

## El paciente Adulto Mayor en la Unidad de Cuidados Intensivos

Dr. Sergio Castañeda Cerezo, F.A.C.P., Medicina Interna-Gerontología

### Resumen

Uno de los grandes retos que tenemos a futuro en una sociedad donde el perfil epidemiológico nos muestra que estamos ante un acelerado crecimiento del grupo de adultos mayores y con un doble carga de la enfermedad, donde al mismo tiempo que tenemos enfermedades inmunoprevenibles e infecto contagiosas, asociadas a problemas como desnutrición, estamos ante una epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes mellitus e inmersos, en una imparable ola de violencia, por lo que la comprensión de la utilización de los servicios intensivos en este grupo de edad se vuelve prioritaria y es el objetivo de éste artículo.

### Summary

One of the greatest challenges that we have for the future in a society where the epidemiologic profile shows that we are in front of an accelerated growth of the group of aging people and with a double load of the disease, where at the same time that we have immunopreventable diseases as infectious ones, associated to problems like undernourishment, we are in front of an epidemic of nontransmissible chronic diseases, such as diabetes mellitus and an unstoppable wave of violence, consequently the understanding of the uses of intensive care areas in this group of age becomes a high-priority and is the objective of this article.

### Marco Conceptual

#### 1. Características de la Asistencia Sanitaria del Adulto Mayor:

El fenómeno epidemiológico, descrito en artículos anteriores en este mismo número de la revista, acerca del envejecimiento poblacional ha llevado a que la proporción de ancianos admitidos en las unidades de cuidados intensivos (UCIs) sea cada vez mayor (1), encontrándose rangos de hospitalización que van del 40 al 60 % (2).

La Medicina Intensiva es una especialidad médica que está dedicada al suministro del soporte vital o a los sistemas orgánicos en pacientes críticamente enfermos, donde generalmente también se les da monitorización y supervisión intensiva. Los médicos que ejercen la medicina intensiva se llaman intensivistas

y son los médicos que ven generalmente a los Adultos Mayores en las UCIs.

La asistencia a los pacientes ancianos en las UCIs no es una preocupación nueva, sino que viene considerándose desde hace varias décadas (3,4). De los pacientes que ingresan a las UCIs, los ancianos representan el doble de los pacientes más jóvenes, y el 30 % de los pacientes son mayores de 70 años (5). Dos recientes estudios han demostrado los cambios producidos en las características de los pacientes ingresados en las UCIs durante las últimas décadas, evidenciando el crecimiento del porcentaje de pacientes mayores de 70 años, sometidos así mismo, a una mayor actividad de tratamientos y procedimientos (6,7), destacándose los procedimientos para problemas cardiovasculares.

Por otro lado, el bienestar económico de las personas mayores es de prever que seguirá mejorando, (con marcadas diferencias en las diferentes poblaciones, especialmente en los países en desarrollo) llevándonos a tener adultos mayores más preparados y equipados, lo que asociado a una mejor imagen social de los ancianos, acarreará una mayor exigencia de cuidados médicos, ingresos hospitalarios (8,9) y una mayor demanda de cuidados intensivos como resultante del mismo proceso (10, 11). Ante esta demanda creciente, a la hora de proporcionar asistencia y distribuir los recursos sanitarios, los agentes sanitarios deberán asegurar tres aspectos que deben ir siempre unidos, como son: **accesibilidad, calidad y sostenibilidad financiera** (12).

Para llevar a cabo de una forma adecuada estos tres principios, habrán de tenerse en cuenta los siguientes criterios: **considerar como elemento fundamental las preferencias de los pacientes, valorar la calidad de vida de los enfermos previa al episodio agudo y la probable posterior al mismo en el caso de que sobreviva y actuar sobre el conocimiento de las relaciones coste/beneficio y coste/eficiencia de los procedimientos que se vayan a aplicar y evitar en todos los casos tratamientos inadecuados o situaciones de futilidad** (13).

## 2.1 Preferencias de los pacientes

Las preferencias de los pacientes deben ser las bases sobre las que se sustente la toma de decisiones en los pacientes de edad avanzada. Las decisiones clínicas

en los pacientes críticos, en lo referente al inicio o no de medidas de soporte vital o de ingreso en las UCIs, así como en la retirada de las mismas una vez iniciadas, son siempre complejas (14,15). Las decisiones del paciente son una herramienta que sería de gran utilidad en los pacientes ancianos en las UCIs. De todas formas existe un desconocimiento de esta alternativa, tanto por parte de los propios pacientes como de los clínicos (15) y en nuestro medio esto se acentúa más, por los problemas culturales y educacionales y sobre todo creemos que existe un vacío en la legislación vigente en relación a este aspecto.

## 2.2 Calidad de vida

Calidad de vida, según criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como la percepción del individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses (16).

De donde el concepto de calidad de vida se ha vuelto una de los parámetros más importantes y fundamentales, a la hora de tomar decisiones en el tratamiento y la evolución de los pacientes (17, 18, 19, 20,21).

## 2.3 Relación coste/beneficio y coste/eficiencia

Son escasos todavía los estudios económicos que analizan la efectividad y la eficiencia de la mayoría de los procedimientos que se aplican en cuidados intensivos y en nuestro medio tenemos algunas aproximaciones en instituciones como el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Por otro lado, la medicina americana, especialmente los criterios de los médicos americanos (22) (23), a diferencia de los médicos españoles conceden mucha menor importancia a los costes a la hora de limitar o retirar medidas de soporte vital o ingreso en la UCIs (24) (25), en nuestro medio no tenemos datos de este parámetro. Mientras algún estudio que ha analizado la relación coste/efectividad de la ventilación mecánica ha encontrado que, aunque a mayor edad la relación es desfavorable, no tiene una influencia determinante (26) , otros estudios en un grupo de pacientes de 80 o más años sí lo han referido (27). Es responsabilidad de los profesionales involucrarse en la racionalización de las intervenciones de acuerdo a lo que se describe en la literatura y a aplicarlas, adecuándolas a los pronósticos de los procesos y a la evidencia científica de los análisis económicos.

Uno de los estudios más importantes llevados a cabo para mejorar el tratamiento de los enfermos al final de su vida ha sido el **SUPPORT** (28). Este estudio de dos fases, con casi 10.000 pacientes en 5 grandes hospitales estadounidenses, reveló serias limitaciones en el tratamiento de los pacientes con enfermedades graves. La comunicación del personal sanitario con el paciente y su familia sobre el tratamiento al final de la vida fue deficiente, el coste del tratamiento acabó con los ahorros de toda la vida de algunas familias, y la mitad de los pacientes en los últimos tres días de su vida sufrieron dolor de moderado a grave. Las intervenciones llevadas a cabo para mejorar la comunicación y el tratamiento del dolor no tuvieron éxito. El estudio **SUPPORT** también mostró que muchos enfermos ingresados en las UCIs padecen dolor y otros síntomas relacionados con el sufrimiento, lo que también se ha reseñado en otras publicaciones.

### **3. Derechos Humanos de la población Adulta Mayor:**

Dentro de este contexto, es de suma importancia tener en cuenta los derechos humanos de las personas de este grupo y es necesario destacar una serie de aspectos sobre las personas mayores, que deberían ser prioritarios sobre cualquier otro, inspirados en la declaración de los derechos de las personas mayores, Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de la Tercera Edad de las Naciones Unidas, resolución 46/91 de 1991 , la Convención Americana de Derechos Humanos y el Protocolo de San Salvador que es un instrumento vinculante que contiene disposiciones específicamente dirigidas a las personas mayores en el artículo 17 sobre “ Protección a los ancianos “ y por último, la resolución CE130.R19 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que trata concretamente el tema de salud y envejecimiento y establece las recomendaciones para los estados miembros y Guatemala es signataria de los mismos, entre éstos se encuentran el Decreto No. 80-96, Ley de Protección de las Personas de la Tercera Edad y sus reformas, Decretos No. 2-97 y 51-98; Decreto 85-2005, Ley del Programa del Aporte Económico; Decreto No. 97-96, Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar; el Código de Salud y el Acuerdo Ministerial 1096-2009 del MSPAS referido a la atención integral en salud al adulto mayor. Esta normativa responde a las necesidades de atención y promoción de los derechos del adulto mayor y a los estándares de la normativa internacional, sin embargo, las políticas y programas no cuentan con los recursos económicos y humanos necesarios para ser impulsados en la práctica. (29).

#### 4. Reanimación Cardiopulmonar:

Este es uno de los aspectos más controvertidos en la atención del adulto mayor en las UCIs, sobre todo por los resultados de la sobrevida a corto plazo. Sabemos que los resultados de la RPC son mejores en jóvenes (30).

En un estudio realizado por 12 meses consecutivos, se practicó RCP a 1228 pacientes de los cuales 381 eran mayores de 70 años (31%), demostrándose que los resultados de esta maniobra estaba en dependencia de muchos factores, dentro de los que destacan: la causa básica, el lugar de ocurrencia del evento, la rapidez del inicio y el entrenamiento del que lo realiza (31).

La tendencia actual de la RCP en los ancianos es considerada útil y necesaria. Cuando la causa es una taquiarritmia ventricular o una asistolia, los resultados en ancianos o no ancianos no muestran diferencias significativas.

#### 5. Conclusiones:

5.1. La edad no debe ser el único factor determinante.

5.2. La decisión ante los cuidados intensivos a un paciente debe ser multidimensional, considerando no solamente la edad, el estado funcional y su calidad de vida sino complejos factores y potenciales beneficios.

5.3 En general, el pronóstico de los adultos mayores muy viejos tienen peores resultados que los jóvenes, pero el pronóstico depende más de la severidad de la enfermedad y el estado funcional antes de la admisión.

5.4. Los resultados demuestran que debemos quitarnos de la mente viejos conceptos y debemos de reconsiderar

nuestra actitud ante el anciano mayor en estado crítico

5.5 Se deben de seguir efectuando estudios cuyo diseño valore estos aspectos tan importantes, ya que los Adultos Mayores serán el grupo etario que mas crecerá, especialmente en los países en desarrollo y su crecimiento será más rápido que los países ya envejecidos, lo que llevará a mayores gastos en recursos en Salud Pública y especialmente a nivel hospitalario y en las UCIs.

5.6. Existe una falta de un criterio uniforme para valorar Calidad de Vida y esto genera limitaciones para poder comparar resultados y llegar a conclusiones validas.

5.7. Por lo que, es necesario realizar más estudios bien diseñados, prospectivos y longitudinales, utilizando medidas validas fiables y universales, que nos permitan llegar a conclusiones en un futuro en el tratamiento intensivo de este grupo de edad.

5.8. Debe de hacerse una revisión de los aspectos éticos y legales de la estancia de los Adultos Mayores en Intensivo en nuestro medio.

**Bibliografía: (revisar con el autor la numeración. 15 y 16 son iguales y 18 y 32 son iguales, 27 y 33, 19 y 38**

1. Outcomes of Elderly Survivors of Intensive Care A Review of the Literature. Chest, 2005; 127:1764-1774.
2. Ruibal León A, et al. La atención intensiva al anciano en estado crítico. Hospital General " CalixtoGarcía " Ciudad de la Habana.
3. Benito S, Vivancos H, Artigas A, Net A. Cuidados intensivos geriátricos. Indicaciones, contraindicaciones y contradicciones. Med Intensiva. 1983; 7:59-61.
4. Cortés JL, Domínguez E, Chamorro C, Torrecilla C, Algora A, Mosquera JM. Tratamiento intensivo de los ancianos. Una realidad creciente. Med Intensiva. 1988; 12:332-5.
5. Cuidados agudos en ancianos. 18º Congreso Mundial de Gerontología. La mesa de *Cuidados Agudos en Ancianos* fue conducida por los Dres. Jean Pierre Michel (Suiza), Fabio Nasri (Brazil) y MuriloChiamolera (Brazil). Unidad de Cuidados Intensivos en un Departamento de Geriátría. Dr. Cornel C. Sieber (Alemania). (falta año de publicación y/o página de publicación)
6. Jakob SM, RothenSM.. Intensive care 1980-1995: change in patient characteristics, nursing workload and outcome. IntensiveCareMed. 1997;23:1165-70
7. Kvåle R, FlaattenH.. Changes in intensive care from 1987 to 1997 - has outcome improved? A single centre study. Intensive Care Med. 2002; 28:1110-6.
8. Castañeda S. Aspectos Sociodemográficos del Adulto Mayor en Guatemala. Informe final de la especialización de Gerontología Sanitaria. Funiber. Enero 2008.
9. Compañ L, Pérez Hoyos S, García AM. Utilización hospitalaria por ancianos en la comunidad valenciana (1980-1988). Revista de Gerontología. 1994; 3:168-72.
10. Castella X, Mompart A, Pérez G.. La utilización de los hospitales de agudos por los ancianos. Cataluña, 1982-1990. GacSanit. 1997;11:259-65
11. Parker A, Wyatt R, Ridley S. Intensive care services; a crisis of increasing expressed demand. Anaesthesia. 1998; 53:113-20.
12. El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores.. Informe sobre la comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. Año 2002. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/parlamento-futuro-01.pdf>. Acceso 27/08/04.
13. García Férrez J. Bioética y personas mayores. IMSERSO y CSIC. Madrid 2003. Disponible en: [www.imsersomayores.csic.es/portal/senileg/documentos/garcia-bioetica-01.pdf](http://www.imsersomayores.csic.es/portal/senileg/documentos/garcia-bioetica-01.pdf). Acceso 27/08/04.
14. Gómez Rubí JA, Gómez Company JA, SanmartínMonzó JL, Martínez Fresneda M.. Conflictos éticos en la instauración de la ventilación mecánica: análisis de la actitud de los profesionales de Cuidados Críticos, Emergencia y estudiantes. RevClin Esp. 2001; 201:371-7.
15. Saralegui Reta I, Monzón Marín JL, Martín MC. Instrucciones previas en medicina intensiva. Med Intensiva. 2004;28: 256-61.
16. Rubio Herrera Ramona, MataixVerdú J. Introducción a la Gerontología. Gerontología Sanitaria Aplicada. Tomo III. Nutrición y envejecimiento. FUNIBER Guatemala. (Falta año de publicación).

17. López Messa JB, Prieto González M, de San Luis González LC, Pascual Palacín R, Treceño Campillo J. Análisis coste-efectividad en procesos que requieren ventilación mecánica. Estudio de los GRD 475 y 483. *Med Intensiva*. 2004; 28:349-55.
18. Nolla-Salas J, Vázquez A, Carrasco G, Marrugat J, Solsona JF.. Pacientes ancianos ingresados en UCI: análisis de los motivos de ingreso, evolución y calidad de vida a medio plazo. *Med Intensiva*. 1993; 17:33-9.
19. Sprung CL, Geber D, Eidelman LA, Baras M, Pizov R, Nimrod A, et al..Evaluation of triage decisions for intensive care admision. *Crit Care Med*. 1999;27:1073-
20. SCCM ethics commitee.. Attitudes of critical care medicine professionals concerning forgoing life-sustained treatments. *Crit Care Med*. 1993; 20:320-6.
21. Gómez Rubí JA, Gómez Company JA, Sanmartín Monzó JL, Martínez Fresneda M. Conflictos éticos en la instauración de la ventilación mecánica: análisis de la actitud de los profesionales de Cuidados Críticos, Emergencia y estudiantes. *Rev Clin Esp*. 2001; 201:371-7.
22. Abizanda R, Almendros L, Balerdi MB, Socias L, López J, Valle FX. Limitaciones del esfuerzo terapéutico. Encuesta sobre el estado de opinión de los profesionales de la Medicina Intensiva. *Med Intensiva*. 1994;18:100-5
23. López Messa JB, Prieto González M, de San Luis González LC, Pascual Palacín R, Treceño Campillo J. Análisis coste-efectividad en procesos que requieren ventilación mecánica. Estudio de los GRD 475 y 483. *Med Intensiva*. 2004;28:349-55.
24. Suárez Álvarez JR.. Conflicto en el ingreso y alta en la unidad de cuidados intensivos ¿confrontación o racionalización? *Rev Clin Esp*. 1991;188:48-52.
25. Castañeda S. Aspectos Sociodemográficos del Adulto Mayor en Guatemala. Informe final de la especialización de Gerontología Sanitaria. Funiber. Enero 2008.
26. Constitución de Guatemala 1985.
27. Bonnin J M y cols. Survival in the Elderly After Out-of-hospital Cardiac Arrest. *Crit Care Med* 1993;21.11.r
28. Combes A, Costa MA, Trouillet JL, Baudot J, Mokhtari M, Gibert C, et al.. Morbidity, mortality, and quality-of-life of patients requiring > or = 14 days of mechanical ventilation. *CritCareMed*. 2003; 31:1353-81.
29. Ip S P, LeungYF, Ip CY, Mak WP.. Outcomes of critically ill elderly patients: is high-dependency care for geriatric patients worth wile? *Crit Care Med*. 1999; 27:2351-7.
36. Chelluri L, Pinsky MR, Donahoe MP, GrenvikA :Long-term outcome of critically ill elderly patients requiring intensive care. *JAMA* 1993, 269:3119-3123
37. Somme D, Maillet JM, Gisselbrecht M, Novara A, Ract C, Fagon JY.. Critically old and the oldest-old patients in intensive care: short- and long-term outcomes. *Intensive Care Med*. 2003; 29:2112-5.
38. Bo M, Massaia M, Raspo S, Bosco F, Cena P, Molaschi M, FabrisF :Predictive factors of in-hospital mortality in older patients admitted to a medical intensive care unit. *J Am Geriatr Soc* 2003, **51**:529-533.
39. Cabré L, Mancebo J, Solsona JF, Saura P, Gich I, Blanch L, et al.. Multicenter study of the multiple organ dysfunction syndrome in intensive care units: the usefulness of Sequential Organ Failure Assessment scores in decision making. *IntensiveCareMed*. 2005; 31:927-31.

40. Le Gall JR, Loirat P, Alperovitch A, Glaser P, Granthil C, Mathieu D, Mercier P, Thomas R, Villers D :A simplified acute physiology score for ICU patients. *Crit Care Med* 1984, 12:975-977.
41. Lemeshow S, Teres D, Avrunin JS, Gage RW: Refining intensive care unit outcome prediction by using changing probabilities of mortality. *Crit Care Med* 1988, 16:470-477
43. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE : APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med* 1985, 13:818-829.
44. Knaus WA, Wagner DP, Draper EA, Zimmerman JE, Bergner M, Bastos PG, Sirio CA, Murphy DJ, Lotring T, Damiano A, *et al.* :The APACHE III prognostic system. Risk prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults. *Chest* 1991, 100:1619-1636. [PubMedAbstract](#)
45. Gordo F, Núñez A, Calvo E, Algora A. Mortalidad intrahospitalaria tras el alta de una unidad de cuidados intensivos (UCI) en pacientes que han precisado ventilación mecánica. *MedClin (Barc)*. 2003; 121:241-4.
45. Iapichino G, Morabito A, Mistraretti G, Ferla L, Radrizzani D, Miranda DR..Determinants of post-intensive care mortality in high-level critically ill patients. *Intensive Care Med*. 2003; 29:1751-6.
46. Adnet F, Le Toumelin P, Laberre A, Minadeo J, Lapostolle F, Plaisance P, *et al.* In-hospital and long term prognosis of elderly patients requiring endotracheal intubation for life-threatening presentation of cardiogenic pulmonary edema. *Crit Care Med*. 2001;29:891-5
47. López Messa JB, Andrés de Llano J, Berrocal de la Fuente C, Pascual Palacín R.. Características de los pacientes con infarto agudo de miocardio sometidos a ventilación mecánica. Datos del registro ARIAM. *Rev Esp Cardiol*. 2001;54:851-9
48. 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; 28:3389-95.
49. Vosylius S, Sipylaite J, Ivaskevicius J : Determinants of outcome in elderly patients admitted to the intensive care unit. *Age Ageing* 2005, 34:157-162.
50. Suárez Álvarez JR. Conflicto en el ingreso y alta en la unidad de cuidados intensivos ¿confrontación o racionalización? *Rev Clin Esp*. 1991; 188:48-52.
51. Eddleston JM, White P, Guthrie E. Survival, morbidity, and quality of life after discharge from intensive care. *Crit Care Med*. 2000; 28:2293-9.