

Calidad de vida de las víctimas de trauma craneoencefálico seis meses después del trauma

Rita de Cássia Almeida Vieira¹
Edilene Curvelo Hora²
Daniel Vieira de Oliveira³
Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro⁴
Regina Márcia Cardoso de Sousa⁵

Objetivos: describir la calidad de vida de las víctimas de trauma craneoencefálico después de seis meses del evento y mostrar la relación entre los resultados observados y los datos clínicos, los sociodemográficos y el retorno a la productividad. Método: fueron analizados datos de 47 víctimas asistidas en un hospital referencia en trauma en el municipio de Aracaju y acompañadas en ambulatorio de neurocirugía. Los datos fueron obtenidos por análisis de fichas y entrevistas estructuradas, con aplicación del cuestionario *World Health Organization Quality of Life*, versión breve. Resultados: las víctimas presentaron una percepción positiva de su calidad de vida y el dominio físico ($68,4 \pm 22,9$) presentó el mayor valor promedio. Entre las características sociodemográficas, una correlación estadísticamente significativa fue verificada entre el estado civil y el dominio psicológico. Entretanto el retorno a la productividad se relacionó con todos los dominios. Conclusión: el retorno a la productividad fue un factor importante para la calidad de vida de las víctimas de trauma craneoencefálico y debe guiar las políticas públicas en la promoción de la salud de esas víctimas.

Descriptor: Calidad de Vida; Traumatismos Encefálicos; Índices de Gravedad del Trauma; Heridas y Traumatismos.

¹ Estudiante de Doctorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

² PhD, Profesor Asociado, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil.

³ Especialista en Cirugía General, Médico, Hospital São Matheus, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Asistente, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil.

⁵ PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Correspondencia:

Rita de Cássia Almeida Vieira
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César
CEP: 05403-000, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: ritavieira@usp.br

Introducción

El Trauma Craneoencefálico (TCE) constituye un grave problema de salud pública en Brasil y en el mundo, no solo por su magnitud como también por afectar a jóvenes en edad productiva. Las lesiones traumáticas craneoencefálicas causan alteraciones cognitivas, físicas y comportamentales, encarecen el sistema de salud y pueden comprometer la Calidad de Vida (CV) de las víctimas y de sus familiares. Además de eso, mantienen al margen del proceso productivo y social una parte significativa de la población⁽¹⁻³⁾.

En relación a la evolución de las consecuencias del TCE, las deficiencias e incapacidades que resultan de la lesión encefálica van más allá de la fase aguda de tratamiento, extendiéndose y modificándose por un largo período después del evento traumático. Entretanto, los estudios evidencian una gran mejoría clínica de las víctimas de TCE durante los primeros seis meses, después del evento traumático, con estabilidad en el proceso de recuperación en el período subsecuente⁽⁴⁻⁶⁾. De ese modo el período de seis meses, después de trauma, ha sido recomendado como marco inicial para evaluar las consecuencias del TCE en el largo plazo para los sobrevivientes, ya que las evaluaciones más precoces retratan un período de grandes cambios en la condición del paciente y no reflejan de forma adecuada la duradera carga personal y social del TCE en la vida de sus víctimas⁽⁴⁻⁶⁾.

La medida de la CV es de gran importancia en los pacientes con TCE, sobretudo en el estudio del pronóstico de las alteraciones neurológicas postraumáticas, de la efectividad del tratamiento y de la rehabilitación social⁽⁷⁾. Medir la CV relacionada a la salud tiene un importante papel en la evaluación completa de la recuperación del paciente después de TCE. Esta medida, además de permitir una visión holística de la condición de salud, se correlaciona mejor con la percepción individual de las víctimas en relación a los perjuicios consecuentes al TCE que con las evaluaciones de sus condiciones físicas y mentales⁽⁸⁾.

En el estudio del TCE, el análisis de las relaciones entre las consecuencias de ese tipo de lesión y las condiciones premórbidas, la gravedad del trauma y la lesión encefálica han sido un constante centro de interés de los investigadores que buscan establecer indicadores seguros que permitan conocer precozmente el pronóstico en el medio y largo plazo de una víctima de ese tipo de trauma. Además de eso, existe interés en la productividad de las víctimas post-trauma, ya que está relacionado con su reinserción social, estabilización individual y familiar^(3,6,9-10).

En lo que se refiere al local de este estudio, vale destacar que los datos del Ministerio de la Salud indican

que en 2010, Sergipe, el menor estado de la federación, ocupó la 11ª posición en el ranking brasileño de mortalidad proporcional por causas externas. También se observó, en esos datos, que los valores más elevados de mortalidad proporcional por causas externas no se encontraban en los estados más populosos, en la medida en que Sergipe figura con mayor destaque en ese ranking que Sao Paulo y Minas Gerais⁽¹¹⁾.

Frente a las consideraciones presentadas, fue objetivo del presente estudio describir la CV de las víctimas de TCE residentes en Aracaju, después de seis meses del evento traumático y verificar la relación entre los resultados observados y los datos clínicos, sociodemográficos y retorno la productividad de esos individuos.

Método

Se trata de un estudio observacional y correlacional, con abordaje transversal, realizado en un servicio público municipal, referencia en la atención de ambulatorio de víctimas de TCE, localizado en el Municipio de Aracaju, Estado de Sergipe, región noreste brasileña.

El muestreo fue no probabilístico por accesibilidad y se constituyó de 47 víctimas de TCE que atendieron a los siguientes criterios de inclusión: asistidas en el hospital público referencia para los casos de trauma en el Estado y atendidas en el ambulatorio de neurocirugía después del alta hospitalaria; edad ≥ 18 y < 60 años y trauma existente por lo menos 6 meses en la época de la evaluación de la CV. Hubo exclusión de las víctimas que presentaban disturbios de comunicación verbal en el período de recolección de datos.

Los datos fueron recolectados de diciembre de 2009 a marzo de 2010. Las fichas de todos los individuos registrados en el ambulatorio en 2008 y 2009 fueron analizadas considerando los criterios de inclusión del estudio. De ese análisis restaron 117 víctimas, entre ellas, nueve comparecieron al ambulatorio en el período de la recolección de datos y 38 fueron localizadas, por medio de la búsqueda de direcciones en las fichas y entrevistadas en el domicilio. Las demás víctimas fueron excluidas por falta de dirección actualizada/completa o muerte.

En la ficha fueron recolectados datos relacionados a: edad, género, estado civil, escolaridad, fecha y tipo de trauma, tiempo de permanencia hospitalaria, gravedad del trauma y del TCE. Durante la entrevista fueron confirmados los datos sociodemográficos y relacionados al evento traumático, además de la recolección de informaciones sobre el retorno a la productividad y CV de las víctimas.

La gravedad del trauma fue estimada por el *Injury Severity Score* (ISS) y *New Injury Severity Score* (NISS); la *Maximum Abbreviated Injury Scale*, referente a la región de la cabeza (MAIS/Cabeza), fue aplicada para caracterizar la gravedad del TCE⁽¹²⁻¹³⁾.

Para evaluar la CV fue aplicado el cuestionario *World Health Organization Quality of Life*, versión breve (*WHOQOL-bref*), instrumento de la Organización Mundial de la Salud, ya validado en Brasil⁽¹⁴⁾. Instrumento este conocido mundialmente para evaluar la CV, de fácil comprensión y administración, compuesto por 26 preguntas sobre CV, siendo dos generales y 24 distribuidas dentro de cuatro dominios: físico, psicológico, relaciones sociales y medio ambiente.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Universidad Federal de Sergipe (CAAE 3819.0.000.107-09). Todos los participantes del estudio aceptaron participar de la investigación y firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado – TCLI. En toda la investigación, fue asegurado el sigilo de los datos, de acuerdo con la Resolución 169/96 del Consejo Nacional de Salud.

Las informaciones relacionadas a esta investigación fueron almacenadas en un banco de datos computadorizado del Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versión 17.0. Los puntajes obtenidos con aplicación del *WHOQOL-bref* fueron transformados para una escala de cero a 100, siendo los valores próximos a cero, considerados como insatisfacción y los a 100 como satisfacción con referencia a la CV.

Las variables numéricas fueron primeramente analizadas, según el tipo de distribución por la prueba de Shapiro Wilk. En el análisis de correlación de los resultados del *WHOQOL-bref* con las variables sociodemográficas y clínicas se utilizó, en los casos de distribución normal, la prueba de Correlación de Pearson; en la vigencia de distribución no normal, la prueba de Correlación de Spearman y la prueba Exacta de Fisher para las variables categóricas. Fue aplicada la prueba T de Student en el análisis de los promedios de los puntajes de los dominios de CV en lo relacionado con el retorno a la productividad. En todas las pruebas estadísticas fue adoptado el nivel de significancia de 5%.

Resultados

Las 47 víctimas que tuvieron la CV evaluada seis meses después del TCE eran en su mayoría hombres (91,5%) jóvenes con edad promedio de 29 años (de=8,9 años), 51,1% solteros, 57,4% no completaron la enseñanza fundamental. En cuanto al tipo de trauma, la

gran mayoría fue acometida por trauma contuso (93,6%), proveniente de accidente de transporte (61,7%). Esas víctimas permanecieron en promedio 30,5 días (de=37,0 días) internadas en consecuencia del trauma. El tiempo promedio entre el trauma y la fecha de la entrevista fue de 11,6 meses (de=5,0 meses) y la mayoría de los participantes de este estudio había retornado a la actividad productiva (68,1%) en el momento de la entrevista.

En cuanto la gravedad del trauma, 20(42,5%) víctimas presentaron NISS $\geq 25,10$; (21,3%) tuvieron puntuación entre 16 y 24; y 17 (36,2%) puntuación < 16 . El promedio de los puntajes del NISS fue de 21,7 (de=11,3), con valores mínimo de 3 y máximo de 48. Aplicándose el ISS en el mismo grupo de víctimas, se observó que 44,7% presentaron puntaje < 16 ; 44,7% tuvieron puntuación entre 16 y 24; y 10,6% tuvieron puntuación ≥ 25 . Los puntajes de las víctimas variaron de 2 a 29 y el promedio de los puntajes del ISS fue de 15,42 (de=6,21).

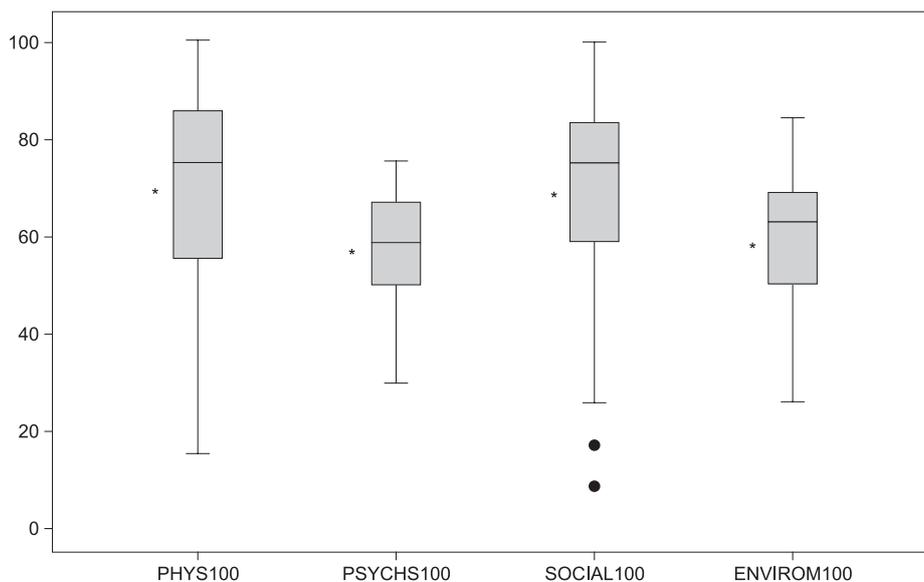
La puntuación promedio de la MAIS/cabeza, indicadora de la gravedad del TCE, fue de 3,5 (de=0,9); 26 (55,3%) de las víctimas presentaron MAIS/cabeza 4 o 5; 18 (38,3%) presentaron puntaje 3 en esa escala; y 3(6,4%) de los participantes de este estudio tuvieron un valor menor.

Los resultados encontrados para los cuatro dominios de la CV evaluados por el cuestionario *WHOQOL-bref* se presentan en la Figura 1, en la cual se observa que los dominios físico y las relaciones sociales presentaron una mediana de 75, seguido de los dominios medio ambiente (62,5) y psicológico (58,3). En el cálculo del promedio de los dominios se observó un valor mayor en el dominio físico (68,4 \pm 22,9), seguido de los dominios relaciones sociales (67,7 \pm 26,8), medio ambiente (58,2 \pm 14,7) y psicológico (57,4 \pm 11,8).

En relación a las preguntas generales sobre la CV, se observa en los datos de la Tabla 1 que las víctimas de TCE, en su mayoría, clasificaron su CV como "buena o muy buena" (65,9%) y se sintieron "satisfechas o muy satisfechas" con su salud (66%).

La Tabla 2 muestra el resultado de las pruebas estadísticas que analizaron la relación entre los resultados del *WHOQOL-bref* y las características sociodemográficas de las víctimas. Una asociación significativa fue observada apenas entre el dominio psicológico y el estado civil, siendo que los casados tuvieron menor promedio de puntuación en el dominio psicológico que los individuos solteros.

En los datos de la Tabla 3 se verifica que el promedio de los puntajes de los dominios de aquellos que retornaron a la actividad productiva fue mayor en relación a los que no retornaron. Esa diferencia alcanzó el nivel de significancia estadística en todos los dominios (p=0,01).



* Valor promedio de los puntajes de los dominios del *World Health Organization Quality of Life*, versión breve.

Figura 1 - Box Plot de los puntajes de los dominios del *World Health Organization Quality of Life*, versión breve, después de seis meses del TCE (n=47). Sergipe, 2009/2010

Tabla 1 - Respuestas de las preguntas generales del *World Health Organization Quality of Life*, versión breve, después de seis meses del TCE. Sergipe, Brasil, 2009/2010

Pregunta 1- Percepción sobre la Calidad de Vida			
Nivel	Escala de Respuestas	N	%
1	Muy mala	.	.
2	Mala	3	6,4
3	Ni mala ni buena	13	27,7
4	Buena	27	57,4
5	Muy buena	4	8,5
Total		47	100

Pregunta 2- Satisfacción en relación a la salud			
Nivel	Escala de Respuestas	N	%
1	Muy insatisfecho	.	.
2	Insatisfecho	6	12,8
3	Ni insatisfecho ni satisfecho	10	21,3
4	Satisfecho	28	59,6
5	Muy satisfecho	3	6,4
Total		47	100

En la Tabla 4 se observa que en las pruebas de correlación el nivel de significancia fue alcanzado en los análisis del ISS y los dominios físico y psicológico del WHOQOL-bref; el NISS presentó asociación con esos dos dominios con la percepción sobre la CV de las víctimas y el MAIS/cabeza, se asoció con el dominio físico, percepción con la CV y satisfacción en relación a la salud. En el dominio psicológico el valor de p-value observado se encuentra en el umbral del nivel de significancia estadística establecido en relación al MAIS/cabeza. La significancia estadística fue observada en las pruebas relacionadas al tiempo de permanencia hospitalaria y a los dominios social y ambiental, a la percepción de la CV y a la satisfacción en relación a la salud. Todas las correlaciones que alcanzaron el nivel de significancia fueron negativas y de moderada intensidad ($r > 0,30$).

Tabla 2 - Asociación entre resultados de la aplicación del *World Health Organization Quality of Life*, versión breve después de seis meses de Trauma Craneoencefálico y características sociodemográficas de las víctimas. Sergipe, Brasil, 2009/2010

<i>World Health Organization Quality of Life</i> , versión breve	Percepción sobre la Calidad de Vida	Percepción sobre su salud	Dominio Físico	Dominio Psicológico	Dominio Social	Dominio Ambiental
Características						
Edad*	-0,029 (p=0,847)	0,064 (p=0,667)	0,162 (p=0,276)	0,096 (p=0,521)	0,174 (p=0,243)	0,103 (p=0,49)
Género†	p=0,826	p=0,575	p=0,475	p=0,390	p=0,430	p=0,446
Estado Civil†	p=0,207	p=0,457	p=0,685	p=0,010	P=0,500	p=0,832
Escolaridad†	p=0,185	p=0,063	p=0,318	p=0,671	P=0,126	p=0,403

*Correlación de Pearson

†Exacta de Fisher

Tabla 3 - Asociación entre los dominios del *World Health Organization Quality of Life*, versión breve y retorno a la actividad productiva de las víctimas después de seis meses del TCE (n=47). Sergipe, Brasil, 2009/2010

Dominios del <i>World Health Organization Quality of Life</i> , versión breve	Retorno a la actividad productiva		p*
	Si	No	
Físico	79,5 (de=13,1)	44,8 (de=21,3)	0,01
Psicológico	62,4 (de=8,2)	46,7 (de=11,2)	0,01
Relaciones Sociales	79,9 (de=14,9)	41,7 (de=28,3)	0,01
Medio Ambiente	65,0 (de=9,0)	43,8 (de=14,2)	0,01

*prueba T de Student

Tabla 4 - Asociación entre resultados de la aplicación del *World Health Organization Quality of Life*, versión breve después de seis meses de Trauma Craneoencefálico y características clínicas de las 47 víctimas. Sergipe, Brasil, 2009/2010

<i>World Health Organization Quality of Life</i> , versión breve	Percepción sobre la Calidad de Vida	Percepción sobre su salud	Dominio Físico	Dominio Psicológico	Dominio Social	Dominio Ambiental
Características						
<i>Injury Severity Score</i> *	-0,239 (p=0,105)	-0,254 (p=0,085)	-0,301 (p=0,037)	-0,313 (p=0,032)	-0,232 (p=0,117)	-0,213 (p=0,145)
<i>New Injury Severity Score</i> *	-0,305 (p=0,037)	-0,281 (p=0,051)	-0,322 (p=0,027)	-0,338 (p=0,020)	-0,25 (p=0,090)	-0,232 (p=0,117)
<i>Maximum Abbreviated Injury Scale</i> , referente a la región de la cabeza	-0,322† (p=0,027)	-0,327† (p=0,025)	-0,322* (p=0,023)	-0,288* (p=0,050)	-0,230† (p=0,119)	-0,160* (p=0,282)
Tiempo de permanencia*	-0,405 (p=0,005)	-0,401 (p=0,005)	-0,392 (p=0,070)	-0,269 (p=0,076)	-0,391 (p=0,007)	-0,329 (p=0,025)
Tiempo de evento*	-0,005 (p=0,975)	-0,017 (p=0,911)	0,041 (p=0,785)	0,013 (p=0,930)	0,136 (p=0,361)	-0,032 (p=0,832)
Tipo de trauma†	p=0,728	p=0,247	p=0,993	p=0,831	p=0,990	p=0,305

*Correlación de Pearson

†Exacta de Fisher

‡Correlación de Spearman

Discusión

Algunos estudios con víctimas de TCE^(8,15-17) muestran, así como esta investigación, una mayoría de individuos jóvenes, solteros, del sexo masculino y con baja escolaridad. En el análisis de la gravedad, se identificó que la mayoría de los participantes de la muestra presentó NISS y ISS ≥ 16 , por lo tanto fueron víctimas de un trauma importante y necesitaron de asistencia en centros especializados en la atención al traumatizado⁽¹⁸⁾. En cuanto a la gravedad del TCE, se puede afirmar, por los puntajes del MAIS/cabeza, que la casi totalidad de las víctimas presentó en esa región por el menos una lesión con potencial de amenaza a la vida, esto es con puntuación ≥ 3 ⁽¹⁸⁾.

A pesar de sufrir lesiones importantes que amenazan la vida y muchas veces presentan consecuencias irreparables, de forma general, las víctimas de este estudio presentaron percepción positiva de su CV, conforme las respuestas de las preguntas generales del WHOQOL-bref (Tabla 1).

En cuanto a los puntajes de los dominios de este instrumento (Figura 1), los promedios de los valores obtenidos fueron próximos a los observados en una investigación realizada en Porto Alegre, ciudad del sur de Brasil, con 751 participantes y que objetivó ofrecer datos normativos sobre los valores del WHOQOL-bref provenientes de una muestra de la población general brasileña. Esos datos son considerados, en la literatura, un guía útil para interpretar los resultados de la CV delante de la ausencia de un "estándar oro" que subsidie esa interpretación⁽¹⁹⁾.

Los datos de esa investigación muestran un promedio menor de puntuación en el dominio físico 58,9 (de=10,5) que los valores de la actual investigación 68,4 (de=22,9). El promedio de los puntajes normativos fue mayor en los dominios psicológico 65,9 (de=10,8) y relaciones sociales 76,2 (de=18,8) cuando comparados con el actual estudio 57,4 (de=11,8) y 67,7 (de=26,8), respectivamente. En el dominio medio ambiente los promedios fueron 59,9 (de=14,9) para los datos normativos y 58,2 (de=14,7) en la muestra de víctimas de TCE analizada. Por esas

comparaciones se puede concluir que las diferencias en los promedios fueron discretas (entre +9,5 y -8,5), principalmente si se considera que se utilizó la escala de cero a 100 del instrumento.

Los hallazgos de la actual investigación también se asemejan a los resultados de otros dos estudios brasileños que evaluaron víctimas de trauma (mínimo después de seis meses del alta hospitalaria) por medio del WHOQOL-*bref*^(15,20). Uno de ellos fue realizado en Ribeirao Preto con víctimas de trauma en general, que sufrieron lesiones leves (ISS promedio de 8,1 y prácticamente sin casos de lesiones neurológicas centrales), mostró valores promedios de 59,7 (de=20,9) para el dominio físico, 62,5 (de=20,4); 69,7 (de=26,9) y 52,4 (de=18,4) para los dominios psicológico, relaciones sociales y medio ambiente, respectivamente⁽¹⁵⁾. El otro estudio fue realizado en Sao Paulo, con víctimas de TCE que concluyeron un programa de rehabilitación y sus resultados en todos los dominios mostraron promedios mayores que 60 puntos⁽²⁰⁾.

En relación a las comparaciones presentadas vale comentar la recomendación de los autores que publicaron los puntajes normativos: cautela en relación a la generalización de los resultados para el país como un todo, ya que la población brasileña es heterogénea⁽¹⁹⁾. Además de eso, las regiones y localidades presentan diferentes niveles de desarrollo cuando se considera empleo, renta, educación y salud, y esas diferencias pueden tener impacto en la CV personal. Según el Índice Firjan de Desarrollo Municipal que evalúa esos parámetros utilizando estadísticas públicas, Porto Alegre, Ribeirao Preto y Sao Paulo poseen un alto desarrollo municipal, en cuanto que Aracaju posee un desarrollo municipal moderado⁽²¹⁾. Entretanto, en un estudio⁽²²⁾ realizado en el año de 2008 por la Fundación Getúlio Vargas a pedido del Ministerio de la Salud, Aracaju fue elegida como la ciudad más saludable del país. Estas informaciones apuntan para una semejanza en las condiciones de vida en las localidades en que los estudios fueron realizados, inclusive tratándose de ciudades de diferentes regiones del país.

Concluyendo los comentarios sobre la CV de las víctimas de TCE que tuvieron una lesión importante, seis meses después del trauma, es válido resumir que los resultados observados apuntaron para una semejanza en la CV de las víctimas analizadas con la población en general y con otros grupos de trauma estudiados en nuestro medio con el WHOQOL-*bref*.

Así como las consecuencias del trauma evolucionan con mejoría, hasta seis después de evento traumático, las investigaciones de acompañamiento de víctimas de TCE que evalúan la CV desde el período del alta hospitalaria hasta un año después del trauma, mostraron que existe

una mejoría de los valores promedios de los dominios de CV, principalmente en lo referente a las relaciones sociales y medio ambiente^(3,15,18,23). Esta mejoría probablemente tuvo un papel importante para alcanzar la semejanza de la CV de la muestra de este estudio con la población general, así como el hecho de que todas las víctimas fueron asistidas en el hospital de referencia para los casos de trauma del estado de Sergipe y tuvieron acompañamiento en ambulatorio de neurocirugía después del alta hospitalaria.

También en ese sentido, otro aspecto a ser considerado es que, a pesar de que la literatura científica enfatice las pérdidas causadas por TCE, algunas investigaciones relatan ganancias provenientes de ese evento, tales como comportamientos que denotan fuerza personal interna y valorización de las cosas simples de la vida, además de la adquisición de nuevas habilidades e interrupción del curso autodestructivo del uso abusivo de drogas⁽³⁾. Por lo tanto, en el proceso de rehabilitación después de TCE es importante recordar que la capacidad de adaptación tanto de los pacientes como de sus familiares es particular y depende de factores personales además de sociales y culturales.

Por otro lado, la calidad de vida es un concepto multidimensional que además de ser influenciado por esos factores y por la calidad de la atención ofrecida por el sistema de trauma, puede ser alterada por el tipo y gravedad de las lesiones de las víctimas. En los análisis de la actual investigación, se observó una correlación negativa y moderada entre indicadores de gravedad (ISS,NISS, MAIS/cabeza y tiempo de internación) y algunos resultados del WHOQOL-*bref*, por lo tanto individuos con indicación de mayor gravedad (mayores valores) tuvieron en algunos aspectos puntajes que indicaron peor CV (menor puntuación). A pesar de que éste sea un resultado esperado de asociación, la moderada fuerza de correlación entre las variables y la selectividad en los dominios que alcanzaron el nivel de significancia fragilizó la expectativa de que la gravedad sea el gran pilar de una CV perjudicada después del trauma. Se fortaleció la perspectiva de buscar otros factores relacionados a la CV de víctimas de TCE en el medio y largo plazo.

En la actual investigación, se analizó también las características sociodemográficas y el retorno la actividad productiva. En relación a la edad, género y escolaridad ninguna asociación significativa fue observada, entretanto individuos casados presentaron con mayor frecuencia perjuicio en el dominio psicológico frente a los demás.

Sin duda, el retorno a la actividad productiva fue el factor que más expresivamente se relacionó con la CV de las víctimas de TCE, seis meses después del trauma, individuos que retornaron la productividad

tuvieron promedios, en todos los dominios del WHOQOL-*bref*, bastante superiores en relación a aquellos que no reasumieron esa actividad.

Por tanto, éste, así como otros estudios^(3,9), indica que el retorno a la actividad productiva es la base para una mejor CV de las víctimas de TCE. De esa forma, una de las metas de las medidas de asistencia para recuperación de las víctimas debe consistir en la reintegración del individuo a su actividad anterior^(2-3,9).

En el proceso de recuperación después de un TCE, el retorno a la actividad productiva ha sido considerado uno de los principales determinantes de la CV, ya que afecta factores importantes para el ajuste social, tales como nivel socioeconómico, autoconfianza y sentimiento de inclusión social. En la muestra estudiada, 68,1% de los participantes ya había retornado a su actividad productiva en la época de la evaluación realizada y este fue probablemente uno de los factores que aproximó la percepción de CV de las víctimas con los resultados de la población en general.

Conclusión

Individuos con TCE importante, atendidos en un centro de referencia para trauma en la ciudad de Aracaju/Sergipe presentaron percepción de CV similar a la muestra de la población general brasileña, seis meses después del trauma. En este estudio fueron factores asociados a la CV percibida principalmente el retorno la actividad productiva de la víctima y con menos intensidad los factores gravedad del trauma, tipo de TCE, tiempo de permanencia hospitalaria y estado civil.

Referencias

- Sousa RMC. Comparação entre instrumento de mensuração das consequências do trauma crânio-encefálico. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(2):203-13.
- Hora EC, Sousa RMC. Os efeitos das alterações comportamentais das vítimas de trauma crânioencefálico para o cuidador familiar. *Rev. Latino- Am. Enfermagem*. 2005;13(1): 93-8.
- Dijkers MP. Quality of life after traumatic brain injury: a review of research approaches and findings. *Arch Phys Med Rehabil*. 2004;85 Suppl 2:S21-35.
- Sousa RMC, Koizumi MS. Recuperação das vítimas de traumatismo crânioencefálico no período de 1 ano após o trauma. *Rev Esc Enferm USP*. 1996;30(3):484-500.
- Toien K, Myhren M, Bredal E, Skogstad L, Sandvik L, Ekeberg O, et al. Psychological distress after severe trauma: a prospective 1-year follow-up study of a trauma intensive care unit population. *J Trauma Injury*. 2010;69(6):1552-9.
- Lin MR, Chiu WT, Chen YJ, Wy YU, Huang SJ, Tsai MD, et al. Longitudinal changes in the health-related quality of life during the first year after traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2010;91(3):474-80.
- The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.
- Guilfoyle, MR, Seeley HM, Corteen E, Harkin C, H Richards, Menon DK, et al. Assessing Quality of Life after Traumatic Brain Injury: Examination of the Short Form 36 Health Survey. *J Neurotrauma*. 2010; 27(12):2173-81.
- Silva CB, Brasil ABS, Bonilha DB, Masson L, Ferreira MS, Neves RCM, et al. Retorno a atividade produtiva após reabilitação dos pacientes deambuladores vítimas de trauma crânioencefálico. *Fisioter Pesq* 2008;15(1):6-11.
- Hora EC, Sousa RMC. Mudanças nos papéis sociais: uma consequência do trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006;14(2):183-9.
- Ministério da Saúde. DATASUS: departamento de informática do sistema único de saúde. Informações de saúde [Internet]. Brasília: MS; 2008 [acesso 25 ago 2012]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/fi>.
- Association for the Advancement of Automotive Medicine – AAAM. Abbreviated Injury Scale (AIS) 2005: Update 2008. Barrington, Illions (EUA); 2008.
- Nogueira LS, Domingues CA, Campos MA, Sousa RMC. Dez anos de new injury severity score (NISS): possível mudança? *Rev. Latino- Am. Enfermagem*. 2008;16(2):314-9.
- Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.
- Alves ALA, Salim FM, Martinez EZ, Passos ADC, Carlo MMRP, Scarpelini S. Qualidade de vida de vítimas de trauma seis meses após a alta hospitalar. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(1):154-60.
- Pereira CU, Duarte GC, Santos EAS. Avaliação epidemiológica do traumatismo crânioencefálico no interior do Estado de Sergipe. *Arq Bras Neurocir*. 2006;25(1):8-16.
- Van Velzen JM, Van Bennekom CAM, Edelaar MJA, Sluiter JK, Freings-Dresen MHW. Prognostic factors of return to work after acquired brain injury: A systematic review. *Brain Injury*. 2009;23(5):385-95.

