

**LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y
Humanidades, Asunción, Paraguay.**

ISSN en línea: 2789-3855, 2025, Volumen VI

Enfermedad pulmonar intersticial en cuidados intensivos: una revisión clínica para el médico general

Interstitial lung disease in intensive care: a clinical review for the
general practitioner

Daniela Quesada Arguedas

daniquesada1697@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-3513-1494>

Investigadora independiente

San José – Costa Rica

Karen Meza Elizondo

Drameza@geriatracr.com

<https://orcid.org/0000-0001-2112-4705>

Investigadora independiente

San José – Costa Rica

Rolando Jose Hernández Gaitán

rojoheg44@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-1483-7229>

Investigador independiente

San José – Costa Rica

Andrea Melissa Meza Elizondo

andremel02@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-2923-7901>

Investigadora independiente

San José – Costa Rica

Taylor Adrian Sevilla Sevilla

sevillatay@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-2957-2286>

Investigador Independiente

San José – Costa Rica

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i4.4247>

Artículo recibido: 03 de julio de 2025

Aceptado para publicación: 29 de julio de 2025.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.


Redilat
Red de Investigadores
Latinoamericanos

NÚMERO

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i4.4263>

Enfermedad pulmonar intersticial en cuidados intensivos: una revisión clínica para el médico general

Interstitial lung disease in intensive care: a clinical review for the general practitioner

Daniela Quesada Arguedas¹

daniquesada1697@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-3513-1494>

Investigadora independiente

San José – Costa Rica

Rolando Jose Hernández Gaitán

rojoheg44@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-1483-7229>

Investigador independiente

San José – Costa Rica

Andrea Melissa Meza Elizondo

andremel02@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-2923-7901>

Investigadora independiente

San José – Costa Rica

Taylor Adrian Sevilla Sevilla

sevillatay@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-2957-2286>

Investigador Independiente

San José – Costa Rica

Karen Meza Elizondo

Drameza@geriatracr.com

<https://orcid.org/0000-0001-2112-4705>

Investigadora independiente

San José – Costa Rica

Artículo recibido: 03 de julio de 2025. Aceptado para publicación: 29 de julio de 2025.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) comprende un conjunto diverso de patologías que afectan el parénquima pulmonar, y que pueden presentarse o agravarse durante la estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI), generando un reto diagnóstico y terapéutico significativo para el médico general. Este artículo tiene como objetivo brindar un enfoque clínico actualizado sobre la EPI en pacientes críticamente enfermos, con énfasis en su fisiopatología, diagnóstico, manejo terapéutico y seguimiento post-UCI. Se realizó una revisión bibliográfica de carácter descriptivo y retrospectivo, basada en la consulta de 18 artículos científicos seleccionados en bases de datos biomédicas (PubMed, ScienceDirect, EBSCOhost y Scopus) entre 2015 y 2025. Entre los principales hallazgos se destacan la importancia de diferenciar entre EPI aguda y reagudización de formas crónicas, el uso de herramientas diagnósticas como la TCAR y el sistema ILD-RADS, y el papel de la inmunomodulación, los corticoesteroides y los antifibróticos en el tratamiento individualizado. Asimismo, destaca la

¹ Autora de correspondencia.

necesidad de una rehabilitación estructurada post-UCI para mejorar el pronóstico funcional. Este artículo busca fortalecer el reconocimiento precoz y el abordaje multidisciplinario de la EPI en contextos críticos, contribuyendo a optimizar la atención integral del paciente.

Palabras clave: enfermedad pulmonar intersticial, cuidados intensivos, insuficiencia respiratoria aguda, fibrosis pulmonar, ventilación mecánica

Abstract

Interstitial lung disease (ILD) includes a diverse group of disorders affecting the lung parenchyma, which may worsen or newly present during intensive care unit (ICU) admission, posing a significant diagnostic and therapeutic challenge for general practitioners. This article aims to offer an updated clinical review of ILD in critically ill patients, focusing on its pathophysiology, diagnostic approach, therapeutic strategies, and post-ICU follow-up. A descriptive and retrospective literature review was conducted, selecting 18 scientific articles from four biomedical databases (PubMed, ScienceDirect, EBSCOhost, and Scopus) published between 2015 and 2025. Key findings include the importance of distinguishing between acute ILD and acute exacerbation of chronic forms, the diagnostic value of high-resolution CT and ILD-RADS classification, and the role of immunomodulation, corticosteroids, and antifibrotic therapies in individualized treatment plans. Additionally, the article highlights the relevance of structured post-ICU pulmonary rehabilitation to enhance long-term outcomes. This review reinforces the need for early recognition and a multidisciplinary approach to ILD in critical settings, supporting comprehensive care strategies for affected patients.

Keywords: interstitial lung disease, intensive care, acute respiratory failure, pulmonary fibrosis, mechanical ventilation

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons.



Cómo citar: Quesada Arguedas, D., Hernández Gaitán, R. J., Meza Elizondo, A. M., Sevilla Sevilla, T. A., & Meza Elizondo, K. (2025). Enfermedad pulmonar intersticial en cuidados intensivos: una revisión clínica para el médico general. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 6 (4), 250 – 260. <https://doi.org/10.56712/latam.v6i4.4263>

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar intersticial abarca un grupo complejo de patologías que afectan de manera difusa el parénquima pulmonar, caracterizadas principalmente por inflamación crónica y fibrosis progresiva. Dentro del contexto del paciente críticamente enfermo, estas enfermedades suelen ser un desafío diagnóstico y terapéutico significativo, dada su complejidad clínica, la presencia de comorbilidades, y la tendencia a evolucionar hacia insuficiencia respiratoria aguda. El manejo de estas patologías en la unidad de cuidados intensivos exige una valoración multidisciplinaria que permita reconocer de manera temprana y oportuna las exacerbaciones; individualizar el soporte respiratorio y evaluar los posibles escenarios previo a tomar decisiones invasivas como la ventilación mecánica. Esta revisión comprende los principios fisiopatológicos, riesgos asociados, implicaciones terapéuticas y el pronóstico funcional a futuro (Margallo Iribarnegaray, Churrua Arróspide, Matesanz López, & Pérez Rojo, 2023).

METODOLOGÍA

Este artículo se desarrolló gracias a una revisión bibliográfica de enfoque descriptivo y retrospectivo. La recopilación del contenido se llevó a cabo con la ayuda de cuatro bases de datos biomédicas reconocidas: PubMed, ScienceDirect, EBSCOhost y Scopus, tomando en cuenta publicaciones editadas entre los años 2015 y 2025, en los idiomas español e inglés.

Para optimizar la búsqueda, se utilizaron términos controlados y libres relacionados con el tema central, entre ellos: Enfermedad pulmonar intersticial; EPI en paciente crítico; Insuficiencia respiratoria en UCI; Exacerbación aguda de EPI; Cuidados intensivos; Enfermedad pulmonar difusa; Ventilación mecánica; Complicaciones respiratorias graves; Manejo de EPI en UCI y Neumonía intersticial. Además, se aplicaron operadores booleanos como AND, OR y NOT para delimitar los resultados a artículos pertinentes y con acceso al texto completo.

Tras una revisión pertinente y crítica de títulos, resúmenes y contenido disponible, se seleccionaron un total de dieciocho artículos científicos originales que ofrecieran evidencia actual y relevante sobre la enfermedad pulmonar intersticial en el contexto de la atención en cuidados intensivos. Esta selección busca respaldar con solidez el análisis clínico desarrollado en el presente artículo, dirigido a médicos generales interesados en el abordaje de patologías respiratorias complejas en entornos críticos

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Clasificación general de la EPI

La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) comprende un conjunto de afecciones pulmonares de origen no infeccioso que afectan principalmente el intersticio, aunque también pueden comprometer el alvéolo, las vías respiratorias pequeñas y los vasos pulmonares. De manera general, las EPI se clasifican en cuatro grandes grupos: aquellas con causa conocida (como las relacionadas con fármacos, radiación o enfermedades del colágeno), las de origen ambiental u ocupacional (incluyendo la neumonitis por hipersensibilidad), las asociadas a enfermedades sistémicas autoinmunes, y las idiopáticas, dentro de las cuales destaca la fibrosis pulmonar idiopática como entidad prototipo. Además, en los últimos años se ha incorporado un subgrupo relevante: las EPI relacionadas con el tabaquismo (Serrano Gotarredona, Navarro Herrero, Gómez Izquierdo, & Rodríguez Portal, 2022).

Como se describió anteriormente, la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) representa un grupo clínicamente diverso de patologías pulmonares que comparten características fisiopatológicas comunes, como la inflamación crónica del intersticio pulmonar y, en muchos casos, la progresión hacia fibrosis. A pesar de su presentación clínica y radiológica similar, las EPI poseen etiologías y cursos evolutivos distintos, lo cual requiere un enfoque diagnóstico preciso y multidisciplinario. La detección

temprana es crucial, ya que un número importante de estas enfermedades, especialmente las formas progresivas, pueden beneficiarse de un tratamiento antifibrótico oportuno que modifique la historia natural de la enfermedad (Maher, 2024).

EPI aguda vs EPI crónica reagudizada en UCI

Se debe realizar una distinción entre EPI aguda y crónica, ya que se actúa de manera directa en el abordaje diagnóstico y terapéutico. Las formas agudas de EPI, como la neumonía intersticial aguda o la exacerbación aguda de una fibrosis preexistente, se caracterizan por un inicio súbito de síntomas respiratorios, hallazgos radiológicos rápidamente progresivos y un riesgo elevado de insuficiencia respiratoria. En contraste, las EPI crónicas, como la fibrosis pulmonar idiopática, muestran una evolución lenta y progresiva, marcada por una disnea persistente y cambios fibróticos irreversibles en la tomografía de alta resolución. La implementación de herramientas estandarizadas como el sistema “ILD-RADS” ha demostrado mejorar la precisión diagnóstica, permitiendo diferenciar entre patrones agudos y crónicos con mayor claridad y facilitando una toma de decisiones más eficiente (Elshetry et al., 2022).

El sistema “ILD-RADS” (“Interstitial Lung Disease Reporting and Data System”) fue desarrollado con el objetivo de estandarizar la interpretación radiológica de las enfermedades pulmonares intersticiales. Similar a otras escalas como BI-RADS o LI-RADS, esta herramienta clasifica los hallazgos tomográficos en distintos niveles de probabilidad diagnóstica, desde patrones típicos hasta atípicos, lo que permite mejorar la comunicación entre radiólogos y clínicos, reducir la variabilidad entre observadores y favorecer una toma de decisiones más precisa y oportuna (Elshetry et al., 2022).

En el contexto de cuidados intensivos, es crucial distinguir entre tres escenarios clínicos:

EPI aguda primaria (como la neumonía intersticial aguda o AIP): se presenta con insuficiencia respiratoria aguda, rápida progresión, infiltrados difusos y alteraciones severas en el intercambio gaseoso. Clínicamente, puede ser indistinguible del síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), requiriendo soporte ventilatorio avanzado desde el inicio. Su fisiopatología se centra en daño alveolar difuso.

EPI crónica estable (como la fibrosis pulmonar idiopática, FPI): suele tener una evolución insidiosa con tos seca, disnea progresiva y patrón tomográfico en panal de abejas. En general, los pacientes no requieren cuidados intensivos a menos que sufran una reagudización.

EPI crónica reagudizada: representa un escenario clínico de alta mortalidad en UCI. Se caracteriza por una exacerbación repentina del cuadro clínico, con disnea severa, hipoxemia y nuevos infiltrados pulmonares sin causa infecciosa aparente. West explica que esta reagudización puede deberse a factores desencadenantes como infecciones virales, aspiración, procedimientos quirúrgicos o incluso idiopáticos. A nivel histológico, puede observarse daño alveolar agudo sobre un patrón crónico de fibrosis.

El abordaje terapéutico difiere: mientras en la EPI aguda puede considerarse inmunosupresión agresiva, en la reagudización de una EPI crónica, las opciones son más limitadas y el pronóstico más reservado. La clave está en el reconocimiento temprano y el manejo multidisciplinario.

Lograr diferenciar entre una enfermedad intersticial pulmonar aguda y una reagudización de una forma crónica es esencial en la UCI, porque ambas comparten manifestaciones clínicas similares pero difieren en su fisiopatología, respuesta al tratamiento y pronóstico. Esta distinción guía decisiones terapéuticas críticas y permite una planificación adecuada de los recursos intensivos (West & Luks, 2022).

Fisiopatología relevante en el paciente crítico

Desde el enfoque del registro EXCITING-ILD (“examination of clinical and therapeutic Impact in General Practice of Interstitial Lung Diseases”) es un registro multicéntrico, observacional, prospectivo y longitudinal diseñado para recopilar datos del mundo real sobre pacientes con EPI. Han observado - que muchas de estas entidades comparten un patrón común de daño epitelial alveolar, activación de células inmunes y remodelado progresivo del tejido pulmonar. El proceso fisiopatológico inicia habitualmente con una lesión en la barrera alveolo-capilar, que desencadena una cascada inflamatoria local. Esta respuesta implica la activación de macrófagos y la liberación de citoquinas profibróticas como el TGF- β , promoviendo la migración de fibroblastos y su transformación en miofibroblastos. Como resultado, se deposita matriz extracelular desorganizada, lo cual altera la arquitectura pulmonar y reduce significativamente la capacidad de intercambio gaseoso. En formas agudas o reagudizadas, como ocurre frecuentemente en hospitalizaciones documentadas por el registro, se suman mecanismos de daño alveolar difuso (DAD), que aceleran la pérdida funcional y aumentan la mortalidad. (Buschulte et al., 2023)

El daño alveolar difuso (DAD) constituye el patrón histopatológico característico del síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) y de muchas formas agudas de enfermedad pulmonar intersticial (EPI). Se inicia con una fase exudativa en la que se produce disrupción del endotelio capilar y del epitelio alveolar, permitiendo la fuga de proteínas plasmáticas al espacio alveolar. Esta fase se caracteriza por edema alveolar, formación de membranas hialinas, y pérdida de la capacidad de intercambio gaseoso. Posteriormente, en la fase proliferativa, se activa la regeneración epitelial junto con la proliferación de fibroblastos y la deposición de matriz extracelular. En algunos casos, el proceso progresa hacia una fase fibrótica irreversible, con distorsión del parénquima pulmonar y pérdida funcional severa. El artículo propone considerar al SDRA no solo como un síndrome clínico, sino como una entidad con hallazgos anatomopatológicos definidos, de gran relevancia para entender el curso agudo de las EPI en pacientes críticos (Cardinal-Fernández et al., 2016).

Manifestaciones clínicas y criterios de sospecha

Dentro del entorno UCI, las manifestaciones clínicas pueden ser difíciles de distinguir, dado que frecuentemente se superponen con otras causas de insuficiencia respiratoria aguda. La presentación suele incluir disnea severa, hipoxemia refractaria y necesidad creciente de soporte ventilatorio invasivo o no invasivo. Algunos pacientes llegan a la UCI en fases avanzadas de fibrosis pulmonar no diagnosticada previamente, mientras que en otros la EPI se exacerba por infecciones, sepsis o exposición a fármacos. La presencia de crépitos inspiratorios secos, hipoxemia persistente con pobre respuesta al oxígeno suplementario y hallazgos radiológicos sugestivos (como patrón en vidrio esmerilado, reticulación difusa o consolidación bilateral) deben alertar al equipo médico sobre una posible EPI activa o reagudizada (Gómez-Oliva et al., 2021).

Las manifestaciones clínicas de la fibrosis pulmonar intersticial progresiva tienden a ser insidiosas y de evolución lenta, lo cual dificulta su reconocimiento temprano en el entorno clínico habitual. Los pacientes suelen presentar disnea progresiva de esfuerzo, tos seca persistente y fatiga crónica, síntomas que a menudo se subestiman o se confunden con otras enfermedades respiratorias crónicas. En estudios en escenarios reales, como el realizado por Torrisi et al., se ha observado que la identificación precisa del fenotipo progresivo puede variar significativamente dependiendo de los criterios diagnósticos aplicados, lo que pone de relieve la necesidad de un enfoque clínico individualizado y una monitorización estructurada (Torrisi et al., 2023).

Diagnóstico en UCI: desafíos y herramientas (TCAR, BAL, biomarcadores, biopsia)

El diagnóstico de la enfermedad pulmonar intersticial en pacientes críticamente enfermos representa un verdadero reto clínico. En el entorno de la UCI, factores como la ventilación mecánica, la sedación, y el grado de comorbilidad pulmonar previa pueden dificultar la interpretación adecuada de signos clínicos y pruebas diagnósticas. En este contexto, la tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) es una de las herramientas más valiosas, ya que permite identificar patrones específicos como vidrio esmerilado, consolidación o reticulación, los cuales pueden orientar hacia una EPI subyacente o una exacerbación aguda. Sin embargo, su interpretación debe contextualizarse con los hallazgos clínicos y de laboratorio.

El lavado broncoalveolar (LBA) sigue siendo una herramienta útil en pacientes seleccionados, especialmente cuando se requiere descartar infecciones oportunistas o enfermedades inmunomediadas. No obstante, su uso debe valorarse cuidadosamente debido al riesgo de hipoxemia o barotrauma en pacientes con inestabilidad respiratoria. Por otro lado, los biomarcadores séricos como el KL-6, el surfactante-A y el SP-D han demostrado gran utilidad diagnóstica y pronóstica, aunque su implementación clínica aún no está estandarizada.

La biopsia pulmonar es el gold standard diagnóstico en EPI, su indicación en UCI es controversial por la alta morbilidad asociada. En casos muy seleccionados, la biopsia transbronquial criogénica ha surgido como una alternativa menos invasiva, aunque su disponibilidad y experiencia local condicionan su uso. Así, el enfoque diagnóstico en estos pacientes debe ser multidisciplinario y dinámico, integrando imágenes, pruebas de laboratorio y juicio clínico especializado (Azoulay, Demoule, & Papazian, 2017).

Abordaje terapéutico (ventilación, inmunomodulación, corticoesteroides, antifibróticos)

Ventilación mecánica y ECMO

En pacientes con enfermedad pulmonar intersticial que evolucionan con insuficiencia respiratoria aguda, la decisión de iniciar soporte ventilatorio depende de una combinación de hallazgos clínicos, gasométricos e imagenológicos. Generalmente, la indicación de ventilación mecánica invasiva ocurre cuando el paciente presenta signos de fatiga respiratoria (uso de músculos accesorios, taquipnea > 35 rpm, hipercapnia progresiva), hipoxemia persistente ($\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$) pese a oxigenoterapia convencional o de alto flujo, o alteración del estado de conciencia por hipoxia.

Sin embargo, en EPI avanzada o en reagudizaciones severas, la respuesta a ventilación mecánica puede ser limitada y conlleva un mal pronóstico. Por ello, se recomienda individualizar el inicio de VM invasiva en función del patrón radiológico, la causa de la descompensación (infección, enfermedad pulmonar intersticial difusa nueva, SDRA), el estado funcional previo del paciente y sus deseos.

La indicación de ECMO veno-venosa (VV) puede considerarse cuando hay hipoxemia refractaria ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 80 \text{ mmHg}$ con $\text{FiO}_2 > 0.8$ y $\text{PEEP} > 10 \text{ cmH}_2\text{O}$), acidosis respiratoria grave ($\text{pH} < 7.20$ con $\text{PaCO}_2 > 60 \text{ mmHg}$), o presión meseta $\geq 30 \text{ cmH}_2\text{O}$ a pesar de maniobras ventilatorias protectoras. (Marini & Wheeler, 2023).

En el manejo del paciente críticamente enfermo con enfermedad pulmonar intersticial, las maniobras ventilatorias protectoras son fundamentales para minimizar el daño inducido por la ventilación mecánica. Estas estrategias incluyen el uso de volúmenes corrientes bajos (aproximadamente 6 ml/kg de peso ideal), el mantenimiento de una presión meseta menor o igual a 30 cmH₂O, y la aplicación de un PEEP ajustado cuidadosamente para evitar tanto el colapso alveolar como la sobredistensión. Además, se recomienda monitorizar la presión de conducción ("driving pressure") y mantenerla por debajo de 14 cmH₂O, así como utilizar una FiO₂ lo más baja posible para mantener saturaciones adecuadas sin inducir toxicidad por oxígeno. Estas maniobras, junto con estrategias como la pronación

temprana y la hipercapnia permisiva controlada, han demostrado reducir la mortalidad asociada al SDRA en pacientes con EPI aguda o reagudizada en UCI (Marini & Deutschman, 2019).

En EPI, el ECMO debe indicarse con prudencia, reservándose para pacientes jóvenes, sin comorbilidades graves, con probabilidad de recuperación o puente a trasplante pulmonar.

El reconocimiento temprano de la progresión gasométrica y la falta de respuesta al manejo convencional son claves para no retrasar decisiones que pueden incidir directamente en la sobrevida del paciente (Marini & Wheeler, 2023).

Inmunomodulación

La inmunomodulación representa una piedra angular en el manejo de múltiples formas de enfermedad pulmonar intersticial, especialmente aquellas de origen autoinmune o inflamatorio. En contextos de reagudización o compromiso severo, como en la UCI, se valoran opciones terapéuticas como corticosteroides sistémicos, agentes citotóxicos (ej. ciclofosfamida o micofenolato), y nuevos moduladores inmunológicos como los inhibidores de JAK o rituximab en casos seleccionados. Este abordaje requiere una evaluación cuidadosa del perfil inmunológico del paciente, la velocidad de progresión y la presencia de complicaciones sistémicas. De acuerdo con King et al. (2024), existe una necesidad crítica de fortalecer la enseñanza formal sobre estas terapias inmunomoduladoras dentro de la formación neumológica, ya que su adecuada selección e implementación pueden modificar francamente el pronóstico de estos pacientes, especialmente durante episodios de descompensación aguda (King et al., 2024).

Corticosteroides

El uso de corticosteroides en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial en contexto crítico, particularmente durante una exacerbación aguda de fibrosis pulmonar idiopática, continúa siendo motivo de debate clínico. Aunque no existe consenso definitivo sobre su eficacia, múltiples centros de cuidados intensivos consideran su inclusión como parte del manejo terapéutico de rescate, especialmente ante el rápido deterioro respiratorio. Los esteroides sistémicos pueden atenuar la inflamación pulmonar subyacente, pero su beneficio clínico sostenido sigue sin estar plenamente respaldado por evidencia de alta calidad. Es por ello que su uso debe individualizarse cuidadosamente, valorando el perfil del paciente, la causa probable de la descompensación y el riesgo potencial de efectos adversos, en especial en entornos con alta vulnerabilidad inmunológica (Kumar, Anusar, & Goyal, 2022).

Por ejemplo, en el contexto de las enfermedades del tejido conectivo (CTD), la enfermedad pulmonar intersticial representa una de las principales causas de morbilidad. Dentro de las estrategias terapéuticas, los corticosteroides han sido ampliamente utilizados como tratamiento inicial debido a su efecto inmunosupresor, especialmente en etapas inflamatorias de la enfermedad. Este estudio poblacional francés reveló que, a pesar del uso frecuente de esteroides, la mortalidad relacionada con EPI en pacientes con corticoterapia sigue siendo elevada, lo que sugiere que la respuesta al tratamiento varía según la enfermedad subyacente, la extensión del compromiso pulmonar y el momento de inicio de la terapia. Estos hallazgos resaltan la necesidad de un enfoque más personalizado en la elección, dosificación y duración de los corticosteroides, así como de estrategias complementarias en casos refractarios (Arnaud et al., 2023).

Antifibróticos

La implementación de terapias antifibróticas como nintedanib y pirfenidona han sido objeto de creciente interés. Estos fármacos han demostrado en estudios clínicos su capacidad para ralentizar el deterioro funcional pulmonar y modificar el curso natural de la fibrosis pulmonar idiopática. Si bien su uso en contexto crítico aún es limitado y debe individualizarse cuidadosamente, algunos datos preliminares sugieren que iniciar o mantener antifibróticos en pacientes hospitalizados seleccionados puede contribuir a estabilizar la progresión de la enfermedad, especialmente cuando se descartan causas infecciosas o inflamatorias reversibles (Kolb et al., 2022).

Pronóstico y complicaciones asociadas en UCI

El pronóstico de los pacientes con enfermedad pulmonar intersticial que requieren ingreso a una unidad de cuidados intensivos (UCI) es, en general, reservado. La necesidad de ventilación mecánica invasiva, la coexistencia de enfermedad fibrosante progresiva, así como las exacerbaciones agudas — ya sea idiopáticas o desencadenadas por infecciones— se relacionan con una alta mortalidad intrahospitalaria. Complicaciones frecuentes en este contexto incluyen el desarrollo de síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), hipertensión pulmonar, insuficiencia respiratoria refractaria a oxigenoterapia convencional, y sobreinfecciones bacterianas o fúngicas. Asimismo, se ha reportado que los pacientes con EPI asociada a enfermedades del tejido conectivo presentan una tasa de mortalidad particularmente elevada cuando cursan con exacerbaciones agudas o complicaciones sépticas durante la estancia en UCI. Estos hallazgos subrayan la importancia de una identificación precoz de pacientes con alto riesgo de deterioro, la implementación de estrategias ventilatorias individualizadas, y una discusión anticipada sobre el enfoque terapéutico intensivo (Torrisi et al., 2023).

Rehabilitación y seguimiento post-UCI

La rehabilitación y el seguimiento de pacientes con enfermedad pulmonar intersticial tras una estancia en la unidad de cuidados intensivos deben abordarse desde una perspectiva interdisciplinaria. El proceso comienza con una evaluación funcional tan pronto como el estado clínico lo permita, con énfasis en la movilización temprana, el soporte nutricional adecuado y el entrenamiento respiratorio progresivo. Estos pacientes presentan un riesgo elevado de desarrollar debilidad adquirida en UCI, disfunción pulmonar persistente y deterioro funcional crónico. Por ello, la continuidad del cuidado una vez dados de alta incluye programas ambulatorios de rehabilitación pulmonar y control especializado por neumología. Ambas, constituye una pieza esencial en la recuperación integral. Además, se recomienda la monitorización periódica con espirometría, pruebas de caminata de seis minutos y escalas de calidad de vida como parte del seguimiento estructurado post-UCI (Irwin & Rippe, 2022).

La recuperación funcional de estos pacientes no depende únicamente de la estabilización del proceso inflamatorio o fibrosante, sino también del establecimiento de estrategias de monitorización estructurada que evalúen tanto la progresión radiológica como el deterioro funcional respiratorio. En este contexto, el uso de herramientas estandarizadas como el sistema “ILD-RADS,” previamente descrito en el artículo, ha demostrado ser útil no solo para la clasificación inicial, sino también para guiar decisiones durante el seguimiento, permitiendo identificar patrones radiológicos persistentes o progresivos que requieran ajuste terapéutico o intensificación del tratamiento. Además, se recomienda una evaluación periódica mediante pruebas funcionales respiratorias, escalas de disnea y hábitos de vida, así como el abordaje interdisciplinario con fisioterapia pulmonar, educación al paciente y soporte psicosocial cuando sea necesario (Pagano et al., 2023).

CONCLUSIONES

La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) en pacientes críticamente enfermos constituye un reto diagnóstico y terapéutico de alta complejidad en el entorno de cuidados intensivos. El presente artículo evidencia que la EPI, tanto en su forma aguda como en exacerbaciones de procesos crónicos, puede simular otros cuadros respiratorios graves como el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), lo que contribuye a retrasos diagnósticos y decisiones terapéuticas subóptimas.

El abordaje clínico de estos pacientes requiere una evaluación multidisciplinaria con énfasis en la integración de datos clínicos, imagenológicos ("TCAR"), funcionales (gasometría, pruebas respiratorias) y, cuando es posible, biomarcadores o lavado broncoalveolar. Herramientas emergentes como el sistema "ILD-RADS" y criterios funcionales dinámicos los cuáles permiten mejorar la precisión diagnóstica y guiar la estratificación de riesgo.

Desde la perspectiva terapéutica, las decisiones sobre soporte ventilatorio, inmunomodulación y uso de antifibróticos deben individualizarse, considerando la etiología subyacente, el estadio de la enfermedad y el estado funcional del paciente previo al ingreso. La implementación precoz de maniobras ventilatorias protectoras y una adecuada valoración del umbral para ECMO resultan fundamentales en escenarios de hipoxemia refractaria.

Finalmente, la rehabilitación y el seguimiento post-UCI son pilares indispensables para optimizar la recuperación funcional y prevenir secuelas a largo plazo. El seguimiento especializado en neumología, junto con estrategias estructuradas de rehabilitación pulmonar, permite mejorar la calidad de vida y reducir las tasas de reingreso hospitalario.

Este artículo aporta un enfoque práctico, actualizado y clínicamente pertinente sobre la EPI en el paciente crítico, orientado a médicos generales y profesionales de primera línea, quienes desempeñan un papel crucial en la identificación oportuna, el inicio del abordaje terapéutico y su desenvolvimiento con el equipo multidisciplinario en UCI.

REFERENCIAS

- Arnaud, L., Uzunhan, Y., Lleu, P. L., Bouée, S., Cerceau, T., Grimal, C., & Cottin, V. (2023). OP0033: Interstitial lung disease (ILD)-associated mortality in French patients with connective tissue diseases: A nation-wide population-based study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 82(Suppl 1), 44. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2023-eular.1812>
- Azoulay, E., Demoule, A., & Papazian, L. (2017). Diagnostic strategy for patients with acute respiratory failure of unknown etiology. *Intensive Care Medicine*, 43(9), 1246–1256. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4750-0>
- Buschulte, K., Kabitz, H.-J., Hagmeyer, L., Hammerl, P., Esselmann, A., Wiederhold, C., Skowasch, D., Stolpe, C., Joest, M., Veitshans, S., Höffgen, M., Maqhuza, P., Schwarzkopf, L., Hellmann, A., Pfeifer, M., Behr, J., Karpavicius, R., Günther, A., Polke, M., & Höger, P. (2023). Hospitalisation patterns in interstitial lung diseases: data from the EXCITING-ILD registry. *BMJ Open Respiratory Research*, 10(1), e001731. <https://doi.org/10.1136/bmjresp-2022-001731>
- Cardinal-Fernández, P., Correger, E., Villanueva, J., & Rios, F. (2016). Acute respiratory distress: from syndrome to disease. *Medicina Intensiva*, 40(4), 227–235. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2015.11.006>
- Elshetry, A. F., Zaiton, F., Aziz, E. E.-S. A., & Alsowey, A. M. (2022). Significance of using the interstitial lung disease reporting and data system (ILD-RADS) in diagnosis of ILDs. *Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine*, 53(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s43055-022-00808-z>
- Gómez-Oliva, C., Gómez-Carballo, D., & López-Campos, J. L. (2021). Interstitial lung disease in critically ill patients: challenges in diagnosis and management. *Archivos de Bronconeumología*, 57(12), 781–788. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2021.07.014>
- Irwin, R. S., & Rippe, J. M. (2022). *Irwin & Rippe's Intensive Care Medicine* (8th ed.). Wolters Kluwer.
- King, S. I., Neumeier, A., Graney, B., Kreider, M., Peterson, R., & Huie, T. (2024). Defining interstitial lung disease education in pulmonary fellowship: A mixed methods study. *Chest*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2024.04.001>
- Kolb, M., Vašáková, M., Kreuter, M., Costabel, U., Cottin, V., & Maher, T. M. (2022). Antifibrotic therapy in progressive fibrosing interstitial lung diseases: real-world evidence and future directions. *Respiratory Research*, 23(1), 127. <https://doi.org/10.1186/s12931-022-02044-0>
- Kumar, A., Anusar, R., & Goyal, A. (2022). Role of corticosteroids in acute exacerbation of idiopathic pulmonary fibrosis: A review of the current literature. *Journal of Clinical Pulmonology*, 27(3), 125–132. <https://doi.org/10.1016/j.jcpulm.2022.03.004>
- Maher, T. M. (2024). Interstitial lung disease: A review. *JAMA*, 331(16), 1589–1598. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.3669>
- Margallo Iribarnegaray, J., Churrua Arróspide, M., Matesanz López, C., & Pérez Rojo, R. (2023). Interstitial lung disease. *Open Respiratory Archives*, 5, 100248. <https://doi.org/10.1016/j.opresp.2023.100248>
- Marini, J. J., & Deutschman, C. S. (2019). *Evidence-Based Critical Care: A Case Study Approach* (3rd ed.). Springer.

Marini, J. J., & Wheeler, A. P. (2023). *Critical Care Medicine: The Essentials and More* (6th ed.). Wolters Kluwer.

Pagano, A. M., Vu, T., Berkowitz, E. A., Little, B. P., Chung, M., & Bernheim, A. (2023). Evaluation of interstitial lung disease: An algorithmic review using ILD-RADS. *European Journal of Radiology Open*, 10, 100540. <https://doi.org/10.1016/j.ejro.2023.100540>

Serrano Gotarredona, M. P., Navarro Herrero, S., Gómez Izquierdo, L., & Rodríguez Portal, J. A. (2022). Smoking-related interstitial lung disease. *Radiología (English Edition)*, 65(1), 28–37. <https://doi.org/10.1016/j.rxeng.2022.10.008>

Torrise, S. E., Kahn, N., Wälscher, J., Polke, M., Lee, J. S., Molyneaux, P. L., Sambataro, F. M., Heussel, C. P., Vancheri, C., & Kreuter, M. (2023). Outcomes and incidence of PF-ILD according to different definitions in a real-world setting. *Respiratory Research*, 24(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s12931-023-02399-2>

West, J. B., & Luks, A. M. (2022). *West's Pulmonary Pathophysiology: The Essentials* (10th ed.). Wolters Kluwer.

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons 