

# **Pronóstico del paciente anciano crónico tras su ingreso en la UCI.**

**XXIX Congreso Nacional SEMI.**

**La Coruña, 19-22 de Noviembre de 2009**

**Dr. E. Sacanella  
Hospital Clínic Barcelona**



# Epidemiología

## ➤ **Ancianos (> 65 años) en la UCI:**

- Representan 24-54% del total de pacientes.
- Consumen más del 60% de estancias.
- Fenómeno en expansión. Crecimiento del 20% en 20 años

## ➤ **EE UU:**

- > 50% camas de UCI ocupadas pacientes >65 años.
- 11% pacientes (Medicare) ingresan  $\geq 7$  días en UCI en sus últimos 6 meses de vida.

## ➤ **España:**

- UCI Hospital Getafe >65 años      —————> 37% pacientes
- UCI Hospital Clínico Barcelona      —————> 45% pacientes

# Mortalidad de ancianos ingresados en la UCI

	Tipo UCI	Edad	Pacientes	Mortalidad UCI (%)	Mortalidad Post-UCI	Mortalidad Post-hospital
<b>Chelluri, 1993</b>	Mixta (P)	65-74	43	21	40	58 (1a)
		>74	54	31	39	63 (1a)
<b>Rockwood, 1993</b>	Mixta (P)	>65	406	16	-	49 (1a)
<b>Djaini, 1997</b>	Mixta (?)	>70	474	19	-	47 (1a)
<b>Demoule, 2001</b>	Médica (P)	<p><b>UCI: 13 – 31%</b>  <b>Post-UCI: 9 – 47%</b>  <b>Post-Hospital: 39 – 69% (1 año)</b></p>				-
<b>Somme, 2003</b>	Mixta (P)					-
						46 (3m) 44 (3m) 49 (3m)
<b>Boumedil, 2004</b>	Mixta (P)	>84	91	31		
		65-80	1224	13,3	-	
		>80	233	16,3		67 (2a)
<b>Boumedil, 2005</b>	Mixta (R)	65-79	3175	14,4	21,8	-
		≥ 80	3175	17,1	28	
<b>De Rooij, 2006</b>	Mixta (R)	≥ 80	578	11-38	4-30	22-69 (1a)

# Estado funcional y Calidad de vida de ancianos ingresados en la UCI

	Tipo UCI (Tipo estudio)	Edad	Pacientes	Seguimiento	Escalas	Resultados Prates.
<b>Mahul, 1991</b>	Mixta (P)	>70	295 (106)	12 m	No	↓ CF a largo plazo
<b>Vázquez-Mata, 1992</b>	Mixta (R)	>65	313 (152)	12m	Sí	↓ CF y CV 50% casos
<b>Chelluri, 1993</b>	Mixta (P)	>75	54 (47)	12m	AVD	94% recuperación total
<b>Montuclard, 2000</b>	Mixta (R)					% indep. L aceptable
<b>Garrouste, 2005</b>	Mixta (R)					AVD S/C; ↓ QOL ; 73% ingreso denegado
<b>Kaarlola, 2006</b>	Mixta (P)	>65	882 (372)	36m	Sí	97% domicilio; 88% QOL OK
<b>De Rooij, 2008</b>	Mixta (R)	>80	204	12 m	Sí	57% afect. ABVD mod-grave 45% no def. cognitivo QOL= controles

**Calidad de vida aceptable  
Discreta reducción autonomía funcional  
Mayoría viven en su domicilio  
80% aceptarían reingresar en UCI**

**REVIEW**

**Should elderly patients be admitted  
to the intensive care unit?**

Intensive Care Med (2007) 33:1252–1262  
DOI 10.1007/s00134-007-0621-3

---

**Ariane Boumendil  
Dominique Somme  
Maïté Garrouste-Orgeas  
Bertrand Guidet**

# Objetivos del estudio

- **Analizar la mortalidad intra y extrahospitalaria.**
- **Evaluar el estado funcional (AIVD y ABVD) de estos pacientes tras el alta de la UCI.**
- **Evaluar la calidad de vida tras el alta de la UCI.**
- **Analizar factores predictivos de buena/mala evolución.**

# Diseño del estudio y pacientes

## **Diseño:**

- Estudio prospectivo observacional.

## **Criterios de Inclusión:**

- Pacientes médicos no electivos > 65 años.

## **Criterios de Exclusión:**

- Ingreso tras parada cardio-respiratoria.
- Expectativa de vida inferior a 12 meses.
- Estado funcional basal deficiente (I. Barthel <60)

# Métodos: variables analizadas (I)

- 1.- Datos demográficos
- 2.- Diagnósticos al ingreso en UCI (APACHE III)
- 3.- Evaluación gravedad enfermedad (APACHE II y SOFA)
- 4.- Evaluación intensidad terapéutica en la UCI (OMEGA)
- 5.- Evaluación funcional
  - Índice de Lawton (AIVD)
  - Índice de Barthel (ABVD)
  - Estado cognitivo (T. Informador y/o Minimental State)
- 6.- Evaluación de comorbilidad: Índice de Charlson
- 7.- Prevalencia e incidencia de síndromes geriátricos principales
- 8.- Calidad de vida: Escala EuroQoL

# Datos basales de los pacientes

	Grupo global (n=230)	Grupo 65-74 a. (n=110)	Grupo >74a (n=120)
Edad (años)	74,5 ± 5,6	69,7 ± 2,9	78,9 ± 3,3*
Sexo (%) (H/M)	61/39	68/32	32/68*
APACHE II al ingreso en UCI	19,7 ± 5,7	19,9 ± 5,5	19,5 ± 5,8
SOFA al ingreso en UCI	6,1 ± 3,5	6,1 ± 3,6	6,1 ± 3,5
Índice Lawton	6,5 ± 1,9	6,8 ± 1,7	6,2 ± 2,0*
Índice Barthel	94,7 ± 10,6	94,6 ± 11,4	94,7 ± 9,8
Índice Charlson	2,6 ± 1,9	2,5 ± 1,7	2,7 ± 2,0

\* P < 0,05

# Motivo de admisión en la UCI (APACHE III)

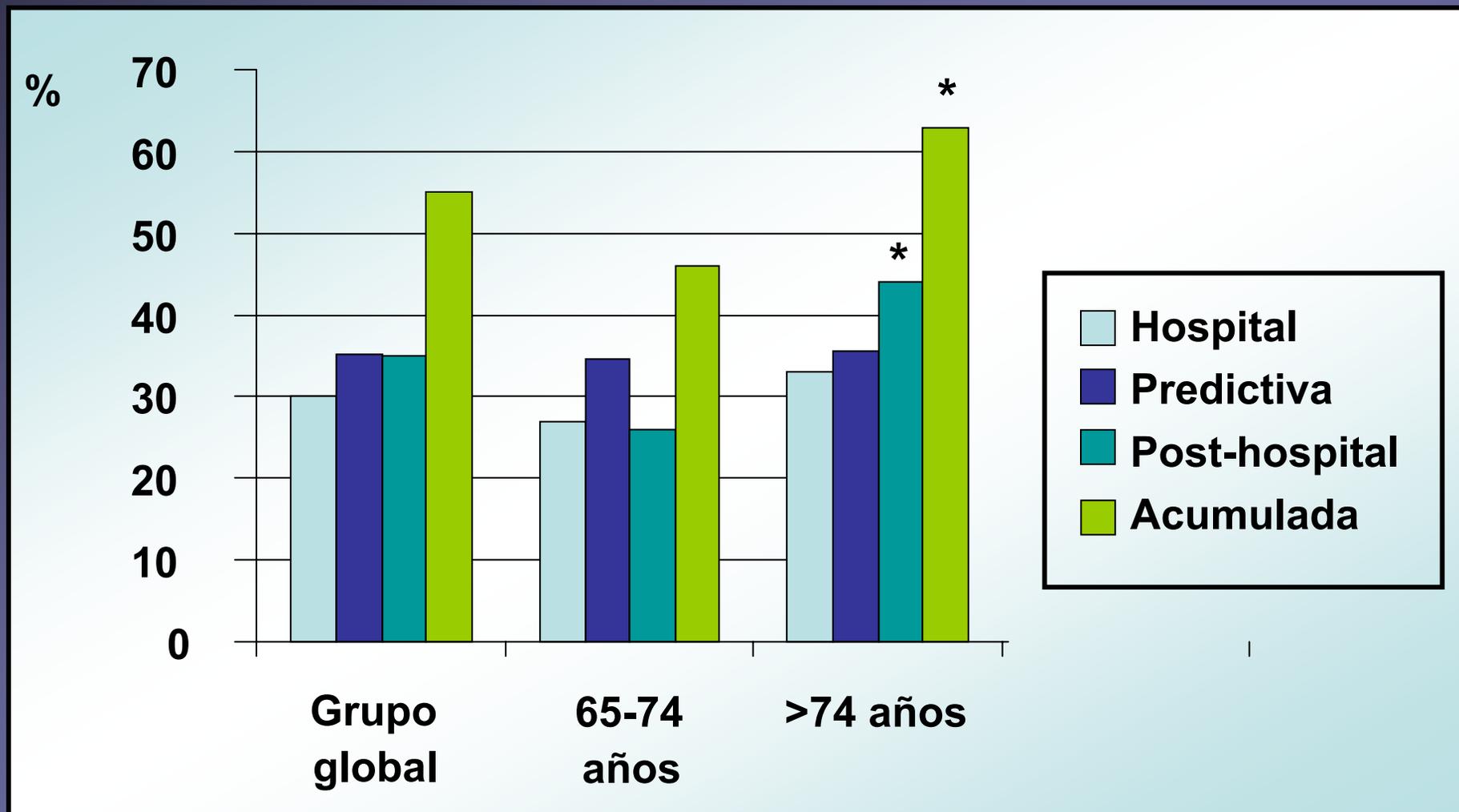
	<b>Grupo global (n=230)</b>	<b>Grupo 65-74 a (n=110)</b>	<b>Grupo &gt;74a (n=120)</b>
<b>Cardiopatía (n, %)</b>	34(15)	15 (14)	19 (16)
<b>Neumopatía (n, %)</b>	103 (45)	48 (43)	55 (43)
<b>Enf. Cerebrovascular (n, %)</b>	37 (16)	18 (16)	19 (16)
<b>Sepsis grave/Shock séptico (n, %)</b>	38 (16)	20 (18)	18 (15)
<b>Otras enf. Médicas (n, %)</b>	18 (8)	9 (8)	9 (7)
<b>Ventilación mecánica (n, %)</b>	163 (71)	74 (67)	89 (75)
<b>Hemodialisis (n, %)</b>	16 (7)	10 (9)	6 (5)

# Seguimiento de los pacientes

	<b>Grupo global (n=230)</b>	<b>Grupo 65-74 a (n=110)</b>	<b>Grupo &gt;74 a (n=120)</b>
<b>Estancia UCI (d)</b>	11.7 ± 11.6	12.3 ± 12.6	11.1 ± 10.7
<b>Estancia post-UCI (d)</b>	12.8 ± 13.5	13.5 ± 7.8	11.5 ± 8.1
<b>APACHE II al alta UCI</b>	12.9 ± 3.8	12.6 ± 4.2	13.3 ± 3.3
<b>SOFA al alta UCI</b>	4.6 ± 1.8	4.5 ± 1.7	4.7 ± 1.4
<b>OMEGA</b>	137 ± 148	<b>158 ± 176</b>	<b>116 ± 111*</b>

\* P < 0,05

# Mortalidad pacientes



\* P < 0,05 vs pacientes 65-74a

# Factores predictivos de mortalidad hospitalaria. Análisis univariado

	Vivos al alta (n = 160)	Fallecidos en hospital (n = 70)
Edad (años)	74.2 ± 5.6	75.3 ± 5.6
Estancia UCI (días)	9.5 ± 9.6	17.0 ± 14.4 *
APACHE II al ingreso	18.9 ± 5.6	21.5 ± 5.4 *
SOFA al ingreso	5.7 ± 3.7	7.1 ± 2.6 *
Omega score	119.9 ± 125	203 ± 203 *
EQ-5D al ingreso (EVA)	73 ± 18	60 ± 21
Índice Barthel Basal	95.3 ± 10.1	92.7 ± 12.2
Índice Lawton Basal	6.6 ± 1.8	5.6 ± 2.9

\* P < 0.05

# Factores predictivos de mortalidad acumulada. Análisis univariado

	Vivos (n = 104)	Fallecidos en el seguimiento (n = 126)
Edad (años)	73.3 ± 5.5	75.6 ± 5.5 *
Estancia UCI (días)	9.4 ± 10.2	13.7 ± 12.4 *
Índice Barthel Basal	96.4 ± 9.0	93.0 ± 11.8 #
Índice Lawton Basal	6.9 ± 1.6	5.9 ± 2.2 *
APACHE II al ingreso	19.2 ± 6.1	20.1 ± 5.3
SOFA al ingreso	5.6 ± 3.8	6.6 ± 3.2 #
Omega score	113 ± 123	162 ± 168 #
EQ-5D (EVA)	76 ± 17	65 ± 18 *

# P < 0.05; \* P < 0.01

# Factores predictivos de mortalidad. Análisis multivariado

## Mortalidad intrahospitalaria:

- Estancia en UCI (P = 0.001)
- OMEGA score (P = 0.003)

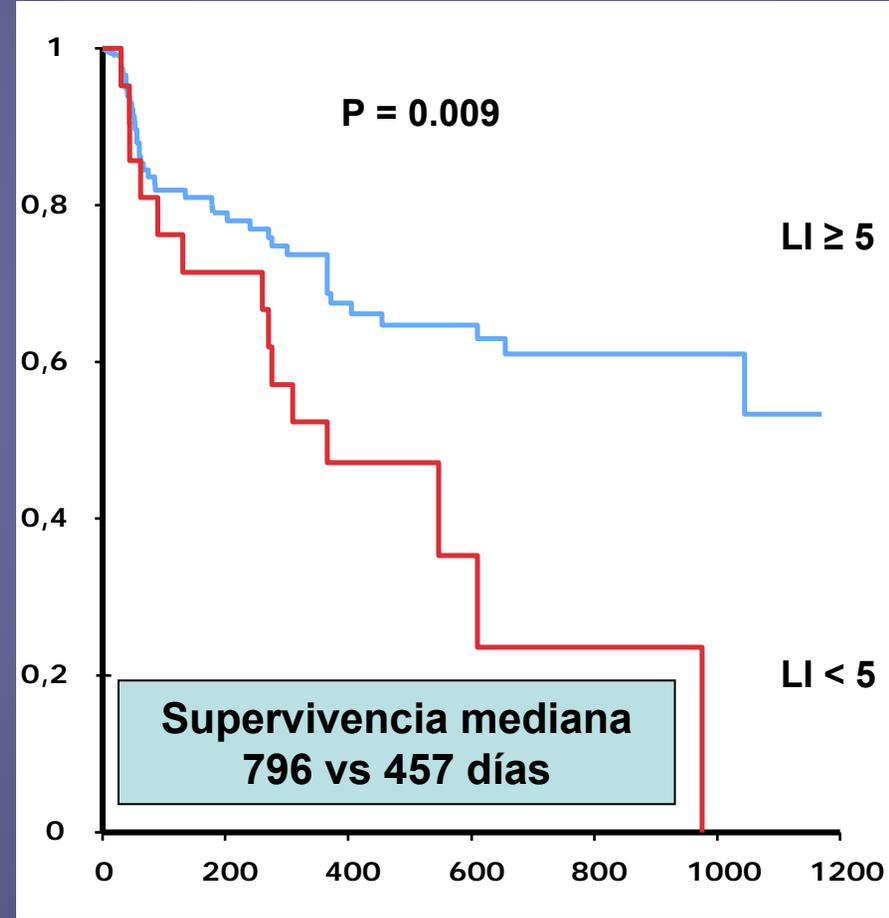
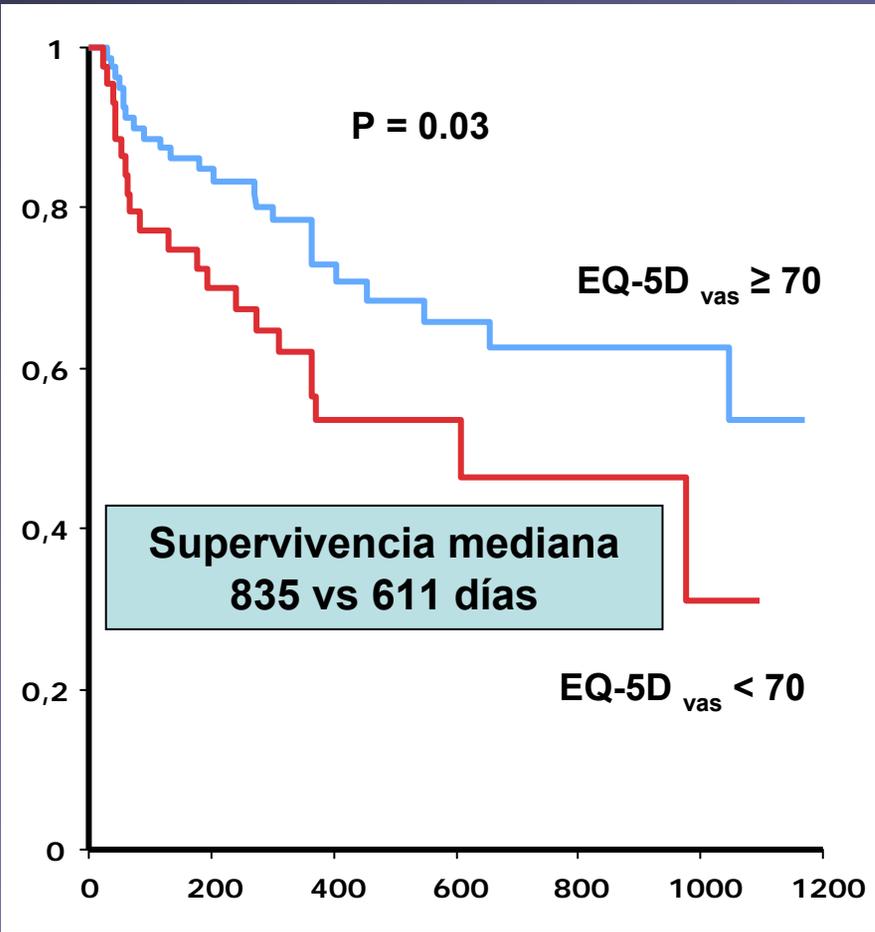
## Mortalidad acumulada:

- Índice de Lawton (AIVD) (P=0.01)
- EuroQol-EVA (P =0.017)
- Edad (P=0.07)**

## Mortalidad acumulada: odds ratio [IC 95%]

- Índice Lawton (<5): 4.10 [1.53 – 10.99] (P=0.006)
- EuroQol-EVA (<70): 2.45 [1.15 – 5.25] (P=0.03)

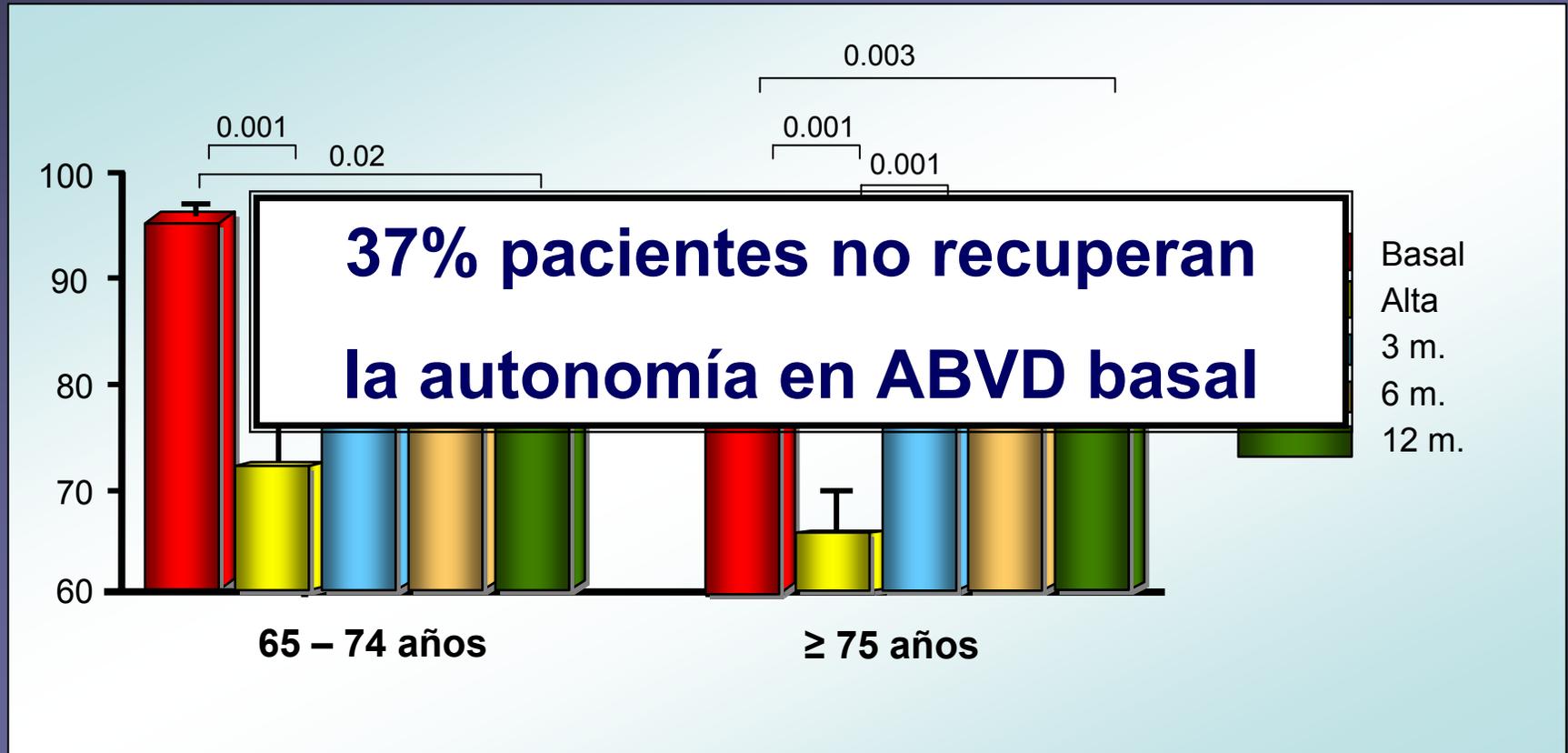
# Curva de supervivencia KM según EVA y Lawton basal.



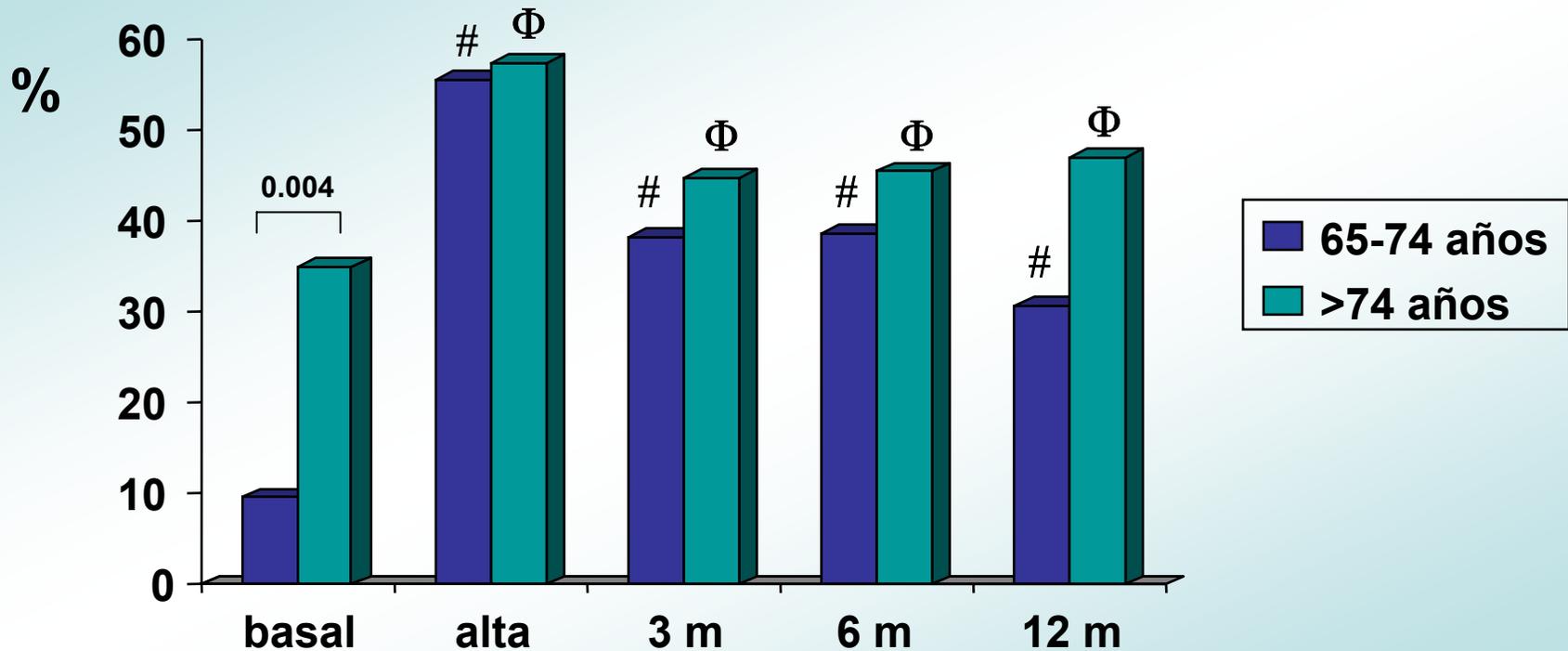
Seguimiento (días)



# Estado funcional: Índice de Barthel



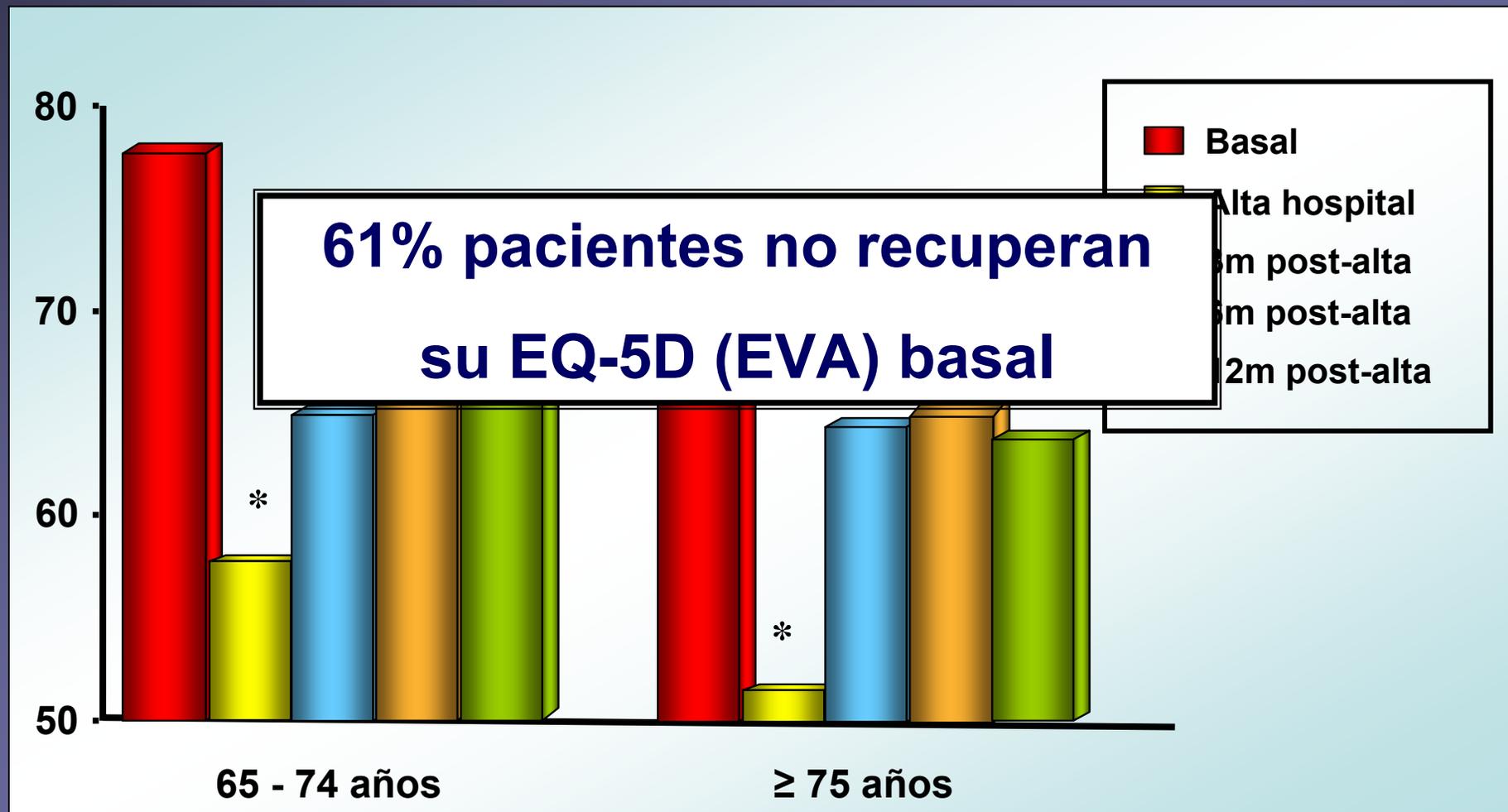
# Prevalencia de dos o más síndromes geriátricos.



# P < 0,01 respecto basal

Φ P < 0,05 respecto basal

# Calidad de Vida EQ-5D (EVA)



\* P < 0,01; # P < 0,05 vs situación basal

# EQ-5D: Dominios afectados

	<b>Basal (%)</b>	<b>Final (%)</b>	<b>P</b>
<b>Actividades cotidianas</b>	29	60	0.042
<b>Dolor/Malestar</b>	38	58	0.002
<b>Ansiedad/depresión</b>	31	56	0.049
<b>Movilidad</b>	13	41	0.025
<b>Cuidado personal</b>	10	33	0.061

# Factores predictivos de recuperación funcional.

## Recuperación ABVD ( I. Barthel):

- Ⓢ Edad (P = 0.001) ←
- Ⓢ Estancia en UCI (P = 0.024)
- Ⓢ Barthel alta (P = 0.001) ←
- Ⓢ EuroQol-EVA alta (P =0.027)

## Recuperación AIVD (I. Lawton):

- Ⓢ Barthel alta (P = 0.001)
- Ⓢ EuroQol-EVA alta (P =0.001) ←

# Conclusiones (I)

- ✿ La mortalidad de los ancianos tras ingreso en la UCI es muy elevada (55%). La mitad de las muertes se producen después de salir del hospital.
- ✿ La mortalidad hospitalaria y post-hospitalaria se relacionan con la gravedad de la enfermedad aguda y con el estado basal (funcional y calidad de vida) respectivamente.
- ✿ La recuperación de la autonomía (AIVD y ABVD) y de la calidad de vida es lenta y requiere 3-6 meses post-alta. Sin embargo, en un porcentaje significativo de pacientes no es completa.

# Conclusiones (II)

- ❖ **La incidencia de síndromes geriátricos geriátricos se duplica después del ingreso y se mantiene elevada a largo plazo.**
- ❖ **Conocer la situación funcional y calidad de vida premórbida del anciano es necesario y puede ayudar a la toma de decisiones en la UCI.**
- ❖ **Cualquier anciano dado de alta de la UCI puede beneficiarse en términos de funcionalidad y calidad de vida de un seguimiento específico por un equipo de atención geriátrica.**

