



PUNTO DE VISTA

Trastornos mentales en supervivientes de la UCI: un enfoque crítico

Mental disorders in ICU survivors: A critical thinking approach

José Manuel Añón^{a,b,c,*}, Kapil Laxman Nanwani Nanwani^{a,b} y Maria Victoria Bonan^d

^a Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^b Instituto de Investigación del Hospital Universitario La Paz, IdiPAZ, Madrid, España

^c CIBER de enfermedades respiratorias, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^d Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Recibido el 29 de noviembre de 2023; aceptado el 2 de enero de 2024

Disponible en Internet el 7 de febrero de 2024



Desde la descripción del síndrome poscuidados intensivos (SPCI) han sido múltiples las publicaciones que lo han abordado, ya sea total o parcialmente. Sin embargo, el propósito de este enfoque no es examinar exhaustivamente el SPCI en su conjunto, sino dirigir la atención hacia la epidemiología de los trastornos mentales. Aunque este aspecto ha sido abordado extensamente en la literatura internacional, persisten incertidumbres que solo pueden resolverse mediante análisis más rigurosos.

Entre 2015 y 2016 se publicaron 3 metaanálisis para evaluar la prevalencia de síntomas de ansiedad¹, depresión² y trastorno de estrés postraumático (TEPT)³ en los supervivientes a una enfermedad crítica. Las conclusiones fueron que el 32-40, el 30 y el 22% de los pacientes presentaban síntomas de ansiedad¹, depresión² o TEPT³, respectivamente, al año de seguimiento. En todos destacaba una exagerada heterogeneidad entre los resultados de los estudios incluidos. En la mayoría de estos, los datos se obtuvieron

mediante el uso de encuestas para la detección de síntomas sin una evaluación presencial, aspecto que fue recogido como limitación en los 3 metaanálisis.

Tanto esta como otras limitaciones metodológicas (muestras escasas, desconocimiento de antecedentes, heterogeneidad de los pacientes incluidos, etc.) se han mantenido hasta el momento actual y los resultados continúan caracterizándose por su variabilidad. Aunque en muchos se enfatiza en la elevada prevalencia de síntomas, también se reconocen las limitaciones que afectan a los resultados. Entre estas sigue siendo recurrentemente admitida la exclusiva valoración de síntomas mediante el uso de escalas (telefónica o por correo en algunos de ellos) sin evaluaciones presenciales especializadas, enfoque que carece de la robustez metodológica necesaria para una identificación precisa de los trastornos mentales (tabla 1)⁴⁻¹³.

En algunos estudios cuyo objetivo ha sido determinar su prevalencia tras el ingreso en la UCI por personal especializado (aunque con diferentes metodologías), se han encontrado resultados más homogéneos que han oscilado entre un 12%⁹ y un 17%⁸ de diagnósticos psiquiátricos. En un estudio reciente¹³ llevado a cabo en 3 centros naciona-

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josem.anon@salud.madrid.org (J.M. Añón).

Tabla 1 Estudios que han evaluado la prevalencia de síntomas o trastornos psiquiátricos tras la enfermedad crítica

Autor/país	n	Año	Diseño	Ansiedad	Depresión	TEPT	Meses tras el alta	Evaluación/limitaciones ^a
Jackson et al. ⁴ /EE. UU.	821	2014	Cohorte Prospectivo multicéntrico		37% y 33%	7%	3 y 12	Presencial. Escalas: BDI-II, PCL-S No fue factible observar directamente las conductas de los pacientes, por lo que se basaron en medidas de autoinforme
Rabiee et al. ² /EE. UU.	38 estudios (n: 4.113)	2014	Metaanálisis		30% (rango de los estudios incluidos: 4%-64%)		12	Evaluación presencial, por correo o telefónica en el 39, el 32 y el 26% de los estudios, respectivamente Con excepción de 2 estudios los síntomas depresivos se evaluaron mediante cuestionarios (HADS-D, CES-D y BDI-II), la mayoría de los cuales no han sido evaluados rigurosamente en cuanto a su desempeño psicométrico en los sobrevivientes de la UCI. Idealmente, los estudios utilizarían una entrevista de diagnóstico semiestructurada administrada por un médico
Parker et al. ³ /EE. UU.	40 estudios (n: 4.620)	2015	Metaanálisis			22% (rango de los estudios incluidos: 4%-62%)	12	Con la excepción de un estudio, los síntomas de TEPT se evaluaron mediante cuestionarios. Idealmente, los estudios utilizarían una entrevista semiestructurada de diagnóstico clínico
Nikayin et al. ¹ /EE. UU.	27 estudios (n: 2.880)	2016	Metaanálisis	32-40% (rango de los estudios incluidos: 5-73%)			12	Todos los estudios utilizaron cuestionarios para evaluar los síntomas de ansiedad. Si bien los cuestionarios proporcionan datos cuantitativos que pueden analizarse, no se puede hacer ningún diagnóstico a partir de estas evaluaciones de los pacientes. HADS-A es una medida de los síntomas de ansiedad general y no fue diseñada para detectar un diagnóstico psiquiátrico específico
Huang et al. ⁵ /EE. UU.	645 (6 m) 606 (12 m)	2016	Cohorte Prospectivo multicéntrico	42%	36%	24%	6-12 (idéntica prevalencia)	Telefónica (98%) Escalas: HADS-A, HADS-D, IES-R Uso de medidas autoinformadas de síntomas psiquiátricos sin determinar diagnósticos psiquiátricos clínicos

Tabla 1 (continuación)

Autor/país	n	Año	Diseño	Ansiedad	Depresión	TEPT	Meses tras el alta	Evaluación/limitaciones ^a
Bienvenu et al. ⁶ /EE. UU.	186	2018	Cohorte Prospectivo multicéntrico	38%	32%	23%	33-39	Escalas: HADS-A, HADS-D, IES-R Se midieron los síntomas de ansiedad, depresión y trastorno de estrés posttraumático mediante cuestionarios validados y recomendados en lugar de entrevistas de diagnóstico clínico
Hatch et al. ⁷ /Reino Unido	4.943	2018	Cohorte, multicéntrico	45,7%	41%	22%	3	Encuestas por correo postal Escalas: HADS-A, HADS-D, PCL-C Una encuesta postal solo puede utilizarse para calcular la prevalencia de casos en lugar de tasas de diagnóstico clínico real. La validez de estos hallazgos depende, por lo tanto, de las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados
Sivanathan et al. ⁸ /Canadá	121.101	2019	Cohorte, retrospectivo, 2005-2015	Diagnóstico psiquiátrico 17%				Diagnósticos efectuados por médicos de atención primaria o psiquiatras Se excluyó a los pacientes con afecciones que se sabe que aumentan el riesgo de enfermedades mentales posteriores, o aquellos con enfermedades mentales preexistentes. Es posible que se hayan subestimado las tasas reales de diagnósticos, ya que la metodología no captaría a los pacientes que no buscaron atención médica
Añón et al. ⁹ /España	72	2020	Cohorte, retrospectivo	Síntomas psiquiátricos: 32% Diagnóstico psiquiátrico: 12%			3	Presencial (síntomas: presencial en CEMI. Escalas: HADS-A, HADS-D, EGS-TEPT) (diagnóstico psiquiátrico: evaluación presencial por psiquiatría)
Unoki et al. ¹⁰ /Japón	754	2021	Cohorte, retrospectivo	17%	28%	6%	12	Formato carta. No se expusieron limitaciones Correo Escalas: HADS-A, HADS-D, IES-R Los antecedentes psiquiátricos, que se asocian significativamente con la salud mental posterior a la UCI, se obtuvieron de los expedientes médicos; por tanto, es posible que se hayan subestimado los problemas de los pacientes. Además, faltaban datos que pudieran estar asociados con la salud mental

Tabla 1 (continuación)

Autor/país	n	Año	Diseño	Ansiedad	Depresión	TEPT	Meses tras el alta	Evaluación/limitaciones ^a
COMEBAC study ¹¹ /Francia	177 COVID-19	2021	Cohorte, prospectivo	23,4%	18,1%	7,4%	4	Presencial Escala: HADS-A, BDI, PCL-5 Muchos pacientes que fueron invitados a participar rechazaron tanto las evaluaciones telefónicas como las evaluaciones ambulatorias. Es posible que los pacientes que no participaron tuvieran menos síntomas que los que sí lo hicieron
Heesakkeers et al. ¹² /Países Bajos	246 COVID-19	2022	Cohorte, prospectivo	17,9%	18,3%	9,8%	12	Cuestionarios online o en papel (Escala: HADS-A, HADS-D, IES-6) Medidas de resultado informadas por los pacientes, que no pueden utilizarse como herramientas de diagnóstico
Nanwani et al. ¹³ /España	186 COVID-19	2022	Cohorte, prospectivo	Síntomas psiquiátricos 31% Diagnóstico psiquiátrico 15%				Presencial (síntomas: presencial CEMI. Escalas: HADS-A, HADS-D, EGS-TEPT) (diagnóstico psiquiátrico: evaluación presencial por psiquiatría) Los pacientes con deterioro psiquiátrico, deterioro cognitivo y pacientes con enfermedades neuromusculares o neurológicas graves fueron excluidos de la evaluación

BDI-II: Beck Depression Inventory; CEMI: consulta externa de Medicina Intensiva; CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression scale; HADS: escala hospitalaria de ansiedad y depresión; EGS-TEPT: escala de gravedad de síntomas de trastorno de estrés postraumático; IES-R: Impact of event scale revised; IES-6: Impact of event scale-6; PCL-C: Post Traumatic Stress Disorder Check List-Civilian version; PCL-S: Post-Traumatic Stress Checklist-Specific Version; PCL-5: Posttraumatic Stress Syndrome Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition; TEPT: trastorno de estrés postraumático.

^a Se expresan algunas de las limitaciones reconocidas por los autores de cada estudio.

les evaluamos a 186 supervivientes de COVID-19 que habían sido ventilados mecánicamente; concluimos que el 31% presentaba alteraciones psiquiátricas a los 3 meses del alta hospitalaria. Aunque las valoraciones fueron presenciales, estos datos se obtuvieron de las escalas aplicadas en la consulta de Medicina Intensiva (por lo que no fuimos ajenos a las limitaciones anteriormente expuestas). El seguimiento de los pacientes derivados al equipo de Psiquiatría (datos no publicados) nos reveló que solo el 15% de ellos fueron diagnosticados de algún trastorno mental.

Las escalas de valoración se utilizan para medir y cuantificar síntomas, comportamientos o rasgos mentales. Se transforman en valores numéricos que indican la gravedad de síntomas específicos, pero no constituyen un diagnóstico definitivo. Aunque se ha argumentado que algunas son herramientas de detección adecuadas por su sensibilidad y especificidad, una y otra pueden variar dependiendo de diversos factores (umbrales utilizados para definir la presencia de síntomas, población estudiada, contexto, etc.) y no deben sustituir a la evaluación presencial especializada.

Es incuestionable que los trastornos mentales constituyen una secuela de la enfermedad crítica, ya sea como nuevos diagnósticos o como agravamientos de enfermedades psiquiátricas previas (aspecto este que tampoco se ha abordado con rigor en la literatura). Sin embargo, la extensa bibliografía que ha fundamentado sus conclusiones en los resultados de encuestas para la detección de síntomas sin una validación presencial especializada puede inducir a un sobrediagnóstico psiquiátrico, que tiene como consecuencia una especulación alarmante, no solo en la comunidad científica, sino también en la sociedad, a menudo influida por titulares sensacionalistas en la prensa general. Los futuros estudios epidemiológicos deben adoptar la rigurosidad metodológica debida para obtener resultados fiables y evitar datos sobrestimados que puedan generar confusión, propiciar interpretaciones erróneas y alimentar la especulación.

Financiación

Sin financiación.

Conflicto de intereses

Sin conflicto de intereses.

Bibliografía

- Nikayin S, Rabiee A, Hashem MD, Huang M, Bienvenu OJ, Turnbull AE, et al. Anxiety symptoms in survivors of critical illness: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016;43:23–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2016.08.005>.
- Rabiee A, Nikayin S, Hashem MD, Huang M, Dinglas VD, Bienvenu OJ, et al. Depressive symptoms after critical illness: A systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med*. 2016;44:1744–53, <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000001811>.
- Parker AM, Sricharoenchai T, Raparla S, Schneck KW, Bienvenu OJ, Needham DM. Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: A metaanalysis. *Crit Care Med*. 2015;43:1121–9, <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000000882>.
- Jackson JC, Pandharipande PP, Girard TD, Brummel NE, Thompson JL, Hughes CG, et al. Depression, posttraumatic stress disorder, and functional disability in survivors of critical illness: Results from the BRAIN ICU investigation: A longitudinal cohort study. *Lancet Respir Med*. 2014;2:369–79, [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(14\)70051-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(14)70051-7).
- Huang M, Parker AM, Bienvenu OJ, Dinglas VD, Colantuoni E, Hopkins RO, et al. Psychiatric symptoms in acute respiratory distress syndrome survivors: A 1-Year national multicenter study. *Crit Care Med*. 2016;44:954–65, <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000001621>.
- Bienvenu OJ, Friedman LA, Colantuoni E, Dinglas VD, Sepulveda KA, Mendez-Tellez P, et al. Psychiatric symptoms after acute respiratory distress syndrome: A 5-year longitudinal study. *Intensive Care Med*. 2018;44:38–47, <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-017-5009-4>.
- Hatch R, Young D, Barber V, Griffiths J, Harison DA, Watkinson P. Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder after critical illness: A UK-wide prospective cohort study. *Crit Care*. 2018;22:310, <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-018-2223-6>.
- Sivanathan L, Wunsch H, Vigod S, Hill A, Pinto R, Scales DC. Mental illness after admission to an intensive care unit. *Intensive Care Med*. 2019;45:1550–8, <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-019-05752-5>.
- Añón JM, Curto J, Urbez MR, Burnham PM, Testillano ML, de la Cerda G, et al. Post-intensive care syndrome and follow-up clinics: Results after a two-year pilot. *Minerva Anestesiol*. 2020;86:1246–8, <http://dx.doi.org/10.23736/S0375-9393.20.14754-0>.
- Unoki T, Sakuramoto H, Uemura S, Tsujimoto F, Yamaguchi T, Shiba Y, et al. Prevalence of and risk factors for post-intensive care syndrome: Multicenter study of patients living at home after treatment in 12 Japanese intensive care units, SMAP-HoPe study. *Plos One*. 2021;16:e0252167.
- The Writing Committee for the COMEBAC Study Group. Four-month clinical status of a cohort of patients after hospitalization for COVID-19. *JAMA*. 2021;325:1525–34, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2021.3331>.
- Heesakkeers H, van der Hoeven JG, Corsten S, Jansen I, Ewalds E, Simons KS, et al. Clinical outcomes among patients with 1-year survival following intensive care unit treatment for COVID-19. *JAMA*. 2022;327:1–7, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2022.0040>.
- Nanwani KL, López-Pérez L, Giménez-Esparza C, Ruiz-Barranco I, Carrillo E, Arellano MS, et al. Prevalence of post-intensive care syndrome in mechanically ventilated patients with COVID-19. *Sci Rep*. 2022;12:7977, <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-022-11929-8>.