

## Pacientes de edad avanzada en una Unidad de Cuidados Intensivos. Descripción y seguimiento al año.

**Ferrando Lacarte, Ignacio. Facultativo Especialista de Área de Geriátría. Hospital de Barbastro (Huesca).**

**González Eizaguire, Marta Mercedes. Facultativo Especialista de Área de Geriátría. Hospital San José (Teruel).**

**Deza Perez, Carmen. Facultativo Especialista de Área de Geriátría. Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza).**

**Cánovas Pareja, Carmen. Facultativo Especialista de Área de Geriátría. Hospital Nuestra Señora de Gracia (Zaragoza)**

**Corchero Martín, José Ignacio. Jefe de Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nuestra Señora de Gracia (Zaragoza)**

**García-Arilla Calvo, Ernesto. Jefe de Servicio de Geriátría. Hospital Nuestra Señora de Gracia (Zaragoza)**

Marcos Díaz Hurtado - (1)Medicina Interna. Hospital Bajo Cinca de Fraga. C/Hermana Andresa sn- 22520 - Fraga, Huesca

### **INTRODUCCIÓN**

El acceso de pacientes ancianos a Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es una realidad. El envejecimiento de la población, el control de enfermedades crónicas y la utilización de terapias más agresivas ha permitido un aumento de supervivencia. En diferentes estudios se estima que los pacientes mayores de 65 años suponen entre el 26 y el 51% de los ingresos en UCI, incluyendo un importante número de octogenarios y nonagenarios. El objetivo plantea conocer que perfil de paciente anciano accede a UCI en nuestro entorno, la mortalidad y la utilización de recursos al año.


### **MATERIAL Y MÉTODOS**

De manera retrospectiva se recogió información de todos los pacientes mayores de 80 años que ingresaron en la UCI de nuestro centro durante los años 2012, 2013 y 2014; se registró edad, sexo, procedencia (servicios de urgencias, hospitalización médica o quirúrgica), estancia, motivo de ingreso, comorbilidad, complicaciones durante el ingreso, técnicas utilizadas, número de fármacos, gravedad mediante la escala Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II (APACHE II) y mortalidad durante la estancia en UCI.

Se realizó seguimiento durante el primer año tras el alta de UCI, de las variables mortalidad, uso de servicios de urgencias, necesidad de hospitalización y reingreso en UCI.

### **RESULTADO**

La muestra fueron 142 pacientes mayores de 80 años, el 22.36% de los pacientes ingresados en UCI en ese periodo. Existe una tendencia al alza a lo largo de los años del estudio, siendo 19.32% en 2012, 22.54% en 2013, y 25.90% en 2014. La edad media fue de 83.65 años, siendo los valores extremos los 80 y los 93 años, 56.3% varones. 8 pacientes nonagenarios.

La media del APACHE II al ingreso fue de 12.62 (4-38). La procedencia de servicios de urgencias fue 79%, hospitalización médica 11.3%, procedentes de otras UCIs 4.9% y hospitalización quirúrgica 4.2%. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron síndrome coronario agudo en el 41.9%, trastornos del ritmo cardiaco (fibrilación auricular, bloqueos auriculoventriculares, bradicardias) en el 25,8%. En la tabla 1 se desglosan otros motivos de ingreso. La comorbilidad más prevalente se muestra en la tabla 2. 



Las complicaciones más frecuentes fueron el delirium en el 17% y la infección nosocomial en el 14.8%. Se colocó vía central en el 60.6% de los casos, e intubación orotraqueal el 22.5%. Se realizó cateterismo cardíaco en el 44.4%, y se colocó marcapasos en el 10.5%. Otras técnicas utilizadas fueron: ventilación mecánica no invasiva (12.7%), traqueotomía (2.8%), toracocentesis (1.4%), paracentesis (0.7%).

La estancia media de este grupo de pacientes fue de 6.57 días. Número de fármacos al ingreso 6.17, y al alta 7.18), principalmente anticoagulantes, antiagregantes y analgésicos. La mortalidad durante el ingreso en UCI fue de 22.5%.

En el seguimiento durante el año posterior al alta de los supervivientes, hubo una mortalidad del 26.4%. En cuanto al uso de recursos sanitarios, el 41,8% precisaron atención en servicios de urgencias una o dos veces y el 40% tuvo uno o dos ingresos hospitalarios. Un paciente reingresó en una Unidad de Cuidados Intensivos.

## DISCUSIÓN

La presencia de pacientes ancianos en Unidades de Cuidados Intensivos en nuestro estudio (22.3%) es similar, o incluso superior que en otros estudios, con edad media similar (1). La demanda de ingreso de este perfil de paciente está aumentando en los últimos años, planteando un reto para el sistema sanitario, tanto por la gestión de recursos como por la selección adecuada de aquellos pacientes que puedan beneficiarse de tratamiento intensivo. Esta compleja decisión recae en el intensivista (2). No hay evidencia acerca de que la edad por sí misma deba condicionar esta decisión. Las herramientas disponibles (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II - APACHE II (3), Sequential Organ Failure Assessment Score - SOFA (4), Simplified Acute Physiologic Score II - SAPS II (5)), aunque útiles en pacientes jóvenes y en fase crítica, pierden poder de discriminación en este tipo de pacientes, al no incluir otras variables que influyen de manera mas clara como la comorbilidad, la funcionalidad, el estado nutricional y la calidad de vida. Así han mostrado en diversos estudios ser factores pronósticos independientes de mortalidad a largo plazo,

escalas de valoración de la capacidad funcional como el Índice Lawton y Brody, para actividades instrumentadas de la vida diaria, o para medir la calidad de vida como el EuroQol-5D (6).

El estado nutricional valorando los niveles plasmáticos de albúmina, el índice de masa corporal o las escalas de riesgo nutricional (7), así como la fragilidad, con una prevalencia de más de 80% (8) y medida mediante los criterios de Fried (9), ha demostrado una mayor tendencia a la discapacidad y la mortalidad al mes posterior al ingreso. Desde el concepto de fragilidad (10), de actualidad en geriatría en los últimos años, su medición podría ser una buena herramienta para evaluar a estos pacientes. La sarcopenia se agravaría tras el paso por UCI debido tanto a la enfermedad aguda como la agresión que supone para el sistema musculoesquelético la inmovilidad prolongada, el uso de relajantes musculares, la intubación orotraqueal o la desnutrición.

Las escalas de predicción de supervivencia podrían también ayudar al médico a ajustar las medidas diagnósticas y terapéuticas a las expectativas de supervivencia (11, 12, 13). No obstante, cabe destacar, que en la gran mayoría de estudios, como el nuestro, se analiza a los pacientes tras su ingreso en UCI, por lo que se pierde la oportunidad de realizar una valoración geriátrica integral previa para seleccionar los candidatos más apropiados. Además, habría que tener en cuenta otros factores como son las consideraciones éticas, existencia de voluntades anticipadas o directrices avanzadas de fin de vida.

Hemos observado elevada prevalencia en UCI de pacientes con patología predominante cardíaca que con independencia de su edad son candidatos a técnicas invasivas. Existe escasa prevalencia de demencia como comorbilidad y delirium en relación a otros estudios, que han demostrado que son un factor pronóstico de estancia prolongada en UCI y mayor morbimortalidad a largo plazo (3). La mortalidad durante el ingreso es similar a la presentada en otros servicios de hospitalización para este grupo de edad y con su comorbilidad. El 60.9% acudieron a urgencias en el primer año, precisando ingreso hospitalario el 50%.

## **CONCLUSIÓN**

El acceso de pacientes cada vez más ancianos a las Unidades de Cuidados Intensivos necesita la Valoración Geriátrica Integral usada como herramienta para una adecuada selección previa de los pacientes que puedan beneficiarse.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Orsini J. Prognostic factors associated with adverse outcome among critically ill elderly

- patients admitted to the intensive care unit. *Geriatr Gerontol Int* 2015; 15: 889-894.
2. Garrouste-Orgeas et al. Treatment intensity and outcome of nonagenarians selected for admission in ICUs: a multicenter study of the Outcomerea Research Group. *Ann. Intensive Care* (2016) 6:31.
  3. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmermann JE. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med* 1985;10:818-29.
  4. Ferreira FL, Bota DP, Bross A, Mélot C, Vincent JL. Serial evaluation of the SOFA score to predict outcome in critically ill patients. *JAMA*. 2001 Oct 10;286(14):1754-8.
  5. J.R. Le Gall, S. Lemeshow, F. Saulnier. A new Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. *JAMA*, 270 (1993), pp. 2957-2963
  6. Lopez-Soto A. El anciano en la unidad de cuidados intensivos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44(S1):27-33.
  7. Ozhan Onal. Comparison of the Course and Prognosis of geriatric patients admitted to the Intensive Care Unit according to BMI and albumin values. *Anesth Pain Med*. 2016 February; 6(1):e2509.
  8. Matthew R. The feasibility of measuring frailty to predict disability and mortality in older medical-ICU survivors. *J Crit Care*, 2014 June; 29(3):401-408.
  9. L.P. Fried, C.M. Tangen, J. Walston, A.B. Newman, C. Hirsch, J. Gottdiener. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56 (2001), pp. M146-M156
  10. An Zeng. Mortality in relation to frailty in patients admitted to a specialized geriatric intensive care unit. *J Gerontol A Biol Sci* (2015), Vol. 70, No 12, 1586-1594.
  11. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, Mackenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987; 40(5): 373-83.
  12. Walter LC, Brand RJ, Counsell SR, Palmer RM, Landefeld CS, Fortinsky RH. Development and validation of a prognostic index for 1 year mortality in older adults after hospitalization. *JAMA*. 2001; 285(23):2987-94.
  13. Díez Manglano J, De Escalante Yangüela B, García-Arilla Calvo E, Munilla López E, Clerencia Sierra M et al. Differential characteristics in poly pathological inpatients in internal medicine departments and acute geriatric units: The PLUPAR study. *Eur J Intern Med*. 2013, 24(8):767-71.