

Criterios para una valoración del ingreso en paciente frágil /anciano en UCI. Estandarización de decisiones en base a criterios de evidencia clínica

Alvaro Cervera Puchades (MIR 4)

Lucrecia Blasco González (FAE)

Índice

1. Epidemiología del envejecimiento
2. Dependencia, comorbilidad y fragilidad
3. Guías y evidencia actual
4. Papel del médico en sala de hospitalización
5. Conclusiones
6. Bibliografía

Índice

1. **Epidemiología del envejecimiento**
2. Dependencia, comorbilidad y fragilidad
3. Guías y evidencia actual
4. Papel del médico en sala de hospitalización
5. Conclusiones
6. Bibliografía

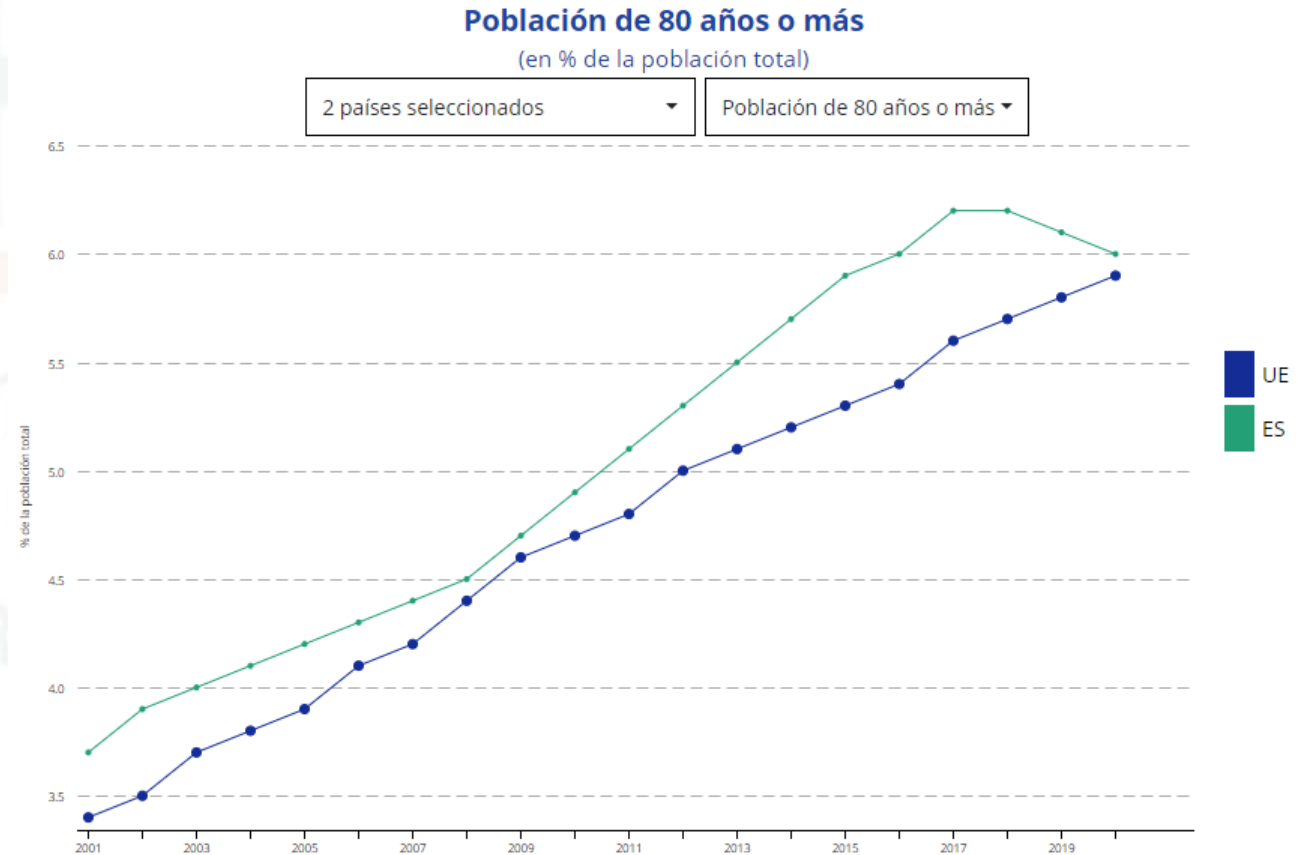
¿Qué es el envejecimiento?

- Proceso dinámico multifactorial que empieza al nacer que se produce en nuestro organismo con el tiempo y que conducen a diversas pérdidas funcionales.
- De esta manera se pierde de forma progresiva capacidad funcional y hace al individuo más frágil (vulnerable) ante las agresiones.
- **NI TODOS LOS ORGANOS NI TODOS LOS INDIVIDUOS ENVEJECEN AL MISMO RITMO**



Envejecimiento poblacional

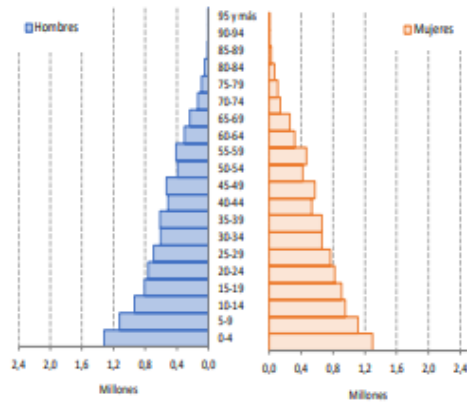
- La población en España y en la UE **está envejeciendo**.
 - En 2020, el 21 % de la población tenía 65 años o más, frente al 16 % en 2001.
 - En el grupo de 80 años o más, su cuota era de casi el 6 % en 2020, mientras que en 2001 era del 3,4 %



Envejecimiento poblacional

Figura 9. Pirámides de población en España en 1908 y 2020

a) Año 1908



b) Año 2020

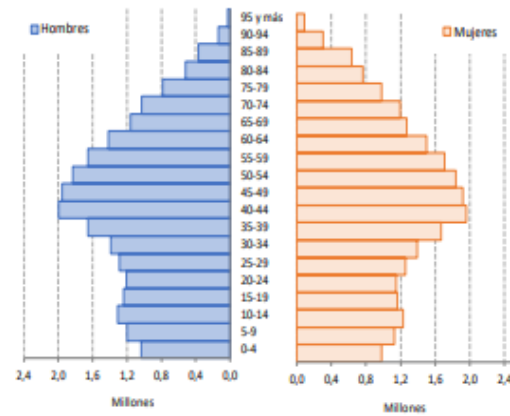
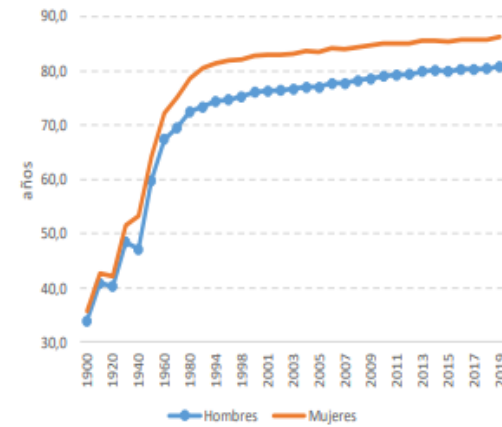
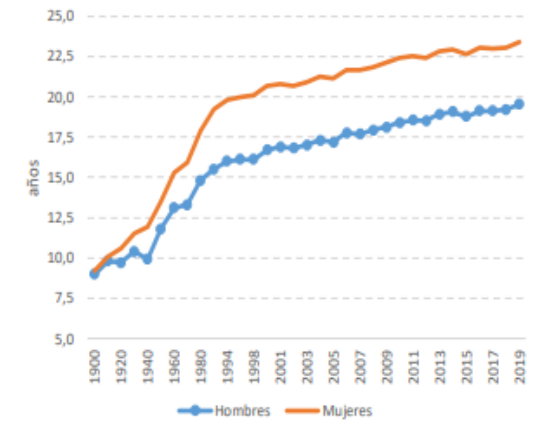


Figura 4. Esperanza de vida España (1900-2019)

a) Al nacer



b) A los 65 años



¿Hacia dónde vamos?

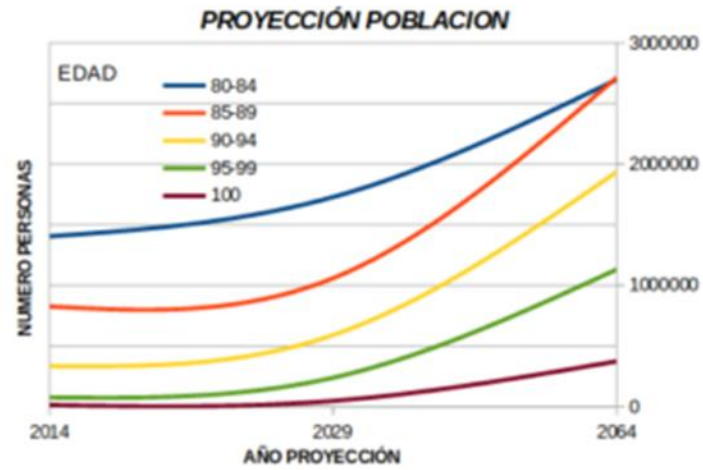
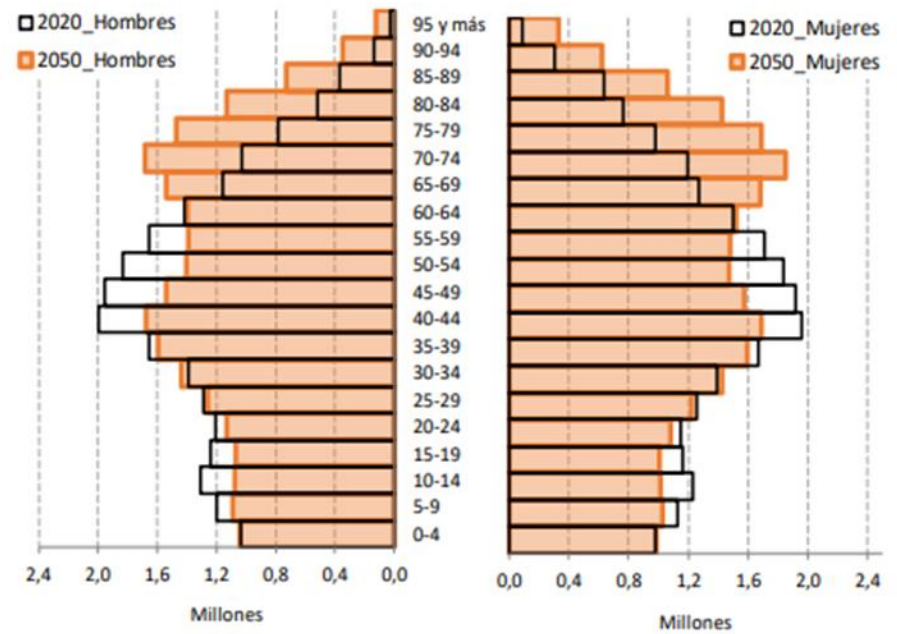


Imagen 1 (basado en los datos del INE)

Figura 16. Comparación de pirámides de población 2020 y 2050



¿Cómo nos afecta en nuestras REAs?

Elderly Patients in the Intensive Care Unit

Hans Flaatten, MD, PhD^{1,2} Michael Beil, MD, PhD³ Bertrand Guidet, MD⁴

¹Department of Anaesthesia and Intensive Care, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway

²Department of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, University of Bergen, Bergen Norway

³Institute of Health Sciences, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar, Vallendar, Germany

⁴Sorbonne Université, INSERM, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique, AP-HP, Hôpital Saint-Antoine, Paris, France

Address for correspondence Hans Flaatten, MD, PhD, Department of Anaesthesia and Intensive Care, Haukeland University Hospital, Jonas Lies vei 65, Bergen 5021, Norway (e-mail: hans.flaatten@uib.no).

Semin Respir Crit Care Med

- Actualmente el 15% de nuestros ingresos tienen más de 80 años.
- Se espera que para 2050 se incrementen al 30%.



ReaR

ISSN 1989 4090

Revista electrónica de AnestesiaR

Febrero 2019

FORMACION MÉDICA

Retos en la UCI: El paciente muy anciano

Lagunes Herrero J.

Consorcio Hospital General Universitario, Valencia.

Europa -28 > 80 años	
2015	5,30 %
2030	7,10 %
2060	12,00 %

¿Cómo nos afecta en nuestras REAs?

Anaesthesiol Intensive Ther 2021;53,4: 290–295

EDITORIAL

DOI: <https://doi.org/10.5114/ait.2021.108084>

A new multi-national network studying very old intensive care patients

Peter V. van Heerden¹, Michael Beil², Bertrand Guidet³, Sigal Sviri², Christian Jung⁴, Dylan de Lange⁵, Susannah Leaver⁶, Jesper Fjølner⁷, Wojciech Szczeklik⁸, Hans Flaatten⁹

¹Department of Anesthesiology, Intensive Care and Pain Medicine, Hadassah Medical Center and Faculty of Medicine, Hebrew University of Jerusalem, Israel

²Department of Medical Intensive Care, Hadassah Medical Center and Faculty of Medicine, Hebrew University of Jerusalem, Israel

³Service de Reanimation, Hopital Saint-Antoine, Paris, France

⁴Department of Anesthesiology, Pulmonology and Vascular Medicine, Faculty of Medicine, Heinrich-Heine-University Duesseldorf,

⁵Intensive Care Medicine, University Medical Center, University of Utrecht, Utrecht, The Netherlands

⁶Critical Care, St. George's University Hospitals NHS Foundation Trust, London, United Kingdom

⁷Intensive Care, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark

⁸Care and Perioperative Medicine, Jagiellonian University Medical College, Kraków, Poland

⁹Anesthesia and Intensive Care Medicine, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway

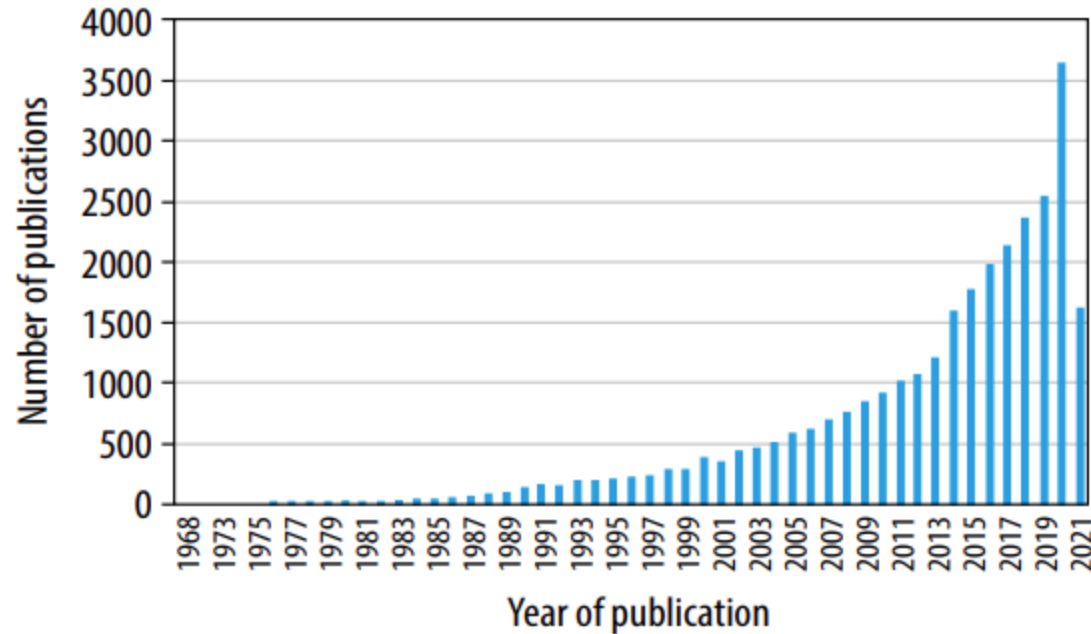


FIGURE 2. Number of publications in PubMed with the search terms “old” and “intensive care” 1968–2021

ntinuada

!3

Cuestiones Planteadas

- ¿Qué ancianos pueden beneficiarse o no de un ingreso en la UCI?
- ¿Podemos predecir cuál es su pronóstico tanto vital como funcional a corto y largo plazo?
- ¿Qué utilidad tiene la valoración funcional en el abordaje de estos pacientes?
- ¿Qué medidas pueden aplicarse para adecuar el esfuerzo terapéutico a la edad y situación del paciente anciano?

Índice

1. Epidemiología del envejecimiento
2. Dependencia, comorbilidad y fragilidad
3. Guías y evidencia actual
4. Papel del médico en sala de hospitalización
5. Conclusiones
6. Bibliografía

Edad avanzada y dependencia

- Organización Mundial de la Salud (OMS), dependencia funcional es “la disminución o ausencia de capacidad para realizar alguna actividad dentro de los márgenes normales”.
- Es el predictor más fiable de mala evolución y mortalidad en las personas mayores, independientemente de los diagnósticos clínicos, y el indicador más sensible de nuevas enfermedades

Edad avanzada y dependencia

- El **Índice de Barthel** evalúa el grado de discapacidad e independencia
- Tiene en cuenta 10 aspectos:
 - Comer
 - Desplazarse
 - Trasladarse entre la silla y la cama
 - Subir/Bajar escaleras
 - Aseo personal
 - Vestirse/Desvestirse
 - Uso del retrete
 - Control de heces
 - Bañarse/Ducharse
 - Control de orina
- 100 puntos = independencia del 100%
- 0 y 20 puntos = dependencia total.

Edad avanzada y comorbilidad

- La "comorbilidad", también conocida como "morbilidad asociada", es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona.
- Comorbilidad: **Más del 60% de los pacientes >65años tienen al menos una comorbilidad** y el número de comorbilidades aumenta con la edad.

Edad avanzada y comorbilidad

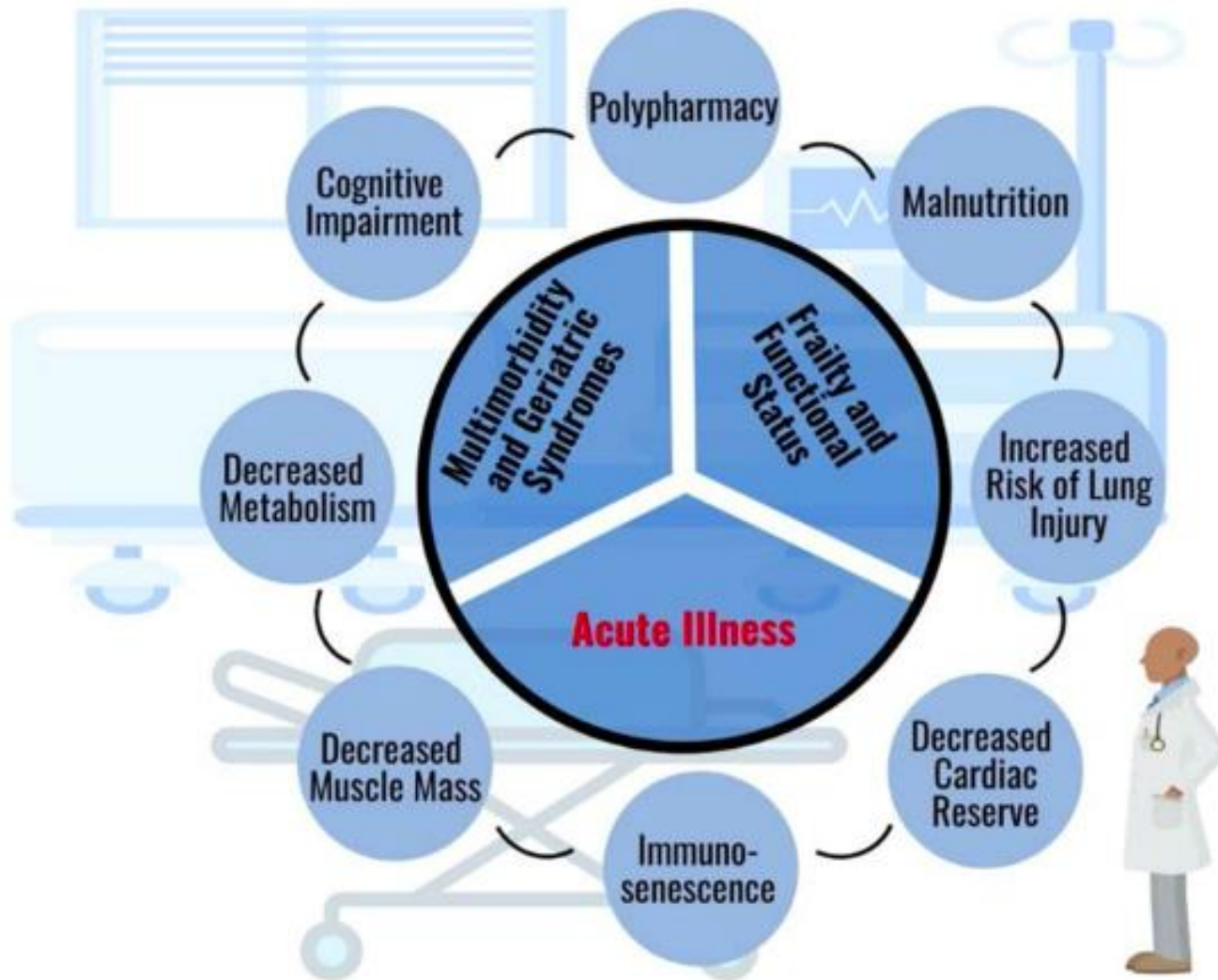
- El índice de Comorbilidad de Charlson **relaciona la mortalidad a largo plazo con la comorbilidad del paciente.**

Modified Charlson Index

PATHOLOGY	SCORE
Coronary disease	1
Congestive heart failure	1
Peripheral vascular disease	1
Cerebrovascular disease	1
Dementia	1
Chronic pulmonary disease	1
Connective tissue disease	1
Peptic ulcer	1
Mild liver disease	1
Diabetes	1
Hemiplegia	2
Moderate-severe renal disease	2
Diabetes with damage to target organs	2
Any tumor, leukemia, lymphoma	2
Moderate-severe liver disease	3
Solid metastasic tumor	6
AIDS	6

In addition, for each decade > 50 years 1 extra point is added.

Edad avanzada y comorbilidad



Clinical Interventions in Aging

Dovepress

open access to scientific and medical research

Open Access Full Text Article

REVIEW

Elderly Patients and Management in Intensive Care Units (ICU): Clinical Challenges

Lucille B Brunker¹, Christina S Boncyk^{1,2}, Kimberly F Rengel^{1,2}, Christopher G Hughes^{1,2}

¹Department of Anesthesiology, Vanderbilt University Medical Center, Nashville, TN, USA; ²Critical Illness, Brain Dysfunction, and Survivorship (CIBS) Center, Vanderbilt University Medical Center, Nashville, TN, USA

ento del Dolor
ITARIO VALENCIA

nuada

Edad avanzada y fragilidad

- Pérdida de capacidades físicas y cognitivas con menor reserva funcional.
- Estado clínico en el que el paciente presenta un mayor riesgo de discapacidad, dependencia, morbilidad, mortalidad, institucionalización y hospitalización.

Edad avanzada y fragilidad

- **Fatigue** ("Have you felt fatigued? Most or all of the time over the past month?") Yes = 1, No = 0
- **Resistance** ("Do you have difficulty climbing a flight of stairs?") Yes = 1, No = 0
- **Ambulation** ("Do you have difficulty walking one block?") Yes = 1, No = 0
- **Illnesses** ("Do you have any of these illnesses: hypertension, diabetes, cancer (other than a minor skin cancer), chronic lung disease, heart attack, congestive heart failure, angina, asthma, arthritis, stroke, and kidney disease?") Five or greater = 1, fewer than 5 = 0
- **Loss of weight** ("Have you lost more than 5 percent of your weight in the past year?") Yes = 1, No = 0

Edad avanzada y fragilidad

Clinical Frailty Scale*



1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.



2 Well – People who have **no active disease symptoms** but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very **active occasionally**, e.g. seasonally.



3 Managing Well – People whose **medical problems are well controlled**, but are **not regularly active** beyond routine walking.



4 Vulnerable – While **not dependent** on others for daily help, often **symptoms limit activities**. A common complaint is being “slowed up”, and/or being tired during the day.



5 Mildly Frail – These people often have **more evident slowing**, and need help in **high order IADLs** (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.



6 Moderately Frail – People need help with **all outside activities** and with **keeping house**. Inside, they often have problems with stairs and need **help with bathing** and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.



7 Severely Frail – **Completely dependent for personal care**, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).



8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



9. Terminally Ill - Approaching the end of life. This category applies to people with a **life expectancy <6 months**, who are **not otherwise evidently frail**.

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.

2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 173:489-495.

Índice

1. Epidemiología del envejecimiento
2. Dependencia, comorbilidad y fragilidad
3. **Guías y evidencia actual**
4. Papel del médico en sala de hospitalización
5. Conclusiones
6. Bibliografía

Evidencia actual

- Reconocen el reto de valorar un ingreso en UCI de pacientes muy ancianos.
- **No existen recomendaciones** específicas.
- American College of Critical Care Medicine (ACCCM): “Debido al elevado uso de recursos se debe ingresar únicamente a pacientes con razonable perspectiva de recuperación”.
- **Decisión última es del intensivista responsable.**
- Alto grado de discrepancias entre profesionales.

Evidencia actual

- LA EDAD **NO** ES CRITERIO DE INCLUSIÓN NI DE EXCLUSIÓN EN UNA UCI



REVISIÓN

El anciano en la unidad de cuidados intensivos

Alfonso López-Soto ^{a,*}, Emilio Sacanella ^a, Juan Manuel Pérez Castejón ^b y José M. Nicolás ^c

^a Sección de Geriátría, Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico de Barcelona, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS),
Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^b Centro Sociosanitario, Clínica Barceloneta, Barcelona, España

^c Área de Vigilancia Intensiva, Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico de Barcelona, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS),
Universidad de Barcelona, Barcelona, España

- Mayor riesgo de dependencia.
- Deterioro en la calidad de vida.
- Recuperación incompleta.
- Prevalencia de síndromes geriátricos.
- Mayor satisfacción a pesar de peor situación funcional.

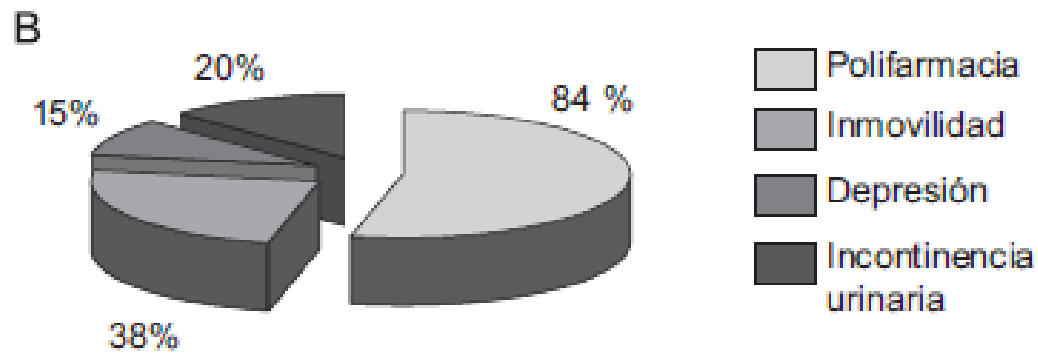
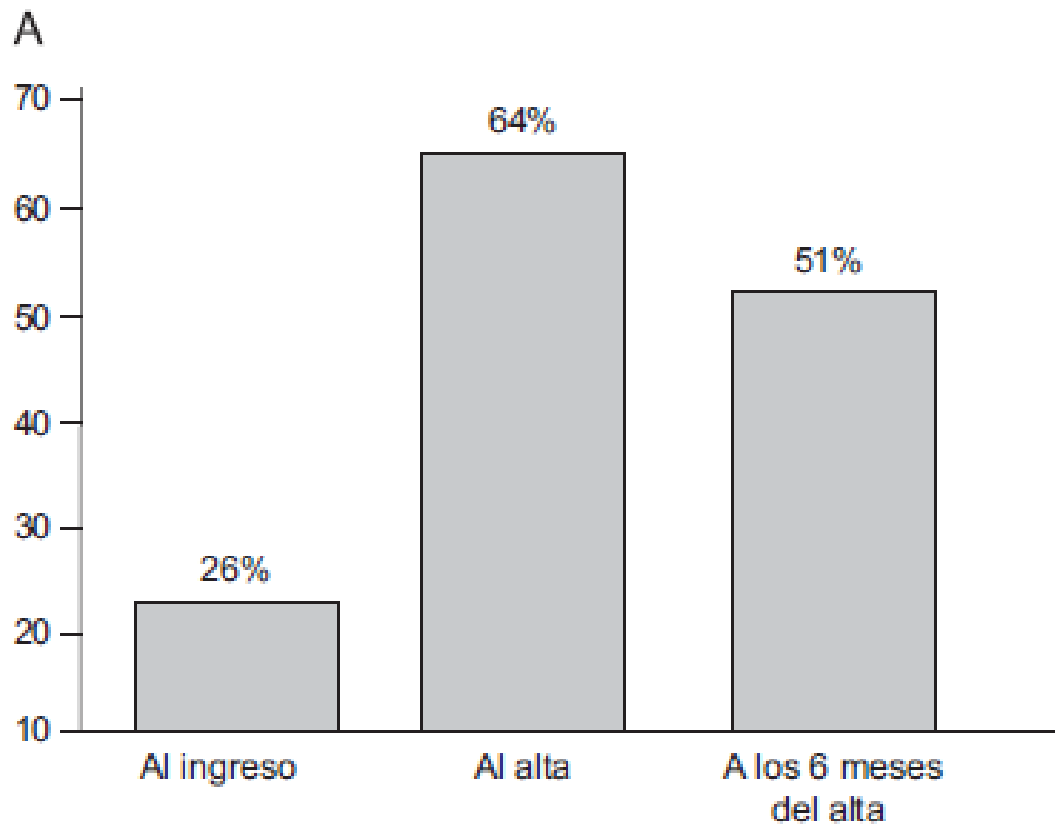


Figura 3. A) Prevalencia en porcentaje de los distintos síndromes geriátricos al ingreso y a los 6 meses del alta en ancianos supervivientes de un ingreso en unidad de cuidados intensivos por un proceso médico. B) Distribución de los síndromes geriátricos a los 6 meses del alta.

REVISIÓN

El anciano en la unidad de cuidados intensivos

Alfonso López-Soto^{a,*}, Emilio Sacanella^a, Juan Manuel Pérez Castejón^b y José M. Nicolás^c

^a Sección de Geriátría, Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico de Barcelona, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^b Centro Sociosanitario, Clínica Barceloneta, Barcelona, España

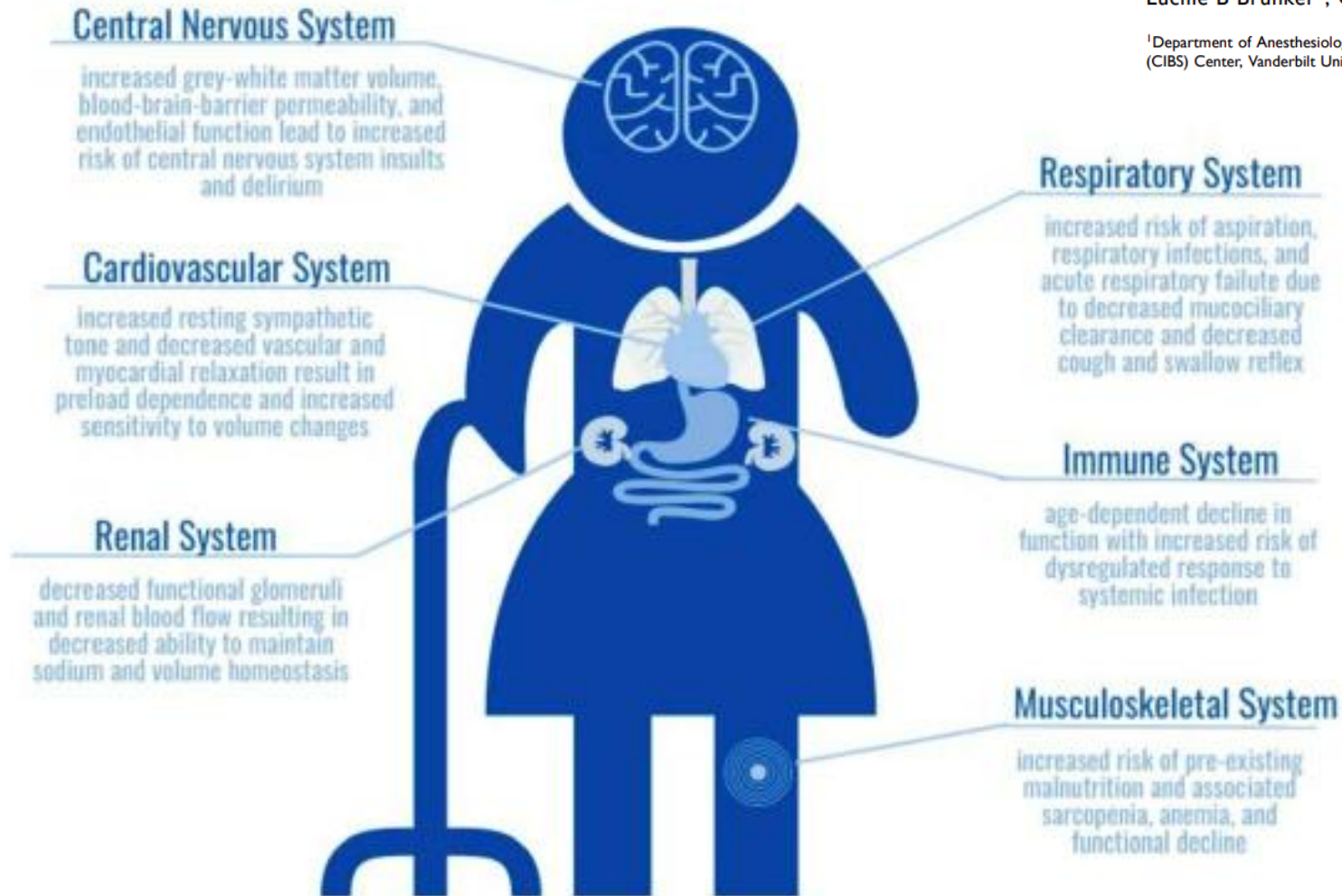
^c Área de Vigilancia Intensiva, Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico de Barcelona, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Universidad de Barcelona, Barcelona, España

Elderly Patients and Management in Intensive Care Units (ICU): Clinical Challenges

Lucille B Brunker¹, Christina S Boncyk^{1,2}, Kimberly F Rengel^{1,2}, Christopher G Hughes^{1,2}

¹Department of Anesthesiology, Vanderbilt University Medical Center, Nashville, TN, USA; ²Critical Illness, Brain Dysfunction, and Survivorship (CIBS) Center, Vanderbilt University Medical Center, Nashville, TN, USA

Aging Systems and Impact on Critical Illness



del Dolor
O VALENCIA

Clinical Trial > Intensive Care Med. 2015 Nov;41(11):1911-20. doi: 10.1007/s00134-015-4028-2.

Epub 2015 Aug 26.

Recovery after critical illness in patients aged 80 years or older: a multi-center prospective observational cohort study

Daren K Heyland¹, Allan Garland², Sean M Bagshaw³, Deborah Cook⁴, Kenneth Rockwood⁵, Henry T Stelfox⁶, Peter Dodek⁷, Robert A Fowler⁸, Alexis F Turgeon⁹, Karen Burns¹⁰, John Muscedere¹¹, Jim Kutsogiannis¹², Martin Albert¹³, Sangeeta Mehta¹⁴, Xuran Jiang¹⁵, Andrew G Day¹⁵

Observational Study > Crit Care Med. 2015 Jul;43(7):1352-60.

doi: 10.1097/CCM.0000000000001024.

The Very Elderly Admitted to ICU: A Quality Finish?

Daren Heyland¹, Deborah Cook, Sean M Bagshaw, Allan Garland, Henry T Stelfox, Sangeeta Mehta, Peter Dodek, Jim Kutsogiannis, Karen Burns, John Muscedere, Alexis F Turgeon, Rob Fowler, Xuran Jiang, Andrew G Day; Canadian Critical Care Trials Group; Canadian Researchers at the End of Life Network

JAMA | Original Investigation | CARING FOR THE CRITICALLY ILL PATIENT

Effect of Systematic Intensive Care Unit Triage on Long-term Mortality Among Critically Ill Elderly Patients in France A Randomized Clinical Trial

Bertrand Guidet, MD; Guillaume Leblanc, MD; Tabassome Simon, MD, PhD; Maguy Woimant, MD;
Jean-Pierre Quenot, MD; Olivier Ganansia, MD; Maxime Maignan, MD; Youri Yordanov, MD; Samuel Delerme, MD;
Benoit Doumenc, MD; Muriel Fartoukh, MD; Pierre Charestan, MD; Pauline Trognon, MD; Bertrand Galichon, MD;
Nicolas Javaud, MD; Anabela Patzak, MD; Maïté Garrouste-Orgeas, MD; Caroline Thomas, MD;
Sylvie Azerad, PharmD; Dominique Pateron, MD; Ariane Boumendil, PhD; for the ICE-CUB 2 Study Network

- ECA Multicéntrico randomizado n=3037.
- Pacientes > 75a, buena situación basal admitidos en urgencias en situación crítica.
- Ingreso sistemático en UCI **VS** Práctica habitual.
- El **ingreso sistemático** aumentó el uso de camas de UCI pero **no disminuyó mortalidad a los seis meses.**


¿Qué herramientas podemos emplear?



ORIGINAL



The impact of frailty on ICU and 30-day mortality and the level of care in very elderly patients (≥ 80 years)

Hans Flaatten^{1,2*} , Dylan W. De Lange³, Alessandro Morandi^{4,5}, Finn H. Andersen^{6,7}, Antonio Artigas⁸, Guido Bertolini¹⁰, Ariane Boumendil¹¹, Maurizio Cecconi¹², Steffen Christensen⁹, Loredana Faraldi¹³, Jesper Fjølner⁹, Christian Jung¹⁴, Brian Marsh¹⁵, Rui Moreno¹⁶, Sandra Oeyen¹⁷, Christina Agwald Öhman¹⁸, Bernardo Bollen Pinto¹⁹, Ivo W. Soliman²⁰, Wojciech Szczeklik²¹, Andreas Valentin²², Ximena Watson¹², Tilemachos Zaferidis²³, Bertrand Guidet^{24,25,26} on behalf of the VIP1 study group

© 2017 Springer-Verlag GmbH Germany and ESICM

- Estudio de cohortes transnacional (21 países).
- Fragilidad se correlaciona con supervivencia a corto plazo.

ORIGINAL



The impact of frailty on ICU and 30-day mortality and the level of care in very elderly patients (≥ 80 years)

Hans Flaatten^{1,2*}, Dylan W. De Lange³, Alessandro Morandi^{4,5}, Finn H. Andersen^{6,7}, Antonio Artigas⁸, Guido Bertolini¹⁰, Ariane Boumendil¹¹, Maurizio Cecconi¹², Steffen Christensen⁹, Loredana Faraldi¹³, Jesper Fjølner⁹, Christian Jung¹⁴, Brian Marsh¹⁵, Rui Moreno¹⁶, Sandra Oeyen¹⁷, Christina Agwald Öhman¹⁸, Bernardo Bollen Pinto¹⁹, Ivo W. Soliman²⁰, Wojciech Szczeklik²¹, Andreas Valentin²², Ximena Watson¹², Tilemachos Zaferidis²³, Bertrand Guidet^{24,25,26} on behalf of the VIP1 study group

© 2017 Springer-Verlag GmbH Germany and ESICM

Table 2 Comparison of elective versus acute admissions

Admission	Elective	Acute	p value
N	906	4115	
Age	83 [81–86]	84 [81–87]	< 0.001
Gender male	499 (55.1%)	2118 (51.5%)	0.054
SOFA score at admission	4 [2–7]	7 [4–11]	< 0.001
Frailty scale			< 0.001
Frailty 1–3: not frail	436 (48.1%)	1457 (35.4%)	
Frailty 4: pre-frail	211 (23.3%)	761 (18.5%)	
Frailty 5–9: frail	259 (28.6%)	1897 (46.1%)	
Region			< 0.001
Central	241 (26.6%)	660 (16%)	
East	84 (9.3%)	463 (11.3%)	
North	40 (4.4%)	682 (16.6%)	
South	257 (28.4%)	1445 (35.1%)	
West	284 (31.3%)	865 (21%)	
ICU length of stay (days)	1.2 [0.9–2.9]	2.8 [1.1–6.5]	< 0.001
Treatment withheld	42 (4.6%)	1107 (26.9%)	< 0.001
Treatment withdrawn	15 (1.7%)	597 (14.5%)	< 0.001
ICU survival	878 (96.9%)	3033 (73.7%)	< 0.001
30-day survival	844 (93.2%)	2551 (62%)	< 0.001

Data are presented as medians [interquartile range] or absolute numbers N (%)

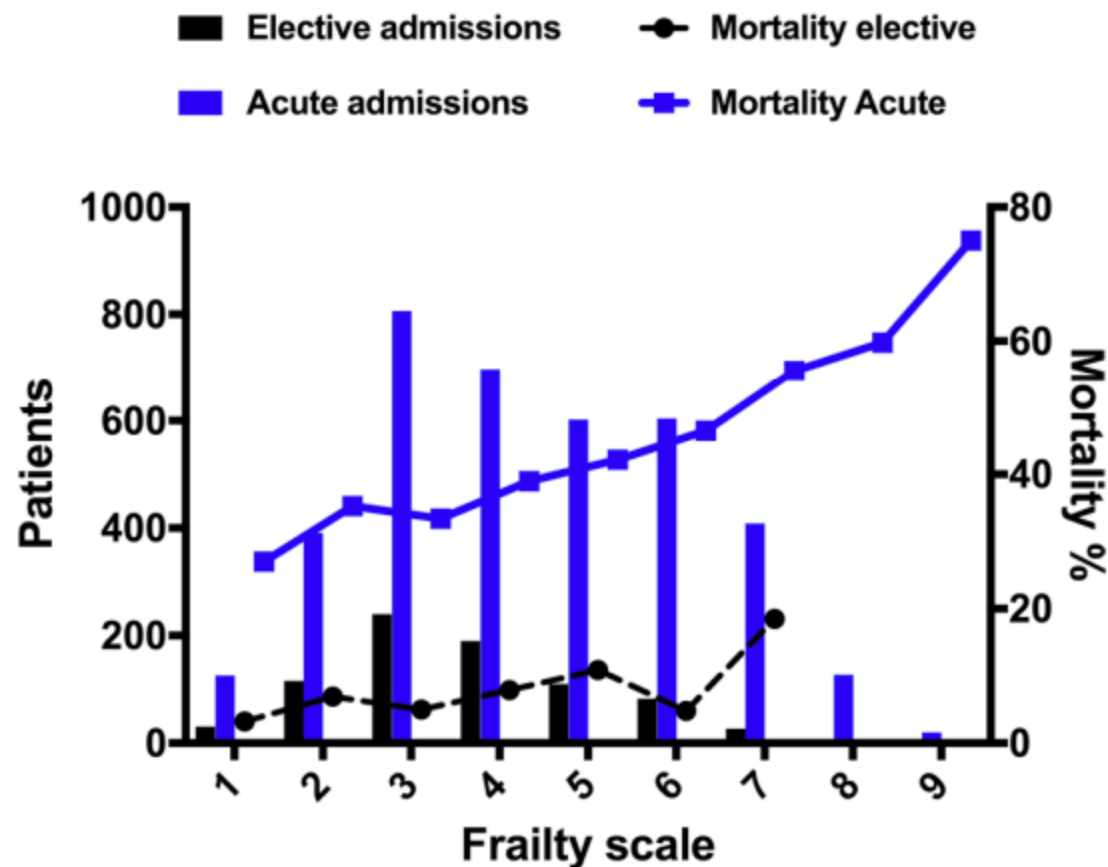


Fig. 2 Association between frailty scale and 30-day outcome



The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis

John Muscedere^{1,6*}, Braden Waters², Aditya Varambally³, Sean M. Bagshaw⁴, J. Gordon Boyd¹, David Maslove¹, Stephanie Sibley¹ and Kenneth Rockwood⁵

© 2017 The Author(s). This article is an open access publication

Intensive Care Med (2017) 43:1105–1122
DOI 10.1007/s00134-017-4867-0

SARTD
Servicio de Anestesia,
Reanimación y Tratamiento del Dolor
HOSPITAL GENERAL

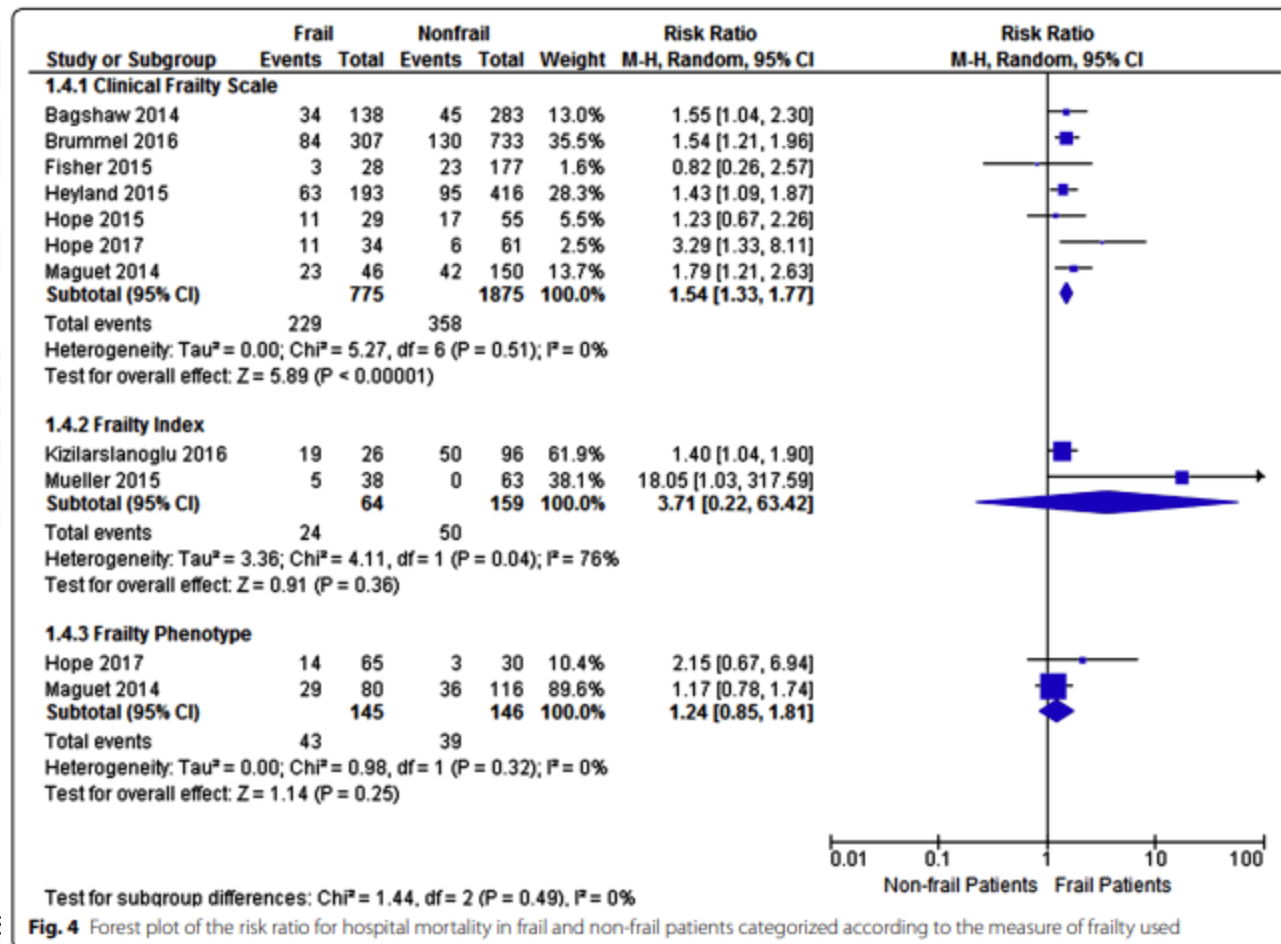


Fig. 4 Forest plot of the risk ratio for hospital mortality in frail and non-frail patients categorized according to the measure of frailty used

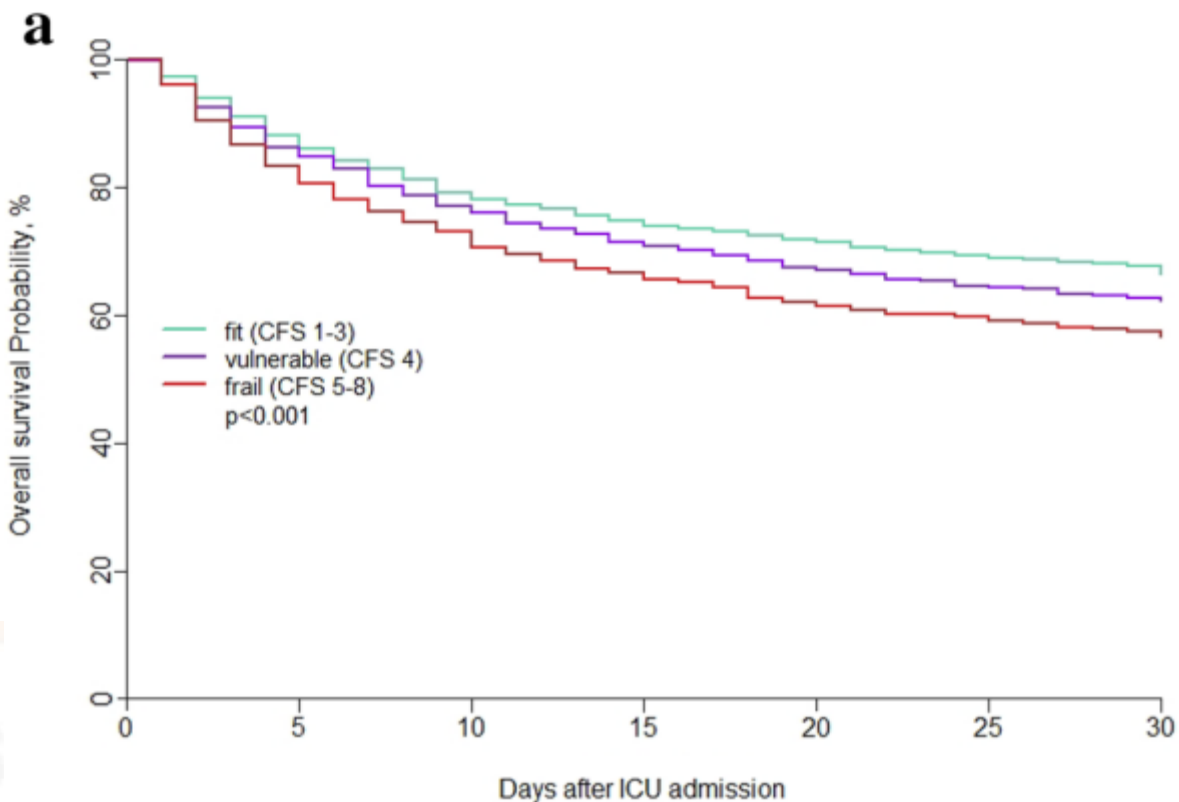
ORIGINAL

The contribution of frailty, cognition, activity of daily life and comorbidities on outcome in acutely admitted patients over 80 years in European ICUs: the VIP2 study



Bertrand Guidet^{1*}, Dylan W. de Lange², Ariane Boumendil³, Susannah Leaver⁴, Ximena Watson⁵, Carol Boulanger⁶, Wojciech Szczeklik⁷, Antonio Artigas⁸, Alessandro Morandi⁹, Finn Andersen¹⁰, Tilemachos Zafeiridis¹¹, Christian Jung¹², Rui Moreno¹³, Sten Walther¹⁴, Sandra Oeyen¹⁵, Joerg C. Scheffold¹⁶, Maurizio Cecconi^{17,18}, Brian Marsh¹⁹, Michael Joannidis²⁰, Yuriy Nalapko²¹, Muhammed Elhadi²², Jesper Fjølner²³, Hans Flaatten^{24,25} for the VIP2 study group

© 2019 Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature



Take-home message

In this prospective multinational study of 3920 very old intensive care patients (≥ 80 years), clinical frailty scale alone described geriatric syndromes. Cognition and activity of daily life did not add to the prediction model for 1-month survival after ICU admission.



ORIGINAL

Pronóstico y predictores de mortalidad de los pacientes ancianos críticos

A. Suarez-de-la-Rica*, C. Castro-Arias, J. Latorre, F. Gilsanz y E. Maseda

Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Recibido el 6 de junio de 2017; aceptado el 6 de noviembre de 2017

- Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con edad ≥ 80 años ingresados en UCIQ
- La mortalidad en UCI se relacionó de forma independiente con la edad, SAPS II, la necesidad de TRR y la necesidad de ventilación mecánica invasiva más de 24 horas
- Análisis multivariante: por cada año de más a partir de 80 que tenga el paciente la mortalidad aumenta un 12,1%.



ORIGINAL

Pronóstico y predictores de mortalidad de los
pacientes ancianos críticos

A. Suarez-de-la-Rica*, C. Castro-Arias, J. Latorre, F. Gilsanz y E. Maseda

Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Recibido el 6 de junio de 2017; aceptado el 6 de noviembre de 2017

- El índice de comorbilidad de Charlson **NO** conseguía identificar aquellos pacientes con más riesgo de fallecer.
- Principalmente en pacientes quirúrgicos, tanto con cirugía programada como urgente.
- Fallecieron 54 pacientes ≥ 80 años en la UCIQ (18,1%), y un total de 80 pacientes (26,8%) fallecieron durante su ingreso hospitalario (mortalidad global hospitalaria)

Valor pronóstico intrahospitalario de la valoración funcional mediante el índice de Barthel en pacientes con síndrome coronario agudo: evaluación inicial de la enfermera en la unidad de cuidados intensivos cardiológicos

N. Caballero-Estevez^a, A. Dominguez-Rodriguez^{a,b,c,*}
y P. Abreu-Gonzalez^{c,d}

^a Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, España

- En cuanto al **IB** en los pacientes fallecidos durante el ingreso hospitalario fue menor frente a los que no fallecieron (65, 56±27, 43 frente a 95,70±11,67; respectivamente; $p < 0,001$). En el análisis multivariado se demostró que el IB fue un buen predictor independiente de mortalidad intrahospitalaria.

WHAT'S NEW IN INTENSIVE CARE

Is this critically ill patient elderly or too old?

R. Robert^{1*}, M. B. Skrifvars² and O. T. Ranzani³

© 2017 Springer-Verlag GmbH Germany and ESICM

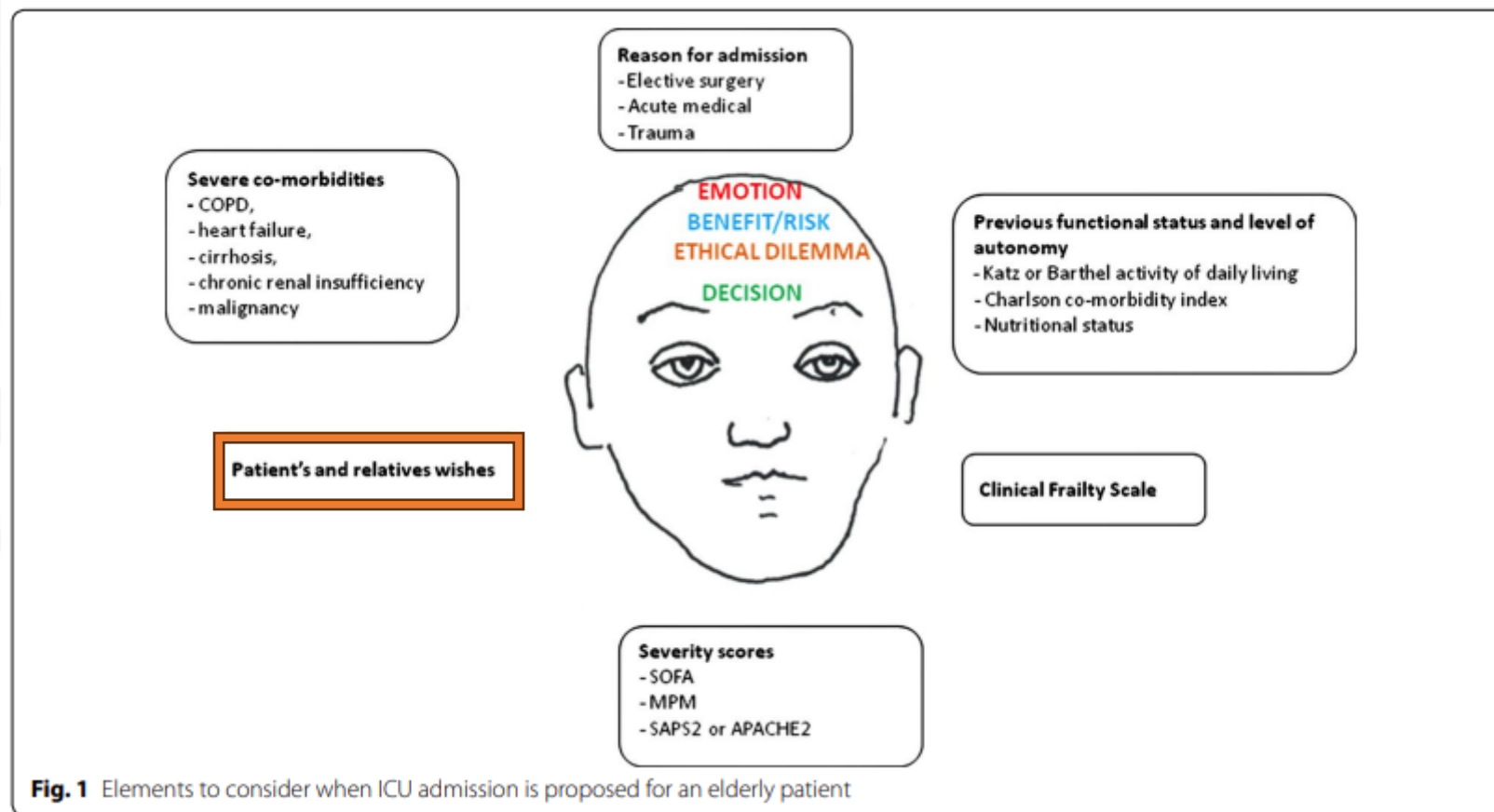


Fig. 1 Elements to consider when ICU admission is proposed for an elderly patient

Valencia, 03 de Octubre de 2023

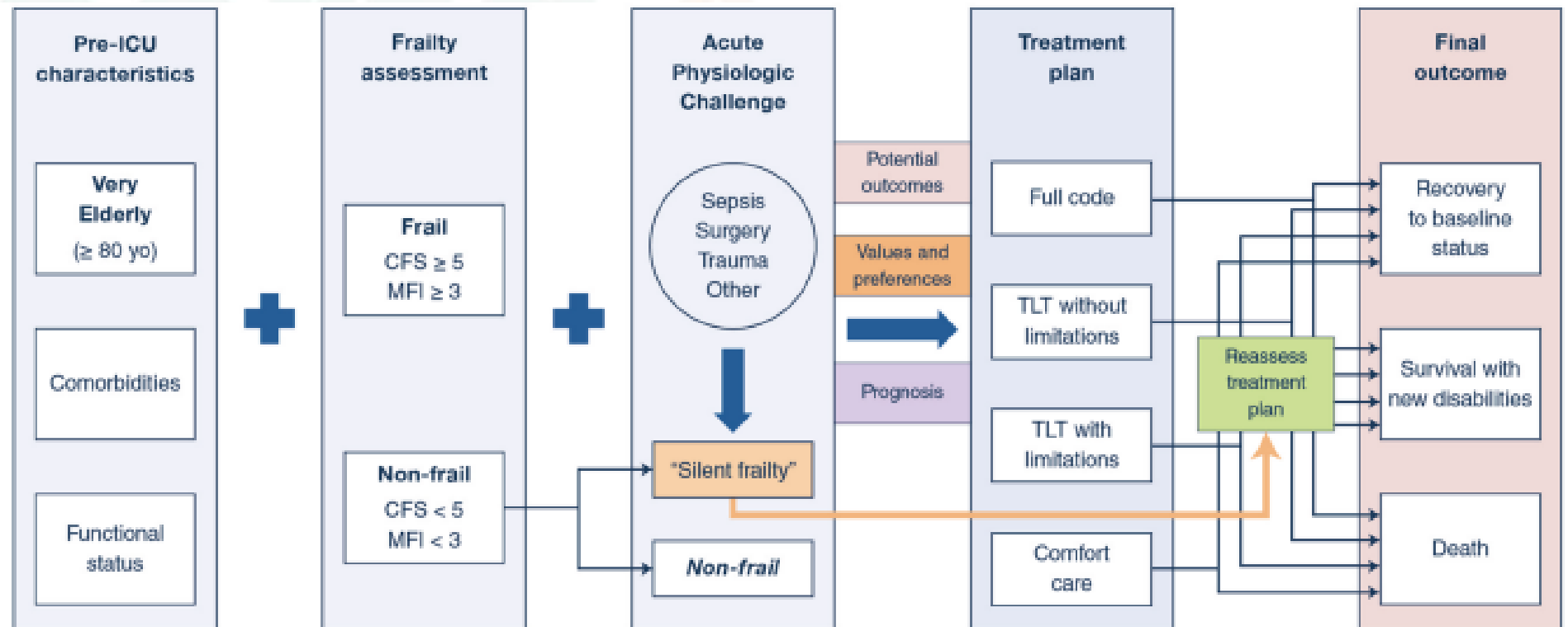
EDITORIAL

Focus on the frail and elderly: who should have a trial of ICU treatment?



Otavio T. Ranzani^{1,2*}, Bruno A. M. P. Besen³ and Margaret S. Herridge⁴

© 2020 Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature



REVIEW

Time-limited trial of intensive care treatment: an overview of current literature



Eva E. Vink^{1,2}, Elie Azoulay³, Arthur Caplan⁴, Erwin J. O. Kompanje² and Jan Bakker^{1,2,5,6,7*}

© 2018 Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature and ESICM

Take home message

TLTs can, when executed well, improve quality of care and provide patients with the care they desire and can benefit from

Who

Patients with an uncertain prognosis and/or unclear preferences

When

- *Before admission:*
 - Uncertain effect of treatment on chances of functional recovery or QOL
 - Disagreement with patient/family
 - Uncertain goals of the patient
- *During ICU stay*
 - Unexpected complications with uncertain effect on outcome or QOL
 - In case of disagreement between care team and patient/family

Time Limited Trial: an agreement to initiate all necessary treatment for a certain period of time

Duration

Optimal duration is customized care

Communication

- Use clear and concise communication
- Get insight in specific values, goals and preferences
- Set a time frame for reevaluation
- Define potential actions at the end of the TLT

Goals

- Set specific narrow goals when appropriate (changes in APACHE II, SOFA, lactate levels, vasoactive support etc.)
- Focus on patient/family perception of improvement
- Get insight in expected quality of life and functional status following ICU survival using pre-admission QOL

Evaluation

- Improvement → continue treatment
- Unchanged or worsened → dependent on discussion at the start of the TLT: consider prolongation of the TLT or change treatment to comfort care/withdraw organ support

olor
NCIA

Fig. 2 A proposal of the clinical and practical use of a TLT. QOL quality of life

REVIEW



Time-limited trial of intensive care treatment: an overview of current literature

Eva E. Vink^{1,2}, Elie Azoulay³, Arthur Caplan⁴, Erwin J. O. Kompanje² and Jan Bakker^{1,2,5,6,7*}

© 2018 Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature and ESICM

Table 1 Problems associated with TLTs that last too long or are too short

	Too long	Too short
Patient/surrogates/family	The impact of a too long TLT depends: It could be a huge emotional burden especially if they wanted to stop treatment earlier but the team wanted to go on If the family wants survival whatsoever then there is no too long	Inadequate assessment of potential benefit, thus leading to inappropriate limitation of care Emotional burden of being rushed Regret/deceit feelings afterwards, negative effect on mourning process Losing trust in doctors/system
Nurses/doctors	Potential loss of compassion (compassion fatigue) Emotional burden Burn-out contributor Decreased quality of care	Rushed to a definite decision May impose precedent for future patients if not recognized Providing inadequate care Emotional burden when recognized Burn-out potential
Hospital directors/organization	When family perceives as too long it will result in the loss of confidence in the organization Increased costs for DRG-like systems	When recognized by family/surrogates they might lose trust in the organization as a whole On the other hand, a decrease in costs and maximal gain in profit (short duration and full refund in DRG-like systems)

Índice

1. Epidemiología del envejecimiento
2. Dependencia, comorbilidad y fragilidad
3. Guías y evidencia actual
- 4. Papel del médico en sala de hospitalización**
5. Conclusiones
6. Bibliografía

Papel Del Médico En Sala

- Toma de decisiones difícil.
- Necesidad de ser conscientes que la edad avanzada por sí misma empeora pronóstico.
- Importancia de la valoración funcional y de **fragilidad**.
- Informar adecuadamente y tener en cuenta las voluntades del paciente.

Papel Del Médico En Sala

- Planificación de los cuidados conjuntamente con los pacientes y las familias, idealmente con anterioridad al inicio de una situación de riesgo vital en una situación de estabilidad.
- Cada paciente debe valorarse de forma individualizada. En ningún caso las medidas de soporte vital sean rechazadas de manera sistemática en estos pacientes.
- Reflejar valoración, voluntades, actitud y techo terapéutico en historia clínica por su facultativo responsable.

Adecuación Del Esfuerzo Terapéutico

	RCP	SA	AET-1	AET-2	AET-3
RCP	Green	Red	Red	Red	Red
DROGAS VASOACTIVAS	Green	Green	Yellow	Red	Red
VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA	Green	Green	Yellow	Red	Red
TRASLADO	Green	Green	Yellow	Red	Red
INICIO DE HEMODIALISIS	Green	Green	Yellow	Red	Red
PRUEBAS INVASIVAS	Green	Green	Yellow	Red	Red
VIAS CENTRALES	Green	Green	Green	Red	Red
SNG	Green	Green	Green	Red	Red
NUTRICIÓN PARENTERAL	Green	Green	Green	Red	Red
CULTIVOS	Green	Green	Green	Yellow	Red
ANTIBIOTERAPIA ENDOVENOSA	Green	Green	Green	Yellow	Red
TRASFUSIÓN	Green	Green	Green	Yellow	Red
ANTIBIOTERAPIA ORAL/SC	Green	Green	Green	Green	Red
SUEROTERAPIA	Green	Green	Green	Green	Yellow
MEDIDAS DE CONFORT	Green	Green	Green	Green	Green

Valencia, 03 de Octubre de 2023

Índice

1. Epidemiología del envejecimiento
2. Dependencia, comorbilidad y fragilidad
3. Guías y evidencia actual
4. Papel del médico en sala de hospitalización
5. Conclusiones
6. Bibliografía

Conclusiones

- Con el envejecimiento poblacional aumenta del número de pacientes muy ancianos que pueden requerir ingreso en UCI.
- Las guías dejan al criterio del médico intensivista la indicación de ingreso.
- La evidencia cuestiona el beneficio de ingresar sistemáticamente pacientes muy ancianos por el escaso beneficio y el alto consumo de recursos.

Conclusiones

- Los pacientes quirúrgicos programados son los que más se benefician del ingreso en UCI.
- La fragilidad, evaluada por la Clinical Frailty Scale se considera como el mejor factor pronóstico de mortalidad de ingreso en UCI y posterior estancia hospitalaria.
- Valorar la utilidad de los ICU Time-Limited-Trial como opción en pacientes dudosos.
- Resulta imprescindible hacer al paciente conocedor de su proceso y recoger sus voluntades y techo terapéutico en la historia clínica.

Índice

1. Epidemiología del envejecimiento
2. Dependencia, comorbilidad y fragilidad
3. Guías y evidencia actual
4. Papel del médico en sala de hospitalización
5. Conclusiones
6. **Bibliografía**

Bibliografía

- José Ignacio Conde-Ruiz (Fedea y UCM) Clara I. González (Banco de España) Estudios sobre la Economía Española - 2021/07 El proceso de envejecimiento en España
- Heyland D, Cook D, Bagshaw SM, Garland A, Stelfox HT, Mehta S, et al. The very elderly admitted to ICU: a quality finish? Crit Care Med. 2015;43(7): 1352–60.
- Heyland DK, Garland A, Bagshaw SM, Cook D, Rockwood K, Stelfox HT, et al. Recovery after critical illness in patients aged 80 years or older: a multicenter prospective observational cohort study. Intensive Care Med. 2015; 41(11):1911–20.
- Guidet B, Leblanc G, Simon T, Woimant M, Quenot JP, Ganansia O et al (2017) Effect of systematic intensive care unit triage on long-term mortality among critically ill elderly patients in France: a randomized clinical trial. JAMA. doi:10.1001/jama.2017.13889
- Flaatten H, De Lange DW, Morandi A, Andersen FH, Artigas A, Bertolini G et al (2017) The impact of frailty on ICU and 30-day mortality and the level of care in very elderly patients (≥ 80 years). Intensive Care Med. doi:10.1007/s00134-017-4940-8
- Muscedere J, Waters B, Varambally A, Bagshaw SM, Gordon Boyd J, Maslove D, Sibley S, Rockwood K (2017) The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and metanalysis. Intensive Care Med 43:1105–1122
- Guidet B, de Lange DW, Boumendil A, (2020) The contribution of frailty, cognition, activity of daily life and comorbidities on outcome in acutely admitted patients over 80 years in European ICUs: the VIP2 study. Intensive Care Med 46:57–69
- A. López-Soto et al. El anciano en la unidad de cuidados intensivos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(S1):27–33
- Suarez-de-la-Rica A, et al. Pronóstico y predictores de mortalidad de los pacientes ancianos críticos. Rev Esp Anestesiología Reanim. 2017.

