

CUIDADOS Y REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO

Secuelas psíquicas y neurocognitivas al alta de Terapia Intensiva

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

DRA. DANIELA N. VÁSQUEZ

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

Introducción

Desde hace muchos años se describen las consecuencias físicas de la enfermedad crítica y, tal vez por ser una de las secuelas más evidentes, los pacientes frecuentemente reciben este tipo de rehabilitación (1).

En la última década se ha reconocido que, además de consecuencias físicas, existe una relación entre la enfermedad crítica y la presencia de secuelas psíquicas y neurocognitivas.

Ansiedad, depresión y síndrome de estrés postraumático

Recientemente ha cobrado importancia el bienestar psíquico luego de la internación en Terapia Intensiva (TI). Jones Ch y colaboradores, en el año 1998, describieron una serie de síntomas psíquicos que pueden afectar la sobrevivida, como pesadillas, agorafobia, ataques de pánico, ira, miedo a la muerte, depresión y ansiedad (2). El reconocimiento de síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático (SEPT), este último caracterizado por síntomas de hipervigilancia, reviviscencia del hecho y evasión, es de vital importancia, dado que impacta negativamente en la calidad de vida y retrasa el retorno al trabajo (3,4).

Una revisión sistemática sobre depresión en sobrevivientes de la población general de TI arroja una incidencia de 28% (rango 8% a 57%), mucho más elevada que en la población general (7%-8%) y que en pacientes que sufrieron infarto agudo de miocardio (3). Probablemente esta incidencia sea aún mayor, dado que la mayoría de los estudios excluyeron pacientes con antecedentes psiquiátricos. La incidencia de síntomas de ansiedad es de 24% (rango 23%-48%), y la de SEPT es del 22% (rango 8%- 51%) cuando se evalúa por cuestionario, y de 19% (rango 10% - 39%) cuando se realiza a través de entrevista formal. Asimismo, la frecuencia de SEPT en sobrevivientes de TI es mayor que en la población general (3,5%) (3-6). La evolución de los síntomas psíquicos difiere. Los síntomas depresivos mejoran en el transcurso del primer año; los síntomas de ansiedad pueden persistir más allá del año, y el SEPT parecería permanecer estable (6).

Se han descripto potenciales factores de riesgo para la presencia de trastornos psíquicos: el predictor más impor-

tante es la presencia de patología psiquiátrica previo al ingreso a TI. La falta de recuerdos de los eventos ocurridos en TI, el registro de eventos traumáticos, la presencia de ilusiones o alucinaciones y el uso de sedantes se relacionan con el desarrollo de secuelas psíquicas. A su vez, la presencia de secuelas físicas pre o pos TI aumentan el riesgo de presentar depresión luego del alta de TI, mientras que otras variables como la edad, el sexo y la severidad de la enfermedad de base no tienen influencia alguna (3). Factores de riesgo específicamente relacionados a ansiedad son la duración de la ventilación mecánica y el desempleo 1 año luego de la internación, mientras que tener una personalidad optimista es un factor protector.

En relación al SEPT, la agitación, la sujeción durante la internación, la presencia de alucinaciones y el uso de sedantes son factores predisponentes; mientras que la interrupción diaria de estos últimos parecería ser un factor protector. Jones y colaboradores realizaron un estudio randomizado y controlado con el objetivo de evaluar el impacto de la entrega a los pacientes, al mes del alta, de un diario redactado por enfermeras y familiares, donde se registraban los eventos ocurridos durante la internación en TI, sobre la incidencia de SEPT. Los resultados demostraron una diferencia significativa entre aquellos que habían recibido el diario y quienes no, en el desarrollo de SEPT (5% versus 13%, $P = 0.02$). La utilización de un diario durante la internación en TI y la entrega de éste durante la recuperación del paciente sería una ayuda psicológica efectiva para reducir la incidencia de SEPT (7).

Deterioro neurocognitivo

En la última década se ha documentado el deterioro cognitivo que afecta a los pacientes críticos, a pesar que la disfunción neurológica ha sido investigada en otras poblaciones de pacientes desde hace bastante tiempo (8,9). La disfunción cerebral abarca desde trastornos agudos como el estado de delirium a trastornos crónicos como el deterioro cognitivo (10).

Hopkins R. y colaboradores, en el año 1999, publicaron el primer estudio sobre secuelas neurocognitivas en 55 pacientes que habían sufrido Síndrome de Distress

Respiratorio Agudo (SDRA). Durante la internación en TI se monitoreó continuamente oximetría de pulso durante 31.665 horas; se registraron eventos de desaturación arterial de oxígeno $<90\%$ en 122 ± 144 hs, $< 85\%$ en 13 ± 18 hs, y $< 80\%$ en 1 ± 3 hs. Al alta hospitalaria, el 100% de los pacientes sufrían deterioro neurocognitivo. Al año, el 30% presentaban deterioro neurocognitivo global, mientras que el 78% tenía alguna alteración en al menos 1 área evaluada incluyendo memoria, atención, concentración y velocidad de procesamiento mental. El grado de hipoxemia se correlacionó significativamente con el grado de deterioro cognitivo, sugiriendo alguna relación entre la hipoxemia y el deterioro cognitivo, como ocurre en otras patologías como EPOC y Síndrome de Apnea Obstruktiva del Sueño (10). Este trabajo inicial sembró la duda sobre la evolución del deterioro cognitivo en pacientes críticos, por lo que se evaluó a la cohorte de seguimiento de secuelas cognitivas de pacientes con SDRA, donde 67 pacientes fueron examinados mediante baterías diagnósticas neurocognitivas a 1 y 2 años. Al alta hospitalaria, el 70% padecía trastorno cognitivo, al año persistía en el 46%, y no mejoraba en el transcurso del 2° año. Las mayores dificultades se encontraban en tareas relacionadas con memoria, atención y función ejecutiva. Un dato sobresaliente es que mientras 31 pacientes de este grupo recibieron rehabilitación física, en sólo el 12% se identificó la presencia de deterioro cognitivo por parte de los profesionales tratantes (11-12).

Los resultados de evaluaciones más allá de 2 años fueron publicados por Rothenha"usler H y colaboradores, en un estudio retrospectivo sobre 46 sobrevivientes de SDRA. El 25% sufría secuelas cognitivas crónicas luego de 6 años del evento crítico, y sólo el 46% (21 pacientes) había podido retomar sus actividades previas (13).

El estudio de deterioro cognitivo crónico se ha extendido a la población de pacientes críticos en general y los hallazgos se pueden sintetizar de la siguiente manera (14, 15):

- El deterioro cognitivo en los sobrevivientes de TI afecta a más de 1/3 de los pacientes que estuvieron con asistencia respiratoria mecánica.
- Se describen subpoblaciones de pacientes especialmente vulnerables, como aquellos que sufrieron ARDS.
- El deterioro observado a los 6 meses es equivalente al patrón de demencia leve.
- Existe una mejoría de la función cognitiva entre los 6 y 12 meses del alta hospitalaria. Sin embargo, muchos pacientes sufrirán deterioro neurocognitivo crónico hasta 6 años luego del evento.
- Memoria, atención y función ejecutiva son las áreas más afectadas
- La afectación de la función es independiente de la edad y severidad de la enfermedad de base.
- Se postulan diferentes mecanismos fisiopatológicos responsables que incluyen hipoxemia, uso de drogas sedantes y analgésicos, hipotensión, delirium e hiperglucemia.
- El deterioro cognitivo puede tener importantes consecuencias en la calidad de vida, capacidad de retornar al trabajo y sustancial impacto económico en el entorno de paciente.

Conclusiones

La incidencia de trastornos psíquicos y neurocognitivos luego de la estadía en TI es elevada y devastadora para quienes la padecen, debido a que impacta en la calidad de vida y reinserción laboral. Estas consecuencias deben ser conocidas por todos aquellos que participan en el tratamiento de pacientes que han estado severamente enfermos, dado que una evaluación precoz y la instauración de un tratamiento dirigido a reducir la morbilidad post TI puede mejorar la calidad de vida de los sobrevivientes.

Bibliografía

1. Herridge M, Tansey C, Matté A, Tomilson G, Diaz-Granados N y col. Functional Disability 5 years after ARDS. *N Engl J Med* 2011;364:1293-304 S.
2. Jones C, Humphris GM, Griffiths RD. Psychological morbidity following critical illness – the rationale for care after intensive care. *Clin Intensive Care* 1998, 9: 199-205.
3. Davydow D, Gifford, Desai S. Depression in general intensive care unit survivors: a systematic review. *Intensive Care Med* (2009) 35:796-809.
4. Bienvenu O, Colantuoni E, Mendez-Tellez P y col. Depressive Symptoms and Impaired Physical Function after Acute Lung Injury. *Am J Respir Crit Care Med* Vol 185, Iss. 5, pp 517-524,
5. Adhikari N, McAndrews M, Tansey C, y col: Self-reported symptoms of depression and memory dysfunction in survivors of ARDS. *Chest* 2009; 135:678-687
6. Myhren H, Ekeberg O, Tøien K, y col: Posttraumatic stress, anxiety and depression symptoms patients during the first year post intensive care unit discharge. *Crit Care* 2010; 14:R14
7. Jones C, Bäckman C, Capuzzo M y col. the RACHEL group. Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial. *Critical Care* 2010, 14:R168
8. Savageau JA, Stanton BA, Jenkins CD, y col. Neuropsychological dysfunction following elective cardiac operation: II: a six-month reassessment. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1982; 84:595-600. 17
9. Savageau JA, Stanton BA, Jenkins CD, et al. Neuropsychological dysfunction following elective cardiac operation: I: early assessment. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1982; 84:585-594.
10. Hopkins R, Weaver L, Pope D, y col. Neuropsychological Sequelae and Impaired Health Status in Survivors of Severe Acute Respiratory Distress Syndrome. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;160:50-56.
11. Hopkins R, Weaver L, Collingridge D, y col. Two-Year Cognitive, Emotional, and Quality-of-Life Outcomes in Acute Respiratory Distress Syndrome. *Am J Respir Crit Care Med* Vol 171. pp 340-347, 2005
12. Torgersen J. Hole J, Kvåle R y col. Cognitive impairments after critical illness. *Acta Anaesthesiol Scand* 2011; 55: 1044-1051.
13. Rothenha"usler H, Ehrentraut S, Stoll C, y col. The relationship between cognitive performance and employment and health status in long-term survivors of the acute respiratory distress syndrome: results of an exploratory study. *General Hospital Psychiatry* 23 (2001) 90-96.
14. Sukantarat K, Burgess P, Williamson R y col. Prolonged cognitive dysfunction in survivors of critical illness. *Anaesthesia*, 2005, 60, pages 847-853
15. Jackson J, Hart R, Gordon S y col. Six-month neuropsychological outcome of medical intensive care unit patients. *Crit Care Med* 2003; 31:1226 -1234.