

HOSPITAL GENERAL “CALIXTO GARCIA”
CIUDAD DE LA HABANA

**LA ATENCION INTENSIVA AL ANCIANO EN
ESTADO CRITICO**

Dr. Antonio Ruibal León¹ , Dr. Sergio Pérez Abalo² , Dra. Lilia Ortega González, Dr. Pablo Lino Alonso, Dra. Silvia Hernández Pachot.

INTRODUCCION

El impacto de la tercera edad en la sociedad, como consecuencia del aumento de la expectativa de vida, ha sido notable en las últimas décadas. Esta situación, lógicamente, también ha repercutido en los servicios de salud, generando nuevas políticas de salud y sus consecuencias económicas.

Cuando a comienzos de los años 70 se crearon las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en el país, se consideró prudente limitar los ingresos hasta los 65 años de edad. La vida se encargó de demostrar lo desatinado de tal decisión. El primer paciente que ingresó en la primera UCI polivalente en Cuba tenía 85 años.

No quiere decir esto que la aceptación por parte de los

intensivistas de ingresar pacientes ancianos haya sido una tarea fácil; fueron necesarios varios años de esfuerzo y debates para no considerar la edad un criterio de ingreso o rechazo.

Todo sistema nacional de salud se tiene que sustentar en una base económica, y la mayor parte de los presupuestos de salud la consume la población mayor de 60 años, que es la que menos expectativa de vida productiva tiene. Para el que analiza números friamente, no teniendo en cuenta consideraciones éticas, médicas y de justicia social, la atención a los ancianos constituye un gravamen.

Para ejemplificar lo anterior, en los Estados Unidos de América los ancianos constituyen el 12% de la población y consumen el 33% del

¹ *Especialista de II Grado en Medicina Interna.*

² *Especialista de I Grado en Administración de Salud*

presupuesto nacional de la salud pública.

Estos gastos, dentro de la población geriátrica se comportan como sigue:

GASTOS DEL MEDICARE.

Pacientes de:

65-74 años: 2017 dólares/año.
>85 años: 3215 dólares/año

3215 dólares/año Los servicios de cuidados intensivos son altamente costosos. En Estados Unidos consumen el 12% del presupuesto de la nación para la salud pública.

Se han formulado innumerables consideraciones alrededor de los costos, la expectativa de vida de los ancianos, su calidad de vida, la atención médica en las UCI y sus resultados.

En la actualidad, en nuestro país tenemos una comprensión humana y práctica del problema.

Las estadísticas de las UCI de dos de los hospitales más grandes de la ciudad de La Habana son elocuentes.^{1,2}

UCI Hospital

"Gral. Calixto García" 42,0%
"Salvador Allende" 42.3%

Estos porcentajes corresponden a los pacientes mayores de 60 años de edad que ingresaron en esas unidades en el primer semestre de 1994.

MORTALIDAD DE ANCIANOS EN UCI.

Los encargados de trazar políticas de salud otorgan a este indicador un notable peso específico, toda vez que expresa resultados concretos y, en términos económicos, el fracaso de determinada inversión.

Campion,³ en un análisis de la mortalidad de su UCI, expone los siguientes datos:

Mortalidad en pacientes críticos: > 75 años - 43% < 55-64 años - 21.8%.

Jonathan y sus colaboradores⁴ resumen los datos del análisis de la mortalidad en su UCI:

< 65 años	9,0%
65-84 años	16,7%
> 85 años	29,0%

El seguimiento de estos pacientes a los 30 días del egreso de la UCI no arroja diferencias significativas en las tasas de mortalidad. La gravedad de la enfermedad, más que la edad es la que influye en las tasas de mortalidad durante el

ingreso en la UCI y en el seguimiento a los 30 días.

Lakshamipathi, et al ⁵ al analizar la mortalidad en su UCI centran el análisis en el grupo de edades de 85 años y más.

Ingresos total (2 años)	2986
Ingresos > 85 años	34(1,1%)
Sobrevivieron	21
Fallecieron	13
En UCI	9
Fuera de UCI	4

Los procedimientos a que fueron sometidos estos ancianos en estado crítico no se diferenciaron de los usados en el resto de los pacientes.

Ventilación mecánica	82%
Catéter de arteria pulmonar	47%
Catéter arterial	91%

En una encuesta realizada a los pacientes sobrevivientes, varios meses después, se pudo comprobar que el 93% tenían una opinión buena de la UCI y el 70% mostró su acuerdo en reingresar en la UCI si fuera necesario. El 75% de los ingresados vivía solo o con ligera ayuda familiar.

Los análisis de la mortalidad global de las UCI, que lógicamente es la más alta del hospital, los elementos que más influyen son las condiciones generales del paciente antes de su ingreso, que incluyen:

Estado nutricional, enfermedades crónicas, atención familiar y la complejidad del problema que motiva su ingreso, medido por las diferentes escalas usadas comúnmente en las UCI.

Al retornar los datos de mortalidad señalados por Jonathan salta a la vista que hay una mayor mortalidad en los ancianos mayores de 65 años (16.7%), mientras que en el subgrupo de > 85 años fue de 29%.

Cuando esta mortalidad se analiza sobre la base de la gravedad del estado de salud, el número de órganos afectados (fallo múltiple de órganos FMO), éstas diferencias desaparecen y permiten concluir que la edad no es una variable predictiva de mortalidad.

Basados en la experiencia de nuestro equipo de trabajo coincidimos plenamente con estas conclusiones. Nuestra concepción ética es que los servicios de una UCI, al margen de cualquier consideración económica o de edad, se le deben brindar al paciente que así lo requiera.

CALIDAD DE VIDA.

Con relación a la calidad de vida, aspecto importantísimo en la atención geriátrica, en el que

indudablemente ha sido la disciplina médica la que más preocupación e interés ha mostrado en su estudio y mejoramiento, no hay consenso en la literatura médica sobre el valor de la edad por sí sola como elemento del empeoramiento de la calidad de vida.

Vázquez Mata, et al, en su trabajo y revisión del tema, concluyen que el verdadero predictor de la calidad de vida es el que se expresa por las diferentes escalas de valoración del estado de gravedad. Ellos utilizan el internamente conocido APACHE II. No obstante ello, en los análisis de regresión múltiple, la edad es, en orden de importancia, el segundo elemento de influencia en los resultados sobre la calidad de vida. Los autores hacen un llamado a la valoración más juiciosa de estos aspectos en las UCI con el fin de valorar en su justa medida la influencia en la calidad de vida de los egresados.

REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP)

Un aspecto muy controvertido en la atención al anciano en estado crítico es la reanimación cardiopulmonar (RCP) y sus resultados en términos de sobrevivencia a corto plazo.

En un estudio realizado por Bonnin et al⁸ en un hospital de Texas durante 12 meses consecutivos, se practicó la RCP a 1228 pacientes, de

los cuales 381 eran mayores de 70 años (31%). En este trabajo se demuestra que los resultados de la RCP están en dependencia de muchos factores, entre ellos: la causa básica, el lugar de ocurrencia del evento, la rapidez en el inicio de la RCP y el entrenamiento del que la realiza.

En general, los resultados de la RCP son mejores en jóvenes que en ancianos.

Hay autores, como Murphy,⁹ que plantean que la RCP a los ancianos fuera de un hospital es un proceder inútil. La tendencia actual de la RCP en los ancianos es considerada útil y necesaria. Por otra parte, cuando la causa es una taquiarritmia ventricular o una asistolia, los resultados en ancianos y no ancianos no muestran diferencias significativas. Contrariamente a los resultados de Murphy, la RCP debe ser considerada en cualquier paciente que la necesite con independencia de la edad, incluso si la cardiorrespiratoria ocurre fuera de una institución médica.

TROMBOLISIS PERIFERICA EN EL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IMA).

El IMA es un problema de salud frecuente, abigarrado, complicado y con mayor mortalidad en los ancianos.

El dolor en el pecho, queja principal de un paciente con IMA. Solo está presente en el 37% de los pacientes con más de 85 años.

Otros problemas de salud concurrentes que empeoran el pronóstico en los ancianos son más frecuentes que en la población joven.

La mortalidad por IMA en general es alrededor del 10% o menos. Después de los 70 años la mortalidad oscila entre 14-21.4%.

Por todas estas consideraciones no hay razón para los iniciales límites de edad en pacientes que necesitan trombólisis periférica (TP), si se tiene en cuenta que basado en la alta mortalidad del IMA en ancianos pudiera ser el grupo más beneficiado con independencia, que las complicaciones del proceder son mayores en los ancianos.

Con relación a los medicamentos trombolíticos por su eficacia no hay notables diferencias aunque por sus complicaciones hemorrágicas el activador tisular del plasminógeno (rt-PA) tuvo una mayor incidencia de hemorragia intracraneal y que al parecer tuvo relación con la dosis de 150 mg. Cuando ésta se redujo a 100 mg esta complicación disminuyó a cifras similares a los otros productos.

Con relación a los procedimientos invasivos después de la trombolisis, como son la coronariografía y la angioplastia trasluminal percutánea (PTCA) estos deben ser aplazados a menos que haya evidencia de isquemia actual (angina postinfarto).

El perfeccionamiento de la PTCA ha logrado resultados impresionantes con bajo riesgo de complicaciones, esto ha hecho factible su realización segura en pacientes ancianos y en la actualidad se puede considerar una opción terapéutica a tener en cuenta en el tratamiento de la cardiopatía isquémica del anciano.

CONCLUSIONES

El desarrollo de la ciencia ha permitido que la medicina que a lo largo de su historia vaya tirando por la borda ancestrales tabúes y limitantes atavismos del pensamiento médico. En nuestra opinión es hora de reconsiderar nuestra actividad ante el anciano en estado crítico, considerar sus posibilidades reales, luchar intensamente por lograr su bienestar y una vida digna. Los cuidados intensivos pueden aportar mucho en esta batalla y los médicos sentirnos reconfortados ante una sonrisa encanecida.

BIBLIOGRAFIA

1. Anuario Estadístico del Hospital Calixto García 1994.
- 2 Anuario estadístico Hospital Salvador Allende 1994.
3. Campion E W y Cols. Medical Intensive Care of the Elderly. A study of Current Use, Cost, and Outcomes. JAMA. 1981, 246:2052-2056.
4. Jonathan E y Cols. Intensive Care Unit Outcome in the Very Elderly. Crit Care Med 1992, 20:12.
5. Lakshmiipathi C y Cols. Outcome of Intensive Care of the "Oldest-Old" critically III Patients. Crit Care Med 199, 20; 6.
6. Vázquez Mata G y Cols. Factors Related to Quality of Life 12 Months After Discharge From an Intensive Care Unit. Crit Care Med 1992, 20:12.
7. Wittry D M Cols. Safe Use of Trombolysis in the Elderly. Geriatrics 1989 (44) Nov, 28-36
8. Bonnin J M y Cols. Survival in the Elderly After Out-of-Hospital Cardiac Arrest. Crit Care Med 1993; 21,11.
9. Murphy D J y Cols. Outcomes of Cardiopulmonary Resuscitation in the Elderly and Intern Med 1989; 111: 19909-205.
10. Late Study Group late Assessment of Thrombolytic Efficacy (LATE) study with alteplase 6-24 hours After Onset of Acute myocardial Infarction. Lancet 1993. Sep 25; 342:759-66.
11. Voitelcus PT. Stroke after Anticoagulation and Trombolysis: A Meta-analysis ACP Jour Club Mar. Apr/93.
12. The GUSTO Investigators: An International Randomized Trial Comparing Four Thrombolytic Strategies for Acute Myocardial Infarction. N Engl J Med 1993; sep 2 329:673-82.
13. Farkouh M, Lang J. Thrombolytic Agents. The Science of the Art of Choosing the better Treatment. Ann Int Med 1994; 15:120-10.
14. O'Donnell. Large-Scale Trials of Thrombolytic Therapy for Acute Myocardial Infarction: GISSI-2, ISIS-3 and GUSTO-1. Ann Int Med 1993. Sep 15:119-6.