



Miriam Rozenek

Sección Geriátrica, Servicio de Clínica Médica.
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

DEFINICIÓN DE CASO COVID-19. ¿DEBE SER LA MISMA PARA EL ADULTO MAYOR?

Los informes de la pandemia COVID-19 coinciden en mostrar una mayor vulnerabilidad de las personas mayores a ella. Si bien no es el grupo etario más afectado, sí es el que presenta formas más graves y mayor letalidad. Las causas de esta asociación son múltiples y trataremos de evaluarlas.

Por un lado, las personas mayores tienen mayor proporción de comorbilidades tales como hipertensión, diabetes mellitus, enfermedad vascular, EPOC, etc., todas estas asociadas tanto a una mayor frecuencia de infección como a una mayor tasa de letalidad por COVID-19. Por otro lado, presentan una disminución de las reservas psicológica y biológica en comparación con las de los adultos jóvenes, y finalmente cambios inmunológicos asociados al envejecimiento.

La vorágine de esta pandemia obliga a replantear constantemente no solo los posibles tratamientos sino también las definiciones de caso sospechoso. Así, el 11 de mayo, el Ministerio de Salud de la Nación definió como caso sospechoso a todo aquel que presentare fiebre de 37.5 °C o más y uno o más de los siguientes síntomas asociados: tos, odinofagia, dificultad respiratoria y/o anosmia o disgeusia sin otra etiología que explique completamente su presentación clínica. Si tomamos estrictamente esta definición de caso podemos incurrir en subdiagnósticos de muchas personas mayores.

Analicemos los síntomas que se puntualizan como indicadores de la definición de caso sospechoso.

1) Fiebre mayor 37.5 °C: la respuesta febril en personas mayores puede estar ausente aun en infecciones graves en hasta el 30% de los casos y hasta el 50% en pacientes frágiles. Muchas veces, los fármacos que consumen por otras causas —como los dolores crónicos (AINE, corticoides, etc.)— alteran la respuesta febril. Como además presentan una menor respuesta a pirógenos endógenos y dificultades en la respuesta vasomotora, todo esto lleva a una menor respuesta febril en estos pacientes.

- 2) Tos y dificultad respiratoria: es frecuente que los pacientes presenten tos crónica, ya sea asociada a fármacos o a reflujo gastroesofágico; además, los cambios que se producen en el aparato respiratorio conforme aumenta la edad hacen que se alteren los mecanismos de *clearance* (aclaramiento) mucociliar y disminuya la efectividad de la tos.
- 3) Anosmia o disgeusia: muchos pacientes presentan alteraciones de gusto u olfato previas, razón por la cual, sobre todo en aquellos con fragilidad, es difícil pesquisar estos síntomas.

Es común que los adultos mayores presenten síntomas difusos y poco específicos en distintas infecciones, lo que también dificulta el diagnóstico. Algunos síntomas como deterioro del estatus funcional basal, caídas, síndrome confusional agudo, deshidratación, desaturación e hiporexia son frecuentes como indicadores de infecciones en esta población. El 7 de mayo, Juan Carlos Durán, vicepresidente de la Sociedad Andaluza de Geriátrica y Gerontología, en una publicación de Medscape refiriéndose a su experiencia durante la pandemia en España, alertó sobre la aparición de este tipo de signos y síntomas como iniciales de la infección en adultos mayores, especialmente en pacientes con fragilidad.

Por todo lo dicho, entonces es fundamental estar alerta a síntomas mínimos, cambios en la línea de base de los pacientes, desaturación, síndrome confusional agudo, caídas, hipoxemia (¡que puede manifestarse a su vez como cualquiera de los anteriores!).

D' Adamo y cols. (Sociedad Americana de Gerontología) plantearon “el ABCD diagnóstico de COVID-19” en adultos mayores.

A Awareness

Estar alerta ante las distintas formas de presentación de la infección por COVID-19, recordando la posibilidad de síntomas inespecíficos.

B Behaviors

Tomar rápidamente las conductas necesarias para evaluar y diagnosticar la infección y así poder actuar con los adultos mayores (AM) sospechosos de COVID.

C Containment

Contener la propagación de la infección a otros individuos. En caso de pacientes en residencias de cuidados crónicos se deben establecer procedimientos de tamizaje (*screening*) tanto para los internos como para el personal a cargo.

D Decisions

Decidir rápidamente la situación del AM sospechoso con tests diagnósticos adecuados que permitan caracterizarlo como caso confirmado o excluirlo y evitar aislamientos innecesarios así como retrasos en el tratamiento.

En la pandemia se plantean distintos escenarios en cuanto a la demanda de atención y los recursos disponibles en salud para contenerla. Un primer escenario con una demanda cubierta y recursos suficientes, el segundo con recursos insuficientes pero una respuesta aceptable en el equipo de salud y el último con una demanda excesiva y recursos insuficientes. Conforme estos escenarios se vayan sucediendo y esperando no llegar al espejo que proyectaron algunos países de Europa o los Estados Unidos, las prioridades en salud irán cambiando; sin embargo, es importante recordar que –en todos los escenarios– la edad cronológica del paciente no debe ser la guía en la toma de decisiones, ya sea para diagnosticar, admitir un paciente para internación

o decidir el ingreso en un protocolo de tratamiento. Un paciente de edad avanzada puede tener la misma expectativa de vida que un adulto joven con comorbilidades. Por lo tanto, es esencial determinar la expectativa de vida limitada o no por estas, la existencia o no de fragilidad* y la edad biológica del paciente para adoptar decisiones correctamente. La herramienta adecuada para lograr este objetivo es la valoración geriátrica integral. El geriatra debe ser parte del equipo médico en esta pandemia, para guiar la toma de decisiones en todo momento.

Por último, y aun en el caso que de se decida por distintas circunstancias no admitir un paciente para internación en cuidados intensivos por ejemplo, nunca deben negarse los cuidados paliativos. Dado que los síntomas más frecuentes asociados a COVID-19 son la insuficiencia ventilatoria y la disnea, debe considerarse siempre el tratamiento con opioides, así como también mantener el confort del paciente y calmar tanto su ansiedad como la de su entorno.

*Las características típicas de los pacientes frágiles son pérdida involuntaria de peso, alteraciones cognitivas, movilidad reducida y necesidad de asistencia en las actividades de la vida diaria. Las escalas de fragilidad, como la FRAIL, son una ayuda sencilla para la clasificación de estos pacientes.

Conflictos de interés: la autora declara no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesteros Sanz MA, Hernández-Tejedor A, Estella García A y cols. Recomendaciones de “hacer” y “no hacer” en el tratamiento de los pacientes críticos ante la pandemia por coronavirus causante de COVID-19 de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) 17 <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.001>

- D’Adamo H, Yoshikawa T, Ouslander J. Coronavirus Disease 2019 in Geriatrics and Long-term Care: The ABCDs of COVID-19. doi: 10.1111/jgs.16445

- Morley JE, Vellas B, van Jan GA, et al. Frailty Consensus: A Call to Action J Am Med Dir Assoc. 2013; 14(6):392–7.

- Hanlon S, Inouye S. Age and Ageing 2020; 1-2 doi: 10.1093/ageing/afaa094

- Lian J, Jin X, Hao S, et al. Analysis of

Epidemiological and Clinical features in older patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) out of Wuhan. Clin Infect Dis. 2020 Mar 25. pii: 5811557. Abstract: <https://pubmed.gov/32211844>. Fulltext: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa242>

- Myrstad M, Ranhoff AH. Acutely ill older people in the corona era. Tidsskr Nor Laegeforen 2020 26 Mar