

11224

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL REGIONAL "10. DE OCTUBRE"
I.S.S.S.T.E.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES ANCIANOS
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA DEL ENFERMO ADULTO EN
ESTADO CRITICO

PRESENTA

DRA. MARIA DE JESUS RIVAS DELGADO

MEXICO, D. F. 1995



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

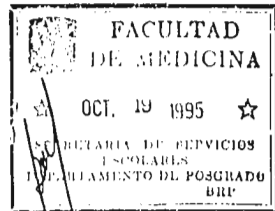
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

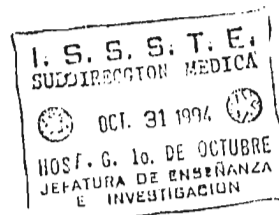
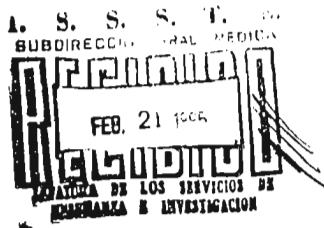
MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES ANCIANOS
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

DR. RICARDO GUBIAN GOMEZ
COORDINADOR DE LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS
HOSPITAL REGIONAL PRIMERO DE OCTUBRE

ASESOR
DR. ASISCLO DE JESUS VILLAGOMEZ ORTIZ
MEDICO ADSCRITO UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS
HOSPITAL REGIONAL PRIMERO DE OCTUBRE



DR. HORACIO OLVERA HERNANDEZ
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL REGIONAL PRIMERO DE OCTUBRE



INDICE

	PAGINA
1.- RESUMEN	2
2.- ABSTRACT.....	3
3.- INTRODUCCION.....	4
4.- MATERIAL Y METODOS	7
5.- RESULTADOS	9
6.- DISCUSION.....	20
7.- CONCLUSIONES	23
8.- BIBLIOGRAFIA.....	25

RESUMEN

Estudio clínico, prospectivo, en el cual se incluyó un total de 28 pacientes mayores de 65 años que fueron - manejados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), independientemente de su patología. Observando que el 21% de la población total de UCI correspondió a este grupo - de pacientes. Las causas que más frecuentemente originaron su ingreso a la unidad fueron: sepsis, alteraciones metabólicas, neumonía. La mortalidad encontrada fue de - 28.5% relacionandose con la severidad de la enfermedad - aguda y con el mayor número de fallas orgánicas.

Realizandose seguimiento a los pacientes posterior al egreso de la unidad a uno y tres meses; encontrando - que 3 pacientes fallecieron durante el primer mes posterior a su egreso de UCI. De los 17 pacientes restantes; - 6 continúan siendo independientes, logrando reincorporarse a su actividad anterior, 7 pacientes tienen una dependencia parcial y 4 pacientes dependen en forma total de sus familiares. Determinandose un nivel de vida bueno para estos pacientes. Concluimos que la edad no debe ser - un criterio primordial para el ingreso de pacientes a - UCI, sin embargo debe ser considerada además de la presencia de enfermedad crónica previa y severidad de la enfermedad aguda como pronóstico y calidad de vida del paciente.

ABSTRACT

The clinical study included 28 patients older than 65 years who were handled in Intensive Care Unit (ICU) in Hospital 10. Octubre ISSSTE. We observed that the 21% of the total population of ICU belonged to this group of patients. The most common causes to accept patients to this unit were as follows: sepsis, metabolic disorders, pneumonia. The 28.5% of mortality found in this unit was linked with the severity of the acute disease and with several organic failures.

According with the follow up of the patients discharged of the ICU. About the other 17 patients; 6 of them went back to their duties; 7 patients had moderate dependency and the 4 left patients were supported by their relatives. These patients have a good way of life. We concluded that the age is not a basic criterion to charge patients in the ICU. However, we must consider the presence of a preexisting chronic disease and the severity of the acute disease as a prognostic and patients quality of life.

INTRODUCCION

Los servicios de cuidados críticos se han incrementado durante los últimos 20 años. Existe un consenso de que los cuidados intensivos se han aplicado indiscriminadamente, por lo cual se ha determinado cuando iniciar o terminar un tratamiento que en muchas ocasiones es complicado.

Para la elección de pacientes se debe tomar en cuenta primeramente la severidad de la enfermedad aguda, el tratamiento del mismo y la calidad de vida (1), determinándose así el beneficio del paciente. Existen otras variables para la aceptación de los pacientes a la unidad de cuidados intensivos (UCI) y estos son: los factores institucionales como lo es tener un espacio disponible, personal suficiente así como equipo necesario para el manejo del paciente. (2)

Dado el incremento de costo sobre los servicios de cuidados intensivos, los beneficios de estos son limitados en algunos pacientes, por lo tanto es muy importante seleccionar a aquellos pacientes que pueden beneficiarse con la admisión a UCI, aunque se han realizado varias investigaciones es poca la información que se ha obtenido en cuanto al uso actual de cuidados intensivos para pacientes viejos y los resultados son variables.

Gran parte de nuestra población esta compuesta por ancianos, personas mayores de 65 años. Siendo en Estados

Unidos de América un 12% de la población (1,3,4,5). sub--
clasificandose a esta porción de población en 3 catego--
rias:

- 1.- viejos jóvenes que comprenden de 64-75 años,
- 2.- muy viejos de 75-85 años,
- 3.- ancianos mayores de 85 años.

Los pacientes muy viejos tienen mayor necesidad de -
servicios médicos, realizando varios estudios encontrando
que en los pacientes mayores de 85 años el gasto fue ma--
yor comparado con el grupo de edades comprendido entre -
64 y 84 años. (1,5)

Se ha determinado que la capacidad para sobrevivir a
una lesión aguda se relaciona con el estado del paciente
previo a la enfermedad aguda y análisis anteriores han de
mostrado el impacto independiente de la edad cronológica
avanzada sobre la capacidad de los pacientes de la UCI pa
ra sobrevivir a la lesión aguda, con mayor probabilidad -
se debe a la disminución de la función de los sistemas or
gánicos que acompaña al envejecimiento, las patologías -
crónicas (enfisema, cirrosis, diabetes mellitus, insufi--
ciencia renal crónica, etc.) también pueden acelerar la -
pérdida de reserva fisiológica y disminuir así la probabi
lidad de sobrevivida. (6)

Campion y cols. concluyeron que los pacientes mayo--
res admitidos a UCI probablemente son los que ameritan ma
yor número de intervenciones para soporte de la vida y -

tienen un riesgo elevado de mortalidad comparado con pacientes jóvenes (7,8). Mientras que Fedullo encontró que los costos y resultados son similares en todos los grupos de edad. (3,4,7,8)

Otros investigadores mostraron que los resultados en pacientes de UCI son determinados previamente por la severidad de la enfermedad aguda (9,10), no encontrándose la edad como factor determinante (5,6,11), aunque el efecto de la edad no esta claro sobre el resultado de los pacientes críticos, Callahan sugirió utilizar un límite de edad para ingreso a las unidades de cuidados intensivos, disminuyendo así costos en la UCI. (5)

Intentando definir criterios para la selección de pacientes viejos que probablemente se beneficien en las unidades de cuidados intensivos, es necesario contestar las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Cuál es la proporción de pacientes viejos en UCI?
- 2.- ¿La mortalidad en viejos es mayor que en jóvenes?
- 3.- ¿Cuál es la relación entre edad, resultado y severidad?

El resultado en pacientes ancianos hasta la actualidad no ha sido bien estudiado, a pesar de existir varias investigaciones hasta el momento, motivo por el cual nosotros decidimos emprender el presente estudio.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizó de manera prospectiva, llevado a cabo en el Hospital Regional Primero de Octubre ISSSTE, en un período comprendido de marzo a septiembre de 1994.

Se incluyeron a pacientes del sexo femenino y masculino con edad mayor de 65 años, que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos, independientemente de su patología recabandose los siguientes datos:

Nombre, edad, sexo, diagnóstico ingreso, número de órganos en disfunción al momento del ingreso a la unidad, permanencia en UCI, complicaciones y estado funcional previo a su admisión; todos los pacientes se evaluaron mediante el estado de salud crónica y estado actual (APACHE II).

Además de tomar exámenes de laboratorio: Biometría hemática, química sanguínea, electrolitos, gasometría arterial, electrocardiograma, radiografía de tórax, perfil de lípidos. Monitoreo cardiaco y en aquellos pacientes que presentaron inestabilidad hemodinámica que no respondió a manejo con líquidos y que requirieron de inotrópicos, se les realizó monitoreo hemodinámico (colocación de catéter de Swan Ganz) y en aquellos con ventilación mecánica que requirieron un PEEP mayor de 10 cmH₂O para mantener oxemias de al menos 80 mmHg.

El apoyo ventilatorio se proporcionó a todo paciente con datos de insuficiencia respiratoria aguda, de cualquier etiología (infecciosa, traumatismos de tórax, SIRPA problemas neurológicos o bien aquellos que se recibieron directamente de los quirófanos.

Se les proporcionó nutrición parenteral a aquellos - pacientes sin vía digestiva útil, (pacientes con sepsis - abdominal, choque séptico, postoperados aparato gastrointestinal) y en aquellos que no toleraron dieta enteral, - generalmente observado en pacientes con administración de sedantes y relajantes.

Posteriormente a los pacientes que sobrevivieron al manejo proporcionado en la UCI se les realizó un segui-- miento a un mes y tres meses después de haberse dado de - alta del servicio, este llevado a cabo al comunicarnos -- con los familiares del paciente en 2 formas: vía telefóni ca o bien en forma personal, obteniendose mediante esta - forma datos en cuanto a su actividad actual y fueron cla- sificados en 3 categorías:

Independiente: que no necesita ayuda para realizar sus ac- tividades.

Dependiente en forma parcial: que amerita ayuda de alguna otra persona para realizar las actividades pesadas.

Dependiente en forma total: que necesita ayuda de otra - persona para realizar cualquier actividad por mínima que esta sea.

RESULTADOS

El total de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos, en el período comprendido de marzo a septiembre de 1994, fueron 218 pacientes, de los cuales - 46 (21%) correspondieron a pacientes mayores de 65 años - (Gráfica No. 1)

Sólo se incluyeron 28 pacientes debido a que no se encontró el expediente completo en los restantes; de estos 11 (39.2%) fueron masculinos y 17 (60.7%) femeninos - (Gráfica No. 2).

Se clasificaron en 3 subgrupos de edad, que comprendieron de 65-74 años (18 pacientes); 75-84 años (8 pacientes); más de 85 años (2 pacientes). (Gráfica No. 3).

Los sitios que más frecuentemente proceden los pacientes que ingresaron a la UCI fueron: urgencias (53%) - recuperación (28.5%); Medicina Interna (7%); cirugía general (7%); Neurocirugía (3.5%). (Tabla No. 1)

A todos los pacientes se les realizó una evaluación en cuanto a la gravedad del padecimiento agudo y estado previo del paciente (APACHE II), todos ellos con una puntuación de menos de 28 puntos.

Determinandose el número de fallas de órganos a su ingreso encontrándose: 1 solo órgano 12 pacientes (42%), - de los cuales fallecieron 2; 2 órganos, 4 pacientes ---

(14.2%) fallecieron 3; 3 órganos, 2 pacientes (7.1%); 4 -
órganos 1 paciente (3.5%), fallece 1 paciente. (Tabla No.
2).

Las fallas en aparatos y sistemas que más frecuente-
mente encontramos en nuestros pacientes fueron: Respirator
rio (39%); Neurológico (25%); Renal (10.7%); Hemodinámico
(25%); Hepático (10.7%); Hematológica (3.5%); Metabólico
(25%). Cabe mencionar que 7 pacientes presentaron más de
una falla orgánica.

El apoyo orgánico fue proporcionado de la siguiente
manera:

ventilación mecánica 11 pacientes (39%); colocación de ca
téter Swan Ganz 7 pacientes (25%); nutrición parenteral a
4 pacientes (14.2%); colocación sonda pleural 3 pacientes
(10.7%); traqueostomía 2 pacientes (7.1%); lavado perito-
neal 1 paciente (3.5%).

Los diagnósticos de ingreso que se observaron con -
más frecuencia fueron: choque séptico 7 pacientes (de los
cuales 6 con intervención quirúrgica); alteraciones meta-
bólicas, 5 pacientes con estado hiperosmolar, 1 encefalo-
patía hepática, pancreatitis aguda 2 pacientes; neumonía
5 pacientes; absceso hepático 1 paciente; problemas neuro
lógicos 4 pacientes, incluyendo 2 pacientes con hemorra-
gia subaracnoidea, 1 paciente con hemorragia parenquimato
sa, 1 paciente resección de meningioma, aneurismectomía 2

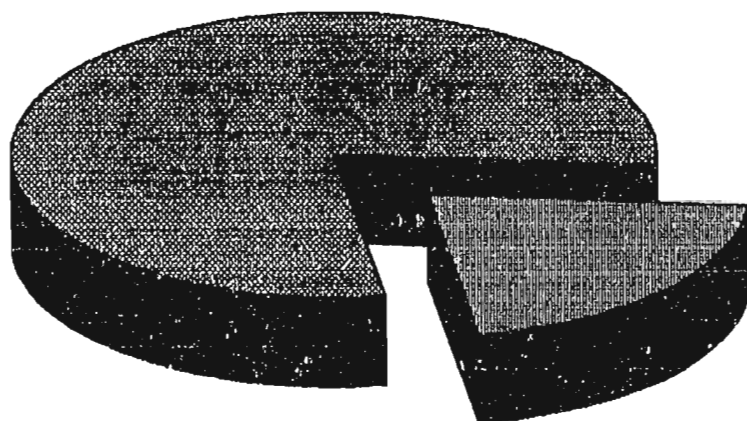
pacientes, absceso periodontal 1 paciente, colecistectomía por laparoscopia 2 pacientes, cardiopatía isquémica 1 paciente (Tabla No. 3). Tomando en cuenta que todos los pacientes tenían más de 1 diagnóstico de ingreso, con una media de 3 diagnósticos.

Hubo 8 (28.5%) defunciones, 5 hombres (62.9%); y 3 mujeres (37.1%); los que ocurrieron dentro de su hospitalización en UCI. 3 defunciones más ocurrieron dentro del primer mes posterior a su egreso, aún estando hospitalizados en piso correspondiente, (Gráfica No. 4)

La actividad que realizan los pacientes posterior a su egreso de la UCI es la siguiente:
Continúan siendo independientes 6 pacientes; dependientes en forma parcial 7 pacientes y dependientes en forma total 4 pacientes, determinandose una calidad de vida para estos pacientes buena. (Gráfica No. 4 y 5).

DISTRIBUCION POR EDAD

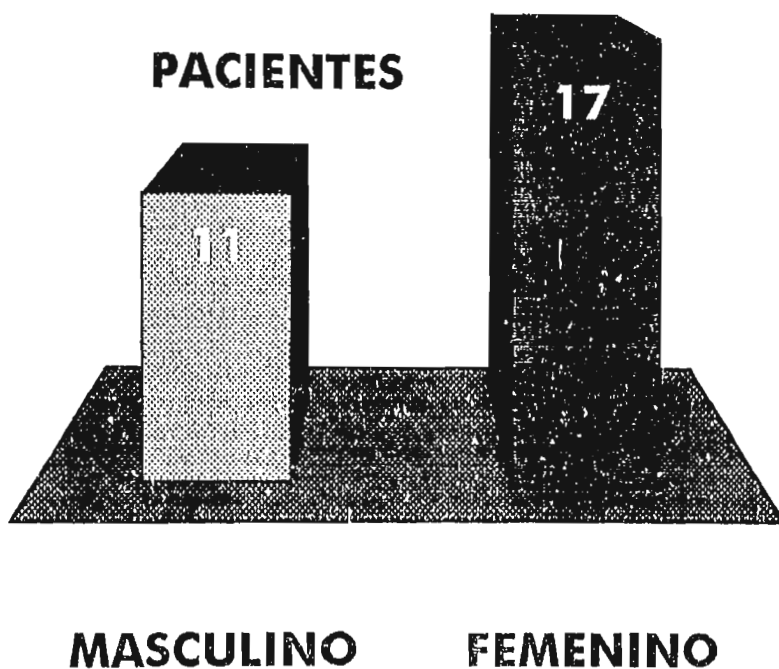
GRAFICA No. 1



21% MAS DE 65 AÑOS

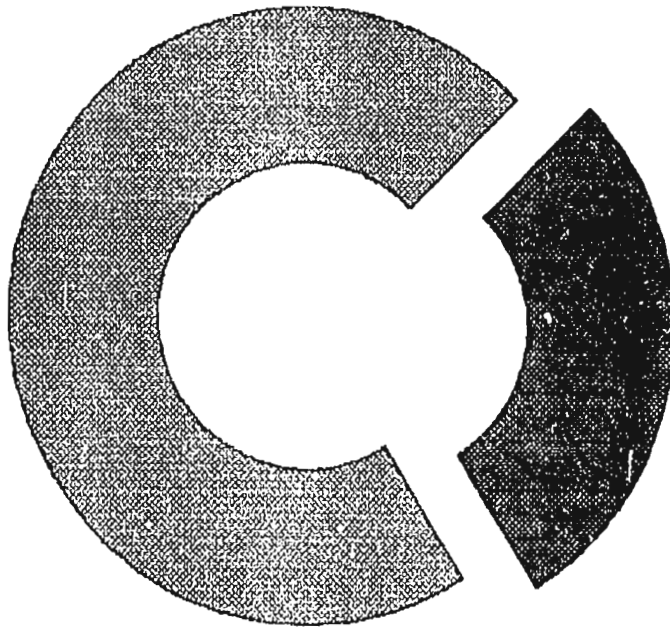
DISTRIBUCION POR SEXO

GRAFICA No. 2



MORTALIDAD

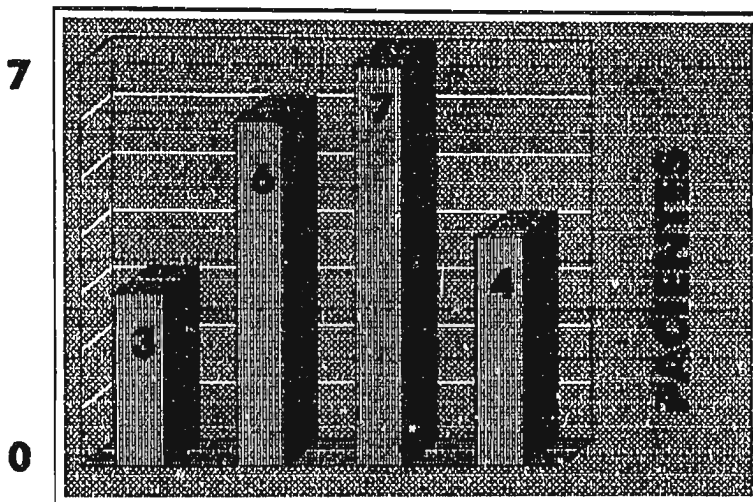
GRAFICA No. 4



28.5 % MORTALIDAD

SEGUIMIENTO UN MES

GRAFICA No. 5



DEFUNCIONES

INDEPENDIENTES

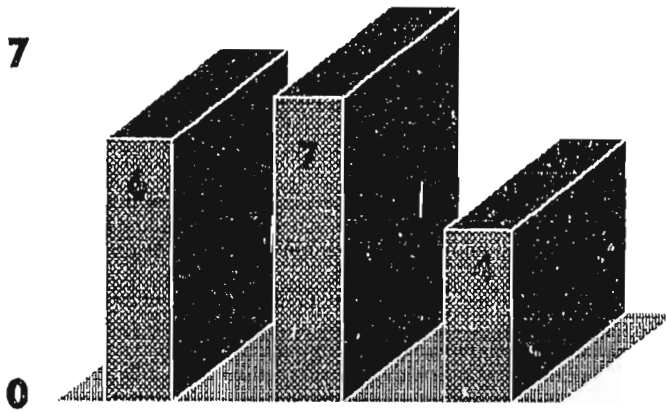
DEPENDIENTES 50%

DEPENDIENTES 100%

SEGUIMIENTO TRES MESES

GRAFICA No. 6

PACIENTES



INDEPENDIENTE

DEPENDIENTE 50%

DEPENDIENTE 100%

PROCEDENCIA DE PACIENTES

LUGAR	PORCENTAJE
URGENCIAS	53%
RECUPERACION	28.5%
MEDICINA INTERNA	7 %
CIRUGIA GENERAL	7 %
NEUROCI RUGIA	3.5%

TABLA NO. 1

RELACION MORTALIDAD - NO. FALLAS ORGANICAS

NO. ORGANOS DISFUNCION	PACIENTES	MORTALIDAD
1	12	16%
2	4	75%
3	2	
4	1	100%

TABLA NO. 2

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES:

PATOLOGIA	NO. PACIENTES
CHOQUE SEPTICO	
*CIRUGIA	6
*NEUMONIA	1
ALTERACIONES METABOLICAS	
*ESTADO HIPEROSMOLAR	5
*ENCEFALOPATIA HEPATICA	1
PANCREATITIS AGUDA	2
NEUMONIA	5
ABSCESO HEPATICO	1
ALT. NEUROLOGICAS	
*HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA	2
*HEMORRAGIA PARENQUIMATOSA	1
*RESECCION MENINGIOMA	1
ABSCESO PERIODONTAL	1
COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	2
CARDIOPATIA ISQUEMICA	1

TABLA NO. 3

DISCUSION

En muchos países incluyendo el nuestro, se ha incrementado el interés acerca del nivel de cuidados médicos - en pacientes viejos críticamente enfermos. El admitir tales pacientes a una unidad de cuidados intensivos, en algunos casos constituye una decisión importante, debido a los altos costos, calidad de vida con que queda el paciente y en ocasiones con poca recuperabilidad (2,3).

La población de pacientes mayores de 65 años en nuestro estudio constituyó un 21% del total de pacientes manejados en UCI, lo cual se correlacionó con el estudio realizado por Cullen (4) y Nicolas F. (7); siendo mayor los reportados por Pesau (11) hasta un 51% y por Fedullo (3) en un 46%.

Las causas que más frecuentemente originaron el ingreso de estos pacientes a la UCI son semejantes a los reportados en la literatura (1,7,8,11), contrariamente a lo observado por Fedullo (3) quien incluyó en su estudio a pacientes con problemas cardiológicos unicamente.

El rango de mortalidad para este grupo de pacientes fue de 8 pacientes (28.5%), datos similares a los descritos en investigaciones anteriores (1,5,7,8), pero menor que los reportados por Nicolas F. (7) los que cursaron con una mortalidad de 38%.

El índice de predicción de severidad de enfermedad -

aguda y estado previo del paciente, que utilizamos en -
nuestro estudio fue APACHE II, realizandose al ingreso del
paciente a la unidad; se observó que la puntuación obteni-
da en cada uno de ellos no se correlacionó con la mortali-
dad encontrada; como en los resultados obtenidos por Ferr-
ris (13), el cuál identificó dos razones por las que no fue
asociado APACHE II con la mortalidad: primeramente la se-
lección del paciente en forma inadecuada, y la segunda es-
tá relacionada a la importancia relativa de las variables
asociadas con resultados. Teniendo ciertas limitaciones es-
pecialmente en relación al Síndrome de Falla Orgánica Múl-
tiple (9). APACHE II no toma en cuenta las complicaciones
que el paciente puede presentar durante su estancia en la
UCI, siendo algunas de ésta iatrogénicas, las cuales influ-
yen en los resultados observados en UCI.

La edad avanzada y enfermedad crónica preexistente -
fueron factores de riesgo para sepsis, el cual ha sido en
contrado en otros estudios y la sepsis en forma indepen-
diente contribuyeron a predicción de FOM, reportandose -
por McClish que la diferencia relacionada con edad en su-
pervivencia del hospital desapareció cuando la severidad
de la enfermedad y estado previo funcional fueron contro-
lados, y sólo la severidad de la enfermedad persiste so-
bre la mortalidad (1).

El seguimiento realizado a los pacientes uno y tres
meses posterior a su egreso de la UCI, se presentó una -

mortalidad de 3 pacientes dentro del primer mes posterior a egreso. De los 17 pacientes restantes, continúan siendo independientes 6, dependiendo en forma parcial 7, dependiendo en forma total 4 pacientes; datos que no podemos correlacionar con investigaciones realizadas anteriormente por el corto tiempo de seguimiento proporcionado a nuestros pacientes; como los reportados por Fedullo (3) y Chillari (5) los cuales tienen un seguimiento a 560 días observándose un nivel de vida bueno para un 75% de sus pacientes y un 50% de sobrevida a 6 meses reportado por Le Gall (8). Estos datos nos reflejan un beneficio real a pacientes viejos al ser manejados en UCI.

CONCLUSIONES

- 1.- El grupo de pacientes mayor de 65 años en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos correspondió al 21% de los ingresos totales.
- 2.- Las causas de ingreso más frecuentes en este grupo de pacientes fueron: sepsis, alteraciones metabólicas y - neumonías.
- 3.- El porcentaje de mortalidad encontrado fue de 28.5%; - comparado con la mortalidad global que es de 40%, lo - que nos explicamos porque algunos de los pacientes in- cluídos en nuestro estudio fueron mal seleccionados.
La mortalidad se relacionó con la severidad de la en- - fermedad aguda, así como al mayor número de fallas or- gánicas, siendo las más frecuentemente afectadas: pul- món, riñón, corazón, hígado, sistema nervioso central.
- 4.- La edad avanzada no debe ser criterio primordial para el ingreso de pacientes a UCI, por lo que se debe to- - mar en consideración el pronóstico y calidad de vida.
- 5.- La importancia de la edad, enfermedad crónica previa, y la existencia del mal funcionamiento de un órgano - deben ser tomados en consideración como predictores - independientes de mortalidad.
- 6.- Los resultados obtenidos en éste trabajo de investiga- ción no son concluyentes, ya que el período de segui- miento a los pacientes deberá prolongarse a 6 meses y

un año, determinando así el mayor beneficio proporcionado a este grupo de pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Kass J, Castriotta R; Intensive care unit outcome in the very elderly. Critical Care Medicine. 1992, 20 (12); 1666-1671
- 2.- Elpern E, Petterson P; Patients' preferences for intensive care Critical Care Medicine. 1992, 20 (1); 43-47
- 3.- Fedullo A, Swinburne A; Relationship of patient age to cost - and survival in a medical ICU. Critical Care Medicine; 1983; 11 (3); 155-159
- 4.- Campion E, Mulley A; Medical intensive care for the elderly. Jama, 1981, 246 (18); 2052-2056
- 5.- Chelluri L, Pinsky M. Outcome of intensive care of the oldest-old critically ill patients. Critical Care Medicine. 1992, 20 (6); 757-761
- 6.- Elpern E, Larson R; Long-term outcomes for elderly survivors of prolonged ventilator assistance. Chest, 1989, 96; 1120-1124
- 7.- Nicolas F, Le Gall R; Influence of patients' age on survival - level of therapy and length of stay in intensive care units. Intensive Care Medicine. 1987, 13; 9-13
- 8.- Le Gall J, Brun C; Influence of age, previous health status, - and severity of acute illness on outcome from intensive care. Critical Care Medicine. 1982, 10 (9); 575-577
- 9.- Berger M, Marazzi A; Evaluation of the consistency of acute -- physiology and chronic health evaluation (APACHE II) scoring - in a surgical intensive care unit. Critical Care Medicine. -- 1992, 20 (13); 1681-1687
- 10.- Tran D, Groeneveld J; Age, chronic disease, sepsis, organ system failure, and mortality in a medical intensive care unit. Critical Care Medicine. 1990, 19 (5); 474-479
- 11.- Pesau B, Falger S; Influence of age on outcome of mechanically ventilated patients in an intensive care unit. Critical Care - Medicine. 1992, 20 (4); 489-492
- 12.- Danis M, Patrick D; Patients' and families' preferences for - medical intensive care. Jama, 1988, 260 (6); 797-804
- 13.- Ferraris V, Propp M; Outcome in critical care patients: a multivariate study, Critical Care Medicine. 1992, 20 (7); 967-976