

¿Qué hay después de la unidad de cuidados intensivos? El síndrome post-UCI

What comes after the intensive care unit? Post-intensive care syndrome

SARA CAROLINA NAVARRO-SALGADO, LUCÍA SIMÓN-ALONSO,
EDUARDO ORTEGA-CALLAZOS • CÁCERES (ESPAÑA)
CARLOS HERNANDO ACOSTA-FERNÁNDEZ • TARRAGONA (ESPAÑA)

DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2025.4730>

Resumen

Introducción: el síndrome post-unidad de cuidados intensivos (PICS) se refiere a las deficiencias físicas, cognitivas y mentales que se producen durante la estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Se estima que la mitad o más de los pacientes sufrirán algún componente de este síndrome. Un alto índice de sospecha es crítico para la identificación del PICS.

Caso clínico: se describe el caso de una paciente adulta mayor con independencia parcial previa, quien tras su estancia en UCI desarrolló dos componentes del PICS: físico y mental. La debilidad adquirida en UCI se diagnosticó mediante la escala MRC, con un puntaje inicial de 34. En el componente mental, presentó puntuaciones elevadas en la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria. Se inició un abordaje multidisciplinario con medicina física, soporte nutricional y acompañamiento psicológico, logrando una recuperación parcial al egreso hospitalario.

Discusión: este caso refleja la importancia de un enfoque integral y precoz del PICS. Si bien se logró una mejoría clínica, la identificación tardía limitó la aplicación de estrategias preventivas, como el paquete ABCDEF. La literatura respalda el uso de intervenciones como la movilización temprana y la rehabilitación física para mejorar los desenlaces, aunque persisten vacíos en el abordaje del componente mental.

Conclusión: el caso destaca la necesidad de fortalecer la detección precoz del PICS y de institucionalizar un manejo multidisciplinario estructurado desde la etapa aguda. Futuras investigaciones deben enfocarse en intervenciones costo-efectivas y en el seguimiento longitudinal de estos pacientes. (Acta Med Colomb 2025; 50. DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2025.4730>).

Palabras clave: unidades de cuidados intensivos, debilidad muscular, disfunción cognitiva, PICS.

Abstract

Introduction: post-intensive care syndrome (PICS) refers to physical, cognitive and mental impairments produced during an intensive care unit (ICU) stay. Half or more of patients are estimated to suffer from some component of this syndrome. A high index of suspicion is critical for identifying PICS.

Clinical case: we describe the case of an older adult with previous partial independence who, during her ICU stay, developed two PICS components: physical and mental. The weakness acquired in the ICU was diagnosed using the MRC scale, with an initial score of 34. For the mental component, she had high scores on the Hospital Anxiety and Depression Scale. Multidisciplinary management was started with physical medicine and nutritional and psychological support, achieving partial recovery at discharge.

Discussion: this case reflects the importance of a comprehensive and early approach to PICS. While clinical improvement was achieved, late detection limited the use of preventive strategies, like the ABCDEF bundle. The literature supports the use of interventions like early mobility and physical rehabilitation to improve outcomes, although gaps remain in the strategy for the mental component.

Conclusion: this case highlights the need to strengthen the early detection of PICS and institutionalize structured multidisciplinary management beginning in the acute phase. Future studies

Dra. Sara Carolina Navarro-Salgado: Residente de Alergología, Dra. Lucía Simón-Alonso: Residente de Neumología, Dr. Eduardo Ortega-Callazos: Residente de Medicina Interna. Hospital Universitario de Cáceres. Cáceres (España). Dr. Carlos Hernando Acosta-Fernández: Médico General. Médico adjunto Servicio de Urgencias, Hospital Joan XXIII. Tarragona (España). Correspondencia: Dra. Sara Carolina Navarro-Salgado. Cáceres (España). E-Mail: saransalgado94@gmail.com

Recibido: 13/IV/2025 Aceptado: 23/VIII/2025

should focus on cost-effective interventions and longitudinal follow-up of these patients. (*Acta Med Colomb* 2025; 50. DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2025.4730>).

Keywords: intensive care units, muscle weakness, cognitive impairment, PICS.

Introducción

El síndrome post-unidad de cuidados intensivos (PICS) se refiere a las deficiencias físicas, cognitivas y mentales que se producen durante la estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y después del alta de la UCI o del hospital. Este concepto también se aplica a los pacientes pediátricos (PICS-p) y al estado mental de sus familiares (PICS-F) (1). Aunque se desconoce la prevalencia exacta del PICS entre los sobrevivientes de enfermedades críticas, se estima que la mitad o más de ellos sufrirá algún componente de este síndrome (2).

Entre sus principales componentes físicos destaca la debilidad adquirida en la unidad de cuidados intensivos (UCI-AW), definida como la debilidad muscular aguda de las extremidades en un patrón simétrico, causada por una enfermedad crítica, con una incidencia de 40% en pacientes adultos (3).

Estos pacientes también experimentan altos niveles de estrés psicológico en la UCI, lo que resulta en deterioros cognitivos, definidos como la aparición nueva o el empeoramiento de la función cognitiva, que persisten de meses a años después del alta hospitalaria y están asociados con un mal funcionamiento diario y una calidad de vida reducida. Entre estos deterioros se incluyen alteraciones en la memoria, la función ejecutiva, el lenguaje, la atención, las habilidades visoespaciales y la aparición de demencia.

La depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) son las principales enfermedades mentales que comprenden el PICS. Los deterioros del estado mental que pueden surgir entre los sobrevivientes de enfermedades críticas incluyen depresión en aproximadamente 30% de los casos, ansiedad en 70% y TEPT —caracterizado por recuerdos intrusivos de eventos traumáticos en 10–50% de los pacientes (1) (Figura 1).

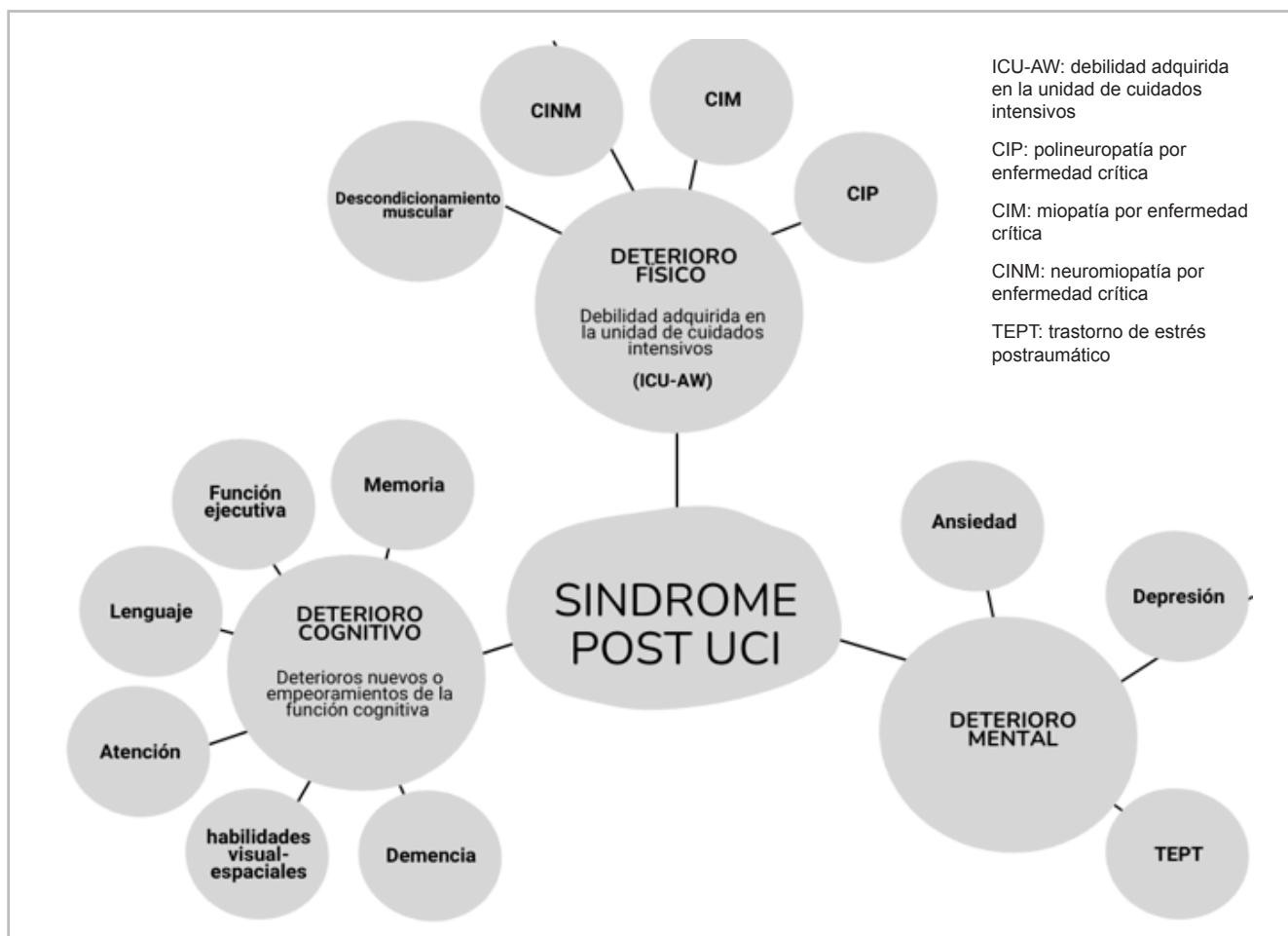


Figura 1. Principales componentes de PICS.

Un alto índice de sospecha es crítico para la identificación del PICS, el cual se puede detectar en el período inmediatamente posterior a una enfermedad crítica. Sin embargo, debido a que los síntomas son duraderos (de 6-12 meses o más) y la condición está poco reconocida, puede no detectarse durante un período prolongado después de que la enfermedad crítica se haya resuelto (2).

Dadas las diferentes repercusiones descritas en este tipo de pacientes, hemos decidido presentar un caso clínico y la visión global de la paciente posterior a su ingreso en la unidad de cuidados intensivos, con el objetivo de mostrar al lector la importancia de la identificación y el reconocimiento temprano de este síndrome.

Caso clínico

Paciente femenina en la octava década de la vida, de raza caucásica, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica estadio G3bA2 y sin deterioro cognitivo previo. En mayo de 2024 fue sometida a hemicolecctomía derecha laparoscópica por adenoma veloso de ciego, con anastomosis ileocólica. Días después reingresó por peritonitis fecaloide secundaria a perforación de la anastomosis, siendo intervenida con ileostomía terminal y hospitalizada en la UCI por 15 días.

Posteriormente, tras una breve estancia en una residencia, fue ingresada nuevamente por vómitos persistentes, intolerancia oral, pérdida de peso y deshidratación severa. Se diagnosticó shock hipovolémico y fracaso renal agudo sobre crónico, requiriendo reingreso a UCI, fluidoterapia intensiva, vasopresores y soporte ventilatorio. Tras la estabilización, fue trasladada a planta.

Al ingreso se evidenció labilidad emocional, llanto fácil y ánimo deprimido, medido por la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADA: ansiedad; HADD: depresión), con 15 puntos para ansiedad y 19 puntos para depresión, además de debilidad muscular generalizada que impedía la bipedestación. Esta última fue evaluada con la *Escala medical research council* (MRC) Sum-Score, obteniendo 34 puntos. No presentó deterioro cognitivo.

Se implementó un abordaje multidisciplinario con endocrinología y nutrición, medicina física y rehabilitación, y psicología. Tras 27 días en planta, mostró mejoría funcional y del estado de ánimo, logró la bipedestación y deambulación corta con andador, y normalizó parámetros metabólicos y renales.

Discusión

Este caso clínico permite visualizar de forma concreta el impacto del síndrome post-UCI (PICS) en una paciente adulta mayor previamente funcional, quien antes de su enfermedad crítica mantenía independencia parcial en sus actividades básicas de la vida diaria (Barthel: 80). La evolución clínica de la paciente evidenció dos de los tres componentes diagnósticos del PICS: el físico y el mental.

Desde el punto de vista físico, la paciente desarrolló debilidad adquirida en UCI (ICU-AW), caracterizada por una

puntuación inicial en la escala MRC de 34 y la imposibilidad de mantener la bipedestación. Este hallazgo se correlaciona con la evidencia disponible, que establece como criterio diagnóstico una puntuación <48 en dicha escala (4). Además, se ha descrito que los pacientes críticamente enfermos pueden perder más de 15% de su masa muscular en la primera semana de estancia en UCI (5), lo cual es coherente con el deterioro funcional observado en nuestra paciente.

Si bien no existen terapias específicas para revertir la ICU-AW, la literatura respalda estrategias preventivas como la movilización temprana y el control glucémico estricto (6, 7). En línea con esta evidencia, se implementó un plan de rehabilitación y nutrición que facilitó la recuperación progresiva de la fuerza muscular y la deambulación asistida al alta.

En cuanto al componente mental, la paciente presentó sintomatología ansiosa y depresiva relevante (HADA: 15; HADD: 19). La escala HADS, utilizada en este caso, ha demostrado validez y confiabilidad como instrumento breve para el diagnóstico y seguimiento del estado emocional en pacientes hospitalizados (8, 9). Si bien la literatura sugiere un abordaje con terapias psicológicas o farmacológicas según la severidad del cuadro (10, 11), la evidencia específica para el manejo del componente mental en el contexto de PICS sigue siendo limitada.

En nuestra experiencia, el acompañamiento psicológico hospitalario permitió una mejoría parcial del estado anímico, aunque persisten dudas sobre la duración óptima de estas intervenciones y su impacto sostenido a largo plazo.

Una divergencia importante respecto a las mejores prácticas descritas en la literatura fue la identificación tardía del síndrome, lo cual impidió la implementación temprana de estrategias como el paquete ABCDEF. Este conjunto de medidas, ampliamente respaldado por estudios recientes (1), se ha asociado con mejores desenlaces funcionales y reducción de complicaciones asociadas a la sedación, la inmovilidad y el delirio. En nuestro caso, la intervención se inició una vez reconocidos los síntomas, lo que probablemente condicionó una recuperación más lenta.

Entre las limitaciones del abordaje destaca la ausencia de herramientas estructuradas para la evaluación del componente cognitivo del PICS, el cual no se exploró formalmente. Esto representa un punto no resuelto que requiere atención en futuros seguimientos, dado que los déficits cognitivos pueden aparecer de forma tardía y afectar significativamente la calidad de vida. Asimismo, la continuidad del tratamiento tras el alta no pudo ser documentada, lo cual impide conocer la evolución posterior de la paciente y su grado de reintegración funcional y social.

Este caso destaca la necesidad de mejorar los sistemas de detección precoz del PICS y de fortalecer los equipos multidisciplinarios para su abordaje integral desde la fase crítica hasta la rehabilitación post-hospitalaria. Futuros estudios deberían centrarse en definir criterios diagnósticos más sensibles, establecer intervenciones terapéuticas costo-efectivas para cada componente del síndrome y evaluar su

impacto a mediano y largo plazo en diferentes poblaciones, especialmente en adultos mayores.

Conclusión

El síndrome post-UCI es una entidad frecuente pero aún subdiagnosticada, con implicaciones relevantes en la recuperación de los pacientes críticos. La identificación temprana de sus componentes y el abordaje multidisciplinario son esenciales para mejorar la funcionalidad, prevenir secuelas y optimizar la calidad de vida tras el egreso hospitalario. Es necesario fortalecer la formación del personal sanitario en esta área, así como fomentar la investigación clínica y la unificación de criterios diagnósticos y terapéuticos.

Perspectiva del paciente

Con el consentimiento de la paciente, se realizó una entrevista grabada sobre su perspectiva acerca de su proceso de recuperación durante su estancia hospitalaria, cuya transcripción se presenta a continuación:

“Cuando salí de la unidad de cuidados intensivos me sentía mal, me sentía triste, me sentía agobiada, estaba mal, me dolía todo, me veía mal, entonces me veía mal, luego aquí me he ido poniendo mejor, me he ido recuperando, me he ido animando, porque estaba sola y ustedes me animaban y me decían cosas y me sentaba muy bien y me he ido recuperando poco a poco, me siento mejor, cada vez me veo un poquito mejor, estoy haciendo los ejercicios a ver si puedo irme recuperando de andar, por lo menos levantarme y caminar un poquito. Cuando salga a la residencia me iré animando allí, recuperando allí poco a poco, lo que más necesitaba era animarme, porque como me veía sola casi lo que más necesitaba era eso. Yo sabía que estaba mal y sé lo que he tenido, y sé que he

estado bastante mal, pero a mí me hablaban todos los médicos y enfermeras diciéndome que no estaba sola, que no me preocupara, lo que me animaba un poco. No me gustaría volver a entrar a una unidad de cuidados intensivos. Me daba cuenta de todo lo que pasaba, me sentía agobiada ahí metida, solo decía que me sacaran de allí, no veía a nadie, era como estar encerrada en un ascensor. Espero no volver a necesitar estar allí”.

Referencias

1. Inoue S, Hatakeyama J, Kondo Y, Hifumi T, Sakuramoto H, Kawasaki T, et al. Post-intensive care syndrome: Its pathophysiology, prevention, and future directions. *Acute Medicine & Surgery*. 2019;6(3):233–46.
2. Griffiths J, Hatch RA, Bishop J, Morgan K, Jenkinson C, Cuthbertson BH, et al. An exploration of social and economic outcome and associated health-related quality of life after critical illness in general intensive care unit survivors: a 12-month follow-up study. *Crit Care*. 2013;17:R100.
3. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit. *Critical Care Medicine*. 2012;40(2):502–9.
4. Kress JP, Hall JB. Debilidad adquirida en la UCI y recuperación de una enfermedad crítica. *N Engl J Med*. 2014;371:287–288.
5. Puthucheary ZA, Rawal J, McPhail M, Connolly B, Ratnayake G, Chan P, et al. Acute Skeletal Muscle Wasting in Critical Illness. *JAMA*. 2013;310(15):1591.
6. Vanhorebeek I, Latronico N, Van den Berghe G. ICU-acquired Weakness. *Intensive Care Medicine*. 2020;46(4):637–53.
7. Anekwe DE, Biswas S, Bussières A, Spahija J. Early rehabilitation reduces the likelihood of developing intensive care unit-acquired weakness: a systematic review and meta-analysis. *Physiotherapy*. 2020;107:1–10.
8. Narváez-Martínez MA, Gómez-Tovar LO, Henao-Castaño ÁM. Scales to measure post intensive care syndrome, a scoping review. *Enfermería Clínica*. 2022;32:440–50.
9. Henderson P, Quasim T, Shaw M, MacTavish P, Devine H, Daniel M, et al. Evaluation of a health and social care programme to improve outcomes following critical illness: a multicentre study. *Thorax*. 2023;78:160–8.
10. Slee A, Nazareth I, Bondaronek P, Liu Y, Cheng Z, Freemantle N. Pharmacological treatments for generalised anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2019;393:768–77.
11. Gartlehner G, Dobrescu A, Chapman A, Toromanova A, Emprechtinger R, Persad E, et al. Nonpharmacologic and pharmacologic treatments of adult patients with major depressive disorder: A systematic review and network meta-analysis for a clinical guideline by the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2023;176:196–211.

