



PUNTO DE VISTA

¿Están justificadas las consultas externas de medicina intensiva?



Are outpatient clinics justified in intensive care medicine?

P. Extremera^a, J.M. Añón^{a,b,*} y A. García de Lorenzo^a

^a Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario La Paz-Carlos III, IdiPAZ, Madrid, España

^b CIBER de Enfermedades Respiratorias, Instituto de Salud Carlos III, Madrid. España

Recibido el 16 de julio de 2017; aceptado el 20 de julio de 2017
Disponibile en Internet el 18 de septiembre de 2017

El objetivo tradicional de la medicina intensiva ha sido disminuir la mortalidad a corto plazo, sin embargo en el momento actual la atención al enfermo crítico se debe centrar en objetivos que van más allá de la supervivencia. Se estima que al menos la mitad de los supervivientes de la enfermedad crítica van a presentar síndrome poscuidados intensivos (*post-intensive care syndrome* [PICS]), entidad que abarca un grupo de problemas de salud que se mantienen tras la enfermedad crítica y que comprenden alteraciones psiquiátricas, cognitivas y físicas. Los factores de riesgo varían en función del área del componente del PICS que se estudie¹ (tabla 1).

Alteraciones psiquiátricas

Las alteraciones psiquiátricas asociadas al PICS son trastorno de estrés postraumático (TEPT), ansiedad y depresión. El TEPT se relaciona con experiencias aterradoras durante la estancia en la UCI. Síntomas compatibles con TEPT se producen en uno de cada 5 supervivientes de enfermedad

crítica en los 12 meses post-UCI, con una mayor prevalencia en pacientes con antecedentes psiquiátricos, que tuvieron recuerdos de su estancia en la UCI y que recibieron benzodiazepinas, aunque en este último caso no queda clara su relación causal².

Los supervivientes del SDRA experimentan frecuentemente trastornos psiquiátricos post-UCI. Se ha demostrado que el 36%, 42% y 24% presentan síntomas de depresión, ansiedad y TEPT respectivamente a los 6 meses del alta, con mínimos cambios de prevalencia a los 12 meses. La mayor juventud se asoció a ansiedad y TEPT, y una mayor duración de la administración de opiáceos se asoció a síntomas de depresión y ansiedad³.

Trastornos cognitivos

Las alteraciones cognitivas afectan a la función ejecutiva, la memoria y la atención. El delirium constituye un factor de riesgo independiente para su desarrollo. La evaluación cognitiva global y de función ejecutiva en una cohorte de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda, shock cardiogénico o shock séptico demostró que a los 3 meses del alta el 40% de ellos tenía una puntuación cognitiva global de 1,5 desviaciones estándar inferior a la media y el

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmaelizalde@gmail.com (J.M. Añón).

Tabla 1 Síndrome Post-Cuidados Intensivos. Descripción, factores de riesgo e historia natural

Complicación	Descripción	Factores de riesgo	Historia natural
Función Física	Deterioro AVD	Sepsis. SDRA. VM>7 días. SDMO. Mala regulación de la glucosa. Edad. Fármacos vasoactivos. Corticoides.	Mejora en AVD puede verse en meses
Pulmonar	Deterioro espirometría, volúmenes pulmonares y capacidad de difusión	Duración VM	Generalmente leve durante primer año pero puede persistir hasta cinco años
Psiquiátrico	1.- Depresión 2.- Ansiedad 3.- TEPT	Sepsis, SDRA, Trauma, Hipoglucemia, Hipoxemia, Recuerdos de delirium. Sedación, Desempleo previo. Mujeres, Edad<50 años. Alcoholismo.	1.- Depresión: Puede disminuir en el primer año 2.- Ansiedad: Puede persistir más allá del primer año 3.- TEPT: Poca mejoría en el primer año
Cognitivo	Alteración en la memoria. Atención. Función ejecutiva. Velocidad de procesamiento mental. Capacidad visoespacial	Delirium. Sepsis. SDRA. Otros (disregulación de la glucosa, duración VM, hipotensión, PCR..)	Mejora significativa durante primer año. Déficit residual hasta seis años

AVD: Actividades de la vida diaria. SDRA: Síndrome de Distres Respiratorio Agudo. SDMO: Síndrome de disfunción multiorgánica. VM: Ventilación Mecánica. TEPT: Trastorno de estrés postraumático. PCR: Parada cardiorespiratoria

26% 2 desviaciones inferior (similar a la de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve). Al año estas cifras fueron el 34% y 24% respectivamente. La mayor duración del delirio se asoció a peor función cognitiva y peor función ejecutiva a los 3 y a los 12 meses. Las dosis altas de benzodicepinas no se asociaron a peores valoraciones cognitivas a largo plazo, pero fueron un factor de riesgo independiente de peor función ejecutiva a 3 meses⁴.

Alteraciones físicas

Las alteraciones físicas que limitan las actividades de la vida diaria son extremadamente frecuentes en la fase precoz del periodo post-UCI. La mayoría, especialmente aquellos que han tenido estancias prolongadas, son dependientes durante la primera semana del alta⁵. La independencia funcional mejora con la rehabilitación precoz, pero la recuperación de la masa muscular perdida y la ganancia de fuerza puede durar semanas, meses o incluso años después del alta del hospital⁶. Recientemente la debilidad muscular medida mediante el *Clinical Frailty Score* se ha asociado a una mayor mortalidad a los 3 y 12 meses⁷.

La debilidad muscular adquirida en la UCI es un diagnóstico clínico. La presentación típica en la fase aguda es la debilidad muscular simétrica que afecta miembros y musculatura respiratoria. Términos como polineuropatía del enfermo crítico, miopatía del enfermo crítico o neuromiopatía se refieren a la enfermedad subyacente y necesitan neurofisiología o biopsia muscular para ser identificadas. No

todos los pacientes con debilidad muscular adquirida en la UCI tienen polineuropatía o miopatía del enfermo crítico. Tampoco todos los pacientes con un diagnóstico neurofisiológico de neuropatía o miopatía tienen debilidad muscular adquirida en la UCI, aunque el riesgo de desarrollarla es alto. Entre los mecanismos fisiopatológicos la rotura proteica miofibrilar mediada por calpaína y ubiquitina-proteasoma es uno de los elementos claves particularmente durante la sepsis, lo que conduce a pérdida de filamentos de miosina, desorganización de los sarcómeros y atrofia muscular. Este aumento de la rotura de proteína muscular es potenciado por la inmovilización; una constante en mayor o menor grado en el enfermo crítico⁸.

La consulta externa de medicina intensiva

La identificación y tratamiento del PICS precisa de un equipo multidisciplinar.

Desde 2009 el *National Health Service* del Reino Unido, a través sus guías del *National Institute for Health and Care Excellence* recomienda a sus hospitales que revisen la provisión de servicios de seguimiento a los pacientes críticos⁹.

En nuestro país el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) del Hospital Universitario La Paz ha puesto en marcha el programa para la detección y seguimiento del PICS. Sin obviar las estrategias dirigidas a su prevención¹⁰, los componentes del proyecto se centran en el seguimiento en planta de hospitalización de los enfermos en riesgo de desarrollo de PICS y en la revisión en la consulta externa de medicina intensiva.

El paciente en riesgo es evaluado en planta de hospitalización a los 5-7 días del alta del SMI, y si se sigue considerando candidato a evaluación es citado a los 3 meses en la consulta externa de medicina intensiva. Las actividades a realizar en ella son: anamnesis desde el alta hospitalaria, exploración física, evaluación de la función respiratoria, evaluación de la fuerza muscular, evaluación funcional y de calidad de vida, valoración psicológica y valoración cognitiva. En función de las características de cada paciente podrá ser citado nuevamente a los 6, 9 y 12 meses o se procede al alta si no presenta alteraciones que precisen consultas sucesivas. Asimismo, en función de las alteraciones encontradas, los pacientes pueden ser derivados a los especialistas correspondientes (fig. 1). El SMI forma equipo

con el servicio de psiquiatría y el servicio de rehabilitación para la ejecución de este programa.

Los cambios conceptuales en nuestra especialidad han hecho que el intensivista no sea aquel especialista encerrado en las paredes del SMI. Dentro de esta filosofía el proyecto pretende ofrecer la mejor calidad asistencial al enfermo crítico, no solo antes y durante, sino también «después» de haber superado la enfermedad crítica¹¹ (fig. 2). Por lo tanto, la respuesta a la pregunta que abre este punto de vista no puede ser más que afirmativa. Un equipo multidisciplinar coordinado por el intensivista, conocedor de la trayectoria del paciente durante su estancia en el SMI, constituye la estrategia para conseguir el objetivo final de la medicina crítica, esto es, la reincorporación del paciente a sus

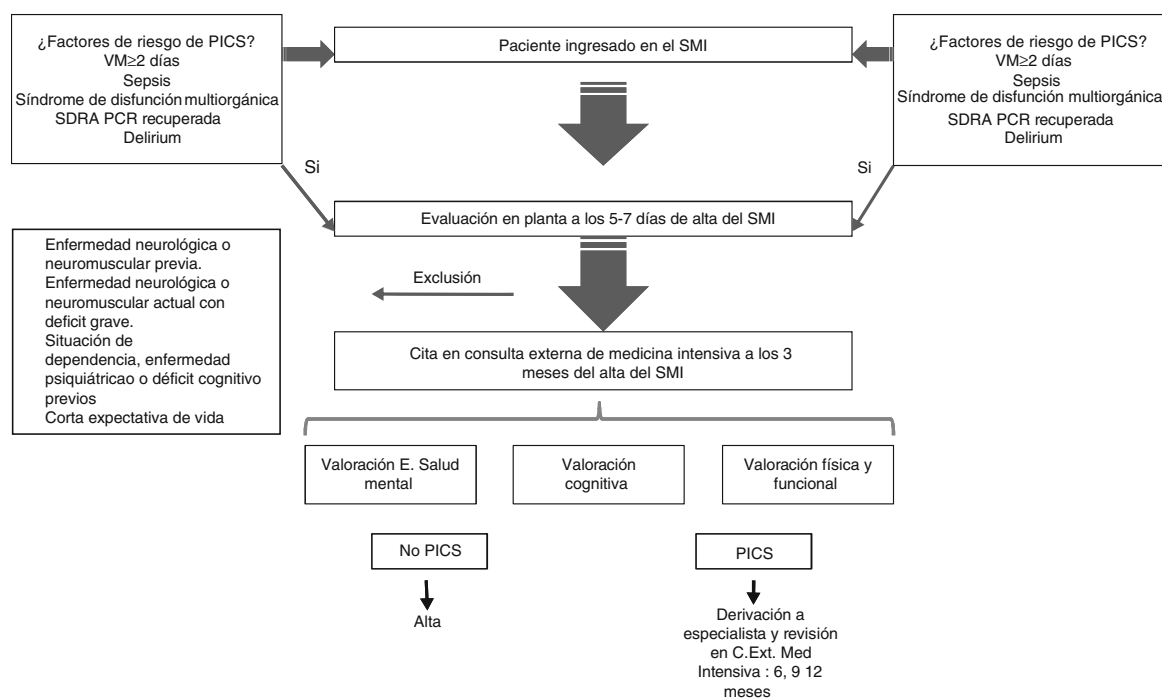


Figura 1 Programa de detección y seguimiento del síndrome poscuidados intensivos. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario La Paz-Carlos III.

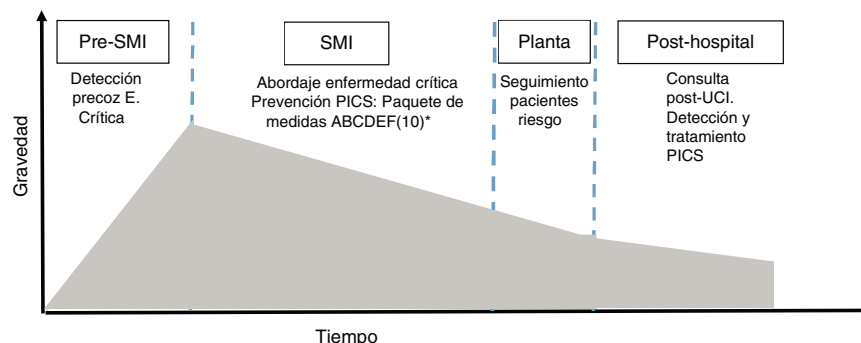


Figura 2 Modelo de enfermedad crítica.

Modificado de Angus y Carlet¹¹.

SMI: servicio de medicina intensiva.

^aPaquete de medidas ABCDEF: A: prevenir y tratar del dolor; B: prueba de retirada de sedación. Prueba de ventilación espontánea; C: elección analgesia y sedación; D: prevención y tratamiento del delirio; E: movilización precoz; y F: implicación de las familias.

actividades laborales y sociales en condiciones óptimas de salud tanto en el ámbito físico como en el mental.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med*. 2012;40:502–9.
2. Parker AM, Sricharoenchai T, Raparla S, Schnek KW, Bienvenu OJ, Needham DM. Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: A metaanalysis. *Crit Care Med*. 2015;43:1121–9.
3. Hung M, Parker AM, Bienvenu OJ, Dinglas VD, Colantuoni E, Hopkins RO, et al. Psychiatric symptoms in acute respiratory distress syndrome survivors: A 1-Year National Multicenter Study. *Crit Care Med*. 2016;44:954–65.
4. Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, Morandi A, Thompson JL, Pun BT, et al. Long-term cognitive impairment after critical illness. *N Engl J Med*. 2013;369:1306–16.
5. Van der Schaaf M, Dettling DS, Beelen A, Lucas C, Dongelmans DA, Nollet F. Poor functional status immediately after discharge from an intensive care unit. *Disabil Rehabil*. 2008;30:1812–8.
6. Latronico N, Shehu I, Seghelini E. Neuromuscular sequelae of critical illness. *Curr Opin Crit Care*. 2005;11:381–90.
7. Brummel NE, Bell SP, Girard TD, Pandharipande PP, Jackson JC, Morandi A, et al. Frailty and subsequent disability and mortality among patients with critical illness. *Am J Respir Crit Care Med*. 2017;196:64–72.
8. Latronico N, Piva S, McCredie V. Long-term implications of ICU-acquired muscle weakness. En: Stevens RD, Hart N, Herridge MS, editores. *Textbook of post-ICU medicine. The legacy of critical care*. Oxford: Oxford University Press; 2014. p. 259–68.
9. Centre for Clinical Practice at NICE (UK). Rehabilitation after critical illness. NICE clinical guidelines, No. 83. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg83>
10. Ely EW. The ABCDEF Bundle: Science and philosophy of how ICU liberation serves patients and families. *Crit Care Med*. 2017;45:321–30.
11. Angus DC, Carlet J, on behalf of the 2002 Brussels Roundtable Participants. Surviving intensive care: A report from the 2002 Brussels Roundtable. *Intensive Care Med*. 2003;29:368–77.