Sanitas
Revista arbitrada de ciencias de la salud
Vol. 4(especial8), 74-80, 2026
DOI: https://doi.org/10.62574/j622ry10

Pacientes con COVID-19 grave en cuidados intensivos: revisión narrativa

Patients with severe COVID-19 in intensive care: a narrative review

María Ilusión Solís-Sánchez
ua.mariass79@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0001-8290-2926

José Luis Cerano-Fuentes
jose.cerano@unini.edu.mx
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México
https://orcid.org/0009-0005-0611-0977

Nancy Yolanda Urbina-Romo
ua.nancyur26@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0009-3394-8774

Andrés Gustavo Toscano-Ponce
ua.andrestp17@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0000-0001-7683-1618

RESUMEN

Objetivo: analizar las características clínicas, la mortalidad, los factores de riesgo y los tratamientos de los pacientes con COVID-19 grave ingresados en unidades de cuidados intensivos. **Método:** revisión narrativa de literatura indexada en PubMed y SciELO; se seleccionaron 15 documentos: cohortes, un metaanálisis y ensayos clínicos aleatorizados. **Resultados:** en Europa, cerca de tres cuartas partes de los pacientes críticos eran varones y la mitad tenía hipertensión. La mortalidad en cuidados intensivos descendió del 60 % al 36 % durante 2020, pero en América Latina alcanzó el 59 % en Brasil y el 47,8 % en Medellín. La edad, la diabetes, la obesidad y la hipoxemia grave aumentaron el riesgo de muerte. La dexametasona, el tocilizumab y la posición prona en pacientes despiertos mejoraron los desenlaces. **Conclusión:** el pronóstico depende de la gravedad al ingreso y de la aplicación de tratamientos con eficacia demostrada.
Descriptores: COVID-19; unidades de cuidados intensivos; respiración artificial. (Fuente, DeCS).

ABSTRACT

Objective: To analyze the clinical characteristics, mortality, risk factors and treatments of patients with severe COVID-19 admitted to intensive care units. **Method:** Narrative review of literature indexed in PubMed and SciELO; 15 documents were selected: cohort studies, a meta-analysis and randomized clinical trials. **Results:** In Europe, about three quarters of critically ill patients were men and half had hypertension. Intensive care mortality fell from 60% to 36% during 2020, but in Latin America it reached 59% in Brazil and 47.8% in Medellín. Age, diabetes, obesity and severe hypoxemia increased the risk of death. Dexamethasone, tocilizumab and awake prone positioning improved outcomes. **Conclusion:** Prognosis depends on severity on admission and on the use of treatments of proven efficacy.
Descriptors: COVID-19; intensive care units; respiration, artificial. (Source, DeCS).

Recibido: 02/09/2026. Revisado: 04/09/2026. Aprobado: 04/10/2026. Publicado: 20/10/2026.
Artículo de revisión

INTRODUCCIÓN

Una proporción de los pacientes con COVID-19 desarrolla neumonía grave e insuficiencia respiratoria y requiere cuidados intensivos. En la primera serie de Wuhan, 13 de 41 pacientes (32 %) ingresaron en la unidad de cuidados intensivos (UCI) (1). En los primeros meses de la pandemia, la demanda de camas de UCI y de ventiladores superó la capacidad de muchos sistemas de salud.

En la región de Lombardía, Italia, Grasselli et al. describieron a 1591 pacientes ingresados en la UCI: el 82 % eran varones, el 68 % tenía al menos una comorbilidad, la más frecuente la hipertensión (49 %), y el 88 % de los que recibieron soporte respiratorio requirió ventilación mecánica invasiva (2). Desde entonces, se han acumulado datos sobre el perfil de estos pacientes, su mortalidad y los tratamientos eficaces.

El objetivo de esta revisión fue analizar las características clínicas, la mortalidad, los factores de riesgo, las complicaciones y los tratamientos de los pacientes con COVID-19 grave ingresados en la UCI, con atención especial a los datos de América Latina.

MÉTODO

Se realizó una revisión narrativa de la literatura. La búsqueda se efectuó en PubMed y SciELO con los términos «COVID-19», «SARS-CoV-2», «intensive care unit», «critically ill», «mechanical ventilation», «mortality», «cuidados intensivos» y «ventilación mecánica», en español, inglés y portugués.

Se incluyeron cohortes de pacientes críticos con datos sobre características clínicas y mortalidad, metaanálisis sobre la mortalidad en la UCI y ensayos clínicos aleatorizados sobre tratamientos en pacientes graves, con preferencia por los estudios multicéntricos y por los realizados en América Latina. Se excluyeron las tesis, las rutas de archivos locales, las fuentes no académicas y los documentos que no trataban el tema.

Cada documento se verificó en su fuente original (revista, PubMed o SciELO) antes de su inclusión. Se seleccionaron 15 documentos: nueve estudios de series o cohortes, tres metaanálisis o revisiones sistemáticas y tres ensayos clínicos aleatorizados. Al tratarse de una revisión narrativa, no se realizó un análisis cuantitativo combinado de los resultados.

RESULTADOS

Perfil clínico y mortalidad

En la cohorte prospectiva COVID-ICU, con 4244 pacientes críticos de 149 UCI de Francia, Bélgica y Suiza, la mediana de edad fue de 63 años y el 74 % eran varones; el 48 % tenía hipertensión, el 41 % obesidad y el 28 % diabetes. El 80 % requirió intubación durante su estancia y la mortalidad a 90 días fue del 31 %, que ascendió al 50 % en los pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda grave el primer día (3).

La mortalidad en la UCI disminuyó a lo largo de 2020. El metaanálisis actualizado de Armstrong et al., con 52 estudios y 43 128 pacientes, mostró que la mortalidad en la UCI pasó de cerca del 60 % a finales de marzo de 2020 al 42 % a finales de mayo y al 36 % en los estudios publicados hasta octubre, con diferencias importantes entre regiones (4).

Datos de América Latina

En América Latina, la carga sobre las UCI fue especialmente alta. En Brasil, Ranzani et al. analizaron 254 288 ingresos hospitalarios: la mortalidad fue del 38 % en el conjunto, del 59 % en los pacientes de la UCI y del 80 % en los que recibieron ventilación mecánica (5). En una UCI de Medellín, Colombia, la mortalidad fue del 47,8 % en 182 pacientes, y la edad menor de 60 años se asoció con una menor mortalidad (6). En Lima, Perú, entre 105 pacientes en ventilación mecánica, la mortalidad fue del 38 %, el 79 % eran varones y el 65 % no tenía comorbilidades; la mortalidad fue mayor en los varones, en los mayores de 50 años y en los pacientes con puntuaciones APACHE II y SOFA más altas (7). En Ecuador, las comorbilidades fueron un determinante importante de la mortalidad en la fase inicial de la epidemia (8). La Tabla 1 resume estos estudios.

Tabla 1. *Estudios sobre pacientes con COVID-19 en cuidados intensivos.*

Estudio	País y población	Características	Desenlace principal
Grasselli et al. (2)	Italia, 1591 pacientes de UCI	82 % varones; 68 % con comorbilidad; hipertensión 49 %	Ventilación invasiva en el 88 % con soporte respiratorio
COVID-ICU (3)	Francia, Bélgica y Suiza, 4244 pacientes	74 % varones; 80 % intubados	Mortalidad a 90 días 31 %; 50 % en SDRA grave
Armstrong et al. (4)	Metaanálisis, 43 128 pacientes	52 estudios observacionales	Mortalidad del 60 % al 36 % durante 2020
Ranzani et al. (5)	Brasil, 254 288 ingresos	Ingresos hospitalarios nacionales	Mortalidad 59 % en UCI; 80 % con ventilación
Ramírez-Vélez et al. (6)	Colombia, 182 pacientes de UCI	Hospital de cuarto nivel	Mortalidad 47,8 %
Fernández Merjildo et al. (7)	Perú, 105 pacientes ventilados	79 % varones; 65 % sin comorbilidades	Mortalidad 38 %

Fuente: elaboración propia (2026) a partir de los estudios citados. SDRA: síndrome de dificultad respiratoria aguda; UCI: unidad de cuidados intensivos.

Factores asociados con la mortalidad

En la cohorte COVID-ICU, la edad, la diabetes, la inmunodepresión, la disfunción cardiovascular grave, una relación entre la presión arterial de oxígeno y la fracción inspirada de oxígeno de 100 mmHg o menos y la obesidad de grado 2 o mayor se asociaron de forma independiente con la mortalidad a 90 días (3). En China, la presencia de una o más comorbilidades aumentó el riesgo del desenlace compuesto de ingreso en la UCI, ventilación mecánica o muerte (HR 1,79), y el de dos o más, aún más (HR 2,59) (9). El metaanálisis de Peckham et al., con más de 3 millones de casos, mostró que los varones tenían más probabilidad de ingresar en la UCI (OR 2,84) y de morir (OR 1,39) (10).

Complicaciones

La coinfección es menos frecuente de lo que podría esperarse: en el metaanálisis de Lansbury et al., la coinfección bacteriana afectó al 14 % de los pacientes de la UCI, frente al 7 % del conjunto de los hospitalizados, y la viral al 3 % (11). En cambio, la lesión renal aguda es frecuente en los pacientes críticos: en Nueva York, Hirsch et al. la observaron en el 36,6 % de 5449 pacientes hospitalizados y en el 89,7 % de los que requirieron ventilación mecánica (12).

Tratamientos con eficacia demostrada

Los ensayos aleatorizados han identificado tratamientos eficaces en los pacientes graves. En el ensayo RECOVERY, la dexametasona redujo la mortalidad a 28 días, con el mayor beneficio en los pacientes en ventilación mecánica invasiva, y no mostró beneficio en los que no requerían oxígeno (13). En el mismo ensayo, el tocilizumab, administrado a 4116 pacientes con hipoxia e inflamación sistémica, redujo la mortalidad a 28 días del 35 % al 31 % (razón de tasas 0,85) y la progresión a ventilación mecánica invasiva o muerte (14). En los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica, el metaensayo de Ehrmann et al., con 1126 pacientes, mostró que la posición prona en pacientes despiertos redujo el fracaso del tratamiento (intubación o muerte) del 46 % al 40 % (riesgo relativo 0,86) y la intubación (HR 0,75), sin diferencias significativas en la mortalidad (15). La Tabla 2 resume estos ensayos.

Tabla 2. *Ensayos clínicos aleatorizados en pacientes con COVID-19 grave.*

Ensayo	Intervención	Pacientes	Resultado principal
RECOVERY (13)	Dexametasona	Hospitalizados con o sin soporte respiratorio	Menor mortalidad a 28 días con oxígeno o ventilación; sin beneficio sin oxígeno
RECOVERY (14)	Tocilizumab	4116 con hipoxia e inflamación	Mortalidad del 35 % al 31 %; razón de tasas 0,85
Ehrmann et al. (15)	Posición prona en pacientes despiertos	1126 con insuficiencia respiratoria hipoxémica	Fracaso del tratamiento del 46 % al 40 %; intubación HR 0,75

Fuente: elaboración propia (2026) a partir de los ensayos citados. HR: razón de riesgos.

DISCUSIÓN

Los resultados de esta revisión muestran un perfil homogéneo de los pacientes críticos con COVID-19 en las series europeas: predominio masculino, edad media en torno a los 60 años y alta prevalencia de hipertensión, obesidad y diabetes (2,3). Estos factores, junto con la gravedad de la hipoxemia, se asociaron con la mortalidad (3,9,10), lo que respalda su uso para la estratificación del riesgo al ingreso en la UCI.

La mortalidad en la UCI mejoró durante 2020 (4), probablemente por la mejor organización de la atención y la incorporación de tratamientos eficaces como la dexametasona (13). Sin embargo, la mortalidad fue mucho mayor en América Latina: el 59 % en las UCI de Brasil y

el 80 % en los pacientes ventilados (5), y cerca del 48 % en una UCI colombiana (6). Esta diferencia puede reflejar la saturación de los servicios, las diferencias en los recursos y el uso de tratamientos sin eficacia demostrada; en Lima, la mortalidad fue mayor en los pacientes que recibieron hidroxicloroquina o azitromicina (7).

El perfil de los pacientes latinoamericanos también difiere en parte: en la serie de Lima, los pacientes ventilados eran más jóvenes y dos tercios no tenían comorbilidades (7), frente a las series europeas, con mayor edad y más comorbilidades (2,3). En Ecuador, la información sobre los pacientes críticos es escasa y procede sobre todo de la fase inicial de la epidemia (8), por lo que se requieren estudios analíticos en las UCI del país.

En cuanto al manejo, la baja frecuencia de coinfecciones (11) indica que el uso sistemático de antibióticos no está justificado en la mayoría de los pacientes, mientras que la alta frecuencia de lesión renal aguda en los pacientes ventilados (12) exige vigilar la función renal. La dexametasona, el tocilizumab y la posición prona en pacientes despiertos (13,14,15) son las intervenciones con mayor respaldo y deberían aplicarse según los criterios de los ensayos.

Esta revisión tiene limitaciones. Al ser narrativa, la selección de los estudios puede no ser exhaustiva y no se combinaron cuantitativamente los resultados. Además, la mayoría de los estudios procede de 2020, antes de la vacunación y de las nuevas variantes, y los estudios latinoamericanos son retrospectivos y unicéntricos, con muestras pequeñas.

CONCLUSIÓN

Los pacientes con COVID-19 grave en cuidados intensivos son predominantemente varones, con alta prevalencia de hipertensión, obesidad y diabetes. La edad, las comorbilidades y la hipoxemia grave se asocian con la mortalidad, que disminuyó durante 2020 en Europa pero fue mucho mayor en América Latina.

La dexametasona, el tocilizumab y la posición prona en pacientes despiertos han demostrado mejorar los desenlaces, mientras que los tratamientos sin eficacia demostrada deben evitarse. Se recomienda vigilar la función renal, limitar los antibióticos a los casos con coinfección probable y realizar estudios analíticos en las UCI ecuatorianas.

FINANCIAMIENTO

No monetario.

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES), por el apoyo brindado al desarrollo de esta investigación.

REFERENCIAS

1. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020;395(10223):497-506.
2. Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, Antonelli M, Cabrini L, Castelli A, et al. Baseline characteristics and outcomes of 1591 patients infected with SARS-CoV-2 admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. JAMA. 2020;323(16):1574-81.
3. COVID-ICU Group on behalf of the REVA Network and the COVID-ICU Investigators. Clinical characteristics and day-90 outcomes of 4244 critically ill adults with COVID-19: a prospective cohort study. Intensive Care Med. 2021;47(1):60-73.
4. Armstrong RA, Kane AD, Kursumovic E, Oglesby FC, Cook TM. Mortality in patients admitted to intensive care with COVID-19: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies. Anaesthesia. 2021;76(4):537-48.
5. Ranzani OT, Bastos LSL, Gelli JGM, Marchesi JF, Baião F, Hamacher S, et al. Characterisation of the first 250 000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. Lancet Respir Med. 2021;9(4):407-18.
6. Ramírez-Vélez A, Yepes-Gómez D, Pérez-Muñoz M, Zuluaga-García JP, Zambrano-Rico S, Moreno-Bedoya S, et al. Factores asociados a la mortalidad en pacientes con COVID-19 admitidos en una unidad de cuidados intensivos de Medellín, Colombia. Marzo-diciembre 2020. Rev Fac Med. 2023;71(2):e97986.
7. Fernández Merjildo D, Lévano Díaz L, Cieza Zevallos J, Zegarra Piérola J. Mortalidad de pacientes con infección severa por SARS-CoV2 en ventilación mecánica de una unidad de cuidados intensivos de un hospital general de Lima. Rev Med Hered. 2021;32(4):207-15.
8. Ortiz-Prado E, Simbaña-Rivera K, Gómez Barreno L, Diaz AM, Barreto A, Moyano C, et al. Epidemiological, socio-demographic and clinical features of the early phase of the COVID-19 epidemic in Ecuador. PLoS Negl Trop Dis. 2021;15(1):e0008958.
9. Guan WJ, Liang WH, Zhao Y, Liang HR, Chen ZS, Li YM, et al. Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: a nationwide analysis. Eur Respir J. 2020;55(5):2000547.
10. Peckham H, de Gruijter NM, Raine C, Radziszewska A, Ciurtin C, Wedderburn LR, et al. Male sex identified by global COVID-19 meta-analysis as a risk factor for death and ITU admission. Nat Commun. 2020;11(1):6317.
11. Lansbury L, Lim B, Baskaran V, Lim WS. Co-infections in people with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. J Infect. 2020;81(2):266-75.

12. Hirsch JS, Ng JH, Ross DW, Sharma P, Shah HH, Barnett RL, et al. Acute kidney injury in patients hospitalized with COVID-19. Kidney Int. 2020;98(1):209-18.
13. RECOVERY Collaborative Group; Horby P, Lim WS, Emberson JR, et al. Dexamethasone in hospitalized patients with Covid-19. N Engl J Med. 2021;384(8):693-704.
14. RECOVERY Collaborative Group. Tocilizumab in patients admitted to hospital with COVID-19 (RECOVERY): a randomised, controlled, open-label, platform trial. Lancet. 2021;397(10285):1637-45.
15. Ehrmann S, Li J, et al. Awake prone positioning for COVID-19 acute hypoxaemic respiratory failure: a randomised, controlled, multinational, open-label meta-trial. Lancet Respir Med. 2021;9(12):1387-95.

Derechos de autor: 2026 Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0).

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/