort of Crohn´s disease patients. Scand J Gastroenterol 1999; 30(7): 699-06.

14. Treasure T, Holmes L, Loughhead K, Galivan S. Survival and quality of life in patients with recovery from cardiac surgery. Can we predict poor outcome? *Eur J Cardiothorac Surg* 1998; 9(8): 426-31.

TABLA 1. CARACTERIZACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA FÍSICA.

CALIDAD DE VIDA FÍSICA	AL EGRESO		A LOS 6 MESES		AL AÑO	
	No.	%	No.	%	No.	%
Nivel I					55	55
Nivel II	14	14,0	25	25,0	39	39,0
Nivel III	70	70,0	58	58,0	4	4,0
Nivel IV	16	16,0	17	17,0	2	2,0
CALIDAD DE VIDA PSICOLÓGICA	AL EGRESO		A LOS 6 MESES		AL AÑO	
	No.	%	No.	%	No.	%
Nivel I	19	19,0	51	51,0	67	67,0
Nivel II	64	64,0	43	43,0	26	26,0
Nivel III	17	17,0	67	67,0	7	7,0
Nivel IV			26	26,0		
CALIDAD DE VIDA SOCIAL	AL EGRESO		A LOS 6 MESES		AL AÑO	
	No.	%	No.	%	No.	%
Nivel I	52	52,0	65	65,0	74	74,0
Nivel II	46	46,0	31	31,0	24	24,0
Nivel III	2	2,0	4	4,0	2	2,0
CALIDAD DE VIDA BIOPSICOSOCIAL	AL EGRESO		A LOS 6 MESES		AL AÑO	
	No.	%	No.	%	No.	%
Nivel I	7	7,0	46	46,0	67	67,0
Nivel II	75	75,0	50	50,0	27	27,0
Nivel III	18	18,0	4	4,0	6	6,0

Leyenda: % respecto a n = 100

TABLA 2. NIVELES DE CALIDAD BIOPSICOSOCIAL SEGUN CATEGORIA DIAGNOSTICA.

CATEGORÍAS DIAGNOSTICAS	NIVELES						TOTAL	
	I		II		III		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Enfermedades crónicas no transmisibles N = 50	30	60,0	16	32,0	4	8,0	50	100
Postoperado de cirugía mayor n = 28	24	85,7	2	7,1	2	7,1	28	100
Traumáticas múltiples n = 8	6	75,0	2	25,0	-	-	8	100
Intoxicación exógena n = 4	4	100,0	-	-	-	-	4	100
Otras n = 10	3	30,0	7	70,0	-	-	10	100

Leyenda: n representa las unidades de análisis para el cálculo de porcentaje.

TABLA 3. NIVELES DE CALIDAD BIOPSIOSOCIAL PARA LOS EGRESADOS POR ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES.

CATEGORÍAS DIAGNOSTICAS	NIVELES						TOTAL	
	I		II		III		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Cardiopatía isquémica n = 29	20	69,0	7	24,1	2	6,9	29	100
AVE n = 5	1	20,0	2	40,0	2	40,0	5	100
Emergencia hipertensiva n = 4	2	50,0	2	50,0			4	100
Asma aguda grave n = 4	3	75,0	1	25,0			4	100
EPOC agudizada n = 7	3	42,9	4	57,1			7	100
Diabetes mellitus n = 1	1	100					1	100

*Leyenda: AVE: Accidente vascular encefálico
EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.*