



EDITORIAL

¿Resulta útil evaluar la fragilidad de los pacientes al ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI)?



Is it useful to assess patient frailty upon admission to the Intensive Care Unit (ICU)?

O. Rubio Sanchiz* y R. Fernández Fernández

Servicio de Medicina Intensiva, Althaia Xarxa Hospitalaria Universitaria de Manresa, Manresa, Barcelona, España

Disponible en Internet el 11 de junio de 2019

En el presente número de *MEDICINAINTENSIVA* se publica una interesante investigación sobre la prevalencia de fragilidad en pacientes mayores de 65 años (FRAIL-ICU), que es del 35%¹, y su impacto directo sobre la mortalidad, sobre todo al mes y a los 6 meses del alta de la UCI.

Probablemente algunos lectores se pregunten qué sentido tiene medir la fragilidad en la UCI, en qué perfil de pacientes debe medirse y cuál puede llegar a ser su utilidad.

En una época marcada por la necesaria eficiencia del sistema sanitario, con un incremento en la demanda de ingreso en UCI de personas cada vez más mayores, con mayor complejidad, comorbilidad, peor estado funcional previo y, por tanto, frágiles y vulnerables, se hace más necesaria la evaluación inicial de los pacientes. Y todavía existe una incertidumbre sobre los resultados de mortalidad y calidad de vida en este subgrupo, siendo necesario contar con herramientas objetivas predictivas que ayuden a decidir qué pacientes se beneficiarán más del ingreso en la UCI y cuáles no².

¿Sirven los criterios clásicos basados en la edad, la voluntad del paciente, la gravedad, el pronóstico, la calidad de vida, la presencia de comorbilidad, etc.?

¿Estamos convencidos de no hacer discriminación positiva ingresando a pacientes sin un beneficio claro... o

discriminación negativa, negando el ingreso a pacientes por «ageísmo»?

La gravedad de la enfermedad que condiciona el ingreso y la situación funcional previa, más que la edad propiamente, son los elementos determinantes tanto de la mortalidad global como del pronóstico vital y funcional a largo plazo³.

Los criterios clásicos utilizados en pacientes más jóvenes, con menos comorbilidad y enfermedades de un sistema único y descompensaciones agudas no se ajustan bien a los pacientes complejos con pluripatología o frágiles, debiendo buscar nuevas herramientas más adaptadas al tipo de pacientes más prevalentes con valoraciones multidimensionales y más holísticas de estos⁴.

Por otro lado, sería importante conocer los resultados de salud que realmente importan a los pacientes, sobre todo pluripatológicos y complejos, pero ¿qué resultados importan más a los pacientes? ¿Salvar la vida a cualquier precio es un buen resultado en salud? ¿O recuperar una funcionalidad y calidad de vida aceptable tras el ingreso sería un mejor resultado?

Es difícil conocer o predecir qué es lo mejor para un paciente concreto, y el primer paso siempre debería ser conocer su voluntad tras una información honesta de lo que implica y conlleva un ingreso en la UCI. Los pacientes que ingresan en la UCI con fracasos orgánicos pagan un «peaje» bastante caro: la severa debilidad que impacta directamente en la buena recuperación y el retorno al estado funcional previo⁵.

Véase contenido relacionado en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.01.010>

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: orubio@althaia.cat (O. Rubio Sanchiz).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.04.007>

0210-5691/© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U.

El estudio FRail-ICU, en la línea de recientes estudios internacionales⁶, ha abierto la caja de Pandora sobre el impacto de la fragilidad (concepto que se define como un estado de incrementada vulnerabilidad con una pobre resolución de la homeostasis tras un evento estresante, con un aumento del riesgo de resultados adversos, incluidos caídas, delirium y discapacidad) en la mortalidad, y debería incluirse en la toma de decisiones ya en el ingreso y sobre los soportes terapéuticos a implementar^{7,8}.

Valorar la fragilidad puede ser útil en pacientes mayores, pero es importante también valorarla en pacientes jóvenes, como pone de manifiesto el FRail-ICU, sobre todo en aquellos que presentan enfermedades crónicas, vienen de un ingreso previo prolongado o presentan criterios que contribuyen a la fragilidad^{1,6}.

La fragilidad se asocia a la mortalidad no ajustada, como se aprecia en el FRail-ICU, y se comprometen los resultados y la rehabilitación de los pacientes^{1,6}. Por ello puede ser útil instaurar un cribado de fragilidad para identificarla precozmente también en pacientes jóvenes, para poder realizar medidas preventivas, ayudar a identificar objetivos individualizados e implementar intervenciones que reduzcan el declive funcional de la enfermedad crítica y de la estancia en la UCI.

Conocer la existencia de fragilidad también puede ayudar a adecuar los tratamientos de soporte vital al ingreso, pues los pacientes con fragilidad tienen más decisiones de limitación de tratamientos de soporte vital³ y de estrategias paliativas precoces aun estando ingresados en la UCI⁶. Hacen falta estudios en esta línea de trabajo que determinen el peso de la fragilidad en las decisiones de no inicio o retirada de tratamientos de soporte vital.

La fragilidad es útil conjuntamente con otros criterios para evaluar qué pacientes pueden beneficiarse más de

un ingreso en la UCI; debe medirse cuando los pacientes presenten una situación funcional previa deteriorada, para implementar un programa de actuación adecuado valorando el tratamiento y el nivel máximo de soporte de órganos, sin caer en situaciones fútiles tanto diagnósticas como terapéuticas, y para proporcionar una adecuada atención al final de la vida al paciente.

Bibliografía

1. López S, Oteiza L, Lázaro N, Irazabal NM, Ibarz M, Artigas A, et al. Fragilidad en pacientes de 65 años ingresados en cuidados intensivos (FRail-ICU). *Med Intensiva*. 2019;43:395–401.
2. López-Soto A, Sacanella E, Pérez-Castejón JM, Nicolás JM. El anciano en la unidad de cuidados intensivos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44:27–33.
3. Torres O, Francia E, Longobardi V, Gich I, Benito S, Ruiz D. Short- and long-term outcomes of older patients in intermediate care units. *Intensive Care Med*. 2006;32:1052–9.
4. Clegg A, Young J, Iliffe S, Olde-Rikkert M, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381:752–62.
5. Griffiths RD, Hall JB. Intensive care unit-acquired weakness. *Crit Care Med*. 2010;38:779–87, <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0b013e318cc4b53>.
6. Le Maguet P, Roquilly A, Lasocki S, Asehnoune K, Carise E, Saint-Martin M, et al. Prevalence and impact of frailty on mortality in elderly ICU patients: A prospective, multicenter, observational study. *Intensive Care Med*. 2014;40:674–82.
7. Rubio O, Arnau A, Cano S, Subirà C, Balerdi B, Perea ME, et al. Limitation of life support techniques at admission to the intensive care unit: A multicenter prospective cohort study. *J Intensive Care*. 2018;6:24, <http://dx.doi.org/10.1186/s40560-018-0283-y>.
8. Guidet B, Flaatten H, Boumendil A, Morandi A, Andersen F, Artigas A, et al. Withholding or withdrawing of life-sustaining therapy in older adults (≥ 80 years) admitted to the intensive care unit. *Intensive Care Med*. 2018;44:1027–38.