

Retos de la atención a las personas mayores con COVID-19 a nivel hospitalario

Diego Andrés Chavarro-Carvajal¹

Luis Carlos Venegas-Sanabria¹

Ronald Camilo Gómez Arteaga¹

Sandra Milena Caicedo-Correa¹

Carlos Alberto Cano-Gutiérrez¹

Artículo de reflexión



Fecha de recepción: 30 de mayo de 2020 • Fecha de aceptación: 15 de julio de 2020

Chavarro-Carvajal D, Venegas-Sanabria L, Gómez R, Caicedo-Correa S, Cano-Gutiérrez C. Retos de la atención a las personas mayores con COVID-19 a nivel hospitalario. Revista ACGG. 2020; 34 (1):81-86.

La infección por COVID-19 es una enfermedad nueva a la cual la población de mayor edad es especialmente vulnerable, como también lo es a desarrollar procesos de mayor gravedad. El aumento de morbimortalidad en el paciente mayor se ha asociado tanto a las comorbilidades, especialmente la enfermedad cardiovascular, como a la situación de fragilidad que conlleva una respuesta inmunológica más pobre.

Al producirse en el contexto de una población envejecida, esta pandemia provoca manifestaciones clínicas diversas que incluyen cuadros respiratorios desde enfermedad no complicada dada por síntomas locales en vías respiratorias y síntomas inespecíficos como fiebre y dolor muscular, hasta neumonía grave con insuficiencia respiratoria aguda, shock séptico y falla multiorgánica. La población de edad avanzada presenta una mayor susceptibilidad

a la infección y a las formas más graves de la misma. De este modo, la atención de las personas mayores con COVID-19 a nivel hospitalario trae múltiples retos.

Identificación temprana y presentación atípica

La presentación clínica del COVID-19 es variable. En los casos más severos, puede producir neumonía, que puede complicarse con un síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) y shock distributivo, cardiogénico o mixto (1). La población de edad avanzada y/o con comorbilidades médicas y síndromes geriátricos es la más vulnerable. En este hecho puede influir en el proceso de envejecimiento fisiológico y, especialmente, en la disminución de la reserva funcional que dificulta el adecuado control de las enfermedades y de los procesos infecciosos.

¹ Servicio de Geriátría, Hospital Universitario San Ignacio. Instituto de Envejecimiento, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana

Aunque no existe un análisis detallado sobre la sintomatología en función de la edad, es esperable que los pacientes de edad avanzada presenten con frecuencia cuadros clínicos atípicos o más inespecíficos. Lo que sí parece claro, en este rango de edad, es la mayor frecuencia de manifestaciones severas, necesidad de UCI y letalidad. Por ello, es recomendable un bajo umbral para la sospecha de esta infección en pacientes mayores. Es útil para el clínico sospechar la infección por SARS CoV-2/COVID-19 en pacientes que cursen con dos o más síntomas sugestivos de infección respiratoria dentro de los cuales puede incluirse la fiebre, independientemente de la definición epidemiológica vigente acorde con lo sugerido en guías nacionales (2).

La identificación temprana de casos con manifestaciones graves permite la realización de tratamientos de apoyo optimizados de manera inmediata y un ingreso seguro y rápido a zonas de aislamiento y atención adecuada incluso en unidad de cuidados intensivos, si estuviera indicado.

Gravedad e indicadores de mal pronóstico

Como marcadores de mal pronóstico de la enfermedad, adicional a la insuficiencia respiratoria y fiebre al ingreso, las guías disponibles sugieren incluir alteraciones imagenológicas (3), un SOFA score mayor de 2, linfopenia (menor de 1000), dímero D elevado (mayor a 1 mcg/ml), PCR elevada (mayor a 10 mg/dl), deshidrogenasa láctica elevada (mayor a 350 UI/L) y ferritina elevada (mayor a 1000) (2-4). Sin embargo, en la atención diaria de pacientes mayores hospitalizados con relación a la alta frecuencia de síndromes geriátricos tales

como demencia (5) y desnutrición (6), la frecuencia de linfopenia es elevada (7).

Es así como el juicio clínico de la mano de una completa valoración geriátrica integral no puede ser sustituido por escalas de gravedad, aunque son útiles para su enfoque inicial.

Prevención y manejo del delirium

Aunque tenemos mucho por aprender sobre cómo tratar y manejar la infección por COVID-19, es imperativo que no olvidemos nuestras mejores prácticas en el manejo clínico de los adultos mayores hospitalizados. El delirium es una complicación bien reconocida de las enfermedades respiratorias tales como neumonía en adultos mayores y los informes disponibles hasta el momento de personas mayores que requieren hospitalización en casos de enfermedad grave llega a valores tan altos como un 70% (8,9). El mecanismo causal es multifactorial y se relaciona no solo con la invasión neurológica directa, sino también con la afectación cerebrovascular y, más indirectamente, a través de la hipoxia, fiebre, deshidratación, mecanismos inflamatorios, medicamentos o alteraciones metabólicas. Su evaluación y cribado es fundamental por la clara y conocida asociación con mortalidad y resultados adversos a largo plazo.

La gestión hospitalaria actual en la atención de pacientes con COVID-19 implica precauciones de aislamiento, limitación de visitas familiares o incluso contacto físico limitado con el personal del hospital (10,11). Además del uso de elementos de protección personal por parte del personal del hospital y su entorno, que son una medida importante de bioseguridad con evidencia demostrada (2), desperso-

naliza y puede ser aterrador desde la perspectiva del paciente.

Si bien puede haber una tendencia en estos tiempos difíciles a optar directamente por el tratamiento farmacológico del delirium, este enfoque solo debe adoptarse en los casos más difíciles, donde existe riesgo para el paciente o su entorno o en la interrupción de tratamientos médicos esenciales.

El manejo no farmacológico que cuenta con evidencia sólida en programas estructurados en el entorno hospitalario basado en medidas de reorientación, actividades de rehabilitación y movilización temprana, es difícil de implementar, por lo que contemplar soluciones realistas y seguras se convierte en un reto. Es importante contar con un acompañante permanente que cumpla las medidas de bioseguridad y que éste sea un cuidador o familiar conocido para el paciente, en especial para aquellos con demencia o deterioro cognitivo leve. Esta alternativa, si bien no solo se enfoca en las medidas de reorientación y movilización temprana, puede disminuir el miedo y la ansiedad, además de contribuir en un punto crucial: la prevención (12).

Prevención del deterioro funcional hospitalario y el impacto en funcionalidad

El enfoque actual ha dado como resultado un aislamiento social intenso, así como el uso de medidas de mayores restricciones físicas, alta prevalencia de delirium y mayor dificultad en disminuir el impacto de las rutinas hospitalarias clásicas en la funcionalidad de la persona mayor agudamente enferma. Por tal motivo, es primordial cuando sea posible y las con-

diciones del paciente lo permitan, promover la movilización temprana, de tal forma que pasen menos tiempo en cama; informar a los familiares o cuidadores de la importancia de la movilización con pautas concretas; revisar diariamente la formulación no solo en el perfil de interacciones, la indicación del medicamento y además los horarios de administración para favorecer el descanso nocturno; evitar el uso prolongado de sondas vesicales, líquidos endovenosos y sujeciones físicas, en la medida de lo posible (13). Por último, se recomienda el inicio temprano de programas de terapia física adaptada a la condición clínica del paciente (14).

Desarrollo de protocolos

Como en cualquier contexto de atención en salud, y más aún en hospitalización, es necesario protocolizar las intervenciones para mejorar la calidad asistencial. En geriatría, debido a la complejidad del manejo de los pacientes y a la participación de varios profesionales en el proceso asistencial, la protocolización se hace imprescindible. Esto involucra no solo la realización de una evaluación completa del paciente utilizando la valoración geriátrica integral como herramienta que permita desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento, ajustado a las necesidades, evitando intervenciones que puedan ser fútiles o que, de acuerdo con la evidencia científica disponible, se consideren inadecuadas, sino además considerar la información diaria a pacientes, a familiares y cuidadores utilizando los medios disponibles desde la forma presencial hasta el uso de llamadas telefónicas o videollamadas, de ser necesario.

Establecer reuniones de equipo multidisciplinar que orienten la toma de decisiones desde la experticia de cada especialidad desde la

valoración global del paciente por el médico tratante, como sería en este caso el médico geriatra; la interpretación de imágenes diagnósticas y hallazgos radiológicos característicos de neumonía viral por radiología; la orientación del tipo de cubrimiento antimicrobiano con infectología; y la orientación de inhaloterapia, medidas de soporte y rehabilitación con neumología, facilitando la interacción en tiempo real y oportuno del trabajo en equipo, la planificación temprana del alta desde el ingreso, la identificación del perfil del paciente, posibles complicaciones y necesidades especiales de cuidados.

Cuidadores familiares y formales

Vivimos momentos donde no hay empatía ni responsabilidad social evidente, para entender lo difícil que es cuidar de alguien sin tener las condiciones para hacerlo (sin una vivienda segura y adecuada), sin recursos económicos estables, sin disponer de insumos necesarios para instaurar las precauciones para la prevención de la infección viral. Frente a este difícil escenario es cuando surge la necesidad de volver a la simpleza y sencillez de responder de forma creativa y segura a los cuidados de la persona mayor, reforzar la importancia del cuidado no solo en casa sino también en el escenario hospitalario y procurar, siguiendo los lineamientos institucionales para la aten-

ción segura, prevenir complicaciones como el delirium.

Dilemas éticos

En situaciones de crisis de salud pública, cuando hay escasez de recursos y camas de cuidados intensivos ¿es éticamente correcta una medida de restricción que priva de un tratamiento por razones exclusivas de edad? En esos casos, el equipo de salud debe decidir qué paciente tiene mayores posibilidades de supervivencia y asignar (o no) los recursos disponibles; para tal fin, contar con herramientas claras institucionales que utilicen aspectos demostrados en el ejercicio clínico, como es la valoración geriátrica integral, de tal forma que teniendo como base el conocimiento de la situación basal de la persona mayor se pueda ofrecer la medida más adecuada de tratamiento.

Cuando el acceso de personas mayores a una unidad de cuidados intensivos se considere fútil, la decisión de adecuar el esfuerzo terapéutico debe ser consensuada, respetando las preferencias de la persona, comunicada al paciente y/o a la familia y registrada en la historia clínica. Ello no impide el deber de ofrecer otro tipo de terapias de cuidado paliativo o compasivo y sobre todo acompañamiento de la persona y su familia.

Referencias

1. Niu S, Tian S, Lou J, Kang X, Zhang L, Lian H, et al. Clinical characteristics of older patients infected with COVID-19: A descriptive study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2020;89(April):1–5.
2. ACIN. Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-CoV-2/COVID 19 en establecimientos de atención en Salud. Recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia. *Infectio*. 2020;24(3 (S1)):163.
3. Zhao W, Zhong Z, Xie X, Yu Q, Liu J. Relation between chest CT findings and clinical conditions of coronavirus disease (covid-19) pneumonia: A multicenter study. *Am J Roentgenol*. 2020;214(5):1072–7.
4. Zheng Z, Peng F, Xu B, Zhao J, Liu H, Peng J, et al. Risk factors of critical & mortal COVID-19 cases: A systematic literature review and meta-analysis. *J Infect [Internet]*. 2020;(568). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.04.021>
5. Martínez-Velásquez DA, Chavarro-Carvajal DA, García-Cifuentes E, Venegas-Sanabria LC, Cano-Gutiérrez CA. Caracterización de pacientes con demencia avanzada hospitalizados por el servicio de geriatría en un hospital de alta complejidad. *Acta Neurológica Colomb*. 2019;35(1):15–21.
6. Chavarro-Carvajal DA, Borda MG, Nuñez Ordóñez N, Cortés D, Sánchez-Villalobos S, Ramírez Roza N. Factores asociados al estado nutricional en pacientes adultos mayores hospitalizados. *Acta Médica Colomb*. 2018;43(2):69–73.
7. Ariza-Galindo CJ, Venegas-Sanabria LC, Chavarro-Carvajal DA, Muñoz-Velandia OM. Linfopenia y riesgo de infecciones nosocomiales en ancianos en una institución de salud de Bogotá, Colombia. Estudio de casos y controles. *Infectio*. 2020;24(3):155.
8. Helms J, Kremer S, Merdji H, Clere-Jehl R, Schenck M, Kummerlen C, et al. Neurologic Features in Severe SARS-CoV-2 Infection. *N Engl J Med [Internet]*. 2020 Apr 15; Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMc2008597>
9. Mao L, Jin H, Wang M, Hu Y, Chen S, He Q, et al. Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol [Internet]*. 2020 Apr 10; Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.1127>
10. Nieto C. Orientaciones para la prevención, contención y mitigación del Covid-19 en personas adultas mayores. 2020;12.
11. Ministerio de Sanidad. Documento técnico Manejo clínico del COVID-19: atención hospitalaria. 2020;1–21. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Protocolo_manejo_clinico_ah_COVID-19.pdf.
12. O'Hanlon S, Inouye SK. Delirium: a missing piece in the COVID-19 pandemic puzzle. *Age Ageing*. 2020;1–2.
13. Osuna-Pozo CM, Ortiz-Alonso J, Vidán M, Ferreira G, Serra-Rexach JA. Revisión sobre el deterioro funcional en el anciano asociado al ingreso por enfermedad aguda. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014;49(2):77–89.
14. Zhi Z jie he he hu xi za. [Recommendations for respiratory rehabilitation of coronavirus disease 2019 in adult]. *Chinese J Tuberc Respir Dis*. 2020 Apr;43(4):308–14.

