

Calidad de vida post terapia intensiva

Autor: Elías D Soloaga

Unidad de Terapia Intensiva
Hospital Británico de Buenos Aires

Correspondencia:

Domicilio postal: Perdriel 74 C1280AEB CABA
E-mail: edsoloaga@yahoo.com.ar

Al Editor:

Los resultados del artículo publicado *Calidad de vida y estatus funcional en pacientes que requirieron ventilación mecánica. Seguimiento al año del alta de terapia intensiva*¹ son coincidentes con lo reportado en la literatura. Un porcentaje importante de los pacientes que requirieron asistencia respiratoria mecánica (ARM) en terapia intensiva presentan dependencia para las actividades de la vida diaria, deterioro en la calidad de vida e incapacidad para regresar a la actividad laboral previa a la internación. El trabajo reviste especial importancia dada la escasa cantidad de publicaciones al respecto en nuestro medio.

Diversas son las causas que motivan la necesidad de ARM. Patologías respiratorias en las que predomina la hipoxemia, como la neumonía y el distress respiratorio agudo del adulto, o la hipercapnia, como en la reagudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica; patologías neuromusculares como la miastenia o el Síndrome de Guillen Barre; alteraciones de la conciencia como en el traumatismo encéfalo craneano grave; patologías cardíacas como el edema agudo de pulmón y el shock cardiogénico; situaciones en que las demandas metabólicas se encuentran aumentadas como en la sepsis severa y el shock séptico, etcétera. La necesidad de ARM es un claro indicador de la gravedad de la enfermedad, del requerimiento de un elevado nivel de asistencia y un alto costo, pero el pronóstico de supervivencia en la terapia intensiva y calidad de vida posterior están dadas fundamentalmente por la propia enfermedad crítica y las comorbilidades del paciente y no por la utilización de ARM en sí.

Un importante porcentaje de pacientes que han estado hospitalizados en terapia intensiva presentan alteraciones o deterioro en las funciones cognitivas, psiquiátricas o funcionales aun tiempo después del alta. Existe consenso en denominar "Síndrome post terapia intensiva" a esta entidad,

la definición excluye a quienes han sido admitidos por patología neurológica aguda como accidente cerebrovascular o traumatismo craneoencefálico². Quienes sufren este síndrome suelen permanecer en centros de rehabilitación o cuidados crónicos, internación domiciliaria o requieren asistencia de personal de salud y familiares para actividades de la vida diaria. La prevalencia es variable, dependiendo de múltiples factores como las características de la población analizada, la patología prevalente y el tipo de unidad (médica, quirúrgica, polivalente etc.), pero se estima entre un 25% y un 50%.

Múltiples trabajos han evaluado los distintos aspectos de este síndrome. Pandharipande encontró en una población de 821 pacientes, que presentaron fallo respiratorio agudo o shock. Un 40% presentaban 1.5 DS y un 26% 2 DS por debajo de la población general en puntuación de cognición global³. Wunsch encontró un consumo de 1 o más fármacos para tratar patologías psiquiátricas en un 19% de pacientes sobrevivientes a la ARM, siendo la depresión, ansiedad y stress postraumático las patologías más frecuentes⁴.

El compromiso de la movilidad es una de las consecuencias más reportadas en sobrevivientes a la enfermedad crítica, recientemente Griffiths en un estudio multicéntrico sobre 293 pacientes encontró que a los 6 meses un 64% presentaba problemas de movilidad, al año una reducción del 50% en la tasa de empleo, y un 22% de los pacientes necesitaban asistencia, la cual era brindada en la mayoría de los casos por familiares⁵.

Comúnmente se mencionan factores de riesgo para el síndrome post terapia intensiva. Podríamos clasificarlos en propios del paciente y presentes previamente a la internación (edad avanzada, desordenes neuromusculares, comorbilidades, insuficiencias orgánicas, patología psiquiátrica, etcétera) y específicos de la internación (delirio, sepsis, shock, fallo respiratorio, sedación, uso de relajantes neuromusculares, etcétera).

Dependiendo de las características de la unidad de terapia intensiva, un número menor de pacientes ingresan con una patología crítica causada por un hecho fortuito mientras gozaban de plena salud, como el caso de un traumatismo; en la mayoría de los casos la enfermedad ocurre como complicación de una insuficiencia orgánica o patología previa, o en sujetos con comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes, falla cardíaca o enfermedad vascular, con edad avanzada y muchos de ellos ya dependientes para las actividades de la vida diaria. Como los autores lo señalan, comparar los sobrevivientes a la ARM con la población general reviste un sesgo importante, pues es probable que muchos de estos pacientes previamente al ingreso hayan tenido deterioro en su calidad de vida y limitaciones en su estatus funcional. En una serie de 200 pacientes que recibieron ARM, encontramos una incidencia de dependencia para las actividades de la vida diaria previa a la internación del 14% en menores de 80 años y del 52% en 80 años y más, 6 meses después del alta la misma era del 65% y 86% respectivamente⁶.

Debemos asumir que el pronóstico del paciente crítico no solo comprende su supervivencia a la internación en terapia intensiva. Es de no menos interés la calidad de vida posterior, el estatus funcional y la reinserción laboral. Trabajos como el publicado nos permiten conocer los resulta-

dos alejados a la internación, la identificación y corrección de factores que se asocian a un mal resultado alejado permitirán mejorar la evolución de nuestros pacientes y racionalizar los recursos en los que se espera un mal pronóstico.

Conflictos de interés: El autor declara no tener conflictos de interés.

Bibliografía

1. Busico M, Intile D, Irastorza N, et al. Calidad de vida y estatus funcional en pacientes que requirieron ventilación mecánica. Seguimiento al año del alta de terapia intensiva. RAMR 2014; 3: 234-241.
2. Needham DM, Davidson J, Cohen H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. Crit Care Med 2012; 40: 502-509.
3. Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, et al. Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, et al. Long-term cognitive impairment after critical illness. N Engl J Med 2013; 369: 1306-1316.
4. Wunsch H, Christiansen CF, Johansen MB, et al. Psychiatric diagnoses and psychoactive medication use among nonsurgical critically ill patients receiving mechanical ventilation. JAMA 2014; 311(11): 1133-1142.
5. Griffiths J, Hatch RA, Bishop J, et al. An exploration of social and economic outcome and associated health-related quality of life after critical illness in general intensive care unit survivors: a 12-month follow-up study. Crit Care 2013; 17: R100.
6. Chertcoff FJ, Quadrelli S, Soloaga ED, et al. Asistencia respiratoria mecánica. Influencia de la edad en la evolución. Medicina (Buenos Aires) 2011; 71: 27-32.