

Valoración geriátrica en una unidad de cuidados intensivos

Alfonso López Soto

UFISS de Geriátria. Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic. Barcelona

Correspondencia:

UFISS de Geriátria. Hospital Clínic de Barcelona

Villarroel 170, 08036-Barcelona

E-mail: alopez@clinic.ub.es

Resumen

La hospitalización en los ancianos conlleva a un deterioro funcional importante, que es más marcado en aquellos que precisan de una unidad de cuidados intensivos (UCI). En la actualidad casi la mitad de los pacientes que ingresan en intensivos tienen más de 65 años. La valoración geriátrica integral es una metodología que ha demostrado su eficacia en el manejo de los pacientes ancianos, pero no disponemos de suficientes estudios prospectivos que avalen su utilidad de en los ancianos que han ingresado en una UCI.

En el artículo se hace una revisión de la bibliografía donde se analizan los factores epidemiológicos y demográficos, factores pronósticos, calidad de vida y estado funcional tras el alta de una UCI, así como consideraciones éticas sobre la atención del anciano en intensivos y finalmente los costes derivados de dicha asistencia.

Como conclusiones, destacamos que la severidad de la enfermedad que condiciona el ingreso, la comorbilidad y la situación funcional previa, más que la edad, son los elementos determinantes tanto de la mortalidad intrahospitalaria como del pronóstico a largo plazo. Sin embargo, no disponemos de un instrumento bien definido, que nos permita predecir que paciente anciano va a beneficiarse y cual no de un ingreso en una UCI. Son necesarios estudios prospectivos y controlados, que nos permitan evaluar la utilidad de la VGI en este colectivo de pacientes.

En nuestra opinión, la cultura de la valoración geriátrica debe implementarse en las unidades de cuidados intensivos. De tal manera, que una mínima evaluación geriátrica es un requerimiento asistencial imprescindible en estas unidades. Además, creemos que una valoración geriátrica integral debe efectuarse a todo anciano que sea dado de alta de una UCI.

Palabras clave: Valoración geriátrica. Cuidados intensivos.

Summary

Important functional decline is detected in the majority of old patients after hospitalisation, and this is most pronounced in those patients admitted to an intensive care unit (ICU). Fifty percent or more of patients admitted in an ICU have more than 65 years old. Comprehensive geriatric assessment is a recognized and useful instrument in the management of elderly patients. Conversely, there are not enough studies to evaluate its efficacy in old patients admitted to an ICU.

In this article, the author carries out a revision on many epidemiological and demographic factors, quality of life and functional outcome after hospital discharge, ethic practices in elderly care and economical cost. Illness severity of disease responsible of admission, comorbidity and previous functional level, more than age, are the most relevant factors as well of inpatient mortality as long-term outcome. Nevertheless, it is not available a well-defined score to predict which old patient will obtain a benefit from an ICU admission and which not. Prospective and controlled studies are necessary to analyse useful of comprehensive geriatric assessment in these patients.

In our opinion, the culture of geriatric assessment should be introduced in ICU. Accordingly, a minimal geriatric assessment is an inexcusable assistencial requirement in these units. Furthermore, we also believe that a full comprehensive geriatric assessment should be performed in all elderly patients discharged from ICU.

Key words: Comprehensive geriatric assessment. Intensive care unit.

Introducción

En aproximadamente un 30% de ancianos, especialmente los mayores de 85 años, la hospitalización se asocia con un deterioro funcional significativo. Este deterioro funcional puede ser motivado tanto por la aparición de complicaciones no relacionadas con el problema que ha motivado el ingreso, como consecuencia del tratamiento del mismo, así como debido al propio proceso del envejecimiento (disminución de la fuerza muscular y de la capacidad aeróbica, inestabilidad vasomotora, reducción de la masa ósea, reducción de la ventilación pulmonar, etc.) Todos estos factores favorecen que un anciano frágil alcance un estado de deterioro funcional irreversible, que en algunos casos puede llevar a la institucionalización del paciente, en especial en aquellos ancianos con una edad más avanzada^{1,2,3}.

El grupo de ancianos que "a priori" tiene un mayor riesgo de presentar un deterioro funcional es aquel en los que, la gravedad de su enfermedad, condiciona su ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), debido tanto a la mayor intensidad terapéutica como al elevado riesgo de complicaciones asociadas^{2,4}.

La valoración geriátrica integral (VGI) es una metodología que ha demostrado su eficacia en el manejo de los pacientes ancianos y que contribuye a reducir la morbilidad, menor número y control de los síndromes geriátricos y reducir la tasa de institucionalización, entre otros beneficios. Sin embargo, hoy en día, no se dispone de suficientes estudios prospectivos que avalen la utilidad de esta metodología en el grupo de ancianos que han ingresado en una UCI. Para responder a la cuestión de si la VGI es útil y en que manera en estos pacientes, debemos primero analizar diversos aspectos que nos permitan dimensionar el problema. Para ello, vamos a analizar los factores epidemiológicos y demográficos, factores pronósticos, calidad de vida y estado funcional tras el alta de una UCI, algunas consideraciones éticas sobre la atención del anciano en una UCI y finalmente los costes derivados de dicha asistencia.

Factores epidemiológicos y demográficos

El ingreso de pacientes mayores de 65 años en una UCI es cada vez más frecuente y está directamente relacionado con el envejecimiento de la población. En EEUU más del 50% de las camas de intensivos están ocupadas por pacientes mayores de 65 años. El 11% de los pacientes de Medicare ingresan un mínimo de 7 días en la UCI en sus últimos 6 meses de vida⁵. En Suecia, los pacientes mayores de 70 años ingresados en intensivos aumentaron del 19% en 1980 hasta el 28% en 1995. En cambio, los pacientes menores de 60 años pasaron del 58% al 41% en el mismo periodo⁶. En nuestro país, en un estudio efectuado en el Hospital de Getafe, durante el año 1998, el 27% de los pacientes en la UCI tenían más de 65 años y el 10% más de 80 años⁷. En el Hospital Clínic, esta situación es también relevante y ha progresado en los últimos años. Así, en 1986 el 30% de los pacientes eran mayores de 65 años y en el 2004 este porcentaje se eleva hasta el 45%, de los cuales el 40% tienen más de 75 años. Estos datos son más que suficientes para poner de manifiesto la magnitud del tema que nos ocupa.

En cuanto a las causas que motivan el ingreso de estos pacientes, destacan especialmente la descompensación de enfermedades crónicas (EPOC e insuficiencia cardíaca), infecciones comunitarias y nosocomiales graves, así como complicaciones posquirúrgicas^{8,9}. Es importante, además, resaltar el elevado número de complicaciones médicas que presentan estos enfermos, sobretodo de algunos síndromes geriátricos, principalmente el síndrome de inmovilidad y el síndrome confusional agudo. Trabajos recientes estiman en más del 50% la incidencia de delirio entre los ancianos admitidos en una UCI medico-quirúrgica¹⁰.

Factores pronósticos

Durante tiempo se ha considerado que la edad era un criterio de exclusión para el ingreso de un paciente en una UCI, debido a que se solía considerar a esta como un factor de mal pronóstico. Sin embargo, en los últimos años la evidencia científica ha rechazado

dicha aseveración. En un estudio multicéntrico reciente del año 2000, la supervivencia de los ancianos ingresados en una UCI se sitúa entre el 40-85% de los casos, en función del tipo de UCI (coronaria, general, quirúrgica, etc.) y de los criterios de ingreso (inclusión de ingresos electivos o no)¹¹. Otros autores han demostrado que no existen diferencias en la tasa de mortalidad hospitalaria entre los pacientes sometidos a ventilación mecánica en función de la edad, es decir, entre los menores de 65 años, los de 65-75 años y los mayores de 75 años¹². En la actualidad, existen suficientes datos que confirman que la supervivencia viene determinada sobretodo por la severidad de la enfermedad que condiciona el ingreso (evaluado por escalas como el APACHE II, entre otras), la comorbilidad y el estado funcional del paciente previo al ingreso, más que por la edad¹³. Sin embargo, a fecha de hoy no disponemos de criterios pronósticos bien definidos para predecir la mortalidad de forma individual¹⁴.

Calidad de vida y estado funcional tras el alta de la UCI

Paradójicamente, no se conoce suficiente la evolución a medio-largo plazo de los pacientes que han sido dados de alta de una UCI, en términos de autonomía funcional y calidad de vida. Hasta hoy, solo disponemos de estudios realizados en el mundo anglosajón y los resultados obtenidos han sido diversos.

Un estudio efectuado a principios de los años noventa, que incluía 1040 pacientes, no se encontró diferencias significativas en el estado funcional al año del alta entre los mayores de 65 años y el resto de pacientes¹⁵. Otro trabajo de la misma época, concluyó que el estado funcional previo (evaluado por el Índice de Katz) y la calidad de vida percibida son mejores índices pronósticos de supervivencia a largo plazo que la edad¹⁶. En esta misma línea, trabajos más recientes no han observado diferencias con relación al número de reingresos entre los ancianos hospitalizados que han requerido una UCI durante su ingreso y los que no la precisaron¹⁷. El 80% de los pacientes mayores de 70 años supervivientes a un ingreso prolongado en intensivos (>30 días) o bien eran independientes en las actividades de la vida diaria o solo tenían una dependencia moderada al alta hospitalaria. Para los autores, estos resultados justifican un ingreso prolongado en una UCI en los pacientes ancianos¹⁸. Otro estudio similar, demostró que el 66.7% de los supervivientes mayores de 70 años, que habían ingresado en intensivos, un mes después del alta hospitalaria habían recuperado su nivel funcional y el 92% habían regresado a su entorno social previo¹⁹.

Aspectos éticos de la asistencia del anciano en la UCI

Uno de los temas más importantes en la actualidad hace referencia a los aspectos éticos de la asistencia médica. Es decir, asuntos

como la intensidad terapéutica y procedimientos diagnósticos a aplicar, a la retirada de medicación en situaciones irreversibles, a la instauración de medidas paliativas, etc. En los pacientes ancianos estas consideraciones adquieren, si cabe, una mayor importancia, y sobretodo en aquellos que requieren de un procedimiento a menudo muy agresivo como es una UCI. Estudios recientes, confirman que los médicos seguimos infravalorando la utilidad y la eficacia del ingreso en intensivos de los pacientes ancianos. Además, no mantenemos una buena comunicación con el paciente y con sus familiares sobre la retirada de medidas terapéuticas agresivas en la UCI²⁰. Paradójicamente, otros autores demuestran que la mayor parte de los ancianos, así como sus familiares, estarían de acuerdo en volver a ingresar en intensivos, incluso en aquellos casos con expectativas vitales limitadas²¹.

Análisis de costes de la asistencia en la UCI a los paciente ancianos

Es conocido que los ancianos constituyen el colectivo que consume la mayor parte de los recursos sanitarios en los países occidentales. Por otra parte, hemos de tener en cuenta el coste económico que comporta el ingreso indiscriminado de estos enfermos en una UCI. En circunstancias en que el gasto sanitario tiene un crecimiento exponencial imparabile, mientras los recursos económicos son limitados, hace falta plantearse, a veces, si los esfuerzos terapéuticos en un anciano en determinadas situaciones van acompañados de una calidad de vida y autonomía personal aceptables o si bien, por el contrario, estos recursos pueden ser reconducidos en la atención geriátrica a otros niveles pero con la garantía de obtener mejores resultados.

Sin embargo, algunos autores han observado que los ancianos ingresados en las UCI consumen menos recursos que los pacientes más jóvenes, debido a que reciben un tratamiento menos agresivo.^{14,22,23} Por el contrario, la necesidad de cuidador y/o de un recurso sociosanitario al alta, son elementos que encarecen los costes globales de la asistencia en estos enfermos. Además, hay que tener en cuenta que la necesidad de un cuidador al alta puede ser importante. En pacientes con enfermedades crónicas respiratorias agudizadas que requirieron ingreso en UCI y ventilación mecánica, la necesidad de cuidador al alta alcanza hasta el 30% de los caso²⁴.

Parece evidente que son necesarios más estudios que contemplen los costes económicos globales (intra y extrahospitalarios) y que los correlacionen con la calidad de vida y la funcionalidad a largo plazo, que nos permita analizar si la asistencia de estos pacientes es rentable desde un punto de vista coste-eficacia.

Conclusiones

La asistencia a los ancianos en las UCI es una realidad creciente. La severidad de la enfermedad que condiciona el ingreso, la

comorbilidad y la situación funcional previa, más que la edad, son los elementos determinantes tanto de la mortalidad intrahospitalaria como del pronóstico a largo plazo. Sin embargo, no disponemos de un instrumento bien definido, que nos permita predecir que paciente anciano va a beneficiarse y cual no de un ingreso en una UCI. En la actualidad, no disponemos de estudios prospectivos y controlados, que nos permitan evaluar la utilidad de la VGI en los ancianos ingresados en una UCI.

A pesar de las limitaciones expuestas, en nuestra opinión, la cultura de la valoración geriátrica debe implementarse en las unidades de cuidados intensivos. De tal manera, que una mínima evaluación sobre la situación funcional previa al ingreso, así como la recogida de información sobre comorbilidad y aspectos éticos que permitan la toma de decisiones adecuadas, son ya requerimientos asistenciales imprescindibles en estas unidades. Finalmente, creemos que una VGI debe efectuarse a todo anciano que sea dado de alta de una UCI.

Agradecimientos

Estudio financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (PI030329). Instituto de Salud Carlos III.

Bibliografía

1. Sager MA, Rudberg MA. Functional decline associated with hospitalization for acute illness. *Clin Geriatr Med* 1998;14:669-79.
2. MC Creditor. Hazards of hospitalization of the elderly. *Ann Intern Med* 1993;118:219-23.
3. Formiga F, Lopez-Soto A, Sacanella E. *et al.* "Mortality and morbidity in nonagenarian patients following hip fracture surgery". *Gerontology* 2003; 49:41-5.
4. Van Den Noortgate N, Vogelaers D, Afschrift M, *et al.* Intensive care for very elderly patients: outcome and risk factors for in-hospital mortality. *Age Ageing* 1999;28:253-6.
5. Fedullo AJ, Swinburne AJ. Relationship of patient age to cost survival in a medical ICU. *JAMA* 1981;246(18):2052-56.
6. Jacob SM, Roten HU. Intensive care 1980-1995: change in patients characteristics, nursing workload and outcome. *Intensive Care Med* 1997;23:1165-70.
7. Lázaro del Nogal M. Indicadores sanitarios. En: Guillén Llera F, Ribera Casado JM, editores Geriátria XXI. *Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España*. EDIMSA SA (Madrid, 2000).
8. Sage WM, Hurst CR, Silverman JF, *et al.* Intensive care for the elderly: outcome of elective and non-elective admissions. *JAGS* 1987; 35: 312-8.
9. Hamel MB, Davis RB, Teno JM, Knauss WWA, *et al.* Older age aggressiveness of care, and survival for seriously ill, hospitalised adults. *Ann Intern Med* 1999;131:721-8.

10. Roberts B. screening for delirium in an adult intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 2004;20:206-13.
11. Eddleston JM, White P, Guthrie E. Survival, morbidity, and quality of life after discharge from intensive care. *Crit Care Med* 2000;28:2293-9.
12. EW Ely, GW Evans, EF Haponik. Mechanical ventilation in a cohort of elderly patients admitted to an intensive care unit. *Ann Intern Med* 1999;131:96-104.
13. Carson SS. The epidemiology of critical illness in the elderly. *Crit Care Med* 2003;19:605-17.
14. Boumendil A, Aegerter P, Guidet B, *et al.* Treatment intensity and outcome of patients aged 80 and older in intensive care units: A multicenter matched-cohort study. *JAGS* 2005;53:88-93.
15. Rockwood K, Noseworthy TW, Gibney RT, *et al.* One-year outcome of elderly and young patients admitted to intensive care units. *Crit Care Med* 1993;1:687-91.
16. Cohen IL, Lambrinos IJ, Fein IA. Mechanical ventilation for the elderly patient in intensive care. Incremental changes and benefits. *JAMA* 1993; 269:1025-9.
17. Keenan SP, Dodek P, Chan K, *et al.* Intensive care unit survivors have fewer hospital readmissions and readmissions days than other hospitalised patients in British Columbia. *Crit Care Med* 2004;32: 391-8.
18. Montuclard L, Garrouste-Orgeas M, Timsit JF, Misset B, De Jonghe B, Carlet J. Outcome, functional autonomy, and quality of life of elderly patients with a long-term intensive care unit stay. *Crit Care Med* 2000; 28:3389-94.
19. Ip SP, Leung YF, Ip CY, Mak WP. Outcomes of critically ill elderly patients: is high-dependency for geriatric patients worthwhile? *Crit Care Med* 1999;27:2351-7.
20. Brody H, Campbell ML, Faber-Langendoen K, Ogle KS. Withdrawing intensive life-sustaining treatment- recommendations for compassionate clinical management. *N Eng J Med* 1997;336:652-57.
21. Teno JM, Fisher E, Hamel MB, *et al.* Decisión-making and outcomes of prolonged ICU stays in seriously ill patients. *JAGS* 2000;48:S70-4.
22. Hamel MB, Phillips RS, Teno JM, *et al.* Seriously ill hospitalised adults: do we spend less on older patients? *JAGS* 1996;44:1043-8.
23. Campion EW, Mulley AG, Goldstein RL, *et al.* Medical intensive care for the elderly. A study of current use, costs, and outcomes. *JAMA* 1981; 246:2052-6.
24. Im K, Bell SH, Schulz R, *et al.* Prevalence and outcome of caregiving after prolonged mechanical ventilation in ICU. *Chest* 2004;125:597-606.