



Calidad de vida autorreportada de pacientes pediátricos dados de alta de la Unidad de Cuidado Intensivo

Self-reported quality of life of pediatric patients discharged from the Intensive Care Unit

AUTORES

- (1) Adriana Marcela Monroy Garzón [ORCID: 0000-0003-0696-1227] (3) Diana Alejandra Ruiz Rodríguez [ORCID: 0000-0001-9972-1470] (4) Eddison Ramírez-Merchán [ORCID: 0000-0002-2543-0870]
(2) David Andrade Fonseca [ORCID: 0000-0002-7233-9041] (1) María Zoraida Rojas [ORCID: 0000-0002-1228-9214] (1) Alexander Casallas-Vega [ORCID: 0000-0002-3289-7241]

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

Todos los autores han participado en la concepción de la investigación, recolección de información, análisis de la información y redacción del documento final.

FILIACIONES

- (1) Facultad de Enfermería, Universidad El Bosque. BOGOTÁ, COLOMBIA. (3) Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Clínica Infantil Colsubsidio. BOGOTÁ, COLOMBIA. (4) Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Técnica Particular de Loja. LOJA, ECUADOR.
(2) Vicerrectoría de Investigaciones, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. BOGOTÁ, COLOMBIA.

FINANCIACIÓN

La investigación no recibió ninguna financiación.

CORRESPONDENCIA

Eddison Ramírez-Merchán ejramirez10@utpl.edu.ec
Universidad Técnica Particular de Loja. Facultad de Ciencias de la Salud. San Cayetano Alto. Calle París. Loja. Ecuador.

CITA SUGERIDA

Monroy Garzón AM, Andrade Fonseca D, Ruiz Rodríguez DA, Zoraida Rojas M, Ramírez-Merchán E, Casallas-Vega A. Calidad de vida autorreportada de pacientes pediátricos dados de alta de la Unidad de Cuidado Intensivo. Rev Esp Salud Pública. 2025; 99: 15 de abril e202504021.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

RESUMEN

FUNDAMENTOS // La experiencia de hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) afecta a diversas dimensiones de la calidad de vida del paciente pediátrico a su alta. Estos efectos pueden estar relacionados con factores como los diagnósticos, los procedimientos invasivos y la interrupción de sus vínculos familiares. El objetivo de este trabajo fue medir la calidad de vida de los niños dados de alta de un área de UCIP, mediante el instrumento de autorreporte *Kidscreen 27*.

MÉTODOS // Se realizó un enfoque cuantitativo del tipo observacional analítico, la población estuvo conformada por niños que estuvieron hospitalizados en la UCIP por más de cuarenta y ocho horas y que se encontraran en su entorno domiciliario. Se aplicó el instrumento *Kidscreen 27*, el cual evaluó cinco dimensiones de la calidad de vida a cuarenta y siete niños entre ocho y dieciocho años. El análisis de correlación que se utilizó fue la prueba estadística U de Mann-Whitney.

RESULTADOS // Los resultados mostraron diferencias estadísticas significativas en calidad de vida entre géneros con un valor de $P=0,002$, con menores puntuaciones en actividad física en niñas. Además, las patologías respiratorias fueron la principal causa de ingreso a UCIP con un 27,6%, destacando la importancia del apoyo familiar y social. Por último, el 89,9% de los niños fueron sometidos a procedimientos de inserción de catéteres y sondas.

CONCLUSIONES // Se requieren intervenciones multidisciplinarias y la necesidad de un enfoque holístico en la atención post-UCI, esto con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los niños y poder disminuir las secuelas durante su reingreso a la sociedad.

PALABRAS CLAVE // Calidad de vida; Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico; Hospitalización; Niños.

ABSTRACT

BACKGROUND // The experience of hospitalization in the Pediatric Intensive Care Unit (PICU) affects several dimensions of the quality of life of the pediatric patient at discharge. These effects may be related to factors such as diagnoses, invasive procedures and disruption of their family ties. The objective was to measure the quality of life of children discharged from the PICU area, using the *Kidscreen 27* self-reporting instrument.

METHODS // A quantitative approach of the analytical observational type was carried out, the population was made up of children who were hospitalized in the PICU for more than forty-eight hours and who are in their home environment. The *Kidscreen 27* instrument was applied, which evaluated five dimensions of quality of life to forty-seven children between eight and eighteen years old. The correlation analysis used was the Mann-Whitney U statistical test.

RESULTS // The results showed statistical significant differences in quality of life between genders with a P value=0.002, with lower scores in physical activity in girls. Furthermore, respiratory pathologies were the main cause of admission to the PICU with 27.6%, highlighting the importance of family and social support. Finally, 89.9% of children underwent catheter and probe insertion procedures.

CONCLUSIONS // Multidisciplinary interventions and the need for a holistic approach in post-ICU care are required, with the aim of improving the quality of life of children and being able to reduce sequelae during their re-entry into society.

KEYWORDS // Quality of life; Intensive Care Units Pediatric; Hospitalization; Child.

INTRODUCCIÓN

Los procesos de hospitalización en las unidades de cuidado intensivo pediátrico (UCIP) pueden llegar a tener un impacto significativo en la calidad de vida de los niños y sus familias. El manejo y tratamiento al que son sometidos los pacientes pediátricos dentro de la UCIP tienen un gran potencial de generar efectos negativos físicos y psicológicos (1). Estos efectos dependerán de la magnitud de la enfermedad, el número de procedimientos invasivos inherentes a la atención y cuidado en una unidad de cuidado intensivos pediátrico (como las venopunciones; la inserción de catéteres centrales, sondas o drenajes; las transfusiones; las curaciones; la administración de medicamentos; la medición de la presión intracraneal [PIC]), y los procedimientos más complejos (como la intubación endotraqueal; la ventilación mecánica; la reanimación cardiopulmonar [RCP]; el sistema de oxigenación por membrana extracorpórea [ECMO]; y las terapias de reemplazo renal agudo [TRRA]) (2).

Otro posible desenlace posterior al proceso de hospitalización en una unidad de cuidado intensivo pediátrico es el síndrome post-UCIP (PICS-P), definido por la experiencia, el tratamiento, los procedimientos y las dinámicas de cuidado en la UCIP que vive el niño y su familia. Debido a esto, se presentan nuevas secuelas que persisten tiempo después tras ser dados de alta de la unidad, afectando a la calidad

de vida relacionada con la salud (CVRS) del niño de diferentes maneras (2,3). En este sentido, varios estudios han reportado cambios en el comportamiento de niños en edad preescolar y escolar, quienes se tornaban menos activos y enérgicos, o bien presentaban episodios de ansiedad, miedo y distorsión de los recuerdos posteriores al alta hospitalaria (3,4). Adicionalmente, se ha descrito que los pacientes pediátricos sobrevivientes a episodios de reanimación en la UCIP presentaban un comportamiento adaptativo significativo y una CVRS reducida (5), así como el impacto significativo que la enfermedad aguda y crítica tiene en la calidad de vida de los niños posterior a la hospitalización en la UCIP, el cual puede persistir hasta un año después del alta hospitalaria (6,7).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es *"la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes"* (8). Se trata de un concepto muy amplio que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (9).

Este mismo concepto ha sido utilizado para abordar la calidad de vida relacionada con la CVRS en diferentes situaciones de salud-enfermedad,

Este artículo tiene una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Usted es libre de Compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) bajo los siguientes términos: Atribución (debe darse el crédito apropiado, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo en cualquier manera razonable, pero no de alguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso); No comercial (no podrá utilizar el material con fines comerciales); Sin derivados (si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado); Sin restricciones adicionales (no puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros hacer cualquier cosa que la licencia permita).
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

siendo una evaluación subjetiva del estado de salud actual del individuo y de su capacidad para lograr mantener de manera global aquellas actividades que son importantes y que pudiesen afectar su bienestar. Es por esto por lo que las dimensiones que se tienen en cuenta para medir la CVRS comprenden el funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad y el cuidado personal, junto al bienestar emocional. Por lo anterior, se debe tener en cuenta que la CVRS es un concepto multidimensional que, de manera subjetiva, resalta el impacto que percibe el individuo de la enfermedad, los procedimientos y el tratamiento (9,10).

Existe escasa evidencia sobre la calidad de vida relacionada con la salud en la población infantil posterior a una experiencia de hospitalización en la unidad de cuidado intensivo pediátrico, y aún más que aborde este tema desde la autopercepción del niño y no desde la percepción de sus cuidadores. Por esta razón, es importante evaluar la calidad de vida para la población infantil y adolescente, la cual es percibida de manera independiente y diferente a la del adulto y cuidador.

En este sentido, el objetivo de la investigación fue medir la calidad de vida de los niños dados de alta del área UCIP, de una institución hospitalaria de Bogotá (Colombia), mediante el instrumento de auto reporte *Kidscreen 27*.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo de corte transversal, siguiendo la guía para la presentación de informes de estudios observacionales en epidemiología *STROBE* (11). El universo estuvo conformado por ciento ochenta

pacientes dados de alta del área de cuidados intensivos pediátricos, de la cual, se incluyeron cuarenta y siete pacientes que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: niños entre los ocho y dieciocho años con antecedentes de hospitalización durante más de cuarenta y ocho horas por enfermedad aguda en la unidad de cuidado intensivo pediátrico, en un periodo de tiempo de uno a seis meses posteriores al alta hospitalaria, con capacidad cognitiva conservada y que estuvieran escolarizados, ya que el instrumento de recolección contiene ítems que evalúan la interacción del individuo con el contexto escolar.

La medición de la calidad de vida se realizó a través del instrumento de autorreporte validado para población colombiana denominado *Kidscreen 27*, el cual evalúa la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en niños de ocho a dieciocho años (12-14). Este instrumento está estructurado en cinco dimensiones y veintisiete ítems: Actividad física; Estado de ánimo y sentimientos; Vida familiar y tiempo libre; Apoyo social y amigos; Entorno escolar. Presentó un alfa de Cronbach para cada una de las dimensiones superior a 0,87. Para la dimensión de Actividad física fue de 0,93, para Estado de ánimo fue de 0,96, para Vida familiar fue de 0,92, para Apoyo social fue de 0,98 y para Entorno escolar fue de 0,95 (12). Las opciones de respuesta se midieron en una escala tipo Likert, evaluando la frecuencia (nunca, a veces, a menudo, ligeramente, moderadamente, muy extremadamente) del atributo analizado. La puntuación de cada dominio se calculó sumando los valores de los ítems correspondientes y transformándolos posteriormente a una escala de 0 a 100. La puntuación se realizó siguiendo las

indicaciones del manual internacional de usuario de las guías *Kidscreen*. Se considera que existe una buena calidad de vida global cuando cada una de las dimensiones alcanza una puntuación superior a 70 (13).

Mediante el uso del registro de los pacientes dados de alta de cuidado crítico pediátrico se procedió a realizar contacto telefónico con los padres o tutores de los participantes elegibles para informar y explicar el proyecto, así como solicitar la participación en el estudio de sus hijos, utilizando un video como herramienta de apoyo informativa del proyecto y el envío de los formatos de consentimiento y asentimiento informados. El segundo contacto se realizó con los padres y/o cuidadores, quienes aceptaron y enviaron por correo electrónico los consentimientos y asentimientos debidamente diligenciados y luego, mediante video-llamada, los investigadores acompañaron de forma sincrónica el empleo del instrumento por parte del niño. Posteriormente se revisó la confiabilidad de los datos para el análisis estadístico respectivo. La información fue anonimizada y estuvo bajo custodia de los investigadores.

El estudio adoptó los principios éticos de investigación y normas establecidas en la *Resolución 8430 de 1993* que regulan la investigación en salud en Colombia. Se obtuvo aval ético previo de la institución hospitalaria para la recolección de la muestra y con el consentimiento informado de los padres de los menores participantes y del asentimiento informado de los participantes mayores de catorce años. No se obtuvo ningún tipo de financiación o contrapartida económica para los participantes ni los investigadores.

Las variables recolectadas fueron las relacionadas con las cinco dimensiones del instrumento de *Kidscreen 27*, así como las variables demográficas (edad, sexo, estrato socioeconómico, escolaridad) y variables clínicas (diagnóstico de ingreso a la UCIP, procedimientos clínicos realizados, intervenciones quirúrgicas, transfusiones sanguíneas, administración de sedo analgesia y realización de hemodiálisis).

Para el análisis de los datos fue utilizado el software estadístico *Rstudio* versión 4.2, el cual permitió realizar un análisis descriptivo de los datos. La ponderación de los resultados para calidad de vida se realizó por cada dimensión. En el caso de las variables cuantitativas se realizaron cálculos de medidas de tendencia central (media y mediana), dispersión (desviación estándar) y posición (percentiles y rango intercuartílico). Se realizó un análisis exploratorio bivariado de las características sociodemográficas y clínicas a través de la prueba estadística U de Mann-Whitney considerando un valor $p < 0,05$, que se consideró estadísticamente significativo para una asociación entre la variable y la dimensión de calidad evaluada. De igual manera se realizó un análisis correlacional no paramétrico entre las diferentes dimensiones de la calidad de vida de *Kidscreen 27* a través de la prueba de Spearman.

Ante un posible sesgo de selección en esta investigación se controló a través de los criterios de selección de la población de estudio. En cuanto a un posible sesgo de información, se determinó a través de la recolección de la información bajo el formato estandarizado de *Kidscreen 27* versión Colombia y con previo entrenamiento por

parte de todo el grupo de investigadores, para recoger de forma asertiva la información.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos tuvieron una distribución normal, de las cuales, las características sociodemográficas de los participantes mostraron que el promedio de edad fue de 12,4 años con una DE=±2,9 años, de los cuales el 44,6% estaban en la etapa de la infancia y el 55,4 % en la etapa de la adolescencia. En relación con el género el 68,09% correspondían al género femenino y el 31,91% eran de género masculino. En relación al estrato socioeconómico se encontró que el 51% eran de estrato dos (medio bajo), seguido de un 36,17% que eran de estrato tres (medio). En términos de escolaridad, el 53,2 % se encontraba en Secundaria [TABLA 1].

Respecto a las características clínicas de los niños participantes hospitalizados en UCIP se encontró que las causas diagnósticas de ingresos fueron principalmente las patologías de etiología respiratoria con un 27,6%, enfermedades de origen metabólico con un 21,2%, patologías de origen gastrointestinal con un 14,8% e infecciosa con un 12,7%. En menor proporción se presentaron diagnósticos relacionados con patologías neurológicas, osteomusculares, cardiovasculares y autoinmunes [TABLA 2].

En relación con los procedimientos realizados durante el proceso de hospitalización en la UCIP, se evidenció que el 89,6% de los niños tuvieron procedimientos relacionados con la inserción de catéteres y sondas, el 48,9% tuvo soporte ventilatorio no invasivo (cánu-

Tabla 1
Características demográficas de los niños dados de alta de la UCIP.

Características sociodemográficas		Promedio	DE
Edad		12,4	2,9
Número de personas con las que vive el niño		3,76	1,83
Características sociodemográficas		n	%
Sexo	Femenino	32	68,09
	Masculino	15	31,91
Estrato socioeconómico	Uno	5	10,64
	Dos	24	51,06
	Tres	17	36,17
	Cuatro	1	2,13
Escolaridad	Primaria	22	46,8
	Secundaria	25	53,2

Fuente: Elaboración propia.

las de alto flujo, CPAP nasal, Venturi y máscaras de oxígeno). El 42,5% de los niños tuvieron una intervención quirúrgica, estando el 46,8% con sedo analgesia [TABLA 3].

Tabla 2
Características clínicas de las niñas y niños en UCIP.

Patologías de ingreso de los niños	n	%
Respiratoria	13	27,66
Metabólica	10	21,28
Gastrointestinal	7	14,89
Infecciosa	6	12,77
Neurológico	4	8,5
Osteomuscular	4	8,51
Cardiovascular	2	4,26
Autoinmune	1	2,13

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3
Caracterización de los procedimientos realizados en el periodo de hospitalización en la UCIP.

Procedimientos realizados a los niños	n	%
Inserción de dispositivos	42	89,63
Apoyo ventilatorio	10	21,28
Invasivo	6	12,77
No invasivo	23	48,94
Intervención quirúrgica	20	42,55
Transfusiones sanguíneas	6	12,77
Sedo analgesia	22	46,81
Hemodiálisis	1	2,13

Fuente: Elaboración propia.

En el análisis exploratorio bivariado, realizado entre las características socio-demográficas y clínicas con las dimensiones de Calidad de vida de *Kidscreen 27*, se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en la dimensión de Actividad física en relación a la característica de sexo de los participantes, con un valor $p=0,002$, evidenciando que el género femenino obtuvo puntuaciones más bajas en relación a los participantes de género masculino, quienes obtuvieron una puntuación más alta en esta dimensión [TABLA 4].

Adicionalmente, el análisis mostró que, aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas en las demás variables analizadas, los participantes que tuvieron algún tipo de intervención quirúrgica durante su estancia en la UCIP obtuvieron puntuaciones más altas en la dimensión de Apoyo social y amigos en comparación a los participantes que no tuvieron intervenciones quirúrgicas.

Por último, el análisis correlacional no paramétrico entre las diferentes

Tabla 4

Comportamiento de las puntuaciones de *Kidscreen* según el género y realización de intervención quirúrgica durante la estancia en UCIP.

Mediana de puntuación por género del participante			
<i>Dimensión Kidscreen</i>	<i>Masculino</i>	<i>Femenino</i>	<i>p valor</i>
Actividad física	75	55	0,002 ^(*)
Apoyo social y amigos	62	62	0,7
Entorno escolar	68	84	0,14
Estado de ánimo y sentimientos	83	83	0,7
Vida familiar y tiempo libre	73	78	0,7
Mediana de puntuación por intervención quirúrgica			
<i>Dimensión Kidscreen</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>p valor</i>
Actividad física	60	65	0,7
Apoyo social y amigos	83	62	0,65
Entorno escolar	75	81	0,76
Estado de ánimo y sentimientos	83	83	0,65
Vida familiar y tiempo libre	83	76	0,15

Fuente: Elaboración propia.

dimensiones de la calidad de vida de *Kidscreen 27* evidenció que la dimensión de Actividad física tuvo una correlación media positiva con la dimensión de Estado de ánimo de $\rho=0,49$ ($p=0,0019$) y Apoyo social de $\rho=0,42$

($p=0,007$), así como la dimensión de Familia y tiempo libre con la dimensión Apoyo social y Estado de ánimo de $\rho=0,32$ ($p=0,047$) y la dimensión de Sentimientos de $\rho=0,40$ ($p=0,011$) [TABLA 5].

Tabla 5
Matriz de correlación de Spearman entre las dimensiones de *Kidscreen 27*.

Dimensiones		Actividad física	Estado de animo	Familia y tiempo libre	Apoyo social y amigos	Entorno escolar
Actividad física	Rho de Spearman	-	-	-	-	-
	Valor p	-				
Estado de animo	Rho de Spearman	0,4943	-	-	-	-
	Valor p	0,001				
Familia y tiempo libre	Rho de Spearman	0,2026	0,4032	-	-	-
	Valor p	0,216	0,011			
Apoyo social y amigos	Rho de Spearman	0,4250	-0,1116	0,3205	-	-
	Valor p	0,007	0,499	0,047		
Entorno escolar	Rho de Spearman	0,1638	0,3081	0,2891	0,4212	-
	Valor p	0,319	0,056	0,074	0,008	

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

Los resultados de la investigación muestran que la edad promedio de los participantes fue de 12,4 años. Además, la estratificación socioeconómica predominante de la población es de los estratos 2 y 3, datos consistentes con los resultados del trabajo de Alvarado *et al.* (15), el cual evalúa la enfermedad renal crónica (ERC) y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), en donde la edad promedio de su población fue de 12,7 años y el 82,3% pertenece a los estratos 1 a 3, lo que sugiere que este grupo socioeconómico es el más frecuente en acudir a la institución para recibir atención en salud por causas agudas o crónicas, lo que permite generar estrategias de cuidados personalizados para la población de estudio.

La alta incidencia de patologías respiratorias reportada en este estudio coincide con los reportes epidemiológicos del Ministerio de Salud Pública Colombiana (16), en los cuales la mortalidad y morbilidad en la población infantil por esta causa sigue siendo un problema y un desafío de salud para dicha población y el sistema de salud colombiano. Muchas de estas patologías respiratorias son de origen infeccioso y están consideradas dentro del grupo de enfermedades prevalentes de la infancia, siendo la mayoría prevenibles (17).

En relación con las puntuaciones obtenidas en las dimensiones de Calidad de vida, se puede apreciar que las puntuaciones bajas obtenidas en las dimensiones de Actividad física y Apoyo social y amigos coinciden con los resultados de otros estudios que abordan población pediátrica expuesta a procesos de enfermedad graves y altamente

invasivos como la enfermedad renal, las cardiopatías congénitas y los procesos infecciosos sistémicos como la sepsis, reportando secuelas a nivel funcional, físico y conductual (15,18-20).

Adicionalmente, estos hallazgos coinciden con lo reportado en estudios sobre síndrome post-UCIP (PICS-P), en los que las secuelas y morbilidades en la dimensión física son más frecuentes y están presentes en entre el 8% y el 18% de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo pediátrico (19). En este sentido, los resultados sugieren que los niños enfrentan desafíos significativos en la recuperación de su nivel de actividad física después de su estancia en la UCIP. Esto podría estar relacionado con una combinación de factores físicos y psicológicos. La hospitalización prolongada y la posible inmovilidad durante la estancia en la UCIP pueden contribuir a la disminución de la capacidad física y de la confianza en la propia capacidad para participar en actividades físicas. Además, los efectos psicológicos de una enfermedad crítica, como el miedo a recaer o a experimentar dolor, pueden disuadir a los niños de participar en actividades físicas intensas (21,22).

La actividad física es un componente fundamental en el desarrollo y bienestar infantil, y su disminución puede tener consecuencias a largo plazo, como el desarrollo de enfermedades crónicas, obesidad y problemas de salud mental. Intervenciones específicas que promuevan la actividad física adaptada a las capacidades individuales de cada niño, posiblemente comenzando durante la rehabilitación en el hospital y continuando después del alta, son esenciales para mejorar esta dimensión de la calidad de vida (23,24).

En cuanto a las puntuaciones bajas observadas en la dimensión de Apoyo social y amigos en los niños que no fueron sometidos a intervenciones quirúrgicas, nuestros hallazgos contrastan con la evidencia presentada por Killien *et al.* (19). Dicho estudio reporta resultados opuestos, mostrando que los pacientes pediátricos sometidos a múltiples intervenciones quirúrgicas por patologías cardíacas obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en las dimensiones de Apoyo y Aceptación social, en comparación con aquellos que no recibieron intervenciones quirúrgicas. Esto puede deberse a la percepción por parte de amigos y familiares de la mayor gravedad de la enfermedad cuando se realiza un procedimiento quirúrgico, lo que fomenta la comunicación y el sentido de preocupación frente al proceso de hospitalización en la UCIP.

Este hallazgo llama la atención, ya que las relaciones sociales son fundamentales para el bienestar emocional y el desarrollo psicológico de los niños. La hospitalización en la UCIP, especialmente si es prolongada, puede interrumpir las interacciones sociales normales, lo que lleva a un sentimiento de aislamiento y dificultad para reintegrarse en el grupo de pares después del alta (25,26).

La baja puntuación en esta dimensión puede reflejar no solo la separación física de los amigos durante la hospitalización, sino también los cambios en la dinámica de las relaciones debido a la experiencia de una enfermedad crítica. Los niños pueden sentir que han cambiado o que sus experiencias los han distanciado de sus amigos, lo que podría complicar su reintegración social. Para abordar estos desa-

fíos, es crucial implementar programas de apoyo que faciliten la transición de regreso a la vida normal, promoviendo actividades que fomenten la socialización y ayudando a los niños a reconstruir sus redes sociales (27,28).

En relación con los hallazgos del análisis bivariado se encuentra que las participantes de género femenino tienen una percepción de calidad de vida menor a la de los participantes de sexo masculino, específicamente en la dimensión de Actividad física y salud. Esto ha sido descrito de forma similar en estudios realizados con población pediátrica (20,29). Se sugiere que esto podría estar relacionado con los cambios físicos y emocionales que las mujeres experimentan durante la pubertad, lo que influye en su percepción del cuerpo y en cómo valoran su funcionalidad (30). Adicionalmente, el hecho de estar en una etapa de desarrollo particular como la pubertad y la adolescencia fomenta la necesidad de compartir y socializar más con sus pares su experiencia sobre el desarrollo, lo cual se puede ver afectado al llevar un proceso de hospitalización en la UCIP e influir en la percepción de la interacción social (31).

La correlación positiva entre la Actividad física y el Estado de ánimo es consistente con la literatura existente, que destaca los beneficios psicológicos de la actividad física en niños (32). Estudios recientes han demostrado que la actividad física regular puede mejorar el estado de ánimo, reducir los síntomas de ansiedad y depresión, así como promover el bienestar emocional en niños y adolescentes, incluidos aquellos que han experimentado eventos estresantes como la hospitalización en la UCI (33,34).

La asociación positiva entre la Actividad física y el Apoyo social también está respaldada por hallazgos en los cuales se reporta que la participación en actividades físicas puede proporcionar oportunidades para la interacción social, el desarrollo de amistades y el fortalecimiento de las redes de apoyo, lo que contribuye positivamente al bienestar emocional y social de los niños (35).

Además, la correlación entre la familia, el tiempo libre, el apoyo social, el estado de ánimo y los sentimientos destaca la importancia del entorno familiar y el ocio en la recuperación y el bienestar de los niños con antecedentes de hospitalización en la UCIP. La presencia de relaciones familiares positivas, así como el tiempo dedicado a actividades recreativas y de ocio, pueden proporcionar un entorno de apoyo emocional y social que contribuye a la adaptación y la resiliencia de los niños ante experiencias traumáticas como la hospitalización.

A modo de conclusiones, señalar que este estudio buscó medir la calidad de vida de los niños dados de alta del área de UCIP de una unidad hospitalaria de Bogotá mediante el uso del instrumento de autorreporte *Kidscreen*. Los hallazgos de este estudio resaltan la importancia de considerar múltiples dimensiones como la actividad física, el

apoyo social, la familia y el tiempo libre de la calidad de vida, en niños y adolescentes con experiencias complejas, como la hospitalización en una UCIP, y refuerza la necesidad de planear e implementar intervenciones integrales en estas dimensiones para mitigar el impacto y las secuelas en su calidad de vida. La baja puntuación en Actividad física y Apoyo social refleja áreas críticas donde estos niños pueden enfrentar desafíos en su recuperación en casa, subrayando la importancia de las estrategias de cuidado enfocadas en la rehabilitación física y la reintegración social y promoviendo un enfoque holístico en la atención post-UCI. Es necesario seguir indagando en esta temática y comprender por qué las niñas y aquellos sometidos a procedimientos quirúrgicos presentan mayor afectación en su dimensión física.

Limitaciones. Las limitaciones del estudio incluyen su diseño transversal y una única medición de la calidad de vida. Se recomienda realizar investigaciones longitudinales para evaluar la variabilidad y comportamiento de estas dimensiones a lo largo del tiempo. Finalmente, el uso de un instrumento de autoinforme permite una visión más clara y objetiva de la condición de los niños, acercando los resultados a la realidad, en comparación con las evaluaciones realizadas desde la perspectiva de padres o cuidadores. ①

BIBLIOGRAFÍA

1. Hlophe ST, Masekela R. *Life after paediatric intensive care unit. African Journal of Thoracic and Critical Care Medicine* [Internet]. 2019 [consultado 6 jun 2025];25(4):10.7196/AJTCCM.2019.v25i4.027. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8278848/>
2. Ekim A. *The Post-Intensive Care Syndrome in Children. Compr Child Adolesc Nurs* [Internet]. 2020 Jan 2 [consultado 2 oct 2024];43(1):15-21. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30252559/>
3. Herrup EA, Wiecezorek B, Kudchadkar SR. *Characteristics of postintensive care syndrome in survivors of pediatric critical illness: A systematic review. World J Crit Care Med* [Internet]. 2017 May 5 [consultado 2 oct 2024];6(2):124. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28529914/>
4. Werner H, Buder K, Landolt MA, Neuhaus TJ, Laube GF, Spartà G. *Long-term health-related quality of life and psychological adjustment in children after haemolytic-uraemic syndrome. Pediatr Nephrol* [Internet]. 2017 May 1 [consultado 2 oct 2024];32(5):869-878. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28012007/>
5. Aspesberro F, Mangione-Smith R, Zimmerman JJ. *Health-related quality of life following pediatric critical illness. Intensive Care Med* [Internet]. 2015 Jul 30 [consultado 2 oct 2024];41(7):1235-1246. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25851391/>
6. Ebrahim S, Singh S, Hutchison JS, Kulkarni A V., Sananes R, Bowman KW et al. *Adaptive behavior, functional outcomes, and quality of life outcomes of children requiring urgent ICU admission. Pediatr Crit Care Med* [Internet]. 2013 Jan [consultado 2 oct 2024];14(1):10-18. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23132399/>
7. Hordijk J, Verbruggen S, Vanhorebeek I, Van den Berghe G, Utens E, Joosten K et al. *Health-related quality of life of children and their parents 6 months after children's critical illness. Quality of Life Research* [Internet]. 2020 Jan 1 [consultado 2 oct 2024];29(1):179. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31691884/>
8. Hubanks L, Kuyken W, World Health Organization. Division of Mental Health. *Quality of life assessment: an annotated bibliography/compiled by Louisa Hubanks and Willem Kuyken* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1994. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/61629>
9. Vélez CM, García García H. *Medición de la calidad de vida en niños. Iatreia* [Internet]. 2012 [consultado 2 oct 2024];25(3):240-249. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932012000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=es
10. Villasís-Keever MÁ, Villasís-Keever MÁ. *La evaluación de la calidad de vida como parte de la atención médica en pacientes pediátricos. Revista mexicana de pediatría* [Internet]. 2022 May 1 [consultado 2 oct 2024];89(3):93-94. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522022000300093&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. *The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. Ann Intern Med* [Internet]. 2007 Oct 16 [consultado 2 oct 2024];147(8):573-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17938396/>
12. Quintero CA, Lugo LH, García HI, Sánchez A. *Validación del cuestionario KIDSCREEN-27 de calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes de Medellín, Colombia. Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2011 [consultado 2 oct 2024];40(3):470-487. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502011000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=es
13. Vélez CM, Lugo-Agudelo LH, Hernández-Herrera GN, García-García HI. *Colombian Rasch validation of KIDSCREEN-27 quality of life questionnaire. Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2016 May 4 [consultado 2 oct 2024];14(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27141836/>
14. Ferro MA, Otto C, Ravens-Sieberer U. *Measuring health-related quality of life in young children with physical illness: psychometric properties of the parent-reported KIDSCREEN-27. Qual Life Res* [Internet]. 2022 May 1 [consultado 2 oct 2024];31(5):1509-1520. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34855060/>
15. Ruth Alvarado H, Casallas Vega A, Andrade Fonseca Braun DB, María Bertolotto A. *Calidad de vida en los niños que viven con Enfermedad Renal Crónica. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* [Internet]. 2019 Dec 4 [consultado 2 oct 2024];21(2). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/25448>
16. Dirección de Epidemiología y Demografía. *Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2019* [Internet]. MinSalud.

- Bogotá; 2019 Dec [consultado 19 jun 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/vs/ed/psp/asis-2019-colombia.pdf>
17. Karim T, Muhit M, Khandaker G. *Interventions to prevent respiratory diseases-Nutrition and the developing world*. Paediatr Respir Rev. 2017 Mar 1;22:31-37.
 18. Syngal P, Giuliano JS. *Health-Related Quality of Life after Pediatric Severe Sepsis*. Healthcare [Internet]. 2018 Sep 1 [consultado 2 oct 2024];6(3). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6164000/>
 19. Killien EY, Farris RWD, Watson RS, Dervan LA, Zimmerman JJ. *Health-Related Quality of Life Among Survivors of Pediatric Sepsis*. Pediatr Crit Care Med [Internet]. 2019 Jun 1 [consultado 2 oct 2024];20(6):501-509. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30720672/>
 20. Watson RS, Choong K, Colville G, Crow S, Dervan LA, Hopkins RO et al. *Life after Critical Illness in Children-Toward an Understanding of Pediatric Post-intensive Care Syndrome*. J Pediatr [Internet]. 2018 Jul 1 [consultado 2 oct 2024];198:16-24. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29728304/>
 21. Choong K. *Physical Therapy and Rehabilitation in Pediatric Critical Care: Acute Rehabilitation in Critically Ill Children*. J Pediatr Intensive Care [Internet]. 2015 Dec 15 [consultado 2 oct 2024];4(4):171. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6513168/>
 22. Long DA, Fink EL. *Transitions from short to long-term outcomes in pediatric critical care: considerations for clinical practice*. Transl Pediatr [Internet]. 2021 Oct 1 [consultado 2 oct 2024];10(10):2858. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34765507>
 23. Woodruff AG, Choong K. *Long-Term Outcomes and the Post-Intensive Care Syndrome in Critically Ill Children: A North American Perspective*. Children [Internet]. 2021 Apr 1 [consultado 2 oct 2024];8(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33805106/>
 24. Caprarola SD, Kudchadkar SR, Bembea MM. *Neurologic Outcomes Following Care in the Pediatric Intensive Care Unit*. Curr Treat Options Pediatr [Internet]. 2017 Sep [consultado 2 oct 2024];3(3):193. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5714514/>
 25. Tan ST, Quek RYC, Haldane V, Koh JJK, Han EKL, Ong SE et al. *The social determinants of chronic disease management: perspectives of elderly patients with hypertension from low socio-economic background in Singapore*. Int J Equity Health [Internet]. 2019 Jan 3 [consultado 2 oct 2024];18(1). Disponible en: <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-018-0897-7>
 26. Crews DC, Novick TK. *Social Determinants of CKD Hotspots*. Semin Nephrol. 2019 May 1;39(3):256-262.
 27. Maes M, Van Den Noortgate W, Fustolo-Gunnink SF, Rassart J, Luyckx K, Goossens L. *Loneliness in Children and Adolescents With Chronic Physical Conditions: A Meta-Analysis*. J Pediatr Psychol [Internet]. 2017 Jul 1 [consultado 2 oct 2024];42(6):622-635. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1093/pepsy/jsx046>
 28. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A et al. *Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2020 Nov 1 [consultado 2 oct 2024];59(11):1218-1239. e3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32504808/>
 29. Aguilar-Alaniz E, Reyes-Pavón R, Van-der-Ende J, Félix-Orta FJ, Delgado-Servín-de la Mora I, Aroca-Peinado Á et al. *Calidad de vida en niños y adultos después de cirugía para cardiopatías congénitas: primera cohorte mexicana*. Arch Cardiol Mex [Internet]. 2021 May 31 [consultado 2 oct 2024 Oct 2];91(1):34-41. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402021000100034&lng=es&nrm=iso&tlng=en
 30. Pfeifer JH, Allen NB. *Puberty initiates cascading relationships between neurodevelopmental, social, and internalizing processes across adolescence*. Biol Psychiatry [Internet]. 2020 Jan 15 [consultado 6 jun 2025];89(2):99. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8494463/>
 31. Urzúa A, Cortés E, Vega S, Prieto L, Tapia K. *Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Auto Reporte de la Calidad de Vida KIDS-GREEN-27 en Adolescentes Chilenos*. Terapia psicológica [Internet]. 2009 [consultado 2 oct 2024];27(1):83-92. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 32. Mahindru A, Patil P, Agrawal V. *Role of Physical Activity on Mental Health and Well-Being: A Review*. Cureus [Internet].

2023 Jan 7 [consultado 6 jun 2025];15(1):e33475. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9902068/>

33. Lubans D, Richards J, Hillman C, Faulkner G, Beauchamp M, Nilsson M et al. *Physical Activity for Cognitive and Mental Health in Youth: A Systematic Review of Mechanisms*. Pediatrics [Internet]. 2016 Sep 1 [consultado 2 oct 2024];138(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27542849/>

34. Biddle SJH, Ciacconci S, Thomas G, Vergeer I. *Physical activity and mental health in children and adolescents: An updated review*

of reviews and an analysis of causality. Psychol Sport Exerc. 2019 May 1;42:146-155.

35. Eime RM, Young JA, Harvey JT, Charity MJ, Payne WR. *A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: Informing development of a conceptual model of health through sport*. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity [Internet]. 2013 Aug 15 [consultado 2 oct 2024];10(1):1-21. Disponible en: <https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/1479-5868-10-98>