



1609 - EXPERIENCIA EN EL MANEJO DEL SÍNDROME POSCUIDADOS INTENSIVOS TRAS LA PANDEMIA COVID 19

Leonor Acha Isasi¹, Marina Torio Salvador¹, Jose Manuel Rodríguez Chinesta¹, Carlota Gómez Carballo¹, Agustín Martínez Berriochoa¹ y Carmen Arto Fernández²

¹Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España. ²Hospital Sant Pau i Santa Tecla, Tarragona, España.

Resumen

Objetivos: El síndrome poscuidados intensivos (PICS) abarca el deterioro físico, cognitivo y mental que sigue a un ingreso prolongado en Unidades de Críticos (UCI). Múltiples procesos (polimioneuropatía del paciente crítico, disfunción pulmonar persistente, trastornos de deglución, secuelas neuropsiquiátricas, inmunosupresión...) ocasionan una situación de fragilidad que afecta a la supervivencia y funcionalidad futuras. En 2020 se creó en nuestro hospital un equipo multidisciplinar formado por internistas, endocrinólogos, otorrinolaringólogos y rehabilitadores para proporcionar un manejo integral a los pacientes con ingreso prolongado en UCI por infección SARS-CoV-2 inicialmente, y posteriormente se amplió a todos los pacientes con síndrome PICS. Este trabajo pretende describir la evolución de estos pacientes a corto y medio plazo, especialmente aquellos sin infección SARS-CoV-2, y analizar si la creación de este equipo multidisciplinar ha reportado un beneficio en su manejo.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo sobre los pacientes trasladados a planta de Medicina Interna de nuestro hospital entre 01/2021 y 12/2022 tras ingreso en UCI durante un periodo mayor a 14 días, excluyéndose aquellos ingresados por infección SARS-CoV-2. Se analizó su situación en el momento del traslado a planta en relación a las complicaciones principales en la UCI: polineuropatía, estado nutricional y necesidad de nutrición suplementaria, traqueostomía para manejo de secreciones y afectación neuropsiquiátrica; además de su evolución en la planta y a los seis meses después del alta.

Resultados: La muestra fue de 26 pacientes, cuyas características figuran en la tabla 1. La media de estancia hospitalaria total fue 78,55 días (IQR = 31-182), con media de estancia en críticos de 47,7 días (IQR = 17-111) y de estancia en planta de Medicina Interna posterior de 29 días (IQR = 3-90). Como soporte en críticos el 96% precisaron ventilación mecánica invasiva, 77% traqueostomía, y 96% nutrición suplementaria. En el momento del traslado a planta, 58% portaban traqueostomía y 54% precisaba nutrición suplementaria (38% enteral y 19% parenteral); además, en planta el 92% realizaron fisioterapia motora y 77% fisioterapia respiratoria. Durante el ingreso en planta 4 pacientes fallecieron y el resto recibieron el alta hospitalaria: 54% a hospital de rehabilitación, 15% al domicilio, 11% a otro hospital y 4% a residencia. Al alta solo el 18% portaba traqueostomía y el 27% precisaba nutrición suplementaria. En cuanto a la situación motora, tras realizar fisioterapia intensiva al alta el 41% deambulaba con apoyos, 23% mantenía bipedestación, 23% sedestación, 4% deambulaban sin apoyos y 9% permanecían encamados. Las complicaciones intrahospitalarias se

muestran en la tabla 2. Tras el alta hospitalaria el 36% de los pacientes ingresó en los 6 meses posteriores (37% el primer mes), y tres pacientes fallecieron. Finalmente, de los pacientes trasladados a otros centros hospitalarios y de rehabilitación el 78% recibieron el alta a domicilio.

Tabla 1

Pacientes (número):	26
Sexo (número, %):	
Hombre	21 (81%)
Mujer	5 (19%)
Edad (número):	
Rango	20-88
Mediana	69
Comorbilidades (número, %):	20 (77%)
HTA	18 (90%)
Respiratoria	9 (45%)
DM	8 (40%)
Cardiaca	5 (25%)
Neurológicas	5 (25%)
Oncológicas	4 (19%)
Inmunosupresión	1 (5%)
Motivo de ingreso (número, %):	
Sepsis	4 (15%)
Alteración del nivel de conciencia	4 (15%)
Traumatismo	4 (15%)
Patología vascular	3(11%)
Hemorragia intracraneal	3 (11%)
Insuficiencia respiratoria	2 (8%)
Cirugía programada	2 (8%)
Quemadura	1 (4%)
Síndrome coronario agudo	1 (4%)
<i>Shock</i> hipovolémico	1 (4%)
Intoxicación	1 (4%)

Tabla 2

Síndrome confusional	15 (57%)
Infecciones:	26 (100%)
Bacteriemia asociada a catéter	6 (23%)
Neumonía asociada a ventilación mecánica	25 (96%)
Diarrea por <i>Clostridium difficile</i>	1 (4%)
Disfagia	12 (46%)
Úlceras por presión	18 (69%)
Necesidad de inicio de psicofármacos	13 (59%)

Conclusiones: Los pacientes con ingreso prolongado en UCI presentan múltiples complicaciones

derivadas de su estancia en críticos, fundamentalmente en el ámbito nutricional, motor y neuropsiquiátrico. La atención por un equipo multidisciplinar parece que mejora su situación motora, nutricional y de independencia al alta, habiendo recibido tres cuartos de los pacientes el alta domiciliar definitiva 6 meses después.