

EL PACIENTE GERIÁTRICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Dr. Eduardo Márquez Capote,¹ Dra. Dunia Ferrer Terrero,¹ Dra. Marjoris Piñera Martínez¹
y Dr. Miguel Verdecia Rosés²

RESUMEN

OBJETIVO: Caracterizar a los pacientes geriátricos que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Provincial "Saturnino Lora" de Santiago de Cuba en el 2000. **DISEÑO:** Estudio descriptivo y transversal. **PACIENTES:** 33 de 65 años y más. **MEDICIONES Y RESULTADOS PRINCIPALES:** Predominaron los ancianos del sexo masculino y de 65 a 74 años, hospitalizados fundamentalmente por enfermedades clínicas; fue reducido el número de los ventilados, con gran mortalidad entre ellos, y resultaron frecuentes las complicaciones, principalmente respiratorias e hidrominerales.

Descriptores: ANCIANO; MORBILIDAD; MORTALIDAD; UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

El envejecimiento es un término de carácter general que puede definirse en relación con fenómenos fisiológicos, conductuales, sociológicos o cronológicos. En sentido estrictamente médico, designa el declive de la capacidad y las funciones fisiológicas que influyen en los factores sociológicos y del comportamiento y es modificado, a su vez, por ellos. Se trata de un proceso heterogéneo e irreversible, que se inicia a partir del momento en que el organismo alcanza la capacidad funcional máxima.¹

La población mundial ha estado envejeciendo desde sus mismos orígenes, aunque no con una velocidad constante. El número de ancianos ha aumentado durante casi todo este siglo con una mayor rapidez que el resto de los habitantes y esta tendencia se mantendrá hasta bien entrada la próxima centuria.²

Estos cambios tendrán un profundo impacto en todos los ámbitos de la sociedad, pero en ninguno con tanta trascendencia como en la salud pública.

¹ Especialistas de I Grado en Medicina Interna. Verticalizados en Cuidados Intensivos.

² Especialista de I Grado en Medicina Interna.

El punto de vista más común sobre el actual incremento de la longevidad se sustenta en el hecho de que esta se acompaña de gran morbilidad e incapacidades;³ sin embargo, en los últimos años se ha avanzado sustancialmente en el conocimiento de la biología y los cambios asociados al proceso de envejecer, lo cual ha generado la formulación de varias ideas relacionadas con la medicina geriátrica, a saber: la vejez no es una enfermedad, se impone realizar un diagnóstico lo más exacto posible y son curables, o al menos tratables, muchas de las afecciones que aparecen en esta época de la vida. De ellos se desprende que sobre la base de los progresos biomédicos y una enérgica aplicación de las posibilidades de la medicina, la muerte estaría inhibida solamente por factores genéticos.

Un considerable número de las camas de las unidades de cuidados intensivos (UCI) son ocupadas por ancianos, lo cual origina altos costos y resultados dudosos; fenómeno que ha llevado a plantear a algunos administradores de salud que los soportes vitales para los senescentes deberían limitarse, a fin de poder reservar dichos recursos para otros casos;⁴ y por tales razones, muchos toman en cuenta la edad para decidir la admisión o no de un paciente críticamente enfermo en una UCI.⁵

En estudios foráneos⁶⁻¹⁰ no se ha encontrado vinculación alguna entre la edad, por sí sola, y una mayor mortalidad durante la estancia en las salas de terapia intensiva en relación con la mortalidad hospitalaria y elevados gastos al respecto, de forma tal que, según esos hallazgos, la edad no constituye un factor predictivo de la supervivencia a largo plazo ni de la calidad de vida.

Partiendo de todo lo expuesto hasta aquí se determinó caracterizar a la población geriátrica atendida durante el 2000 en una de esas unidades.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de los 33 pacientes de 65 años y más, ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital provincial "Saturnino Lora" de Santiago de Cuba por requerir atenciones especiales.

Los enfermos fueron agrupados como sigue: 65-74 años (tercera edad), 75-84 años (ancianos) y 85 años y más (muy ancianos). También se aglutinaron según sexo, edad y comorbilidad.

En las historias clínicas se precisaron los diagnósticos al ingreso, clasificados en 5 categorías: enfermedades respiratorias, cardiovasculares, cerebrovasculares, quirúrgicas y otras.

Se determinaron los métodos de soporte de funciones vitales en estos casos, haciendo particular hincapié en el uso de ventilación artificial mecánica (VAM), y se indagó acerca de las complicaciones dependientes directa o indirectamente de esta técnica.

Se calcularon las tasas de mortalidad bruta, neta y proporcional, así como por sexo y grupos de edades. Igualmente se estimaron la proporción que representaban los pacientes geriátricos en el total de ingresos en la UCI y la razón masculino/femenino.

El riesgo de morir se obtuvo mediante el cálculo de las tasas.

RESULTADOS

Durante el período analizado se admitieron 169 pacientes en la UCI, de los cuales 33 tenían edades de 65 años o más (19,5 % del total de ingresos), con predominio de los enfermos de 65-74 años y una ligera primacía de los hombres, para una razón masculino/femenino de 1,2:1 (**tabla 1**).

Más de 70 % de la serie padecía al menos una enfermedad crónica no transmi-

ble, sobre todo de tipo cardiovascular. La presencia de más de una de estas afeccio-

nes (comorbilidad) se halló en alrededor de 40 % de la casuística.

Tabla 1. *Pacientes según edad y sexo*

Grupos etarios (en años)	Masculino		Sexo Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
65 - 74	9	27,3	8	24,3	17	51,5
75 - 84	8	24,2	7	21,2	15	45,5
85 y más	1	3	0	0	1	3,0
Total	18	54,5	15	45,5	33	100,0

Los cuidados posoperatorios y las enfermedades respiratorias (principalmente neumopatías inflamatorias extrahospitalarias), seguidos de cerca por las enfermedades cerebrovasculares (ECV), fueron los principales motivos de ingreso en la UCI (**tabla 2**). En casi una cuarta parte se utilizó ventilación artificial mecánica, consistente en una modalidad ventilatoria invasiva, y la mortalidad se elevó a 75 %. Se encontraron numerosas complicaciones con supremacía de las respiratorias e hidroelectrolíticas.

Tabla 2. *Complicaciones en los ancianos*

Complicaciones	No.	%
Bronconeumonía	16	48,5
Infección urinaria	6	18,2
Neumotórax (iatrogénico)	3	9,1
Flebitis	5	15,2
Sangramiento digestivo	2	6,1
Trastornos hidroelectrolíticos	12	36,4
Úlceras por presión	2	6,1
Tromboembolismo pulmonar	8	24,2

La tasa de mortalidad bruta en la UCI durante el período de estudio resultó ser de

39,6 %, en tanto las tasas de mortalidad específicas por grupos de edades fueron de 35,9 % en los menores de 65 años y de 60,6 % en los de 65 y más. Los pacientes geriátricos representaron 29,8 % de los fallecidos, con preponderancia de los clasificados como ancianos y de los hombres (**tabla 3**).

La mayor cifra de defunciones fue provocada por las enfermedades cardiovasculares y respiratorias, aunque también murieron casi la mitad de los pacientes posoperados (**tabla 4**).

Los hallazgos necróticos y las principales causas de muerte estuvieron muy relacionados con las complicaciones, sobresaliendo la sepsis respiratoria y el tromboembolismo pulmonar (TEP).

DISCUSIÓN

Solamente una quinta parte de los pacientes tenían 65 y más años de edad; número inferior al informado en otros estudios realizados ^{4, 6, 11} en UCI polivalentes, donde se señala que alrededor de 30 a 60 % de los ingresados pertenecían a ese grupo etario. Esto puede explicarse fundamentalmente por el hecho de contar en nuestro centro con una UCI monovalente de cuidados coronarios y una sala de cuidados especiales cerebrovasculares, donde

ingresa un porcentaje elevado de ancianos graves, al ser precisamente dichas enfermedades las que más afectan a esta población en nuestro medio.

Es bien conocido que el envejecimiento del sistema cardiovascular reviste una importancia extraordinaria como causante de las alteraciones que lo dañan y dan lugar a la aparición de procesos morbosos propios

de la edad, tales como la hipertensión sistólica y la insuficiencia cardíaca por disfunción diastólica del ventrículo izquierdo, lo cual esclarece que sean específicamente los trastornos cardiovasculares los que predominen en los antecedentes patológicos personales. La presencia de comorbilidad se indica en otras investigaciones ¹ en aproximadamente 30 % de los senescentes.

Tabla 3. *Estado al egreso según grupos etarios y sexo*

Grupos etarios (en años)	Estado al egreso				Total	
	Vivos		Fallecidos		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
65 - 74	8	47,1	9	52,9	17	100,0
75 - 84	4	26,1	11	73,3	15	100,0
85 y más	1	100,0	0	0	1	100,0
Sexo						
Femenino	9	60,0	6	40,0	15	100,0
Masculino	4	22,2	14	77,8	18	100,0
Total general	13	39,4	20	60,0	33	100,0

Tabla 4. *Estado al egreso según causas de ingreso*

Causas de ingreso	Estado al egreso				Total	
	Vivos		Fallecidos		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
Enfermedades respiratorias	3	37,5	5	62,5	8	100,0
Enfermedades cardiovasculares	2	66,7	1	33,3	3	100,0
Enfermedades cerebrales	1	14,3	6	85,7	7	100,0
Posoperatorio	6	54,5	5	45,5	11	100,0
Otras	1	25,0	3	75,0	4	100,0

Para diversos autores, ^{7, 11} entre los principales motivos de ingreso de pacientes geriátricos en la UCI figuran: las afecciones cardiovasculares, las enfermedades quirúrgicas abdominales agudas, las infecciones y los traumatismos. Debido a las características de nuestro hospital, este orden se modifica y en primer lugar se sitúan las enfermedades quirúrgicas (no necesariamente de urgencia) como período poso-

operatorio de alto riesgo o complicado (generalmente con alteraciones del medio interno) y en segundo las infecciones respiratorias (principalmente neumopatías extrahospitalarias), seguidas de cerca por los trastornos cerebrovasculares, que representan entre 3 y 4 % de los ingresos en la unidad. En el 2000 no fue hospitalizado en ella ningún anciano traumatizado.

La elasticidad del tejido pulmonar tiende a disminuir con el paso del tiempo, lo cual altera la fisiología respiratoria, debilita los músculos respiratorios accesorios y disminuye la adaptabilidad de la caja torácica, de modo que condiciones aparentemente poco graves pueden desencadenar una insuficiencia respiratoria aguda, en ocasiones con evolución fatal; sumado a esto, el hecho de que las enfermedades respiratorias fueron uno de los más importantes motivos de ingreso, se explica porque cerca de una cuarta parte de estos pacientes requirieron VAM.

Benhamoun¹² puntualiza en un estudio retrospectivo sobre la ventilación de los gerontes, que estos murieron en mayor número que los enfermos más jóvenes, por lo cual es partidario de invasiva en ellos estos pacientes, al producirse con esta técnica menos complicaciones y mejores resultados a corto plazo. Nuestros resultados fueron similares, pero más elevadas las tasas de mortalidad en ambos grupos.

Recientemente, en una investigación prospectiva para evaluar si la edad influía o no sobre el estado al egreso en pacientes ventilados, Ely¹³ encontró que cuando se adecua a la gravedad de la enfermedad, la duración de la ventilación es menor en los ancianos mayores de 75 años y puede retirarse también en menor tiempo, sin diferencias notables en las tasas de mortalidad y bajos costos hospitalarios, por lo cual recomienda que la VAM no se limite en el senescente con insuficiencia respiratoria, basándose solo en la edad cronológica.

El desgaste fisiológico de los diferentes órganos y sistemas, con la consiguiente disminución de su reserva fisiológica (hecho inexorable y ligado a la edad), unido al padecimiento de enfermedades crónicas, hacen al anciano más frágil y vulnerable.¹⁴ Si a esto se añaden los procedimientos invasivos, diagnósticos y terapéuticos de los cuidados intensivos, se entenderá porqué fue tan elevado el número de

complicaciones, entre ellas de las respiratorias, que estuvieron muy relacionadas con la VAM, el hipostatismo y la congestión pulmonar, en tanto los trastornos hidroelectrolíticos (fundamentalmente deshidrataciones isotónicas) se vincularon un manejo "cauteloso" del aporte de líquidos para evitar posibles descompensaciones cardiovasculares por sobrecarga de volumen.

De forma análoga a lo comunicado por Yu,¹⁵ la mortalidad aumentó proporcionalmente con la edad, aunque la mayoría de los gerontes estudiados por él sobrevivieron al menos 90 días después del alta. Resultados similares encontrados por otros investigadores¹⁶ han permitido afirmar que, en la población geriátrica, la gravedad de la enfermedad aguda es el más importante factor predictivo de la mortalidad después de su admisión en la UCI.

Nuestra tasa específica de mortalidad en los ancianos superó las notificadas en otras UCI, donde varían entre 18,5 y 38 %, ^{8, 14} y estuvieron muy por encima de la tasa de mortalidad en menores de 65 años; sin embargo, estas comparaciones no son válidas sin ajuste previo de la gravedad de la afección en el momento del ingreso, sabiendo que generalmente los ancianos se encuentran más gravemente enfermos al producirse su admisión.

Esta elevada mortalidad en el senescente ingresado en nuestro medio puede estar relacionada con la causa que motivó su hospitalización. La quinta parte de los pacientes que ingresaron por enfermedad cerebrovascular, tuvo una letalidad de 85 %, lo cual confirma el planteamiento de Marik¹⁶ en cuanto a que la admisión y el tratamiento intensivo de un paciente con dicha entidad en la UCI solo pueden prolongar el proceso de la muerte cuando ha sufrido un trastorno neurológico gravísimo. Las enfermedades respiratorias también causaron numerosas defunciones, en estrecha relación con la VAM.

A pesar de los resultados poco alentadores obtenidos en este estudio, con un bajo porcentaje de ancianos ingresados en la unidad por razones técnicas, frecuentes complicaciones durante su estancia y alta mortalidad, principalmente entre los ventilados, no creemos que esto justifique negar la posibilidad de que se les aplique un recurso tecnológico determinado, esencialmente por valoraciones éticas, basados en el principio de justicia (dar a cada cual lo suyo con igual consideración y respeto). Aunque solo sea porque ellos han contri-

buido tanto o más que cualquier otro individuo más joven a crear la riqueza tecnológica que puede ofrecer la medicina contemporánea, no hay fundamento moral alguno para impedirles acceder a ella. En todo caso puede admitirse que en el paciente de edad avanzada existen muchas veces razones "médicas" que desaconsejan la utilización de un recurso técnico específico; pero si esto ocurre, la negativa se establecerá sobre esa base y nunca tomando como premisa la partida de nacimiento.

ABSTRACT

The Geriatric Patient in The Intensive Care Unit

OBJECTIVE: To characterize geriatric patients admitted at the Intensive Care Unit from "Saturnino Lora" Provincial Hospital in Santiago de Cuba during 2000. **DESIGN:** Cross-sectional and descriptive study. **PATIENTS:** From 33 to 65 years old on. **MEASUREMENTS AND MAIN RESULTS:** Male aged persons from 65 to 74 years old predominated, admitted primarily due to clinical diseases; the number of those receiving ventilation was reduced, and there was a high mortality among them, and complications, mainly those of respiratory and hydromineral nature were frequent.

Subject headings: AGED; MORBIDITY; MORTALITY; INTENSIVE CARE UNITS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kast MS, Gerety MD, Lichtenstein MJ. Gerontology and geriatric medicine. En: Stein JH. Internal medicine. New York: Mosby Year Book; 1994:2825-41.
2. Roca-Bruno Medero JC, Prieto Ramos O. Gerontología y geriatría clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1992:36-62.
3. Bagma JM, Griño A, San José A, Armandons L. Comorbilidad, ingreso hospitalario y consumo de fármacos por enfermedad crónica no reagudizada en población anciana. Rev Clin Esp 1997;197:472-8.
4. Frezza EE, Squillario DM, Smith TJ. The ethical challenge and futile treatment in the older population admitted to the intensive care unit. Am J Med Qual 1998;13(3):121-6.
5. Nuckton TJ, List ND. Age as a factor in critical care unit admissions. Arch Intern Med 1995;155(10):1087-92.
6. Adelman RD, Berger JT, Macina LO. Critical care for geriatric patient Crin Geriatr Med 1994;10(1):19-30.
7. Grenrot C, Norberg KA, Hakansson S. Intensive care of the elderly a retrospective study. Acta Anaesthesiol Scand 1986;30(8):703-8.

8. Dougnac A, Glacaman P, Andresen M, Díaz O, Leteller LM. Study of the survival of elderly patients in intensive care unit. Should they admitted to these unit?. Rev Med Chil 1997;125(9):1019-25.
9. Chelluri L, Pinsky MR, Donahore MP, Grenvik A. Requiriring intensive care. JAMA 1993;269(24):3119-23.
10. Materhofer L, Kurrz RW, Shoster R. Diagnosis and clinical result in the elderly patient in internal medicine Intensive Care Unit. Disch Med Wochenschr 1997;23(1):47-54.
11. Gsell OR. Geriatric intensive care indication and contraindication. Gerontology 1987;23(1):47-54.
12. Benhamoun D, Muir JF+, Melen B. Mechanical ventilation in elderly patients. Monaldi Arch Chest Dis 1998;53(3):547-51.
13. Ely EW, Evans GW, Haponink EF. Mechanical ventilation in a cohort of elderly patients, admitted to an intensive care unit. Ann Intern Med 1999;131(2):96-104.
14. Kass JE, Castriotta RJ, Malakoff F. Intensive care unit outcome in the very elderly. Crit Care Med 1992;20(12):1666-71.
15. Yu W, Ash SS, Leninsky NG, Moskowitz MA. Intensive care unit use and mortality in the elderly. J Gen Intern Med 2000;15(2):92-102.
16. Marik PE, Craft M. Intensive care for strokes. Is there any benefit? Crit Care Med 1996;24:468.

*Dr. Eduardo Márquez Capote. Corona # 114, e/ San Antonio y San Ricardo. Santiago de Cuba.
E-mail: eduardo@ucilora.hsl.scu.sld.cu*