



Cartas científicas

Dolor de hombro como lesión residual tras el alta hospitalaria en pacientes ingresados en UCI por neumonía COVID-19



Shoulder pain as residual injury after hospital discharge in patients admitted to ICU for COVID-19 pneumonia

Sr. Editor:

El síndrome post-cuidados intensivos comprende ciertas complicaciones en todas las esferas de la vida tras el alta de la unidad de cuidados intensivos (UCI). En la esfera física, destaca la alta incidencia de dolor crónico musculoesquelético. El dolor en el hombro es frecuente (5 a 80%) y puede perpetuarse de seis a 12 meses tras el alta hospitalaria, impactando en la funcionalidad de la extremidad y condicionando elevados costes (incapacidad laboral, baja productividad, gasto sanitario, etc.)^{1,2}.

Nuestro *objetivo* fue cuantificar la presencia del dolor de hombro a los dos meses del alta hospitalaria en pacientes que ingresaron en la UCI por neumonía por COVID-19 y que necesitaron rehabilitación durante su estancia, y estudiar su relación con factores dependientes del paciente, tratamientos recibidos, su evolución en la UCI y hospitalaria.

Se realizó un estudio de cohortes prospectivo entre marzo y junio del 2020 de los pacientes que ingresaron en la UCI del Complejo Hospitalario de Toledo como consecuencia de neumonía por

COVID-19 y que fueron valorados y tratados durante su ingreso por el servicio de rehabilitación, debido al síndrome de debilidad adquirido en la UCI. Al alta hospitalaria, se realizó un seguimiento por este servicio hasta los dos meses. Se recogieron las variables relacionadas con las características personales y los días de ingreso en la UCI y en el hospital. En la estancia en la UCI se recopilaron escores de gravedad, si se habían utilizado corticoides, decúbito prono prolongado y ventilación mecánica. En la consulta, se valoró la presencia de dolor de hombro y la funcionalidad del miembro superior (cuestionario autocomplimentado *disabilities of the arm, shoulder and hand score* [QuickDASH]).

Durante este período, ingresaron en la UCI 120 pacientes y 62 (51,6%) fueron dados de alta hospitalaria. Fueron valoradas 41 personas por rehabilitación durante el ingreso y 38 realizaron un seguimiento tras el alta hospitalaria, siendo 24 varones (58,5%), con una edad media de 62,6 (8,8) años. Todos ellos estuvieron sedo-relajados en ventilación mecánica, con una duración de 17,8 (10,35) días. Estuvieron en decúbito prono 29 pacientes (76,3%) y se utilizaron corticoides en el 76,3% de ellos. La prueba *acute physiology and chronic health evaluation* (APACHE II) fue de 23,6 (4,1). Presentaban dolor de hombro previo tres casos y todos empeoraron tras el ingreso. A los dos meses del alta hospitalaria padecían dolor de hombro 18 personas (47,4%) y el QuickDASH fue de 39,19 (33,28). En la [tabla 1](#) se muestra la comparación de las variables según el paciente presentase o no dolor de hombro.

Tabla 1

Comparación entre los pacientes estudiados, según presenten o no dolor de hombro

	Dolor de hombro (n = 18) (47,4%)	No dolor de hombro (n = 20) (52,6%)	p
<i>Sexo varón</i>	10 (55,6%)	12 (60%)	0,782
<i>Edad (años)</i>	63,17 (7,71)	61,05 (9,83)	0,469
<i>IMC previo</i>	32,73 (5,75)	31,23 (5,26)	0,447
<i>Escores</i>			
APACHE II	22,70 (2,44)	24,30 (5,11)	0,248
QuickDASH	50,12 (26,66)	29,99 (36,12)	0,074
<i>Antecedentes personales</i>			
Hipertensión arterial	9 (50%)	9 (45%)	0,758
Diabetes mellitus	3 (16,7%)	1 (5%)	0,242
Dislipemia	5 (27,8%)	8 (40%)	0,428
No fumador	11 (61,1%)	8 (42,1%)	0,248
<i>Unidad cuidados intensivos</i>			
Estancia en UCI (días)	27,47 (15,11)	17,31 (10,38)	0,024
Decúbito prono	14 (82,4%)	15 (75%)	0,588
Corticoides	12 (70,6%)	17 (85%)	0,289
Días de ventilación mecánica	20,17 (10,29)	16,15 (10,57)	0,257
<i>Hospitalización global</i>			
Estancia hospitalaria (días)	48,05 (12,61)	38,55 (17,21)	0,073
Pérdida de peso desde el ingreso	15 (93,8%)	16 (84,2%)	0,377

APACHE II: *acute physiology and chronic health evaluation*; IMC: índice de masa corporal; QuickDASH: *disabilities of the arm, shoulder and hand score*; UCI: unidad de cuidados intensivos.

Las variables cuantitativas se muestran como media (desviación estándar) y las categóricas en contaje (porcentaje). Se asume la significación estadística cuando $p < 0,05$.

Existe escasa literatura del dolor de hombro en pacientes ingresados en la UCI y exigua si la causa es una neumonía por COVID-19³. Los factores asociados con la presencia de dolor de hombro tras el ingreso en la UCI son la edad, el dolor previo y las comorbilidades médicas⁴. Muchos de estos aspectos podrían ser factores de riesgo para el ingreso de los pacientes por COVID-19.

Los factores relacionados con la cronicidad del dolor al año del alta hospitalaria son la edad, la severidad de la enfermedad, el uso prolongado de opioides, la ventilación mecánica durante más de 12 días o una estancia en la UCI mayor a 15 días^{1,5}. No hemos observado alguna relación entre el dolor de hombro a los dos meses tras el alta hospitalaria con puntuación APACHE II, ni con los días de tratamiento con ventilación mecánica, aunque sí existe una asociación estadísticamente significativa con los días de ingreso en la UCI y una tendencia solo en la hospitalaria global. Esto podría explicarse parcialmente por la inmovilización articular y la pérdida de masa muscular secundaria. Una de las estrategias para su prevención y tratamiento es la movilización precoz, por lo que los servicios de rehabilitación desempeñan un papel principal.

El decúbito prono prolongado es utilizado en pacientes con ventilación mecánica para mejorar la oxigenación en neumonía por COVID-19. La posición en prono parece aumentar la compresión subacromial con respecto a la de supino, sin embargo, no hemos encontrado estudios que la vinculen con el dolor de hombro cuando su uso es prolongado. Aunque tampoco hemos podido demostrar esta relación, es importante recordar la necesidad de realizar un adecuado posicionamiento del paciente para reducir potenciales efectos adversos.

Nuestra *conclusión* se basa en la alta presencia de dolor de hombro en los pacientes ingresados en la UCI debido a la neumonía por COVID-19, teniendo una relación estadísticamente significativa con la estancia en la UCI. Para su asociación con comorbilidades previas

o con el tratamiento en UCI, no hemos encontrado ninguna relación con el dolor de hombro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Langerud AK, Rustøen T, Brunborg C, Kongsgaard U, Stubhaug A. Prevalence location, and characteristics of chronic pain in intensive care survivors. *Pain Manag Nurs*. 2018;19:366–76.
2. Gustafson OD, Rowland MJ, Watkinson PJ, McKechnie S, Igo S. Shoulder impairment following critical illness: a prospective cohort study. *Crit Care Med*. 2018;46:1769–74.
3. Carda S, Invernizzi M, Bavikatte G, Bensmail D, Bianchi F, Deltombe T, et al. COVID-19 pandemic. What should physical and rehabilitation medicine specialists do? A clinician's perspective. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2020;56:515–24.
4. Kemp HI, Laycock H, Costello A, Brett SJ. Chronic pain in critical care survivors: a narrative review. *Br J Anaesth*. 2019;123:e372–84.
5. Battle CE. Time for therapists to shoulder a change in critical care practice? *Crit Care Med*. 2019;47:e152.

Ana Belén Puentes-Gutiérrez^{a,*}, Marcelino Sánchez-Casado^b y Macarena Díaz-Jiménez^a

^a Servicio de Rehabilitación, Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España

^b Servicio de Medicina Intensiva, Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anapuentes@gmail.com

(A.B. Puentes-Gutiérrez).

<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.006>

0025-7753/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Encefalitis mediada por anticuerpos



Antibody-mediated encephalitis

Sr. Editor:

Las encefalitis disímunes o mediadas por anticuerpos suponen actualmente la tercera causa de encefalitis tras la etiología infecciosa y la encefalomiéltis aguda diseminada. Son entidades recientemente catalogadas, de difícil diagnóstico y cuya frecuencia se tiene la percepción que está aumentando su diagnóstico probablemente por mayor sensibilización de los clínicos y mayor acceso a los anticuerpos antineuronales. Es importante su sospecha y diagnóstico precoz, ya que el pronóstico funcional de los pacientes puede mejorar si se instaura precozmente inmunoterapia¹.

Su diana va dirigida contra proteínas de la superficie neuronal, canales iónicos o receptores de membrana celular, siendo la más frecuente la anti-NMDA². Dentro de la encefalitis mediada por anticuerpos no se engloban a los síndromes neurológicos paraneoplásicos clásicos ni al lupus neuropsiquiátrico, que pueden dar manifestaciones similares.

La encefalitis mediada por anticuerpos requiere un alto nivel de sospecha y poner en marcha estudio diagnóstico amplio que debe incluir imágenes de resonancia magnética, estudio de líquido cefalorraquídeo, electroencefalografía y de imagen funcional cerebral, preferiblemente mediante PET, y la batería diagnóstica encaminada

a la búsqueda de neoplasia³. Sin embargo, el papel más importante entre las pruebas diagnósticas son los anticuerpos contra proteínas de superficie neuronal, que se deben investigar en el líquido cefalorraquídeo. El diagnóstico diferencial que plantean estas entidades es amplio, principalmente con las enfermedades infecciosas del sistema nervioso central, así como vasculitis primaria o secundaria del sistema nervioso, encefalomiéltis aguda diseminada, lupus, sarcoidosis, síndrome de Sjögren, neuro-Beçet, encefalitis de Hashimoto, encefalitis de Bickerstaff, enfermedades linfoproliferativas, fundamentalmente linfoma que responden a glucocorticoides, tumores primarios del sistema nervioso y enfermedad metastásica. También hay que valorar déficits nutricionales, enfermedades neurodegenerativas y metabólicas y los trastornos funcionales neurológicos⁴.

Su tratamiento se basa fundamentalmente en inmunoterapia en la fase aguda y de mantenimiento, fundamentalmente pulsos de glucocorticoides, inmunoglobulinas intravenosas y plasmáferesis, y de segunda línea ciclofosfamida por vía intravenosa y rituximab⁵. De mantenimiento, azatioprina, micofenilato mofetilo, ciclofosfamida por vía oral, que se debe mantener como mínimo 2 o 3 años.

Analizamos las características demográficas, clínicas, licuorales, neurofisiológicas, de neuroimagen, tratamientos aplicados y evolución de 12 pacientes diagnosticados en régimen de hospitalización y seguidos en nuestra consulta de Neurosistémicas desde 2006 hasta el 31 de diciembre del 2018 (tabla 1).