

María José Hurtado Romero  
María López Atcher  
Lola Lozano Ribes

**INCIDENCIA DEL SÍNDROME POST CUIDADOS INTENSIVOS EN LOS  
PACIENTES QUE HABÍAN REQUERIDO INGRESO EN LA UCI MEDIANTE  
CONSULTA EXTERNA CONDUCTA POR MÉDICOS INTENSIVISTAS  
¿SON CLAVE PARA IDENTIFICAR EL SÍNDROME POST UCI?**

TRABAJO FIN DE GRADO

Dirigido por la Dra. Mònica Magret Iglesias, la Dra. Sara Manrique Moreno y la Dra. Vanessa Blazquez Alcaide.

Grado en Medicina



**UNIVERSITAT  
ROVIRA i VIRGILI**

Tarragona

2025

## ÍNDICE

<b>1. RESUMEN</b>	2
<b>2. INTRODUCCIÓN</b>	3
<b>3. HIPÓTESIS</b>	5
<b>4. OBJETIVO</b>	5
<b>5. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	5
5.1. Diseño	5
5.2. Actividad de la consulta	6
5.4. Análisis estadístico	8
5.5. Comité de ética	9
<b>6. RESULTADOS</b>	9
<b>7. DISCUSIÓN</b>	16
<b>9. CONCLUSIONES</b>	20
<b>10. AGRADECIMIENTOS</b>	20
<b>11. BIBLIOGRAFÍA</b>	20
<b>12. ANEXOS</b>	23
Anexo 1: Check list consulta PICS.	23
Anexo 2: Cuestionarios sobre calidad de vida.	23
Anexo 3: Cuestionario alteraciones físicas y autonomía.	24
Anexo 4: Cuestionario Fragilidad.	24
Anexo 5: Cuestionario Sarcopenia.	24
Anexo 6: Cuestionario Alteraciones cognitivas.	25
Anexo 8: Cuestionario Trastorno de Estrés Postraumático.	26
Anexo 9. Dictamen Comité Ético de Investigación con medicamentos.	26
Anexo 10. Conformidad de la dirección del Centro.	27

## 1. RESUMEN

**Introducción.** El aumento de la supervivencia en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) puso en evidencia una nueva realidad clínica: un número significativo de pacientes presentaron secuelas físicas, cognitivas y psicológicas tras su alta, fenómeno conocido como Síndrome Post-Cuidados Intensivos (PICS). Este síndrome puede afectar negativamente la calidad de vida de los supervivientes y también puede impactar a sus familiares (PICS-F). A pesar de su elevada prevalencia, el PICS continúa siendo infradiagnosticado y escasamente abordado de forma estructurada. La implementación de consultas post-UCI permitió detectar de forma precoz estas secuelas y ofreció un seguimiento integral y personalizado.

**Material y métodos.** Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo en el Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII, entre marzo de 2022 y octubre de 2024. Se incluyeron pacientes de 18 a 80 años previamente ingresados en UCI con factores de riesgo para desarrollar PICS, citados en consulta externa tres meses tras el alta. Se realizó una evaluación multidimensional del estado físico, funcional, psicológico, cognitivo y nutricional mediante escalas validadas [Escala Medical Research Council (MRC), Escala de Barthel, Escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Test de Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Short Form-12 Health Survey (SF-12), entre otras]. Se recogieron variables demográficas, clínicas y de severidad, y se determinaron derivaciones y seguimiento en función de los hallazgos. El análisis estadístico incluyó estadísticas descriptivas e inferenciales.

**Resultados.** Se evaluaron 174 pacientes en la consulta post-UCI, con una mediana de edad de 61 años, de los cuales el 63% eran varones. Previamente, el 100% eran funcionalmente independientes. El 75% presentó síntomas compatibles con el PICS, siendo los más frecuentes los síntomas físicos (60%), dolor crónico (46%) y deterioro cognitivo (45%). Los pacientes con PICS mostraron mayor uso de ventilación mecánica invasiva (VMI) (88% frente a 72%) y mayor duración (10 frente a 5 días), mayor tiempo de la sedación (7 frente a 4 días), y mayor debilidad muscular adquirida en UCI (DMAUCI) (65% frente a 44%), además de estancias hospitalarias más prolongadas. El 65% de los pacientes con síntomas fueron derivados a especialistas, principalmente a neuropsicología, salud mental y rehabilitación. Se realizaron nuevos diagnósticos en el 51% de los pacientes derivados, destacando el deterioro cognitivo (34%) y los trastornos emocionales (13%). El 55% recibió intervenciones terapéuticas, siendo la más común el tratamiento no farmacológico (33%).

**Conclusión.** La elevada prevalencia de síntomas compatibles con PICS y la alta proporción de nuevos diagnósticos e intervenciones tras la consulta post-UCI evidenciaron la importancia de este recurso. La consulta post-UCI permitió identificar alteraciones físicas, cognitivas y emocionales que, de no tratarse, podrían no ser detectadas. Estos resultados refuerzan la necesidad de integrar este tipo de seguimiento estructurado en los modelos de atención postcrítica, así como de fomentar futuras investigaciones que profundicen en la comprensión, prevención y tratamiento del PICS.

**Palabras clave:** Síndrome Post Cuidados Intensivos, Debilidad muscular adquirida en UCI, Consultas post- UCI.

## 2. INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, el principal indicador de resultado en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) fue la mortalidad. Sin embargo, con la evolución de los cuidados y el avance de los tratamientos médicos, la supervivencia de los pacientes críticos mejoró notablemente <sup>1</sup>. Este avance puso de manifiesto una nueva realidad clínica: una proporción significativa de los pacientes que sobrevivieron a estancias prolongadas en UCI fueron dados de alta con secuelas persistentes en su salud física, cognitiva y psicológica. Esta condición, que fue reconocida y definida como el síndrome post-cuidados intensivos o Post-Intensive Care Syndrome (PICS, por sus siglas en inglés), constituyó un desafío clínico y social de creciente relevancia <sup>1,2</sup>.

El PICS englobó un conjunto de deficiencias nuevas o agravadas que surgieron durante o después de una estancia en la UCI y que perduraron más allá del alta hospitalaria <sup>3</sup>. Estas secuelas se agruparon en tres esferas fundamentales: la física, la cognitiva y la psicológica. A nivel físico, los pacientes presentaron debilidad muscular adquirida en la UCI, pérdida de masa y función muscular por miopatía y polineuropatía, capacidad regenerativa disminuida y disminución de la autonomía para las actividades de la vida diaria. En el plano cognitivo, se documentaron déficits en memoria, función ejecutiva y velocidad de procesamiento, similares a las que se observaron en enfermedades neurodegenerativas. Por último, desde una perspectiva psicológica, los pacientes experimentaron síntomas de ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático (TEPT) <sup>3,4,5</sup>.

Con el tiempo, y dada la creciente heterogeneidad entre los pacientes críticos, se observó que el PICS se manifestó también en otras áreas. Así, se propusieron nuevas esferas que enriquecieron la definición original: trastornos del sueño, fatiga crónica, disfunción sexual, dolor crónico, alteraciones metabólicas y endocrinas, pérdida ósea acelerada, trastornos deglutorios, aislamiento social e incluso dificultades en la reintegración laboral <sup>4,5</sup>.

Estas consecuencias no solo afectaron a los pacientes que sobrevivieron a una estancia prolongada en UCI, sino también a sus familiares o cuidadores principales, quienes frecuentemente desarrollaron síntomas similares de ansiedad, depresión y TEPT. Este fenómeno se denominó como PICS-F (Post-Intensive Care Syndrome-Family), y puso de relieve la necesidad de considerar el impacto del proceso crítico desde una perspectiva familiar y comunitaria, no exclusivamente individual <sup>2,3,4,6</sup>.

Los factores de riesgo que predispusieron al desarrollo del PICS fueron variados e incluyeron la duración de la estancia en UCI, la necesidad de ventilación mecánica prolongada, la sedación profunda, el delirio durante la hospitalización, y antecedentes de enfermedades mentales o neurológicas previas <sup>4,5</sup>.

La prevalencia del PICS fue alta y constituyó el objeto de numerosos estudios en los últimos años. Se estimó que entre un 50 y un 70% de los pacientes críticos desarrollaron algún grado de afectación física, cognitiva o psicológica tras su alta de UCI <sup>1,3</sup>.

Este enfoque multidisciplinar y centrado en el paciente permitió superar las limitaciones del modelo tradicional basado únicamente en la supervivencia. Como expresó un paciente superviviente del síndrome de distrés respiratorio agudo en un estudio de seguimiento: *“Me dicen que estoy bien porque mi capacidad pulmonar es del 80%, pero no puedo hacer nada*

*de lo que solía. Es alarmante*". Esta frase resumió la importancia de mirar más allá de la mortalidad: "hay más en la vida que medir la muerte"<sup>2</sup>.

A pesar de su elevada prevalencia e impacto, el PICS fue históricamente infradiagnosticado y escasamente abordado de forma estructurada. En muchas ocasiones, los pacientes fueron dados de alta sin un plan de seguimiento adecuado, lo que conllevó un manejo fragmentado e ineficaz de sus múltiples necesidades. Esta situación puso de manifiesto la necesidad urgente de implementar estrategias multidisciplinarias e integrales que abordaron la continuidad de los cuidados más allá del entorno hospitalario<sup>3,5</sup>.

Desde el punto de vista institucional, los pacientes con PICS requirieron reingresos hospitalarios, consultas frecuentes y largos procesos de rehabilitación, lo que representó un considerable consumo de recursos sanitarios y sociales<sup>3,4</sup>.

En definitiva, el aumento de la supervivencia en los cuidados intensivos representó un logro indiscutible de la medicina moderna, pero también planteó nuevos retos que exigieron una visión más amplia del proceso de atención. Comprender, prevenir y tratar el PICS debe ser una prioridad para los profesionales de la salud, las instituciones sanitarias y los responsables de políticas públicas. Sólo a través de un enfoque holístico, centrado en la persona y basado en la evidencia, fue posible mitigar las consecuencias del PICS y mejorar el pronóstico funcional y emocional de quienes sobrevivieron a una enfermedad crítica<sup>5</sup>.

A pesar de las recomendaciones emitidas por organismos como el National Health Service (NHS) y el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) desde 2009, fueron pocos los hospitales en España que establecieron consultas post-UCI<sup>1</sup>. Esta iniciativa busca ser un punto de partida para fomentar la implantación de estas consultas en otros centros del país.

Desde el punto de vista clínico, el diagnóstico del PICS se basó en la identificación de secuelas persistentes en las diferentes esferas, mediante escalas validadas durante el seguimiento ambulatorio de los pacientes<sup>4,5</sup>. En el Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII, desde 2021 se realizó un abordaje estructurado a través de una consulta externa post-UCI, que permitió un seguimiento personalizado y precoz, contribuyendo a detectar de forma temprana las complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes<sup>2</sup>.

El presente estudio tuvo como objetivo principal analizar la incidencia del PICS en los pacientes ingresados en la UCI de nuestro centro, a través de la consulta externa dirigida por médicos intensivistas. Como objetivos secundarios, se planteó evaluar si las derivaciones realizadas a distintos especialistas tras la evaluación post-UCI se tradujeron en diagnósticos específicos, instauración de tratamientos o realización de intervenciones, con el fin de valorar su impacto en el seguimiento integral del paciente crítico. A su vez, se pretendió concienciar a los profesionales sanitarios: intensivistas, médicos de atención primaria, especialistas, personal de enfermería y otros, sobre la necesidad de un abordaje integral y coordinado que acompañó al paciente más allá de la fase aguda de la enfermedad.

### **3. HIPÓTESIS**

Las consultas externas conducidas por médicos intensivistas son clave para la detección del PICS en los pacientes que habían requerido ingreso en UCI.

### **4. OBJETIVO**

El objetivo principal de este trabajo es analizar la incidencia del PICS en los pacientes que habían requerido ingreso en la UCI de nuestro centro mediante la consulta externa llevada a cabo por médicos intensivistas.

Los objetivos secundarios son evaluar el impacto de las derivaciones a los diferentes especialistas en cuanto al diagnóstico, la implementación de tratamientos y/o la realización de intervenciones.

### **5. MATERIAL Y MÉTODOS**

#### 5.1. Diseño

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, observacional y retrospectivo, en el que se incluyeron pacientes de entre 18 y 80 años que fueron visitados en las consultas externas de PICS del Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII, entre marzo de 2022 y octubre de 2024. Los participantes del estudio fueron aquellos que estuvieron previamente ingresados en la UCI y que presentaron factores de riesgo para desarrollar el PICS.

Se incluyeron en el estudio aquellos pacientes que permanecieron ingresados en UCI durante al menos 5 días y presentaron alguno de los siguientes factores de riesgo:

- Ventilación mecánica invasiva (VMI), ventilación mecánica no invasiva (VMNI) o cánulas nasales de alto flujo (CNAF) durante más de 48 horas.
- Miopatía del paciente crítico.
- Shock con necesidad de drogas vasoactivas más de 48 horas.
- Delirium.

Se excluyeron de este estudio:

- Adecuación de terapias de soporte vital (ATSV), con muerte inminente en UCI.
- Mal pronóstico a corto plazo o secuelas graves que no permitieron la realización de los test en la consulta.
- Menores de 18 años o mayores de 80 años.
- Extranjeros o personas fuera de la zona de referencia.
- Deterioro cognitivo o dependencia para las actividades básicas de la vida diaria.
- Patología psiquiátrica aguda o crónica sin buen control.
- Sociopatía severa.
- Negativa del paciente.

- Barrera idiomática.

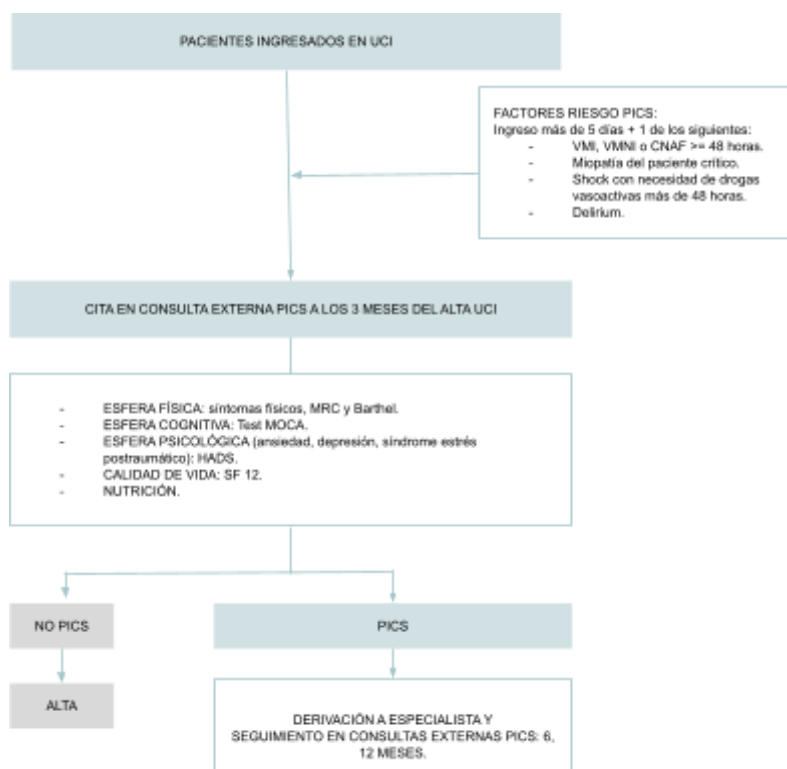
## 5.2. Actividad de la consulta

El Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII puso en marcha el protocolo estructurado para la detección y seguimiento del PICS (*Figura 1*), lo que permitió sistematizar la atención de estos pacientes.

Los pacientes que, durante su ingreso en UCI, presentaron factores de riesgo para desarrollar PICS, fueron citados en consulta externa tres meses después del alta.

En esta consulta se realizó una evaluación integral del estado de salud del paciente, que incluyó una anamnesis (revisión médica desde el alta) y una exploración física detallada (*Anexo 1*). Se valoraron diferentes áreas: el estado físico y funcional, mediante la evaluación de síntomas, la escala de fuerza muscular MRC y la Escala de Barthel para medir el grado de dependencia (*Anexo 3*), la presencia de fragilidad mediante la Escala Frailty (*Anexo 4*), sarcopenia (*Anexo 5*); la función cognitiva, usando el test de MoCA (*Anexo 6*); el estado psicológico, a través de la escala HAD (*Anexo 7*) y la detección de TEPT (*Anexo 8*); la calidad de vida, mediante el cuestionario SF-12 (*Anexo 2*); el estado nutricional.

Cabe destacar que un mismo paciente podía presentar alteraciones en distintas esferas, lo que motivó que dicho paciente pudiese tener múltiples derivaciones, diagnósticos e intervenciones. Según los resultados de esta evaluación, se decidió si se realizaba derivación a especialistas y seguimiento en consultas externas a los seis y doce meses (en caso de diagnóstico de PICS) o si se procedía al alta (si no presentaba alteraciones en las áreas mencionadas).



*Figura 1.- Protocolo de detección y seguimiento del Síndrome Post Cuidados Intensivos (PICS). Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Joan XXIII.*

### 5.3. Variables de estudio

Se recogieron las siguientes variables clasificadas en:

1. Demográficas:
  - Edad.
  - Sexo.
  - Estado laboral (previo, actual): baja laboral, activo, incapacitado, jubilado, parado.
  - Nivel de estudios: no tiene estudios o no ha acabado primaria, primaria (hasta los 15 años), secundaria (hasta los 18 años), ciclos superiores/formativos, estudios universitarios.
  - Nivel socioeconómico.
2. Clínicas:
  - Peso (previa al ingreso, alta UCI, actual).
  - Altura en metros.
  - Índice Masa Corporal.
  - Saturación de Oxígeno.
  - Diagnóstico al ingreso en UCI: depresión del nivel de conciencia y otros trastornos neurológicos, síndrome coronario agudo (SCA): SCA sin elevación del ST (SCASEST) y SCA con elevación del ST (SCACEST), alteraciones del ritmo cardíaco, parada cardiorrespiratoria (PCR) y síndrome post-parada, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)/ shock cardiogénico, shock hipovolémico, sepsis grave/shock séptico, shock de otra etiología, insuficiencia respiratoria (cualquier etiología), insuficiencia renal y trastornos metabólicos, intoxicaciones, traumatismo craneoencefálico (TCE) con o sin otros traumatismos asociados, otros traumatismos sin TCE, monitorización y vigilancia post operatoria, monitorización y vigilancia de procedimientos no quirúrgicos, otras enfermedades médicas o quirúrgicas no especificadas.
  - Índice de Charlson.
  - Días de estancia en UCI.
  - Días de estancia en el hospital.
  - Días de estancia en Centros Socio-Sanitarios.
  - Duración VMI/VMNI/CAF.
  - Tratamiento recibido (farmacológico y no farmacológico).
  - Tipo de alta (socio-sanitario, domicilio...).
3. Esfera física:
  - Síntomas físicos: fatiga, astenia, dolor articular/muscular/torácico persistente, parestesia, tos persistente, disnea persistente, cefalea persistente, alteración del lenguaje, disfonía.
  - Escala MRC.
  - Escala de Barthel.
  - Escala Frailty.
4. Esfera cognitiva:
  - Test MoCA.
5. Esfera psicológica:
  - HADS.
  - Trastorno de estrés postraumático.
6. Calidad de vida:
  - SF-12.
7. Evaluación de la gravedad en UCI:

- SAPS III (Simplified Acute Physiology Score III).
  - APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II).
8. Seguimiento post UCI:
- Derivaciones: neuropsicología, salud mental, rehabilitación, neumología, otorrinolaringología, urología/ginecología, atención primaria, traumatología, endocrinología.
  - Diagnósticos realizados por los especialistas: deterioro cognitivo, ansiedad/depresión/trastornos adaptativos, secuelas respiratorias, neuropatía, miopatía, parálisis de cuerdas vocales, disfagia.
  - Intervenciones: tratamiento no farmacológico, seguimiento, pruebas complementarias, tratamiento farmacológico, derivación a otro especialista, no acción.

#### 5.4. Análisis estadístico

Las variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentajes y las variables continuas como media y su desviación estándar cuando presentaban una distribución normal, y mediana y Q1-Q3 en caso de distribución no normal. La normalidad de los datos se evaluó utilizando la prueba de Shapiro-Wilk o Kolmogorov-Smirnov, según correspondiera.

Para la comparación de variables categóricas se empleó la prueba de Chi-Cuadrado o la prueba exacta de Fisher, según procediera. Para las variables continuas, se utilizó la prueba t de Student cuando se cumplía el supuesto de normalidad, y la prueba de Mann-Whitney U en caso contrario.

Se estableció como significativo un valor  $p < 0,05$  y el análisis estadístico se realizó utilizando el software estadístico R.

Con el objetivo de describir el impacto clínico del seguimiento post-UCI, se analizaron los siguientes aspectos:

- La proporción de pacientes visitados en la consulta externa que presentaron síntomas de PICS.
- El porcentaje de pacientes visitados en la consulta externa derivados a distintas especialidades médicas.
  - Dentro de este subgrupo, se evaluaron:
    - El número de pacientes con nuevos diagnósticos realizados por los especialistas relacionados con el PICS.
    - El porcentaje de pacientes que recibieron tratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico, incluyendo el seguimiento clínico y la realización de pruebas complementarias.

## 5.5. Comité de ética

Este estudio se aprobó por el Comité Ético de Investigación con Medicamentos (CEIM) del “Institut d’investigació Sanitària Pere Virgili” con fecha 06/02/2025 acta número 002/2025, con la referencia Ref. CEIM: 041/2025. El estudio se llevó a cabo de acuerdo con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Así mismo, se autorizó por Don Llorenç Mairal Padró, Director del Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII, con fecha 02/04/2024.

## **6. RESULTADOS**

### **1.- CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES QUE SE VALORARON EN LA CONSULTA POST-UCI.**

En la consulta post UCI se visitaron un total de 174 pacientes, los cuales durante su ingreso en UCI tuvieron factores de riesgo para desarrollar PICS. Las características generales de estos pacientes se describieron en la *Tabla 1*. El 63% (109) fueron varones y la mediana de edad fue de 61 (52-69) años. Previo al ingreso en UCI, el 100% de los pacientes eran independientes para realizar las actividades básicas de la vida diaria (Escala de Barthel de 100 puntos) y presentaban una mediana de 2 (1-4) puntos en el Índice de Charlson.

La gravedad de los pacientes se evaluó al ingreso en UCI mediante los Scores SAPS III y APACHE II, obteniendo una mediana de 47 (38-56) y 19 (15-24) puntos respectivamente.

Las patologías previas más frecuentemente detectadas en los pacientes valorados en la consulta post UCI fueron la hipertensión arterial, la insuficiencia renal crónica, la dislipemia enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma (*Tabla 1*).

El motivo más frecuente por el que los pacientes ingresaron en UCI fue la patología respiratoria en 77 pacientes, 33 pacientes ingresaron por una patología neurocrítica y en 30 pacientes el motivo de ingreso en UCI fue la sepsis (*Tabla 1*).

La mediana de días en UCI fue de 15 (8-31) mientras que la mediana de estancia hospitalaria fue de 31 días (19-54) (*Tabla 1*).

<b>Variables</b>	<b>Pacientes valorados en la Consulta post-UCI N=174</b>
<b>Características generales</b>	
<b>Edad (años), mediana (p25-p75)</b>	61 (52-69)
<b>Varones, n (%)</b>	109 (63)
<b>Estado laboral previo, n (%)</b>	No trabaja 6 (3) Baja 8 (5) Activo 65 (37) Incapacitado 16 (9) Jubilado 54 (30) Paro 9 (5) No datos 6 (3)
<b>Comorbilidades</b>	
<b>Tabaco, n (%)</b>	No fumador 84 (48) Exfumador 44 (25) Fumador 46 (26)
<b>Drogas de abuso, n (%)</b>	No consumidor 163 (94) Exconsumidor 2 (1) Consumidor 9 (5)
<b>Enol, n (%)</b>	No enol 147 (84) Exenol 7 (4) Enol 20 (11)
<b>Hipertensión arterial, n (%)</b>	75 (43)
<b>Diabetes Mellitus, n (%)</b>	49 (28)
<b>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica/asma, n (%)</b>	36 (21)
<b>Dislipemia, n (%)</b>	51 (29)
<b>Neoplasia, n (%)</b>	30 (17)
<b>Inmunosupresión, n (%)</b>	12 (7)
<b>Cardiopatía, n (%)</b>	29 (17)
<b>Insuficiencia renal crónica, n (%)</b>	53 (30)
<b>Trastornos neurológicos, n (%)</b>	6 (3)
<b>Ansiedad, n (%)</b>	17 (10)
<b>Depresión, n (%)</b>	24 (14)
<b>Índice de Charlson, mediana (p25-p75)</b>	2 (1-4)
<b>Escala de Barthel previo, mediana (p25-p75)</b>	100 (100-100)
<b>Características ingreso en UCI</b>	
<b>Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II, mediana (p25-p75)</b>	19 (15-25)
<b>Simplified Acute Physiology Score III, mediana (p25-p75)</b>	47 (38-56)
<b>Motivo de ingreso, n (%)</b>	Neurocrítico 33 (19) PTT (sin TCE) 10 (6) Respiratorio 77 (41) Sepsis 30 (17) Otros 24 (14)
<b>Días UCI, mediana (p25-p75)</b>	15 (8-31)
<b>Días Hospital, mediana (p25-p75)</b>	31 (19-54)
<b>Variables de ventilación mecánica durante el ingreso</b>	

Ventilación mecánica invasiva, n (%)	145 (83)
Días ventilación mecánica invasiva, mediana (p25-p75)	9 (2-16)
Traqueostomía, n (%)	54 (31)
Decúbito prono, n (%)	36 (21)
<b>Analgo-sedación durante el ingreso</b>	
Benzodiacepinas perfusión continua, n (%)	113 (65)
Propofol perfusión continua, n (%)	109 (63)
Opiáceos perfusión continua, n (%)	136 (78)
Días sedación, mediana (p25-p75)	5 (2-12)
<b>Complicaciones durante el ingreso</b>	
Síndrome distrés respiratorio agudo, n (%)	20 (11)
Sepsis, n (%)	91 (52)
Fallo multiorgánico, n (%)	31 (18)
Delirium, n (%)	58 (33)
Parada cardiorrespiratoria recuperada, n (%)	6 (3)
Debilidad muscular adquirida en UCI, n (%)	98 (56)
Neumonía asociada a ventilación mecánica, n (%)	37 (21)
Bacteriemia por catéter, n (%)	9 (5)
Infección del tracto urinario, n (%)	15 (9)
Insuficiencia renal aguda, n (%)	53 (30)
Terapia de reemplazo renal continua, n (%)	19 (11)
Úlceras por presión, n (%)	25 (14)
Tromboembolismo pulmonar, n (%)	10 (6)
Depresión, n (%)	24 (14)
Ansiedad, n (%)	27 (16)

Tabla 1. Descripción de las características generales de los pacientes valorados en la Consulta Post-UCI.

## 2.- PRESENCIA DE PICS.

De los 174 pacientes que se valoraron en la consulta, el 75.3% (131 pacientes) presentaron algún síntoma relacionado con el PICS. Se analizaron las características de aquellos pacientes que presentaron síntomas y los que no (Tabla 2). No se encontraron diferencias en cuanto a la edad de los pacientes entre ambos grupos [62 años (51-69) frente a 60 años (53-61)  $p=0.2$ ] ni tampoco con respecto a la capacidad funcional previa al ingreso o el riesgo de mortalidad que se midieron a través de la escala de Barthel, el APACHE II y el SAPS III, respectivamente.

En cuanto a las comorbilidades, solo los antecedentes de EPOC y asma, fueron más frecuentes en los pacientes que desarrollaron síntomas de PICS, 27% frente a 5% en los pacientes que no desarrollaron síntomas de PICS ( $p=0.004$ ).

Sin embargo, sí que se observaron diferencias estadísticamente significativas en los tratamientos recibidos en UCI. Los pacientes que desarrollaron síntomas compatibles con PICS requirieron VMI con mayor frecuencia (88% frente a 72%,  $p=0.03$ ) y durante más tiempo (10 días frente a 5 días,  $p=0.01$ ), además permanecieron sedados durante más tiempo (7 días frente a 4 días,  $p=0.04$ ).

Asimismo, el grupo de pacientes con síntomas de PICS desarrolló con mayor frecuencia DMAUCI (65% frente al 44% de los pacientes que no mostraron síntomas PICS,  $p=0.03$ ) y

tuvieron una mayor estancia tanto en la UCI (16 frente a 10 días,  $p=0.008$ ) como en el hospital (37 frente a 24 días,  $p=0.003$ ).

Variables	PICS N=131	No PICS N= 43	Valor p
<b>Características generales</b>			
Edad (años), mediana (p25-p75)	62 (51-69)	60 (53-71)	0.2
Varones, n (%)	78 (60)	31 (72)	0.9
Estado laboral previo, n (%)	No trabaja 5 (4) Baja 6 (5) Activo 48 (37) Incapacitado 12 (9) Jubilado 43 (33) Paro 8 (6) No datos 9 (7)	No trabaja 1 (2) Baja 2 (5) Activo 17 (39) Incapacitado 4 (9) Jubilado 11 (26) Paro 1 (2) No datos 7 (16)	0.6
<b>Comorbilidades</b>			
Tabaco, n (%)	No fumador 63 (48) Exfumador 32 (24) Fumador 36 (28)	No fumador 21 (49) Exfumador 12 (28) Fumador 10 (23)	0.8
Drogas de abuso, n (%)	No consumidor 122 (93) Exconsumidor 8 (6) Consumidor 1 (1)	No consumidor 51 (95) Exconsumidor 1 (2) Consumidor 1 (2)	0.4
Enol, n (%)	No enol 112 (85) Exenol 6 (5) Enol 13 (10)	No enol 35 (81) Exenol 1 (2) Enol 7 (16)	0.5
Hipertensión arterial , n (%)	60 (46)	20 (47)	1
Diabetes Mellitus, n (%)	40 (31)	13 (30)	1
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica/asma, n (%)	35 (27)	2 (5)	<b>0.004</b>
Dislipemia, n (%)	35 (27)	16 (37)	0.3
Neoplasia, n (%)	27 (21)	3 (7)	0.07
Inmunosupresión, n (%)	11 (8)	1 (2)	0.3
Cardiopatía, n (%)	24 (18)	5 (12)	0.4
Insuficiencia renal crónica, n (%)	14 (11)	6 (14)	0.6
Trastornos neurológicos, n (%)	5 (4)	1 (2)	1
Ansiedad, n (%)	15 (11)	2 (5)	0.2
Depresión, n (%)	19 (15)	5 (12)	0.2
Índice de Charlson, mediana (p25-p75)	2 (1-4)	2 (1-4)	0.9
Escala de Barthel previo, mediana (p25-p75)	100 (0-100)	100 (0-100)	0.7
<b>Características ingreso en UCI</b>			
Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II, mediana (p25-p75)	19 (15-24)	21 (16-26)	0.3
Simplified Acute Physiology Score III, mediana (p25-p75)	47 (38-56)	48 (40-54)	0.9

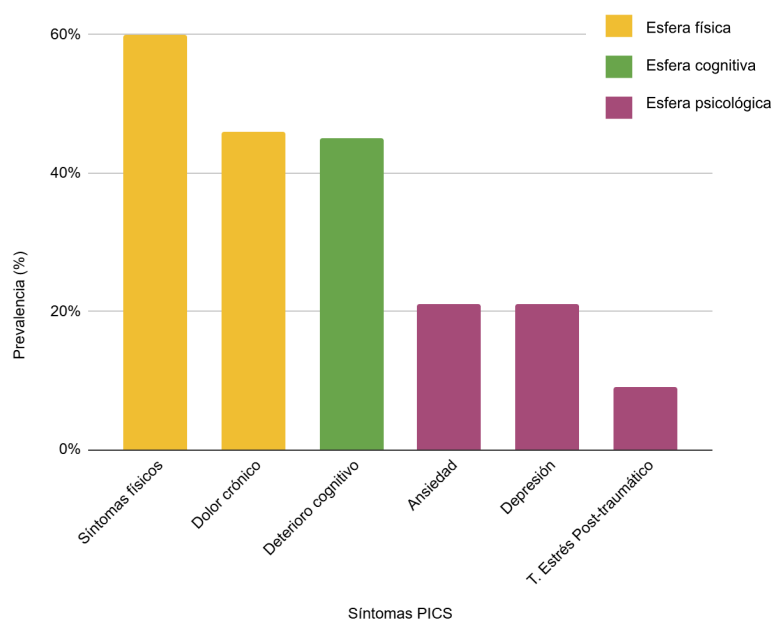
Motivo de ingreso, n (%)	Neurocrítico 27 (21) PTT (sin TCE) 5 (4) Respiratorio 58 (44) Sepsis 23 (18) Otros 18 (14)	Neurocrítico 6 (14) PTT (sin TCE) 5 (12) Respiratorio 19 (44) Sepsis 7 (16) Otros 6 (14)	0.4
Días UCI, mediana (p25-p75)	16 (10-35)	10 (7-23)	<b>0.008</b>
Días Hospital, mediana (p25-p75)	37 (22-58)	24 (11-40)	<b>0.003</b>
<b>Variables de ventilación mecánica durante el ingreso</b>			
Ventilación mecánica invasiva, n (%)	115 (88)	31 (72)	<b>0.03</b>
Días ventilación mecánica invasiva, mediana (p25-p75)	10 (3-7)	5 (0-13)	<b>0.01</b>
Traqueostomía, n (%)	46 (35)	8 (19)	0.07
Decúbito prono, n (%)	32 (24)	4 (9)	0.06
<b>Analgo-sedación durante el ingreso</b>			
Benzodiacepinas perfusión continua, n (%)	95 (73)	23 (54)	<b>0.03</b>
Propofol perfusión continua, n (%)	93 (71)	21 (49)	<b>0.01</b>
Opiáceos perfusión continua, n (%)	113 (86)	30 (70)	<b>0.03</b>
Días sedación, mediana (p25-p75)	7 (3-14)	4 (2-8)	<b>0.04</b>
<b>Complicaciones durante el ingreso</b>			
Síndrome distrés respiratorio agudo, n (%)	15 (12)	5 (12)	1
Sepsis, n (%)	74 (57)	17 (40)	0.08
Fallo multiorgánico, n (%)	25 (19)	6 (14)	0.6
Delirium, n (%)	47 (36)	11 (26)	0.3
Parada cardiorrespiratoria recuperada, n (%)	5 (4)	1 (2)	1
Debilidad muscular adquirida en UCI, n (%)	85 (65)	19 (44)	<b>0.03</b>
Neumonía asociada a ventilación mecánica, n (%)	32 (24)	5 (12)	0.12
Bacteriemia por catéter, n (%)	6 (5)	3 (7)	0.7
Infección del tracto urinario, n (%)	13 (10)	2 (5)	0.4
Insuficiencia renal aguda, n (%)	41 (31)	13 (30)	1
Terapia de reemplazo renal continua, n (%)	13 (10)	6 (14)	0.6
Úlceras por presión, n (%)	22 (17)	3 (7)	0.2
Tromboembolismo Pulmonar, n (%)	9 (7)	1 (2)	0.4
Depresión, n (%)	20 (15)	4 (9)	0.5
Ansiedad, n (%)	23 (18)	4 (9)	0.3

Tabla 2. Características y resultados clínicos en pacientes con y sin PICS.

### 3.- SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES QUE SE DESTACARON EN LA EVALUACIÓN POST-UCI

Tras la valoración en la consulta post-UCI, se analizaron los síntomas más frecuentemente detectados (*Figura 1*). Los síntomas físicos fueron los más prevalentes, apareciendo en el 60% (104/174) de los pacientes que se valoraron en la consulta post-UCI, seguidos por el dolor crónico en el 46% (80/174) y el deterioro cognitivo en casi la mitad de los pacientes (45%, 78/174). La ansiedad y la depresión se describieron en el 21% (37/174) de los pacientes, siendo el TEPT la patología psicológica menos detectada, en el 9% de los pacientes (16/174).

El 9% de los pacientes (16/174) presentaron una dependencia moderada para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (Escala de Barthel < 65 puntos) y el 26% (45/174) fueron moderadamente frágiles (Escala Frailty >5) (*Gráfico 1*).



*Gráfico 1. Prevalencia de los síntomas más frecuentes del PICS.*

### 4.- DERIVACIONES, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS

De los 131 pacientes que presentaron síntomas compatibles con el PICS, el 65% (85/131) fueron derivados a algún especialista.

Las derivaciones que más frecuentemente se realizaron fueron a neuropsicología (35%, 46/131), salud mental (21%, 27/131), y rehabilitación (13%, 17/131). Menos frecuentes fueron las derivaciones a neumología, otorrinolaringología, urología/ginecología, atención primaria, traumatología y endocrinología (*Gráfico 2*).

No todos los pacientes que presentaron síntomas de PICS fueron derivados a los especialistas, ya que como se detalla en la *Gráfico 2*, muchos de ellos ya estuvieron en seguimiento por la especialidad correspondiente.

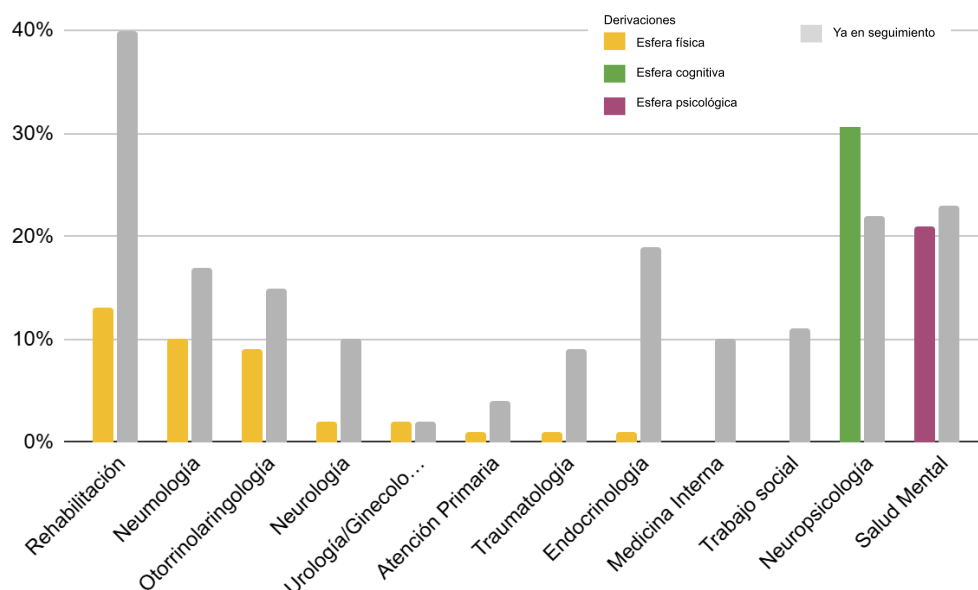


Gráfico 2. Prevalencia de las derivaciones más frecuentes del PICS.

Tras la valoración por parte de los especialistas, se realizaron 55 diagnósticos en 43 pacientes de los 85 pacientes derivados. El 51% (43/85) de los que fueron derivados recibieron un diagnóstico nuevo vinculado al PICS.

Los diagnósticos que se realizaron con mayor frecuencia entre aquellos pacientes que fueron derivados al especialista (n=85) fueron el deterioro cognitivo (34%, 29/85), seguido de ansiedad, depresión y otros trastornos adaptativos (13%, 11/85) y secuelas respiratorias (6%, 5/85). Otros trastornos menos frecuentes fueron la neuropatía (4%, 3/85) y miopatía (5%, 4/85), la parálisis de cuerdas vocales (2%, 2/85) o la disfagia (1%, 1/85) (Gráfico 3).

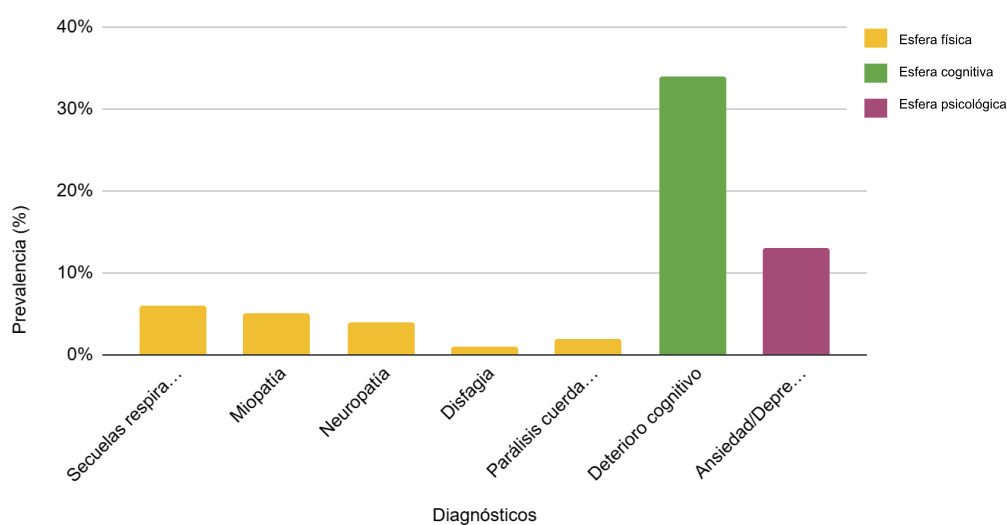


Gráfico 3. Prevalencia de los diagnósticos más frecuentes del PICS. Gráfico que representa la distribución de los diagnósticos clínicos más frecuentes realizados por los especialistas a pacientes derivados desde la consulta post-UCI.

Una vez que los pacientes fueron visitados por los especialistas, se realizaron un total de 71 intervenciones sobre 47 pacientes. Los datos de nuestro trabajo muestran que el 55% (47/85) de los pacientes que se derivaron, recibieron alguna intervención para optimizar las secuelas generadas como consecuencia del PICS.

La intervención que se realizó con mayor frecuencia fue el tratamiento no farmacológico, con una prevalencia del 33% (28/85). Le siguieron las acciones de seguimiento y la realización de pruebas complementarias, en el 16% (14/85) y 15% (13/85), respectivamente. En menor proporción se encontraron las intervenciones que implicaron la prescripción de tratamiento farmacológico o la derivación a otro profesional, ambas con una prevalencia del 9% (8/85). (Gráfico 4)

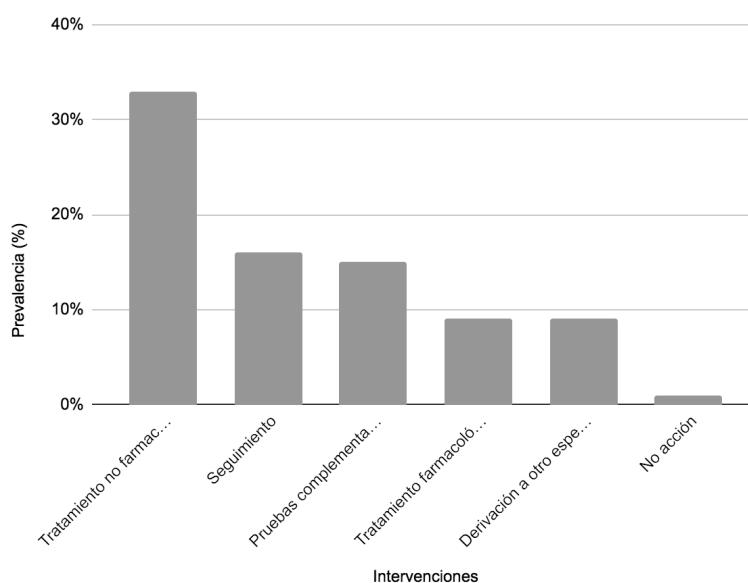


Gráfico 4. Prevalencia de las intervenciones más frecuentes PICS. Gráfico que representa los tipos de intervenciones terapéuticas realizadas tras la valoración por especialistas.

## 7. DISCUSIÓN

En el presente estudio se analizó una cohorte de 174 pacientes que estuvieron ingresados en UCI con factores de riesgo para desarrollar PICS y que fueron evaluados en la consulta post-UCI dirigida por médicos intensivistas. Se identificó una alta incidencia de síntomas compatibles con PICS, presentes en el 75% de los pacientes valorados, lo que respalda la hipótesis de que la consulta externa liderada por intensivistas fue una herramienta efectiva para detectar precozmente las secuelas del ingreso en cuidados intensivos.

Este hallazgo fue coherente con investigaciones previas que mostraron tasas de prevalencia similares o incluso superiores para síntomas de PICS en pacientes críticos, que persistieron más allá del primer año del alta<sup>1,3,7</sup>.

En nuestro estudio, los pacientes con antecedentes de enfermedades respiratorias crónicas como la EPOC o el asma presentaron una mayor probabilidad de desarrollar síntomas relacionados con el PICS (27% frente a 5%). Aunque no encontramos estudios que

analicen directamente estas enfermedades como factores de riesgo independientes para el desarrollo del PICS, múltiples trabajos proponen que estos pacientes podrían estar más predispuestos a presentar complicaciones post-UCI, debido a su menor reserva funcional pulmonar, mayor dificultad para el destete ventilatorio, y riesgo de infecciones respiratorias durante el ingreso <sup>4,8,9</sup>. Esta hipótesis abre una línea interesante de investigación futura.

Los datos de nuestro trabajo mostraron que los pacientes que desarrollaron síntomas compatibles con el PICS requirieron VMI con mayor frecuencia que aquellos que no lo desarrollaron (88% frente a 72%). Asimismo, la duración de la ventilación adquirida en la UCI fue significativamente mayor (10 días frente a 5). Estos hallazgos coincidieron según lo reportado en estudios previos, donde explicaron que la ventilación mecánica prolongada se asoció de manera consistente con una mayor probabilidad de desarrollar complicaciones como DMAUCI y deterioro funcional, que son componentes frecuentes del PICS <sup>10</sup>. También, se observó que más del 25% de los supervivientes de UCI desarrollaron secuelas físicas relacionadas con su estancia, especialmente cuando estuvieron expuestos a ventilación mecánica prolongada (>7 días), inmovilidad y otras condiciones críticas, reforzando la relevancia de este factor como predictor de secuelas post-UCI y coincidiendo con los resultados de este estudio <sup>1, 5, 6, 7</sup>.

Según los datos de nuestro estudio, los pacientes que permanecieron sedados durante un período de tiempo más largo, fueron más susceptibles a desarrollar el PICS. El sedante más utilizado fue el midazolam (65%), seguido por el propofol (63%); por otro lado, el 78% de los pacientes recibió analgesia continua con opioides. Estudios previos señalaron que la sedación continua, profunda y prolongada, especialmente con benzodiazepinas, siguió siendo común en pacientes críticos <sup>4</sup>, a pesar de que los algoritmos de actuación del Grupo de Trabajo de Sedación, Analgesia y Delirium (GTSAD)<sup>11</sup> de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) así como las guías PADIS del American College of Critical Care Medicine (2018)<sup>12</sup> recomendaron priorizar la sedación ligera y el uso de agentes como propofol o dexmedetomidina, reservando las benzodiazepinas (como midazolam o lorazepam) para situaciones muy específicas. Asimismo, destacaron que la sedación continua con propofol y benzodiazepinas alteraron el ritmo circadiano, lo cual afectó negativamente la calidad del sueño y, además, pudo contribuir al delirio y al deterioro cognitivo posterior. En esta misma línea, también se identificó la sedación, junto con otros factores, como un elemento asociado a peores resultados cognitivos y psiquiátricos a largo plazo<sup>7</sup>. En cuanto a la analgesia, investigaciones previas observaron que una mayor duración en la administración de opioides se asoció con síntomas de depresión y ansiedad <sup>1</sup>. Por tanto, los hallazgos de nuestros resultados sugieren la necesidad de actualizar los protocolos de sedación de la UCI y fomentar la formación continua del equipo asistencial para alinear la práctica clínica con las recomendaciones actuales de seguridad y calidad asistencial.

Otro hallazgo relevante de nuestro estudio fue que los pacientes con síntomas PICS presentaron con mayor frecuencia DMAUCI. Varios estudios describen una prevalencia de entre 25-80% <sup>10,13,14,15,16</sup>. Se evidenció que los principales factores de riesgo para desarrollo de DMAUCI son los pacientes de mayor edad, alta gravedad de la enfermedad al ingreso, insuficiencia multiorgánica, inmovilización prolongada <sup>13,15</sup>, hiperglucemia, glucocorticoides, agentes bloqueantes neuromusculares y sepsis <sup>10</sup>. Como consecuencia, la DMAUCI se asoció con dificultad para retirar la ventilación mecánica, estancias prolongadas en la UCI, mayor mortalidad, secuelas funcionales a largo plazo <sup>14</sup> y aumento de los costos relacionados con la atención médica <sup>15</sup>. Estudios demostraron que aplicar medidas preventivas como evitar la

hiperglucemia, omitir el uso temprano de nutrición parenteral, minimizar la sedación<sup>15</sup> y la movilización precoz<sup>17</sup> resultaron eficaces.

La frecuencia con la que se detectaron síntomas físicos (60%), dolor crónico (46%) y deterioro cognitivo (45%) en nuestra cohorte coincidió con los síntomas más comúnmente reportados en estudios internacionales, subrayando la relevancia clínica de la consulta post-UCI como estrategia de detección precoz y seguimiento longitudinal<sup>18,19</sup>. En las referencias previas se expusieron resultados similares a los encontrados en nuestro trabajo donde la prevalencia de deterioro cognitivo fue del 25 al 45%<sup>1,3</sup>. Al igual que se describieron alteraciones de las funciones neuromusculares después del síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) entre el 25% y el 40%<sup>3</sup>.

El 65% de los pacientes con síntomas compatibles con PICS fueron derivados a otras especialidades médicas, principalmente a neuropsicología (35%), salud mental (21%) y rehabilitación (13%). En lo que respecta a estos datos, no encontramos estudios que analicen directamente la tasa de derivaciones desde la consulta post-UCI al resto de especialidades médicas, pero este hallazgo sugirió que la consulta no solo sirve para detectar el PICS, sino también que la consulta actúa como nodo de coordinación asistencial.

Tras la derivación, el 51% de los pacientes recibió un nuevo diagnóstico relacionado con el PICS, destacando el deterioro cognitivo (34%), trastornos afectivos como ansiedad y depresión (13%) y secuelas respiratorias (6%). Hasta donde alcanza nuestro conocimiento, no encontramos estudios previos que aborden específicamente este aspecto. Estos datos podrían reflejar la carga multidimensional del PICS y respaldan la necesidad de abordajes integrales y personalizados, como ya sugirieron Needham et al. en una conferencia de consenso organizada por expertos clínicos, investigadores, supervivientes de UCI y cuidadores, con el objetivo de proponer estrategias para mejorar los resultados a largo plazo tras el alta de la UCI<sup>6</sup>. En esta conferencia se abordó de forma integral el concepto de PICS y se propuso el desarrollo de programas de rehabilitación multidisciplinar, seguimiento psicológico y físico, y herramientas de evaluación estandarizadas.

Un hallazgo relevante del presente estudio es la discrepancia observada entre la proporción de pacientes en los que se detectaron síntomas psicológicos compatibles con el PICS durante la consulta post-UCI y la proporción de pacientes que recibieron un diagnóstico definitivo. En concreto, el 21% de los pacientes (37 de 174) presentaban síntomas como ansiedad o depresión según la valoración inicial. Sin embargo, solo se registraron diagnósticos de ansiedad en 4 casos, depresión en 6 y trastorno adaptativo en 1. Esta diferencia podría explicarse, al menos en parte, por una limitación en el circuito asistencial vigente: desde la consulta post-UCI, no es posible derivar directamente a los servicios de Psiquiatría o Psicología Clínica, sino que deben ser remitidos previamente a su médico de atención primaria, quienes a su vez deciden si procede o no la derivación formal al nivel especializado. Este paso intermedio podría introducir un potencial sesgo. Tal como señala Elliott et al., los síntomas psicológicos del PICS son frecuentes, pero a menudo subestimados o insuficientemente abordados, especialmente en contextos donde no se dispone de acceso directo a profesionales de salud mental ni de instrumentos estandarizados de cribado<sup>20</sup>. Este hallazgo subraya la necesidad de revisar los circuitos asistenciales, fortaleciendo la integración de salud mental en el seguimiento estructurado del paciente crítico. Por otro lado, un estudio publicado en *Critical Care Explorations*<sup>21</sup> destacó que la HADS, aunque validada

en supervivientes de enfermedades críticas, puede no distinguir adecuadamente entre síntomas de ansiedad y depresión, ya que tiende a medir un factor general de malestar psicológico. Esto sugiere que la HADS podría sobreestimar la presencia de síntomas psicológicos en esta población, debido a la complejidad de los síntomas físicos y psicológicos que experimentan los supervivientes de la UCI. Además, es relevante considerar que los médicos intensivistas, aunque expertos en el manejo de pacientes críticos, pueden no estar suficientemente entrenados en la evaluación sistemática de síntomas de salud mental. Esto podría influir en la precisión del cribado inicial y en la interpretación de los resultados obtenidos mediante herramientas como la HADS. Por lo tanto, sería recomendable revisar y adaptar las herramientas de cribado utilizadas en la consulta post-UCI, asegurando su validez y fiabilidad en la población de pacientes críticos recuperados. Asimismo, sería beneficioso proporcionar formación específica a los profesionales de cuidados intensivos en la detección y manejo de síntomas psicológicos, para mejorar la identificación y el tratamiento oportuno de trastornos como la ansiedad, la depresión y el trastorno de estrés postraumático en este grupo.

Por otra parte, en el 55% de los pacientes valorados en consulta se implementó alguna intervención terapéutica. Las más frecuentes fueron no farmacológicas, como rehabilitación física y cognitiva, psicoterapia y seguimiento por especialistas. También se realizaron pruebas complementarias y se mantuvo el seguimiento médico en un número significativo de casos. Esto evidencia que la consulta post-UCI no solo tuvo un papel diagnóstico, sino también terapéutico, optimizando la continuidad asistencial del paciente crítico.

Este estudio presentó algunas limitaciones, como la ausencia de un grupo control sin consulta post-UCI, lo que impidió establecer una relación causal entre la intervención y los resultados observados. Tampoco se evaluaron sistemáticamente los efectos a largo plazo de las intervenciones terapéuticas realizadas. Futuras investigaciones podrían diseñar estudios comparativos aleatorizados y evaluar el impacto funcional y psicológico de estas consultas a los 6 o 12 meses del alta hospitalaria.

Este trabajo presentó varias fortalezas que reforzaron la relevancia de sus hallazgos. En primer lugar, se abordó una población poco estudiada mediante una consulta específica post-UCI, lo que permitió una evaluación estructurada y en condiciones reales de práctica clínica. Además, se ofreció un análisis integral del PICS, desglosando sus manifestaciones físicas, cognitivas y psicológicas, y relacionándolas con factores de riesgo identificados durante el ingreso en UCI. La detección de patologías no diagnosticadas previamente, así como el registro de derivaciones, nuevos diagnósticos y tratamiento iniciados, aportaron un valor clínico directo y evidenciaron la utilidad de este tipo de seguimiento.

En resumen, la consulta post-UCI fue una herramienta eficaz para detectar síntomas compatibles con el PICS, identificados en más del 75% de los pacientes evaluados. Asimismo, permitió una derivación oportuna a otras especialidades, con una alta tasa de diagnósticos confirmados e intervenciones iniciadas. Estos resultados reforzaron el valor de este modelo asistencial en el seguimiento del paciente crítico. No obstante, se necesita mayor evidencia y estudios comparativos que permitan confirmar su impacto clínico y coste-efectividad, especialmente en el abordaje integral del PICS.

## 9. CONCLUSIONES

La incidencia de pacientes con síntomas del PICS en nuestro estudio que se visitan en las consultas externas de la UCI fue de un 75%.

Un 51% de los pacientes derivados al especialista desde nuestra consulta post-UCI obtuvieron un nuevo diagnóstico y en un 55 % se indicó una intervención terapéutica.

La especialidad donde más pacientes se derivaron fue a Neuropsicología (35%), el diagnóstico más prevalente fue el de deterioro cognitivo (34%) y la intervención que más se realizó fue el tratamiento no farmacológico (33%).

Estos hallazgos destacaron el papel fundamental de la consulta post-UCI como una herramienta clave para la detección precoz y el abordaje de los pacientes en riesgo de desarrollar el PICS y evidenciaron la necesidad de seguir impulsando estudios e investigaciones que permitan profundizar en el conocimiento y manejo de esta entidad.

## 10. AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a las doctoras Mónica Magret Iglesias, Sara Manrique Moreno y Vanessa Blázquez Alcaide por su dedicación, profesionalismo y calidez humana en la guía de este trabajo. También extendemos nuestro cariño y gratitud a nuestras familias, cuyo apoyo incondicional ha sido fundamental en este camino. A todas aquellas personas que, de alguna manera, han contribuido a que hoy estemos aquí, les damos las gracias de corazón.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

1. Extremera P, Añón JM, De Lorenzo AG. ¿Están justificadas las consultas externas de medicina intensiva? Medicina Intensiva [Internet]. 19 de septiembre de 2017;42(2):110-3. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-estan-justificadas-consultas-externas-medicina-articulo-S0210569117302279>
2. Griffiths JA, Gager M, Waldmann C. Follow-up after intensive care. Continuing Education In Anaesthesia Critical Care & Pain [Internet]. 17 de noviembre de 2004;4(6):202-5. Disponible en: <https://academic.oup.com/bjaed/article/4/6/202/314711>
3. Renner C, Jeitziner MM, Albert M, Brinkmann S, Diserens K, Dzialowski I, et al. Guideline on multimodal rehabilitation for patients with post-intensive care

- syndrome. *Critical Care* [Internet]. 31 de julio de 2023;27(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04569-5>
4. Rousseau AF, Prescott HC, Brett SJ, Weiss B, Azoulay E, Creteur J, et al. Long-term outcomes after critical illness: recent insights. *Critical Care* [Internet]. 17 de marzo de 2021;25(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03535-3>
  5. Serra AM. De fragilidad, calidad de vida y síndrome post-UCI. *Medicina Intensiva* [Internet]. 3 de mayo de 2024;48(7):375-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2024.04.001>
  6. 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* [Internet]. 4 de octubre de 2011;40(2):502-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21946660/>
  7. Mulkey MA, Beacham P, McCormick MA, Everhart DE, Khan B. Minimizing Post-Intensive Care Syndrome to Improve Outcomes for Intensive Care Unit Survivors. *Critical Care Nurse* [Internet]. 1 de agosto de 2022;42(4):68-73. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35908764/>
  8. Wildman MJ, Sanderson CFB, Groves J, Reeves BC, Ayres JG, Harrison D, et al. Survival and quality of life for patients with COPD or asthma admitted to intensive care in a UK multicentre cohort: the COPD and Asthma Outcome Study (CAOS). *Thorax* [Internet]. 14 de octubre de 2008;64(2):128-32. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/thx.2007.091249>
  9. Voiriot G, Oualha M, Pierre A, Salmon-Gandonnière C, Gaudet A, Jouan Y, et al. Chronic critical illness and post-intensive care syndrome: from pathophysiology to clinical challenges. *Annals Of Intensive Care* [Internet]. 2 de julio de 2022;12(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35779142/>
  10. 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* [Internet]. 25 de abril de 2019;6(3):233-46. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31304024/>
  11. Hurtado B, Giménez-Esparza C, Alcántara S, Rodríguez S. Algoritmos de actuación en analgo-sedación y delirium [Internet]. *Semicyuc*. 2022 [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2022/11/GTSAD-ALGORITMOS-DE-ACTUACION-EN-ANALGOSEDACION-Y-DELIRIUM-SEMICYUC-DELIRIUM.pdf>
  12. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine* [Internet]. 16 de agosto de 2018;46(9):e825-73. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30113379/>

13. Hermans G, Van Den Berghe G. Clinical review: intensive care unit acquired weakness. *Critical Care* [Internet]. 29 de junio de 2015;19(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26242743/>
14. Rosa D, Negro A, Marcomini I, Pendoni R, Albabesi B, Pennino G, et al. The Effects of Early Mobilization on Acquired Weakness in Intensive Care Units. *Dimensions Of Critical Care Nursing* [Internet]. 30 de marzo de 2023;42(3):146-52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36996359/>
15. Vanhorebeek I, Latronico N, Van Den Berghe G. ICU-acquired weakness. *Intensive Care Medicine* [Internet]. 19 de febrero de 2020;46(4):637-53. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05944-4>
16. Jolley S, Bunnell A, Hough C. ICU-Acquired weakness [Internet]. PubMed. 2006 [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27063347/>
17. Zang K, Chen B, Wang M, Chen D, Hui L, Guo S, et al. The effect of early mobilization in critically ill patients: A meta-analysis. *Nursing In Critical Care* [Internet]. 20 de junio de 2019;25(6):360-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31219229/>
18. Rawal G, Yadav S, Kumar R. Post-intensive care syndrome: An overview. *Journal Of Translational Internal Medicine* [Internet]. 1 de junio de 2017;5(2):90-2. Disponible en: <https://doi.org/10.1515/jtim-2016-0016>
19. Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, Morandi A, Thompson JL, Pun BT, et al. Long-Term Cognitive Impairment after Critical Illness. *New England Journal Of Medicine* [Internet]. 2 de octubre de 2013;369(14):1306-16. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/nejmoa1301372>
20. Elliott D, Davidson JE, Harvey MA, Bemis-Dougherty A, Hopkins RO, Iwashyna TJ, et al. Exploring the Scope of Post-Intensive Care Syndrome Therapy and Care. *Critical Care Medicine* [Internet]. 1 de agosto de 2014;42(12):2518-26. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000000525>
21. Vlaka JH, Van Bommel J, Hellemons ME, Wils E-J, Bienvenu OJ, Schut AFC, et al. Psychologic distress and quality of life after ICU treatment for Coronavirus disease 2019: A multicenter, observational cohort study. *Crit Care Explor* [Internet]. 2021;3(8):e0497. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/CCE.0000000000000497>

## 12. ANEXOS

### Anexo 1: Check list consulta PICS.

- HECKLIST CONSULTA PICS**
- Nom i cognoms:
  - Número d'historia:
  - Edat:
  - Estat laboral: Baixa laboral [ ] Actiu [ ] Incapacitat [ ] Jubilat [ ] Atur [ ]
  - Data alta UCI: Data alta hospitalària: Data alta sociosanitari:
  - Consulta: 1 mes 3 mesos 6 mesos 12 mesos 18 mesos

#### Resum història

#### EXPLORACIÓ FÍSICA

Pes: Previ ingrès [ ] Alta UCI [ ] Actual [ ] Talla: IMC:  
SatO2: TA: FC:

#### ANAMNESI

- Fatiga: SI NO
- Astènia: SI NO
- Dolors articulars persistents: SI NO
- Dolors musculars persistents: SI NO
- Dolor toràcic persistent: SI NO
- Parestèsies: SI NO
- Tos persistent: SI NO
- Dispnea persistent: SI NO
- Cefalea persistent: SI NO
- Alteració del llenguatge: SI NO
- Disfonia: SI NO

#### QUALITAT DE VIDA

SF-12 (<https://www.orthotoolkit.com/sf-12/>):

#### ALTERACIONS FÍSQUES (Grau de dependència)

- Barthel:
- Dinamometria:  
Mà dreta: Débil [ ] Normal [ ] Fort [ ] / Mà esquerra: Débil [ ] Normal [ ] Fort [ ]
- MRC:

ESCALA DE FRAGILITAT: 1-2-3-4-5-6-7-8-9

#### VALORACIÓ NUTRICIONAL

- MUST: Nivell de risc 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ]
- Síntomes digestius: SI NO
- Alteració deglució: SI NO

SARCOPÈNIA: < 4: normal ≥ 4 Risc alt de desnutrició SI NO

#### ALTERACIONS COGNITIVES

- MOCA: Valor: (Patològic si < 26/30) NO: 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ]

#### ALTERACIONS PSIQUIÀTRIQUES:

- HAD: Depressió > 11 SI NO Ansietat > 11 SI NO Altres: 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ]
- Síndrome de estrès posttraumàtic: Patològic si > 20/63 SI NO

#### RESULTAT

##### Derivació a:

- Rehabilitació: SI NO
- Salut Mental (atenció primària): SI NO
- Neurologia: SI NO
- Neurologia/Neuropsicòloga: SI NO
- ORL: SI NO
- Endocrí: SI NO
- Medicina Interna: SI NO
- Pneumologia: SI NO
- Treball social: SI NO

### Anexo 2: Cuestionarios sobre calidad de vida.

**IMPRESS.**  
**SF-12v2™ Health Survey**  
(SF-12 v2 Standard, US Spanish Version 2.0)  
To be completed by the PATIENT

(For Internal Use Only)  
Patient Study Number \_\_\_\_\_ Completed By: \_\_\_\_\_  
Clinic: \_\_\_\_\_  
Visit Date (MM/DD/YY) \_\_\_\_\_ Visit Schedule (check appropriate box)  
 Preop  3 mo  6 mo  
 12 mo  24 mo

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está segura/o de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente  Muy buena  Buena  Regular  Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita mucho
2. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Subir varios pisos por la escalera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Si	No
4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© 1994, 2002 by QualityMetric Inc. and Medical Outcomes Trust. All Rights Reserved. SF-12™ is a registered trademark of Medical Outcomes Trust

**IMPRESS.**  
**SF-12v2™ Health Survey**  
(SF-12 v2 Standard, US Spanish Version 2.0)  
To be completed by the PATIENT

(For Internal Use Only)  
Patient Study Number \_\_\_\_\_ Completed By: \_\_\_\_\_  
Clinic: \_\_\_\_\_  
Visit Date (MM/DD/YY) \_\_\_\_\_ Visit Schedule (check appropriate box)  
 Preop  3 mo  6 mo  
 12 mo  24 mo

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

	Si	No
6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada  Un poco  Regular  Bastante  Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se pareciera más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo...?

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo algunas veces	Nunca
9. se sintió calambos y traspago?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia le saludó física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Sólo alguna vez  Nunca

© 1994, 2002 by QualityMetric Inc. and Medical Outcomes Trust. All Rights Reserved. SF-12™ is a registered trademark of Medical Outcomes Trust

## Anexo 3: Cuestionario alteraciones físicas y autonomía.

### INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
	- Dependiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
Arreglarse	- Dependiente	0
	- Continencia normal	10
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
Micción (valórese la semana previa)	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10

### INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del salón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

## Anexo 4: Cuestionario Fragilidad.

### CLINICAL FRAILTY SCORE

1. <b>En muy buena forma.</b> Personas que están fuertes, activas, vigorosas y motivadas. Son personas que suelen practicar ejercicio con regularidad. Son de los que están en mejor forma para su edad.
2. <b>En forma.</b> Personas sin síntomas de enfermedad activa, pero que están menos en forma que las de la categoría 1. Suelen ocurrir que se ejercitan o están muy activas por temporadas, por ejemplo, según la estación.
3. <b>En buen estado.</b> Personas que tienen bien controlados sus problemas médicos, pero que no llevan actividad física regular más allá de los paseos habituales.
4. <b>Vulnerables.</b> Aunque no dependen de otros que les ayuden en la vida diaria, a menudo los síntomas limitan sus actividades. Suelen quejarse de estar «lentos» o cansados durante el día.
5. <b>Levemente frágiles.</b> Estas personas a menudo tienen un <b>enlentecimiento más evidente</b> y necesitan ayuda para las <b>actividades de la vida diaria importantes</b> (economía, transporte, labores domésticas, medicación). Es típico que la fragilidad leve vaya dificultando salir solos de compras o a pasear y hacer la comida o las tareas del hogar.
6. <b>Moderadamente frágiles.</b> Personas que necesitan ayuda para <b>todas las actividades en el exterior</b> y para realizar las <b>tareas domésticas</b> . En casa, suelen tener problemas con las escaleras y necesitan <b>ayuda con el baño</b> , y pueden requerir alguna asistencia para vestirse (guía y acompañamiento).
7. <b>Con fragilidad grave.</b> Dependen totalmente para el <b>cuidado personal</b> , sea cual fuere la causa (física o cognitiva). Aun así, parecen estables y sin riesgo de muerte (en los siguientes ~6 meses).
8. <b>Con fragilidad muy grave.</b> Totalmente dependientes, se acercan al final de la vida. Es típico que ni siquiera se recuperen de afecciones menores.
9. <b>Enfermo terminal.</b> Se aproximan al final de la vida. Esta categoría se aplica a personas con <b>esperanza de vida &lt; 6 meses</b> y <b>sin otros signos de fragilidad</b> .

En personas con demencia, el grado de fragilidad se corresponde con el grado de demencia. Son síntomas comunes de demencia leve olvidar los detalles de un acontecimiento reciente aun recordando el evento en sí, la repetición de una misma pregunta o relato y el aislamiento social. En la demencia moderada, la memoria reciente está muy afectada, aunque parezca que recuerdan bien los acontecimientos de su pasado. Con pérdidas, pueden cuidarse solos. En la demencia grave, no son posibles los cuidados personales sin ayuda.

- Easier to operationalize
- ≥ 5. Predicts poor outcome in ICU patients, particularly the elderly
- ≥ 5: May identify a subgroup of 'high-risk' patients that benefit from more nutrition

## Anexo 5: Cuestionario Sarcopenia.

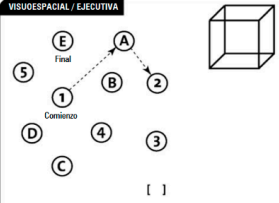
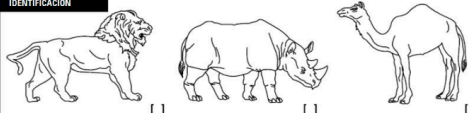
### SARC-F SCORE

#### Spanish version

Item	Preguntas	Puntaje
Fuerza	¿Tiene dificultad para llevar o cargar 4,5 kilogramos?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha o incapaz = 2
Asistencia para caminar	¿Tiene dificultad para cruzar caminando por un cuarto?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha, usando auxiliares, o incapaz = 2
Levantarse de una silla	¿Tiene dificultad para levantarse de una silla o cama?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha o incapaz sin ayuda = 2
Subir escaleras	¿Tiene dificultad para subir 10 escalones?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha o incapaz = 2
Caidas	¿Cuántas veces se ha caído en el último año?	Ninguna = 0 1 a 3 caídas = 1 4 o más caídas = 2

- Imaging techniques not currently practical or validated in ICU patients
- Use SARC-F score questionnaire
- Score of ≥ 4: High nutritional risk patient

## Anexo 6: Cuestionario Alteraciones cognitivas.

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) (EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)		NOMBRE: Nivel de estudios: Sexo:	Fecha de nacimiento: FECHA:	Puntos	
<b>VISUOESPACIAL / EJECUTIVA</b>  Copiar el cubo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dibujar un reloj (Once y diez) (5 puntos)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contenido    Números    Agujas			/5
<b>IDENTIFICACIÓN</b>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		/3			
<b>MEMORIA</b> Lea la lista de palabras, al oír cada una repítelas. Haga dos intentos. Repetición tardía 5 minutos más tarde.		ROSTRO    SEDA    IGLESIA    CLAVEL    ROLLO	Sin puntos		
<b>ATENCIÓN</b> Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirlos. <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirlos a la inversa. <input type="checkbox"/> 7 4 2		/2			
Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.		/1			
Rostar de 7 en 7 empezando desde 100. <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65		/3			
<b>LENGUAJE</b> Hacer: El que se escucha hace el café cuando los perros entran en la casa. <input type="checkbox"/> Tanto que él le entrego el mensaje una vez que ella se lo pidió. <input type="checkbox"/> Escribe el mayor número posible de palabras que comienzan por la letra "P" en 1 min. <input type="checkbox"/> _____ (N ≥ 11 palabras)		/2			
<b>ABSTRACCIÓN</b> Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta <input type="checkbox"/> tren-bicicleta <input type="checkbox"/> reloj rugla <input type="checkbox"/>		/2			
<b>RECUERDO DIFERIDO</b> Dado acordes de las palabras SIN PISTAS		ROSTRO    SEDA    IGLESIA    CLAVEL    ROLLO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente		
Optativo    Pista de categoría <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pista elección múltiple <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		/5			
<b>ORIENTACIÓN</b> <input type="checkbox"/> Día del mes (fechas) <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Día de la semana <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> Localidad		/6			
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004    Normal ≥ 28 / 30		<b>TOTAL</b> <input type="checkbox"/> /30 Añade 1 punto si tiene ≥ 17 años de edad			

## Anexo 7: Cuestionario Ansiedad y Depresión

### ANEXO HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE Versión original de Zigmund y Snaith, 1983

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde de deprisa sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo realmente se sintió.

- |  |  |
|--|--|
| <p>1. Me siento tenso o nervioso.</p> <input type="checkbox"/> Todos los días<br><input type="checkbox"/> Muchas veces<br><input type="checkbox"/> A veces<br><input type="checkbox"/> Nunca <p>2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.</p> <input type="checkbox"/> Como siempre<br><input type="checkbox"/> No lo bastante<br><input type="checkbox"/> Sólo un poco<br><input type="checkbox"/> Nada <p>3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.</p> <input type="checkbox"/> Definitivamente y es muy fuerte<br><input type="checkbox"/> Sí, pero no es muy fuerte<br><input type="checkbox"/> Un poco, pero no me preocupa<br><input type="checkbox"/> Nada <p>4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.</p> <input type="checkbox"/> Al igual que siempre lo hace<br><input type="checkbox"/> No tanto ahora<br><input type="checkbox"/> Casi nunca<br><input type="checkbox"/> Nunca <p>5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.</p> <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces<br><input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia<br><input type="checkbox"/> A veces, aunque no muy a menudo<br><input type="checkbox"/> Sólo en ocasiones <p>6. Me siento alegre.</p> <input type="checkbox"/> Nunca<br><input type="checkbox"/> No muy a menudo<br><input type="checkbox"/> A veces<br><input type="checkbox"/> Casi siempre <p>7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.</p> <input type="checkbox"/> Siempre<br><input type="checkbox"/> Por lo general<br><input type="checkbox"/> No muy a menudo<br><input type="checkbox"/> Nunca | <p>8. Me siento como si cada día estuviera más lento.</p> <input type="checkbox"/> Por lo general, en todo momento<br><input type="checkbox"/> Muy a menudo<br><input type="checkbox"/> A veces<br><input type="checkbox"/> Nunca <p>9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.</p> <input type="checkbox"/> El Nunca<br><input type="checkbox"/> En ciertas ocasiones<br><input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia<br><input type="checkbox"/> Muy a menudo <p>10. He perdido interés en mi aspecto personal.</p> <input type="checkbox"/> Totalmente<br><input type="checkbox"/> No me preocupo tanto como debiera<br><input type="checkbox"/> Podría tener un poco más de cuidado<br><input type="checkbox"/> Me preocupo al igual que siempre <p>11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.</p> <input type="checkbox"/> Mucho<br><input type="checkbox"/> Bastante<br><input type="checkbox"/> No mucho<br><input type="checkbox"/> Nada <p>12. Me siento optimista respecto al futuro.</p> <input type="checkbox"/> Igual que siempre<br><input type="checkbox"/> Menos de lo que acostumbraba<br><input type="checkbox"/> Mucho menos de lo que acostumbraba<br><input type="checkbox"/> Nada <p>13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.</p> <input type="checkbox"/> Muy frecuentemente<br><input type="checkbox"/> Bastante a menudo<br><input type="checkbox"/> No muy a menudo<br><input type="checkbox"/> Rara vez <p>14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.</p> <input type="checkbox"/> A menudo<br><input type="checkbox"/> A veces<br><input type="checkbox"/> No muy a menudo<br><input type="checkbox"/> Rara vez |
|--|--|

## Anexo 8: Cuestionario Trastorno de Estrés Postraumático.

2. NÚCLEOS SIMTOMÁTICOS			
Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma.			
0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/Bastante	5 o más veces por semana/Mucho
Reresperimentación			
Ítems	Valoración		
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?	0 1 2 3		
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0 1 2 3		
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0 1 2 3		
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3		
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3		
Puntuación en resperimentación: ____ (Rango: 0-15)			
Evitación conductual/cognitiva			
Ítems	Valoración		
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3		
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3		
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3		
Puntuación en evitación: ____ (Rango: 0-9)			
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo			
Ítems	Valoración		
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0 1 2 3		
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0 1 2 3		
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0 1 2 3		
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0 1 2 3		
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0 1 2 3		
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0 1 2 3		
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0 1 2 3		
Puntuación en alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo: ____ (Rango: 0-21)			

Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	
Ítems	Valoración
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	0 1 2 3
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	0 1 2 3
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	0 1 2 3
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	0 1 2 3
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	0 1 2 3
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	0 1 2 3

Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica: \_\_\_\_ (Rango: 0-18)  
 Puntuación total de la gravedad del TEPT: \_\_\_\_ (Rango: 0-63)

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA		
Síntomas disociativos		
Ítems	Valoración	
1. ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?	0 1 2 3	
2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera?	0 1 2 3	
3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?	0 1 2 3	
4. ¿Percebe al resto de las personas como si no fueran reales?	0 1 2 3	

Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos:  Sí  No

Presentación demorada del cuadro clínico (al menos, 6 meses después del suceso)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

## Anexo 9. Dictamen Comité Ético de Investigación con medicamentos.

**IISPV** INSTITUT D'INVESTIGACIÓ SANITÀRIA PERE VIRGILI

**CEIm** Comitè Ètic d'Investigació amb medicaments

**DICTAMEN COMITÈ ÈTIC DE INVESTIGACIÓ CON MEDICAMENTOS**

FRANCESC XAVIER SUREDA BATLLE, Secretario del Comité Ético de Investigación con Medicamentos del IISPV da fe de los acuerdos aprobados con el visto bueno de JOSEP MARIA ALEGRET COLOMÉ que preside la reunión.

Este Comité, en su reunión de fecha 06/02/2025 acta número 002/2025 se ha evaluado y decidido emitir Informe Favorable para que se realice el estudio titulado:

"INCIDENCIA DEL SÍNDROME POST CUIDADOS INTENSIVOS EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI MEDIANTE CONSULTA EXTERNA CONDUCTA POR MÉDICOS INTENSIVISTAS (SON CLAVE PARA IDENTIFICAR EL SÍNDROME POST UCI)"

Código: ...  
 Versión Protocolo: 10/01/2024  
 Versión H.J.P. y Consentimiento Informado: Exención consentimiento  
 Promotor: INVESTIGADOR  
 Ref. CEIm: 041/2025.

**CONSIDERA QUE:**

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Este comité **acepta** que dicho estudio se realice en:

Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona por MAGRET IGLESIAS, MÓNICA del Servicio de UNITAT DE CURES INTENSIVES

En el caso que se evalúe algún proyecto en el que participe como investigador/colaborador algún miembro de este comité, se sustrae de la reunión durante la discusión del estudio.

La composición actual del CEIm del Instituto d'Investigació Sanitària Pere Virgili es la siguiente:

**Presidente**  
 Dr. Josep Mª Alegret Colomé  
 Cardiólogo. Salut Sant Joan de Reus-Boix Camp.

**Vicepresidente**

**IISPV** INSTITUT D'INVESTIGACIÓ SANITÀRIA PERE VIRGILI

**CEIm** Comitè Ètic d'Investigació amb medicaments

Dra. Maria Teresa Auguet Quintilla  
 Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Joan XXIII. Representante de la Comisión de Investigación.

**Secretaría**  
 Dr. Francesc Xavier Sureda Batlle  
 Profesor Titular de Farmacología, Universitat Rovira i Virgili.

**Vocales**

Dra. María del Mar Cervera Martínez  
 Farmacología Atención Primaria – Salut Sant Joan de Reus – Baix Camp  
 Sra. Mònica Cots Morenilla  
 Unidad de Atención Usuario, Hospital Universitari Joan XXIII.  
 Dr. Jaquim Escribano Sobías.  
 Médico del Servicio de Pediatría. Representante de la Comisión de Bioética Asistencial. Salut Sant Joan de Reus-Baix Camp.  
 Dra. Gemma Flores Mateo  
 Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública.  
 Nansa Sanjaume Santa Tecla  
 Sra. Elisabet Galve Alza  
 Delegada en Protección de Datos del IISPV.  
 Sra. M. Mar Girasol Barceló  
 Abogada i Asesora Jurídica del Comitè.  
 Dra. M. Francisca Jiménez Herrera

Profesora Titular Universitaria Departamento Enfermería, Universidad Rovira i Virgili  
 Dr. Jesús Miguel López-Dupla  
 Servicio de Medicina Interna Hospital Universitari Joan XXIII.  
 Dr. Jordi Mallol Mirón  
 Catedrático de Farmacología.  
 Dr. David Mas Rosell  
 Medicina Psiquiátrica - Institut Pere Mata.  
 Dra. Mª Angels Roch Ventura  
 Farmacia Hospitalaria Hospital Universitari Joan XXIII  
 Dr. Xavier Ruiz Plasas  
 Urología Hospital Universitari Joan XXIII.  
 Sra. Meritxell Torres Paisal  
 Delegada Protección de Datos - IISPV  
 Sra. Mercè Vilella Papasoti  
 Representante de la Sociedad Civil

Firma Francesc Xavier Sureda Batlle  
 por Francesc Xavier Sureda Batlle - 204  
 DNI 38088115T  
 (TCAT)  
 Fecha: 2025.02.11  
 163807 40102

Dr. Francesc Xavier Sureda  
 Secretario CEIm IISPV

## Anexo 10. Conformidad de la dirección del Centro.



### CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

Don Llorenç Mairal Padró, Director del Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII, vista la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica

### **CERTIFICA**

Que conoce la propuesta, para que se realice el estudio titulado "Incidencia del síndrome post cuidados intensivos en los pacientes ingresados en la UCI mediante consulta externa conducida por médicos intensivistas ¿Son clave para identificar el síndrome post UCI?" realizado por la Dra. Monica Magret Iglesias del Servicio de Medicina Intensiva.

Que autoriza la realización de dicho estudio en este Centro.

Llorenç Mairal  
Padró - DNI  
39321289Y  
(SIG)

Signat digitalment  
per Llorenç Mairal  
Padró - DNI  
39321289Y (SIG)  
Data: 2025.04.02  
11:49:35 +02'00'

Dr. Llorenç Mairal  
Director  
Hospital Universitari Joan XXIII

En Tarragona, a 2 de abril 2025