Rev Clin Esp. 2023;224(Supl 2):S386

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

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

***Leonor Acha Isasi***[1], *Marina Torio Salvador*[1], *Jose Manuel Rodríguez Chinesta*[1], *Carlota Gómez Carballo*[1], *Agustín Martínez Berriochoa*[1] *y Carmen Arto Fernández*[2]

[1]*Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España.* [2]*Hospital 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 amplío 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%) |
| *Shock* 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 *Clostridium difficile* | 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 domiciliaria definitiva 6 meses después.

0014-2565 / © 2023, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.