

---

# TERAPIA OCUPACIONAL EN LA UCI Y USO DE TECNOLOGÍA MULTISENSORIAL

---

**María Miñana Álvarez**

Terapeuta ocupacional del Hospital Universitario de Bellvitge  
aminana@bellvitgehospital.cat

## Resumen

Las personas ingresadas en las unidades de cuidados intensivos (UCIs) a menudo se enfrentan a problemas en su salud física, cognitiva y mental que persisten durante meses o años aún después de la recuperación de una enfermedad crítica. Este fenómeno es conocido como síndrome post-cuidados intensivo (SPCI).

La intervención de terapia ocupacional en cuidados intensivos tiene como objetivo mejorar el estado funcional general de la persona, así como proporcionar intervenciones seguras para prevenir complicaciones físicas, sensoriales, cognitivas y emocionales.

Gracias a un proyecto innovador financiado por fondos europeos, en los boxes de las UCIs del Hospital de Bellvitge se han incorporado elementos sensoriales con tecnolo-

gía multisensorial. A partir de este proyecto, la figura de terapia ocupacional ha sido integrada dentro del equipo multidisciplinar con el objetivo de mejorar el bienestar físico, cognitivo y emocional de las personas ingresadas en estas unidades y paliar los síntomas característicos del SPCI.

Las terapeutas ocupacionales disponen de herramientas de intervención que pueden dar respuesta a las necesidades complejas de las personas ingresadas en la UCI. Además, el uso de la tecnología multisensorial, nos permite complementar nuestras intervenciones ofreciendo un amplio abanico de posibilidades para enriquecer el entorno y facilitar la recuperación integral de la persona.

**Palabras clave:** Terapia ocupacional, Unidad de cuidados intensivos, Estimulación multisensorial, Rehabilitación temprana.

## Summary

Patients admitted to intensive care units (ICUs) often face physical, cognitive and mental health problems that persist for months or even years after recovery from a critical illness. This phenomenon is known as post-intensive care syndrome (PICS).

Occupational therapy intervention in intensive care aims to improve the patient's overall functional status, as well as to provide safe interventions to prevent physical, sensory, cognitive and emotional complications.

Thanks to an innovative project financed by European funds, Bellvitge Hospital incorporated sensory elements driven by multisensory technology into their ICU patient rooms. As a result of this project, occupational therapy has been integrated into the multidisciplinary team with the aim of improving the physical, cognitive and emotional well-being of patients admitted to these units and alleviating the characteristic symptoms of PICS.

Occupational therapists have intervention tools that can respond to the complex needs of ICU patients. In addition, the use of multisensory technology allows us to complement our interventions by offering a wide range of possibilities to enrich the environment and facilitate the patient's overall recovery.

**Key words:** Occupational therapy, Intensive care unit, Multisensory stimulation, Early rehabilitation.

## Terapia ocupacional en la Uci

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), es una unidad intrahospitalaria donde trabaja un equipo profesional multidisciplinar con el objetivo de recuperar o estabilizar el estado de salud crítico de las personas ingresadas<sup>1</sup>. Es un dispositivo que alberga personas que requieren de intervenciones médicas complejas e intensivas, como por ejemplo respiración asistida por ventilador o una monitorización y seguimiento constantes por su estado general o por encontrarse en estado de sedación.

A lo largo de las dos últimas décadas, la ocupación en estas unidades ha ido aumentando considerablemente, y debido a los avances biomédicos e innovaciones tecnológicas, la tasa de supervivencia es notablemente mayor<sup>2</sup>. Desafortunadamente, la mayoría de los usuarios que pasan tiempo en una UCI experimentan una gran cantidad de síntomas y secuelas.

Entre los desafíos que enfrentan las personas que sobreviven a una estancia en la UCI se encuentra el síndrome post cuidados intensivos (SPCI), que describe una serie de cambios como consecuencia de períodos prolongados en cama y gran limitación de movimiento<sup>3</sup>. El SPCI comprende problemas cognitivos, emocionales, de salud mental, trastorno de estrés postraumático, así como afectaciones y/o limitaciones a nivel físico, incluidas la debilidad, la fatiga y las hipotónías por largos períodos encamados<sup>4,5</sup>.

Aunque la probabilidad de sobrevivir a una estancia en la UCI ha ido en aumento, ésta no siempre se traduce en la recuperación del nivel de capacidad premórbida y las repercusiones en la calidad de vida son evidentes en estas personas<sup>6</sup>.

En relación con las complicaciones físicas frecuentes en personas ingresadas en UCI se encuentra la debilidad adquirida en la UCI (DAUCI). Las manifestaciones clínicas de DAUCI pueden incluir dificultad para desconectar el ventilador, dificultades para hablar o tragar y debilidad generalizada de las extremidades. La DAUCI se subdivide en desacondicionamiento muscular, polineuropatía del paciente crítico y miopatía del enfermo crítico, las dos últimas de las cuales pueden coexistir como neuromiopatía del paciente crítico<sup>7</sup>.

El deterioro físico está presente en el 25-80% de los adultos supervivientes de la UCI. Es incluso más prevalente entre los supervivientes de sepsis<sup>8</sup>, posiblemente debido a la implicación de citoquinas inflamatorias en la patogénesis de la DAUCI<sup>9</sup>.

Las afectaciones cognitivas asociadas al SPCI pueden manifestarse como déficits en la memoria, la función ejecutiva, el lenguaje, la atención, las capacidades visio-espaciales y la velocidad de procesamiento<sup>10</sup>. La disfunción cognitiva ocurre en el 70-100% de los pacientes al alta de la UCI. Entre el 46% y el 80% todavía persiste un año después, y el 20% después de 5 años, particularmente después de la recuperación del Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) o la sepsis<sup>11</sup>.

Entre las alteraciones cognitivas, la presencia de delirium suele ser muy frecuente. El delirium en personas ingresadas en la UCI se ha identificado como un factor que influye de manera negativa en el pronóstico, con repercusión a nivel funcional y psicosocial<sup>12</sup>. El estudio Brain de 2013 con más de 800 pacientes de la UCI reveló que una duración más prolongada del delirio, pero curiosamente no un coma, aumentaba el riesgo de deterioro cognitivo un año después del alta<sup>13</sup>.

No obstante, el delirium es una condición de salud reversible, el tratamiento del cual puede mejorar el pronóstico de recuperación funcional a niveles de autonomía basales previos<sup>14</sup>.

El SPCI también incluye deterioros en la salud mental de la persona. Los más frecuentes son la depresión en aproximadamente el 30% de los sobrevivientes, la ansiedad en el 70% y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) en 10 a 50%<sup>15</sup>, que se caracteriza por recuerdos intrusivos que surgen de una combinación de eventos reales después del alta de la UCI.

Estas secuelas psiquiátricas pueden derivar de la experiencia aterradora, deshumanizante y aislante que sufren por el propio ingreso en la UCI. También es frecuente la exposición repetitiva al dolor y el malestar físico, así como una sensación general de desorientación y confusión que surge de la sedación prolongada o del delirio. La exposición a agentes sedantes durante la estancia en la UCI y el recuerdo limitado de la experiencia en la UCI también aumentan el riesgo de problemas de salud mental posteriores. Al mismo tiempo, la aparición de recuerdos traumáticos intrusivos y pesadillas durante la hospitalización puede presagiar problemas que persisten después del alta<sup>16</sup>.

En investigaciones sobre ingresos en UCI por SDRA, se han informado impactos psicológicos adversos. Incluso después de 2 años son prevalentes el TEPT (22% -24%), la depresión (26% -33%) y la ansiedad general (38% -44%)<sup>11</sup>.

Por otro lado, hay que destacar que durante la estancia en UCI se pueden ver afectados los sistemas sensoriales de los usuarios, lo que puede provocar cambios conductuales, cognitivos y físicos. La deprivación sensorial en la UCI puede ser causada por el