

CUIDADOS Y REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO

La sobrevida luego de la enfermedad crítica: Calidad de vida y reinserción laboral

DRA ANDREA V. DAS NEVES

Médica Especialista en Terapia Intensiva. HIGA General San Martín La Plata, Argentina. FINAER – Fundación para la Investigación y Asistencia de la Enfermedad Renal. CABA, Argentina

Introducción

Durante la última década, la consideración de las consecuencias a largo plazo de la enfermedad crítica ha cobrado importancia, entre otros motivos debido al creciente aumento de la expectativa de vida y reducción de la mortalidad en Terapia Intensiva (TI) (1-3). Como consecuencia de esta tendencia, se plantea un nuevo desafío más allá de la sobrevida del paciente: el seguimiento multidisciplinario al alta para la prevención y manejo de las consecuencias de la enfermedad crítica.

Las consecuencias de la estadía en TI son en origen heterogéneas, como consecuencia de los diferentes motivos de ingreso a TI, comorbilidades y eventos sufridos durante la internación (4). Estas pueden causar distintos grados de discapacidad, dependiendo de la susceptibilidad individual, edad, características personales y cuidados brindados durante el evento crítico. Se describen, entre otros, nuevos deterioros de la función cardíaca, pulmonar y renal que no son rutinariamente evaluados, trastornos físicos y funcionales como neuropatía, miopatía, atrofia por desuso y debilidad muscular, osificaciones heterotópicas que resultan en incapacidad para movilizarse, parestesias y trastornos sensoriales, desnutrición y pérdida de peso, dolor, disfagia y problemas “cosméticos” como nuevas cicatrices y alopecia (5,6). Se reconoce a la en-

fermedad crítica como causa de trastornos psíquicos, que en la práctica clínica habitual no son considerados una consecuencia de la misma, como el trastorno de ansiedad, depresión y el síndrome de estrés posttraumático. Menos reconocidos aún son los trastornos neurocognitivos como la alteración de memoria, atención, concentración y funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento mental, que son padecidos por hasta el 80% de los pacientes críticos sin que hayan sufrido daño estructural cerebral (7-12). Estas consecuencias no sólo se presentan inmediatamente al alta hospitalaria, sino que se describen hasta en el 45% de los pacientes aún 1 año luego del alta (13-14).

Recientemente, el término “Síndrome Post Terapia Intensiva” (SPTI) fue adoptado en la Conferencia de la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos de EEUU (SCCM) para describir el deterioro físico, psíquico y mental derivado de la enfermedad crítica y que persiste más allá de la internación, aplicable tanto a los sobrevivientes (SPTI) como al familiar (SPTI-F), dado que ellos también sufren las consecuencias psíquicas por ser sus cuidadores (1,16). En esta conferencia también se señaló la importancia de mejorar las consecuencias derivadas de la enfermedad crítica, reconociendo que aún no existe un plan de intervención ideal para obtener los mejores resultados.

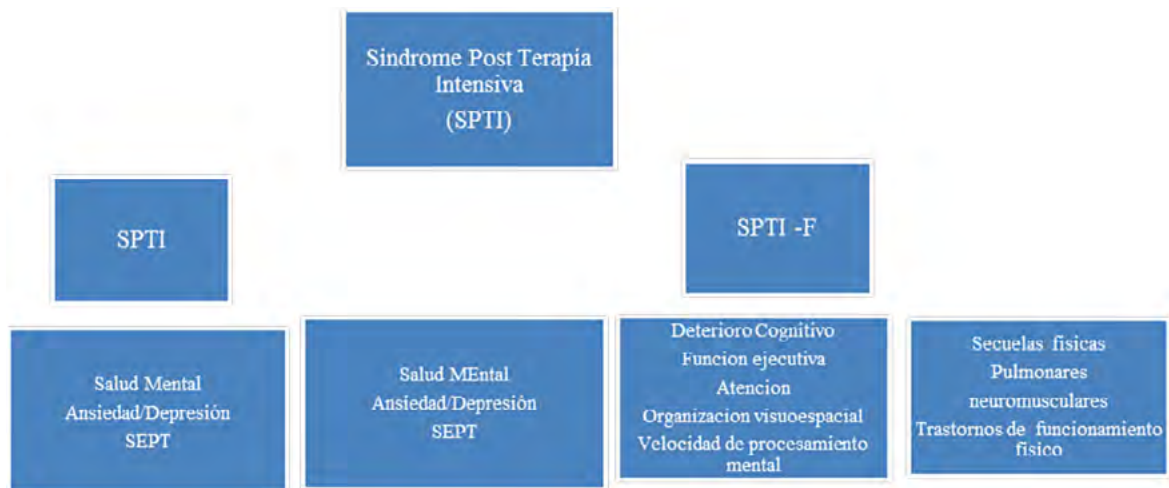


Figura1: SEPT: Síndrome de estrés posttraumático. Adaptado de D Needham. Crit Care Med 2012; 40:505.

Calidad de Vida luego de la enfermedad crítica y retorno al trabajo

Existen diferentes instrumentos genéricos para la evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), pero todos evalúan una dimensión física y una dimensión psicosocial, entre otras. El Short Form -36 (SF-36), EuroQol 5D (EQ-5D), Sickness Impact Profile (SIP) y Nottingham Health Profile (NHP) son los más utilizados. Las consecuencias de la enfermedad crítica tienen un impacto directo en la CVRS, lo que determina que ésta sea peor en los sobrevivientes de TI que en el estándar de la población general, en el seguimiento desde 1 mes hasta aún 14 años luego del alta. La mayoría de los estudios consideran 1 año de seguimiento y se observa que las dimensiones evaluadas mejoran en el tiempo pero no en forma uniforme (15).

Los estudios que describen CVRS incluyen diferentes unidades de análisis, dado que algunos de ellos evalúan las secuelas en grupos específicos de población y se reconoce que unos de los principales determinantes de la calidad de vida es la categoría de ingreso a TI. Los pacientes traumatizados son la población con mayor impacto, dado que son pacientes jóvenes y sanos que ven repentinamente deteriorada su calidad de vida, con alteraciones en las dimensiones físicas y psíquicas e incapacidad de retornar al trabajo en el mediano plazo, lo que impacta negativamente su percepción de CVRS. Pacientes con SDRA severo, trauma, ventilación mecánica prolongada y sepsis severa sufren los mayores y prolongados deterioros (16-19). Los pacientes añosos y con mejor status socioeconómico presentan mejor aceptación de la discapacidad. Esta buena CVRS a pesar de la persistencia de la discapacidad puede ser explicada por haberse enfrentado a una situación que puso en riesgo su vida, por lo que disminuyen sus expectativas de lo que sería su estándar. Esta capacidad de adaptarse a esta nueva situación se denomina resiliencia.

El retorno al trabajo es un momento importante en la vida de los pacientes, porque consideran que se encuentran en condiciones de asumir nuevamente responsabilidades. Entre el 50 y 78% puede retomar estudio o trabajo al año (15,19) y, en líneas muy generales, la mayoría lo logra dentro de los 2 años. En el estudio de Myrehn,(15) la vuelta al trabajo se asoció con mejor calidad de vida a 1 año con el sexo masculino (OR 3), mayor nivel educativo (OR 2,07), optimismo (OR1,13), y categoría médica de ingreso a TI (OR 2,9), $p < 0,05$.

Conclusiones

- La enfermedad crítica puede presentar consecuencias a largo plazo en la vida de los pacientes que no son rutinariamente consideradas.
- La calidad de vida luego de la enfermedad crítica se encuentra deteriorada en la dimensión física, psíquica y neurocognitiva aún 1 año luego del evento crítico.
- El deterioro de CVRS es diferente según categoría de ingreso a TI.
- El deterioro en la calidad de vida no afecta sólo al paciente sino también puede alcanzar en la dimensión psíquica a los cuidadores.

- Sólo el 50% de los pacientes pueden retornar a su tarea anterior al año del alta de TI

Bibliografía

1. Needham D, Davidson J, Cohen R, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from stakeholders' conference. *Crit Care Med* 2012; 40:502-209.
2. Herridge M. Long-term outcomes after critical illness: past, present and future. *Current Opinion in Critical Care* 2007, 13:473-475
3. Jones Ch, Skirrow P, Griffiths R, et al. Rehabilitation after critical illness: A randomized, controlled trial. *Crit Care Med* 2003; 31:2456-2461.
4. Wilcox ME, Herridge MS. Long Term Outcomes in Patients Surviving Acute Respiratory Distress Syndrome. *Semin Respir Crit Care Med* 2010;31:55-653-
5. Sinuff T, Giacomini M, Shaw M, et al for the CARENET. Living with dying: The evolution of family members' experience of mechanical ventilation. *Crit Care Med* 2009; 37:154-158.
6. Adhikari N, Mc Andrews M, Tansey C, et al. Self reported symptoms of depression and memory dysfunction in survivors of ARDS. *Chest* 2009; 135:678-687.
7. Brooks N. Quality of life after intensive care. *Nursing in critical care* 1996.1:90-95.
8. Cheung A, Tansey C, Tomlinson G, Diaz-Granados. Two-Year Outcomes, Health Care Use, and Costs of Survivors of Acute Respiratory Distress Syndrome. *Am J Respir Crit Care Med* Vol 174. pp 538-544, 2006
9. Tansey C, Louie M; Loeb M, Gold W, MD, Muller M, de Jager J, et al. One-Year Outcomes and Health Care Utilization in Survivors of Severe Acute Respiratory Syndrome. *Arch Intern Med.* 2007;167:1312-1320.
10. Jackson J, Mitchell N, Hopkins R. Cognitive Functioning, Mental Health and Quality of Life in ICU Survivors: An Overview. *Crit Care Clin* 25 (2009) 615-628.
11. Jones Ch, Griffiths R, Slater T. Significant cognitive dysfunction in non delirious patients identified during and persisting following critical illness. *Intensive Care Med*(2006) 32:923-926
12. Lee C, Herridge M, Matte A, Cameron J. Education and support needs during recovery in acute respiratory distress syndrome survivors. *Critical Care* 2009, 13:R153
13. Dowdy D, Needham D, Mendez Tellez P, Herridge M, Pronovost P. Studying outcomes of intensive care unit survivors: the role of the cohort study. *Intensive Care Med* (2005) 31:914-921
14. Herridge M, Tansey C, Matté A, Tomlinson G, Diaz-Granados N, et al. Functional Disability 5 years after ARDS. *N Engl J Med* 2011;364:1293-304 S.
15. Myhren H, Ekeberf O, Stokland O. Health-related quality of life and return to work after critical illness in general intensive care units patients: 1 years follow-up. *Crit Care Med* 2010; 38:1554-1561.
16. Oeyen S, Vandijck D, Benoit D, et al. Quality of life after intensive care: A systematic review of the literature. *Crit Care Med* 2010; 38: 2386-2400.
17. Granja C, Teixeira -Pinto A, Costa- Pereira A. Quality of the after intensive care evaluation with EQ-5D questionnaire. *Intensive Care Med* (2002) 28:898-907.
18. Herridge M, Cheung A, Tansey C. One-Year Outcomes in Survivors of the Acute Respiratory Distress Syndrome. *N Engl J Med* 2003; 348:683-93.
19. Functional Disability 5 Years after Acute Respiratory Distress Syndrome Herridge M, Tansey, M, Matté A, Functional Disability 5 Years after Acute Respiratory Distress Syndrome. *N Engl J Med* 2011;364:1293-304.