

Idoneidad de los ingresos de los pacientes muy ancianos en las unidades de cuidados intensivos

Blanca Obón Azuara^a, Isabel Gutiérrez Cía^a, Carlos Sánchez Polo^b y Leticia Marie Mounronval Morales^c

^aServicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza. España.

^bServicio de Medicina Intensiva. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

^cServicio de Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco. Teruel. España.

RESUMEN

La edad supone a veces el único criterio de selección para la admisión de los ancianos en unidades de cuidados intensivos (UCI) debido al gran consumo de recursos de un segmento de edad con expectativa de vida acortada. En este estudio se evalúa la idoneidad del ingreso de 80 pacientes mayores de 84 años (edad media, 87) ingresados durante 5 años en una UCI por diversas enfermedades. Durante el período de estudio falleció un 21,3%. Los pacientes fallecidos tenían una estancia inferior, mayor puntuación APACHE II y mayor proporción de afecciones cardíacas que el resto ($p < 0,05$) y, además, precisaron con mayor frecuencia ventilación mecánica. Las características clínicas del segmento de edad más joven (65-84 años) no indican que los más ancianos no tengan que ser ingresados en UCI en relación con su gravedad. La edad no se mostró como variable asociada a mortalidad o peor pronóstico en ancianos; el diagnóstico, las posibilidades terapéuticas y la recuperación del estado basal de salud fueron las indicaciones básicas de su admisión.

Palabras clave

Ancianos muy ancianos. Cuidados intensivos. Pronóstico. Mortalidad.

Appropriateness of admissions to the intensive care unit in the oldest-old

ABSTRACT

Age is sometimes the only selection criteria for admission of old patients to the intensive care unit (ICU) due to high resource consumption in an age segment with short life expectancy. The present study evaluated the appropriateness of ICU admission in 80 patients aged more than 84 years old (mean age 87.0 years). The patients were admitted to an ICU for various causes over a 5-year pe-

riod. During the study period, 21.3% died. Patients who died had a lower length of stay, higher APACHE II score and a greater proportion of cardiac problems than other patients ($p < 0.05$) and more frequently required mechanical ventilation. The clinical characteristics of the youngest age segment (65-84 years) did not indicate that the oldest patients should not be admitted to the ICU on the basis of severity. Age was not associated with mortality or worse outcome in the old. The basic indications for admission among these patients were diagnosis, therapeutic possibility and recovery of basal health status.

Key words

The oldest old. Intensive care. Prognosis. Mortality.

INTRODUCCIÓN

El impacto del envejecimiento poblacional en la sociedad como consecuencia del aumento de la expectativa de vida ha sido notable en las últimas décadas, lo que ha comportado un incremento en el ingreso de los pacientes ancianos en los hospitales, así como en el consumo de recursos. El ingreso de los pacientes ancianos en la unidad de cuidados intensivos (UCI) es un tema controvertido debido a que *a priori* presentan altas tasas de mortalidad y corta expectativa de vida. La edad parece ser, por tanto, un importante, y en ocasiones único, criterio de selección para la admisión de estos pacientes en la UCI^{1,2}. Por este motivo se realizó el presente trabajo donde se aborda la idoneidad de los ingresos de los pacientes muy ancianos en los servicios de medicina intensiva. Para ello, se analizan las características epidemiológicas de los pacientes mencionados, la mortalidad y sus factores determinantes, así como las diferencias existentes con un segmento de la población anciana de edad inferior ingresada en UCI.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo de los pacientes que, con edad igual o superior a 85 años, requieren ingreso en UCI desde el 1 de enero de 2001 al 30 de junio de 2004.

Correspondencia: Dra. B. Obón Azuara.
Servicio de M. Intensiva. Hospital Clínico Universitario.
Avda. San Juan Bosco, 15. 50009 Zaragoza. España.
Correo electrónico: blancaobona@yahoo.es

Recibido el 25-08-05; aceptado el 30-03-06.

TABLA 1. Diferencias clínicas y pronósticas entre las personas ingresadas en UCI con edad mayor y menor de 85 años

	> 84 años (n = 80)	65-84 años (n = 774)	p
Estancia media (días)	2,1	5	< 0,01
APACHE II (puntos)	14	17	< 0,05
<i>Diagnósticos</i>			< 0,05 ^a
Cardiopatías	71,3%	58,0%	
Posquirúrgicos	16,3%	33,0%	
Respiratorios	12,5%	9,0%	
<i>Fallecidos</i>	22,0%	18,0%	< 0,05
Diagnóstico	Cardiopatía, 58,0%	SNC, 30,0%	
VM	75,0%	92,1%	

^aDiferencias significativas entre cardiopatías y enfermedades respiratorias y el resto. SNC: enfermedades del sistema nervioso central; VM: ventilación mecánica.

El estudio se realiza en una UCI polivalente de un hospital de segundo nivel que cuenta con 7 camas funcionantes.

Las variables estudiadas son edad, sexo, procedencia, destino, estancia media, gravedad en el momento del ingreso medida mediante la escala de APACHE II, diagnóstico principal al alta, procedimientos llevados a cabo en UCI, número de procedimientos por paciente y mortalidad. Se lleva a cabo un análisis descriptivo y, posteriormente, se compara la población descrita con el resto de la población anciana ingresada (de edades comprendidas entre los 65 y 84 años). Para la comparación de medias se emplea la prueba de la t de Student y la de la χ^2 para la comparación de proporciones. El nivel de significación es de $p < 0,05$ (intervalo de confianza del 95%).

RESULTADOS

Un total de 80 personas mayores de 84 años son ingresadas en UCI, lo que supone un 6,0% del total de los ingresos realizados durante el período de estudio (n = 1.326), con idéntico porcentaje de mujeres que de varones (50%) y con media de edad de 87,0 años (intervalo, 85-95). La media de estancia es de 2,1 días, con mediana de 3 y rango de 1-179 días. Los ingresados proceden del servicio de urgencias con mayor frecuencia, el 61,3% (n = 49); seguido del quirófano, el 18,8% (n = 15), y de los servicios de medicina interna, el 17,5% (n = 14). Falleció el 21,3% de las personas (n = 17). El APACHE II medio fue de 14 puntos. Los diagnósticos más frecuentes son las enfermedades cardíacas en el 71,3% (n = 57) —la cardiopatía isquémica, como máximo exponente de este grupo de enfermedades, alcanza el 35% (n = 20)—, los pacientes posquirúrgicos en el 16,3% (n = 13), los que presentan enfermedades del aparato respiratorio en el 12,5% (n = 10) y otras afecciones en el 3,8% (n = 3). Al 63,8% de los pacientes se les realiza procedimientos invasivos, con una media de 1,1 procedimiento por paciente. De ellos, los más frecuentes son el marcapasos provisional en el 32,5% (n = 26), la ventilación mecánica

en el 21,3% (n = 17) y la ventilación mecánica no invasiva en el 7,5% (n = 6).

Cuando se comparan los resultados clínicos entre los pacientes fallecidos y los que sobreviven se obtienen las siguientes diferencias significativas ($p < 0,05$): la media de estancia, que es de 2 días en los fallecidos frente a 3 días en los no fallecidos; el APACHE II, que es de 21,3 en los primeros frente a 12,1 en los supervivientes. Los diagnósticos más frecuentes en los fallecidos son el grupo de las enfermedades cardíacas en el 58%, con la cardiopatía isquémica de nuevo como la más frecuente (54%), y los pacientes posquirúrgicos en el 21,1%. Entre los no fallecidos, sin embargo, el diagnóstico más frecuente es el de arritmia cardíaca en el 41%, así como los pacientes posquirúrgicos, aunque en un porcentaje significativamente inferior, del 14,8%. Los procedimientos se realizan en el 84,2% (n = 16) de los fallecidos frente a un 60,7% (n = 35) de los no fallecidos, con idéntica media de procedimientos por paciente (1,1). Sin embargo, en el caso de las defunciones, la ventilación mecánica es la más frecuente (75%; n = 12) frente a un 10% en los supervivientes (n = 6), y en los no fallecidos, es el marcapasos provisional (35%; n = 22) frente a un 25% (n = 4) en los fallecidos.

Las principales diferencias con el resto de la población anciana ingresada en UCI, pero con edades inferiores a 85 años, se detallan en la tabla 1, destacando una menor estancia media, una mayor proporción de enfermedades cardiorrespiratorias y mayor mortalidad.

DISCUSIÓN

El porcentaje de población muy anciana que ingresa en nuestro servicio representa un porcentaje pequeño sobre el total de los pacientes de la UCI. Por otra parte, su mortalidad intra-uci es superior al resto de la población anciana ingresada, aunque no la gravedad. La cardiopatía isquémica y las intervenciones quirúrgicas entrañan una elevada gravedad, que resultan mortales en una conside-

rable proporción. En nuestra serie, la ventilación mecánica se encuentra, asimismo, asociada a la mortalidad. Estos resultados concuerdan con los de otros estudios en los que la mortalidad de los pacientes muy ancianos se encuentra asociada a la causa o el diagnóstico que motiva el ingreso, a la gravedad de la enfermedad aguda que presentan^{3,4-6}, así como a la dependencia de la ventilación mecánica^{4,7}. Sin embargo, existen también otros factores asociados a la mortalidad, como son la presencia de infecciones a las 24 h de su admisión, el número de órganos afectados y el estado de salud (comorbilidad) y la situación funcional que presentan los pacientes antes de ingresar en el hospital^{1,4,8-10}, e incluso una vez en éste, antes de ser ingresados en UCI. Aunque estos últimos factores no han sido estudiados en el presente trabajo, muestran que la edad por sí misma no puede ser considerada como una variable predictiva de mortalidad ni de evolución de los pacientes, por tanto no se puede utilizarla como criterio de admisión en los pacientes críticos, pues no constituye un aceptable predictor de mortalidad dentro de la UCI ni de la calidad de vida de los supervivientes^{10,11}. Además, el ingreso de los pacientes muy ancianos en UCI no tiene ningún efecto en la mortalidad a largo plazo⁵.

Por otra parte, existen estudios que demuestran que los pacientes ancianos con frecuencia reciben terapias menos agresivas en la UCI que la población joven, consumiendo una menor proporción de recursos, sin que esto se haya visto traducido en peores resultados^{9,12}.

Un elevado porcentaje de pacientes guarda una buena opinión de su experiencia de la UCI, y más del 94% se muestra de acuerdo con la idea de reingresar si fuera necesario⁸. Además, la mayoría de los supervivientes recupera la calidad de vida previa a su admisión y, si existen limitaciones funcionales significativas, su percepción subjetiva de la calidad de vida es superior a la de los pacientes críticos jóvenes que sobreviven^{2,8,9,13,14}.

Por todos estos factores, y a tenor de los resultados obtenidos, se podría pensar que la admisión de los pacientes muy ancianos en la UCI requiere una aproximación multidisciplinaria. Resultaría especialmente útil la creación de criterios de admisión que puedan identificar a

los pacientes con un rango medio de grave de la enfermedad que muestre beneficios con su ingreso en la UCI¹⁴.

Por lo tanto, la edad no parece por sí misma una contraindicación para recibir cuidados intensivos, más bien son el diagnóstico, las posibilidades terapéuticas y la recuperación del estado basal de salud las razones básicas que indican su admisión^{1,15}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Demoule A, Cracco C, Lefort Y, et al. Patients aged 90 years or older in the intensive care unit. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2005;60:129-32.
2. García Lizana F, Manzano Alonso JL, Saavedra Santana P. Mortalidad y calidad de vida de los pacientes alrededor de 65 años tras el alta de UCI. *Med Clin (Barc)*. 2001;116:521-5.
3. Yu W, Ash AS, Levinsky NG, et al. Intensive care unit use and mortality in the elderly. *J Gen Intern Med*. 2000;15:97-102.
4. Chelluri L, Im K, Belle SH, et al. Long term mortality and quality of life after prolonged mechanical ventilation. *Crit Care Med*. 2004;32:61-9.
5. Keenan SP, Dodek P, Chan K, et al. Intensive care unit admission has minimal impact on long-term mortality. *Crit Care Med*. 2002;30:501-7.
6. Somme D, Maillet JM, Gisselbrecht M, et al. Critically ill old and the oldest-old patients in intensive care: and long-term outcomes. *Intensive Care Med*. 2003;29:2137-43.
7. Higgings TL, Mc Gee WT, Steingrub JS, et al. Early indicators of prolonged intensive care unit stay: impact of illness, severity, physician staffing, and pre-intensive care unit length of stay. *Crit Care Med*. 2003;31:45-51.
8. Wheeler M, Martus P, Geise A, et al. Changes in quality of life after medical intensive care. *Intensive Care Med*. 2001;27:154-9.
9. Carson SS. The epidemiology of critical illness in the elderly. *Crit Care Clin*. 2003;19:605-17.
10. Chelluri L, Grenvik A, Silverman M. Intensive care for critically ill elderly: mortality, costs, and quality of life. Review of the literature. *Arch Intern Med*. 1995;155:1013-22.
11. Chelluri L, Pinsky MR, Donahore MP, et al. Long term outcome of critically ill elderly patients requiring intensive care. *J Am Med Assoc*. 1993;269:3119-23.
12. Boumendil A, Aergerter P, Guidet B. Treatment intensity and outcome of patients aged 80 and older in intensive care units: a multicenter matched cohort study. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:88-93.
13. Montuclair L, Garrouste-Orgeas M, Timsit JF, et al. Outcome, functional autonomy and quality of life of elderly patients with a long-term intensive care unit stay. *Crit Care Med*. 2000;28:3389-95.
14. Joynt GM, Gomersall CD, Tan P, et al. Prospective evaluation of patients refused admission to an intensive care unit: triage, futility and outcome. *Intensive Care Med*. 2001;27:1441-5.
15. Gsell OR. Geriatric intensive care-indication and contraindication. *Gerontology*. 1997;23:47-54.