



Enfrentamiento de Adultos Mayores con sospecha de COVID-19 en el Servicio de Urgencia

Introducción

En Diciembre 2019, surge una enfermedad emergente, COVID-19, que es debida a un coronavirus (SARS-CoV-2) que empieza en Wuhan, China y que se ha propagado rápidamente a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo declara como pandemia el 12 de Marzo del 2020.

En Chile, el día 14 de Marzo se decretó fase 3 y el 16 de Marzo se pasó a fase 4. Al 24 de Marzo del 2020, en Chile existen 922 casos confirmados de COVID-19, con una mediana de edad de 34 años, correspondiendo 51 casos (6%) a adultos mayores (AM).

Particularidades COVID-19 en el Adulto Mayor

Debido a las características fisiológicas del envejecimiento, como son la disminución de la inmunidad y la multimorbilidad, las personas mayores tienen más riesgo de COVID-19, siendo más susceptibles a desarrollar la infección como a sufrir formas más severas de la enfermedad y complicaciones.

Reporte de la OMS refiere una mortalidad de COVID-19 en mayores 80 años en China de 21,9% mientras que en pacientes de todas las edades la mortalidad sólo alcanza el 1,4%.

En Italia también se ha considerado a los AM como de alto riesgo, de hecho el 89% de la mortalidad fue en mayores de 70 años (31% entre 70 y 79 años y 58% sobre 80 años).

La forma de presentación de la enfermedad en el AM puede ser distinta que en la persona joven. A menudo las enfermedades siguen un curso silente o lo hacen en forma larvada, otras veces originan sólo compromiso del estado general, quiebre

funcional o desarrollo de algún síndrome geriátrico, siendo el delirium el más importante a destacar. Estos síndromes se ven agravados por la presencia de múltiples enfermedades crónicas concomitantes y la polifarmacia.

Por otra parte, debemos considerar que los AM muchas veces no desarrollan fiebre como forma de manifestación de la enfermedad, siendo la fiebre una de las principales manifestaciones de COVID-19. Faltan datos específicos sobre la afectación de COVID-19 en personas mayores, pero por ejemplo sólo un 32% de mayores de 60 años con influenza desarrollan fiebre mayor de 37,7°C. La temperatura es incluso menos sensible en AM frágiles, como los institucionalizados que corren mayor riesgo de infección.

Se recomienda considerar como fiebre los siguientes criterios (adaptados de la Sociedad Infectología de América):

- Temperatura axilar única mayor de 37,8°C.
- 2 temperaturas axilares mayores de 37,2°C.
- Aumento de temperatura sobre 1°C del basal.

Consideración especial es el delirium. El delirium surge como la interacción entre factores predisponentes (edad avanzada, demencia de base, tener delirium previo, déficit sensorial, alta carga de comorbilidad, deterioro funcional, etc) y precipitantes. Dentro de estos últimos, el COVID-19 puede actuar como un precipitante de delirium, ya sea hiperactivo, hipoactivo o mixto, por lo que debe ser sospechado en el Servicio de Urgencias. (Anexo 1)

Aspectos a evaluar en Servicio de Urgencias en un AM (VGI abreviada)

El AM es un grupo heterogéneo, siendo la edad por sí sola un pobre indicador del estado de salud, y de poca utilidad para la toma de decisiones en medicina. La **Valoración Geriátrica Integral (VGI)** es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, dirigido tanto al paciente como a sus cuidadores, con el propósito de reconocer y cuantificar las discapacidades y problemas biomédicos, funcionales y psicosociales del AM, con el fin de elaborar un plan exhaustivo de tratamiento y seguimiento a largo plazo. La VGI nos permite determinar el fenotipo de adulto mayor al cual nos enfrentamos, pero requiere de tiempo. Es por esto, que sugerimos la siguiente evaluación abreviada en el Servicio de Urgencias.

Tabla de Valoración Geriátrica Integral (VGI) Abreviada

Aspecto	Evaluación	Resultado
Funcionalidad	Dependiente en 4 o más de las siguientes ABVD: <ul style="list-style-type: none"> · Comer · Bañarse · Vestirse · Ir al baño · Incontinencia urinaria o fecal permanente (uso de pañales) · Deambulación asistida 	Sí-No
Cognición	Antecedente confiable de Demencia en etapa moderada* o severa**	Sí-No
Patología en etapa terminal	Oncológica o no oncológica con pronóstico vital menor a 6 meses	Sí-No
Fragilidad leve-moderada	EVF entre 4-6	Sí-No
Fragilidad severa	EVF 7	Si-No

VGI: Valoración Geriátrica Integral

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

EVF: Escala Visual Fragilidad

***Demencia moderada:** Paciente con memoria reciente muy alterada, pero recuerda eventos del pasado. Puede realizar actividades de autocuidado con ayuda (ABVD)

****Demencia severa:** Necesita ayuda para prácticamente todas las ABVD, deambulación mínima o vida en cama, lenguaje escaso, incontinencia urinaria y fecal.

Evaluación de Fragilidad según Escala Visual Fragilidad (EVF)

Para determinar el nivel de fragilidad del paciente, se presenta a continuación una Escala Visual de Fragilidad (adaptada de Clinical Frailty Scale). Esta escala considera: el nivel general de actividad física, la presencia de síntomas activos de una enfermedad (por ejemplo la diabetes bien controlada impacta menos en la fragilidad que una diabetes complicada con retinopatía), el nivel de dependencia en actividades de la vida diaria y estado cognitivo. Se adjunta cuadro con ejemplos de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

Escala Visual Fragilidad (EVF)

1		ROBUSTO: SE EJERCITA NO TIENE ENFERMEDADES
2		SEDENTARIO/ SIN ENFERMEDADES
3		ENFERMEDADES CRONICAS COMPENSADAS/ SEDENTARIO SIN DEPENDENCIA
4		VULNERABLE: SINTOMAS LIMITAN FUNCIONALIDAD/ SEDENTARIO SIN DEPENDENCIA/ENLENTECIDO
5		FRAGILIDAD LEVE: DEPENDE EN ALGUNAS AIVD/ VIDA INTRADOMICILIARIA/ MANTIENE ABVD
6		FRAGILIDAD MODERADA: DEPENDE AIVD/ VIDA INTRADOMICILIARIA/ DEPENDE EN ALGUNA ABVD
7		FRAGILIDAD SEVERA: COMPLETAMENTE DEPENDIENTE EN TODAS LAS AVD/ ENFERMO TERMINAL/DEMENCIA AVANZADA

*ABVD: ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA
AIVD: ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD)

- Comer
- Vestirse
- Bañarse
- Usar el WC
- Arreglarse (lavado dientes, peinarse)
- Continencia de esfínter (independiente v/s uso de pañal)
- Paso de cama a un sillón
- Caminar
- Subir escalas

Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD)

- Comprar
- Tomar medicamentos
- Usar teléfono
- Manejar su dinero
- Usar transporte público
- Preparar alimentos
- Hacer aseo
- Lavar su ropa

Además se debe determinar la **comorbilidad** del paciente, tomando en consideración las siguientes patologías que pueden conferir mayor gravedad asociadas a COVID-19:

- Hipertensión Arterial
- Diabetes Mellitus 2
- Enfermedad Renal Crónica
- Insuficiencia Cardíaca
- Cardiopatía Coronaria
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva
- Tabaquismo

Conducta frente al AM en el Servicio de Urgencia una vez realizada la Valoración Geriátrica Integral (VGI) abreviada:

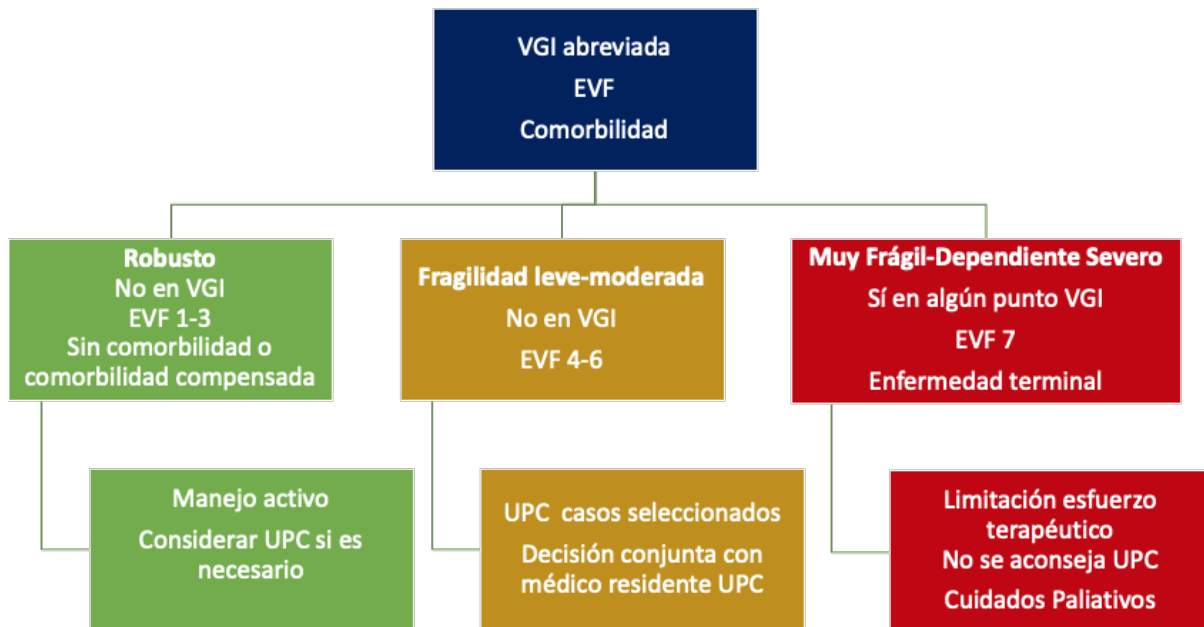
Una vez realizada la VGI abreviada tendremos más herramientas para definir si el paciente mayor se beneficia de manejo en domicilio, hospitalización básica o en una unidad de mayor complejidad.

Estas son sugerencias de manejo y **siempre debe primar el criterio médico** considerando además las voluntades anticipadas expresadas por el paciente y su familia.

Fenotipo Adulto Mayor	Categorización según VGI/Fragilidad	Conducta
Paciente Robusto	Respuesta NO en todos los aspectos VGI Sin fragilidad: EVF 1 a 3 Sin comorbilidad o comorbilidad controlada	Sin limitación de esfuerzo terapéutico
Paciente con fragilidad leve a moderada	Todas las respuestas en VGI: NO Fragilidad leve-moderada: EVF 4-6	Limitación relativa de esfuerzo terapéutico Valorar caso a caso, en conjunto con médico residente UPC.
Paciente muy frágil/Dependiente severo/Condición terminal	Alguna respuesta SÍ en VGI: Alteración funcional Demencia moderada-severa Patología Terminal Fragilidad Severa (EVF 7)	Limitación de esfuerzo terapéutico (Paciente con mal pronóstico por condición basal)

UPC: Unidad de Paciente Crítico

Algoritmo Gráfico Manejo Paciente mayor COVID-19 en Servicio de Urgencias



***El uso de este algoritmo debe estar sujeto al criterio médico en cada caso, sin excluir las prácticas médicas y éticas adecuadas.**

Directrices Anticipadas

La Importancia de las Directrices Anticipadas en medio de la Pandemia COVID-19

La infección por COVID-19 afecta a toda la población, independiente de su edad, sin embargo, en personas mayores es más probable que el cuadro sea grave, de hecho, la mortalidad aumenta en forma significativa en personas sobre los 80 años. Esto lleva a la reflexión sobre qué hacer en caso de tener a un familiar afectado, si es una persona de edad avanzada.

En este sentido, toman especial relevancia, las Directrices Anticipadas, que son disposiciones que una persona decide estando en buenas condiciones de salud mental, sobre qué medidas y cuidados médicos quiere recibir (o no recibir) en caso de tener una enfermedad grave. Es una especie de testamento vital que permite a los equipos de salud respetar las decisiones tomadas por la propia persona. Entre otras cosas, podría designar a la persona que tome estas decisiones en su lugar, cuando ya no esté capacitado para hacerlo.

Estas disposiciones o decisiones pueden estar dirigidas a un médico, abogado, un familiar o cualquier persona que el paciente quiera y lo puede hacer en forma escrita o verbal. En muchos países esto ya es parte de los derechos de los pacientes y las directrices anticipadas, tienen valor legal.

El conocimiento sobre directrices anticipadas beneficia tanto al paciente como a su familia pues permite una reflexión “en frío” sobre problemáticas frecuentes en la atención de pacientes especialmente graves.

En el contexto de la pandemia de COVID-19, creemos relevante que las familias se planteen algunas situaciones complejas que es mejor definir con calma y no tomar decisiones bajo presión, por ejemplo, en caso que una persona mayor se contagie con COVID-19, qué ha pensado o decidido, respecto a:

- Hospitalización en caso de una condición clínica de gravedad
- Ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos
- Conexión a Ventilación Mecánica
- Designación de un tutor o representante que pueda decidir
- Posibilidad de mantener los cuidados en la casa, independiente de la gravedad del cuadro clínico
- Optar por cuidados paliativos, ya sea en casa u hospitalizado
- Uso de otros dispositivos de soporte artificial, como catéteres centrales, sondas, etc.

La mejor forma de enfrentar la pandemia actual es prevenir la infección, siguiendo las recomendaciones repetidas a diario en los medios de comunicación, y en caso de contagiarse y enfermar, ayudaría mucho tener claro los deseos que el paciente mayor deseaba, idealmente manifestadas formalmente en sus directrices anticipadas.

ANEXO 1

ABORDAJE DEL DELIRIUM DE PERSONAS MAYORES CON COVID 19 EN SERVICIO DE URGENCIAS

La mayoría de las veces el delirium es multifactorial, por lo que se sugiere:

- Revisar los fármacos en uso (en especial evaluar uso de fármacos anticolinérgicos)
- Evaluar hidratación
- Presencia de dolor
- Hidratación y diuresis (descartar globo vesical)
- Hábito intestinal
- Otras infecciones (por ejemplo infecciones urinarias)

El delirium es prevenible. Dentro de su prevención y manejo, aparte de corregir los precipitantes ya mencionados, debemos considerar las medidas ambientales, que se hacen difíciles por el aislamiento asociado al diagnóstico de COVID-19.

Algunas medidas que se pueden aplicar son: movilización periódica, reorientación, ayuda en la alimentación y uso del baño, etc.

El manejo farmacológico del delirium se reserva para pacientes que no logran control con las medidas antes sugeridas y que ponen en riesgo a sí mismos y/o a terceros. Se recomienda en caso de agitación mayor no controlable: Haloperidol 1 mg intramuscular por 1 vez. Si el paciente tolera vía oral se puede utilizar Risperidona 0,5 mg o Quetiapina 12,5 a 25 mg vía oral (este último preferir en la noche ya que causa mayor sedación).

ANEXO 2

MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA

Debido al riesgo que las personas mayores tiene de desarrollar complicaciones cardiovascular durante cuadros respiratorios agudos y su terapia, es recomendable hacer una monitorización electrocardiográfica, en especial cuando se utilizan medicamentos que pueden prolongar el intervalo QT, particularmente aquellos pacientes frágiles. Dentro de estos medicamentos destacan algunos que se podrían utilizar como terapia en COVID-19 como hidroxicloroquina y azitromicina. Además, otros medicamentos que pueden prolongar el QT son: antipsicóticos, quinolonas, domperidona, amiodarona y antiretrovirales.

Entre las complicaciones más temidas están la Torsión de Puntas y la Fibrilación Ventricular, cuyos factores de riesgo no solo consideran la edad y exposición a medicamentos de riesgo, sino también la insuficiencias renal y hepática, alteraciones electrolíticas (hipokalemia), entre otras.

Ante la exposición que puede tener el paciente a tanto las condiciones mórbidas como a los fármacos mencionados, es conveniente realizar un Electrocardiograma de

ingreso, y una vez detectadas las disfunciones o prescritos los medicamentos, el realizar periódicamente un electrocardiograma.

Autores: Paola Fuentes, Macarena Honorato, Trigal Mora, Jaime Hidalgo, Maricarmen Andrade, Pamela Valenzuela, Fernando Peña, Mónica Ruz, Gerardo Fasce, Víctor Cares, Víctor Hugo Carrasco, Óscar Navea, Francisco Pinto, Alejandro Bernal, Mauricio Muñoz, Patricia Calcina, Omar Clavel

Referencias

- Malone, M. L., Hogan, T. M., Perry, A., Biese, K., Bonner, A., Pagel, P., & Unroe, K. T. Journal of Geriatric. 2020, 1(4), 1–11.
- Reporte MINSAL “Plan de Acción Coronavirus COVID-19” en: <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/casos-confirmados-en-chile-covid-19/>
- Ula Hwang, Aaron J Malsch, Kevin J Biese, Sharon K Inouye. Preventing and Managing Delirium in Older Emergency Department (ED) patients during the COVID-19 Pandemic. Journal of Geriatric Emergency Medicine. March 21, 2020. Volume 1, Issue 4, Supplement 1.
- Coronavirus: Managing delirium in confirmed and suspected cases. British Geriatrics Society. European Delirium Association. Old Age Psychiatry Faculty (Royal College of Psychiatrists). 19 March 2020. <https://www.bgs.org.uk/resources/coronavirus-managing-delirium-in-confirmed-and-suspected-cases>
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. Baltimore City Medical Society Functional Evaluation : the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*. 1965. 14, 56–61.
- Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, Mitnitski A. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005 Aug 30;173(5):489-95 <https://rise.articulate.com/share/deb4rT02lvONbq4AfcMNRUudcd6QMts3#/>
- Olga Rubio, Montse Esquerda, Jordi Amblàs et al. Recomendaciones generales relacionadas con las decisiones éticas difíciles y la adecuación de la intensidad asistencial / ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos en situaciones excepcionales de crisis. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. www.semicyuc.org
- COVID-19 rapid guideline: critical care. NICE guideline. March 2020. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng159>
- Ebony T. Lewis, Elsa Dent, Hatem Alkhouri, John Kellett, Margaret Williamson, Stephen Asha, Anna Holdgate, John Mackenzie, Luis Winoto, Diana Fajardo-Pulido, Maree Ticehurst, Ken Hillman, Sally McCarthy, Emma Elcombe, Kris Rogers, Magnolia Cardona. Which frailty scale for patients admitted via Emergency Department? A cohort study. *Gerontology and Geriatrics*, 2019-01-01, Volume 80, Pages 104-114.