

ABORDAJE DE INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN EL ADULTO MAYOR: REPORTE DE CASO

DIEGO ALEJANDRO GÓMEZ CASTRILLÓN¹, FABIO MAURICIO SÁNCHEZ CANO²

Recibido para publicación: 05-02-2021 - Versión corregida: 01-06-2022 - Aprobado para publicación: 01-05-2023

Gomez-Castrillón D.A., Sánchez-Cano F.M. Abordaje de infección por SARS-CoV-2 en el adulto mayor: reporte de caso. Arch Med (Manizales). 2023. 23(1):168-176.

<https://doi.org/10.30554/archmed.23.1.4170.2023>

Resumen

Luego de un poco más de un año de las primeras descripciones de la nueva enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19) y hasta la fecha (30-01-2021), tras 102.403.247 de casos reportados y más de dos millones de muertes a nivel mundial, sigue siendo un reto el abordaje y manejo de los casos graves, en especial el de la población más vulnerable: los adultos mayores. Se presenta el caso de un hombre de 83 años, previamente funcional y con comorbilidades sin manejo, con cuadro clínico que evolucionó rápidamente a falla respiratoria, a quien se le identifica infección grave por SARS-CoV-2. Quien, a pesar de presentar múltiples marcadores de mal pronóstico y complicaciones, logra superar el evento crítico. Se aborda el caso desde una evaluación geriátrica multidimensional, haciendo énfasis en la importancia de un manejo integral, incluyendo estrategias de prevención y tratamiento temprano.

Palabras clave: reporte de caso; COVID-19; SARS-CoV-2; adultos mayores.

Approach to SARS-CoV-2 infection in the elderly: case report

Abstract

A little more than a year after the first descriptions of the new coronavirus disease 2019 (COVID-19) and to date (30-01-2021), after 102.403.247 reported cases and more than a million deaths worldwide, it continues to be challenging to approach and manage of serious cases, especially that of the most vulnerable population: the elderly. We present a case of a previously functional 83-year-old man with unmanaged comorbidities, with a clinical picture that rapidly evolved to respiratory failure, who was identified with a severe SARS-CoV-2 infection. Who, despite presenting multiple markers of poor

1 Médico residente de Medicina Interna Geriátrica Universidad de caldas, Manizales- Colombia. Identificador ORCID: 0000-0003-1195-4857. Correo electrónico. die_go019@hotmail.com

2 Médico internista Geriatria Universidad de Caldas, Docente posgrado Universidad de Caldas, Universidad de Manizales. Manizales – Colombia. Identificador ORCID: 0000-0002-3044-7853. Correo electrónico: fsanchezca-no8@gmail.com

prognosis and complications, manages to overcome the critical event. The case is approached from a Comprehensive geriatric assessment, emphasizing the importance of a comprehensive management, including prevention strategies and early treatment.

Key words: case report; COVID-19; SARS-CoV-2; elderly.

Introducción

Luego de un poco más de un año de las primeras descripciones de la nueva enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19) y hasta la fecha (30-01-2021), tras 102.403.247 de casos reportados y más de dos millones de muertes a nivel mundial, sigue siendo un reto el abordaje y manejo de los casos graves, en especial el de la población más vulnerable: los adultos mayores. Colombia, después de una tensa y larga espera se ve enfrentada a la llamada fase 4 de la pandemia: la transmisión sostenida [1], la cual, en ausencia de tener disponible una intervención preventiva definitiva, transformó profundamente la práctica médica diaria, siendo, así sea una leve sospecha de infección, un determinante para activar las conductas clínicas, ya que estas, sin duda alguna, cambian los desenlaces esperables, cuando, hasta no hace mucho tiempo, la preocupación por atender a los pacientes no implicaba un riesgo directo para los demás enfermos, los allegados y para el propio personal de salud.

Es de vital importancia poner en evidencia que los objetivos de atención en los adultos mayores no deben estar limitados a desenlaces de sobrevida o muerte; desde el punto de vista de la geriatría se deben dirigir y fortalecer las estrategias de manejo, en los casos graves, a un manejo integral. Haciendo uso de la evaluación geriátrica multidimensional (EGM) se deben incluir abordajes adaptados a las limitantes de atención en un paciente aislado, con el objetivo de prevenir complicaciones y favorecer una rehabilitación temprana en los casos seleccionados, para así disminuir el riesgo de declinación funcional y discapacidad. De ahí que el objetivo principal del caso que se

expone a continuación es resaltar la perentoria necesidad de un manejo integral, que debe ir más allá de superar un evento crítico de una infección grave por SARS-CoV-2.

Presentación del caso

Se trata de un hombre de 83 años que ingresa a un hospital de tercer nivel de atención, remitido desde el centro local del área rural; presenta un cuadro clínico de aproximadamente una semana de evolución consistente en malestar general, paroxismos de tos seca y fiebre subjetiva; había consultado 4 días antes, donde se indicó un manejo sintomático ambulatorio, previa una toma de muestra para SARS-CoV-2 (RT-PCR). Luego, en horas de la madrugada, reconsulta por la presencia de una disnea marcada, somnolencia y aumento de la tos. En el hospital local encuentran al paciente con falla respiratoria, por lo cual lo deciden asegurar, vía área, con máscara laríngea, posterior a tres intentos fallidos de intubación orotraqueal.

Dentro de los antecedentes personales se destaca la hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, no insulino dependiente y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) no estratificada, no oxígeno requiriente; patologías que estaban sin tratamiento médico por una nula adherencia farmacológica, sin conocerse el tiempo de suspensión o tratamientos previos. Sin descripción de deterioro cognitivo ni de enfermedades psiquiátricas. Extabaquismo pesado hasta hace 2 años y sin antecedentes alérgicos o quirúrgicos. En cuanto a la esfera social presenta una adecuada red de apoyo primaria, convive con su esposa e hijos. Dentro de su historia funcional se debe resaltar una independencia total para

sus actividades de la vida diaria tanto físicas como instrumentales (Barthel 100 puntos, Lawton 8/8 puntos) y un nivel de espacio de vida sin alteraciones.

A tercer nivel ingresa en muy malas condiciones generales de salud: estuporoso, hipotenso (PA 65/43 PAM 50), taquicárdico (112 lpm), saturando 40 % con máscara laríngea, afebril y con exámenes iniciales que evidenciaban trastorno severo en la oxigenación, con una PAFI (relación presión arterial y fracción inspirada de oxígeno) de 98. Se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) de tórax simple, evidenciando extensos infiltrados, predominantemente en empedrado y consolidados bilaterales que comprometían más del 70 % del volumen pulmonar efectivo, altamente sugestivos de infección por SARS-CoV-2 (Figura 1), por lo que se traslada a una unidad de cuidados intensivos, UCI COVID, donde se procede a realizar la intubación orotraqueal; a su vez, se inicia el tratamiento con dexametasona, según estudio RECOVERY (Randomized Evaluation of COVID-19).

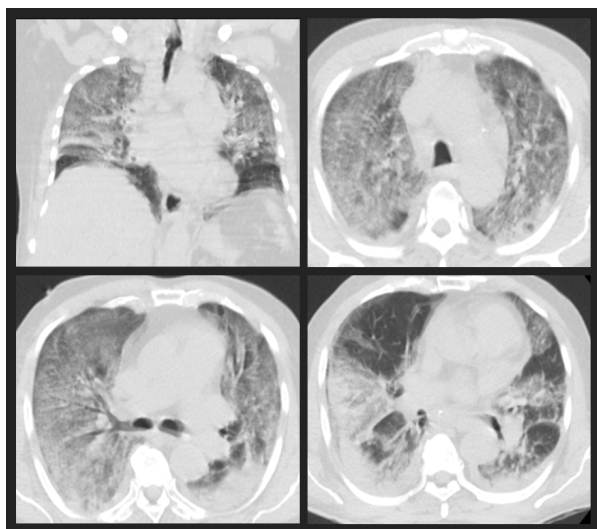


Figura 1. TAC de tórax simple, paciente de 83 años afectado por SARS-CoV-2.
Fuente: elaboración propia

El mismo día de ingreso se obtiene, como positiva, la prueba de RT-PCR para SARS-CoV-2, configurando así un cuadro de SDRA (síndrome de dificultad respiratoria aguda) grave por COVID-19, con evidencia de múltiples marcadores de severidad, esto es, un COVID-GRAM score de 180 puntos. Cumpliendo además criterios para choque séptico de origen pulmonar y síndrome de disfunción multiorgánica secundario, con compromiso hemodinámico, pulmonar, renal y cardíaco, con un SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) score de 11 puntos y un APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II) score 28 puntos. En la Tabla 1 se da cuenta de los exámenes de mayor relevancia.

Durante su estancia el paciente requirió soporte vasoactivo por aproximadamente 24 horas, con posterior evidencia de elevación de reactantes de fase aguda, con procalcitonina positiva y aislamiento en secreción orotraqueal de *K. pneumoniae* de patrón usual, considerándose probable una neumonía aspirativa asociada, por la que recibió manejo durante 7 días con piperacilina/tazobactam.

Al tercer día presenta un mayor deterioro en su mecánica respiratoria, con trastorno severo en la oxigenación e hipoxemia refractaria a la estrategia de ventilación, que desencadenó el inicio del plan de pronación y relajación neuromuscular. Posteriormente, ante la elevación de marcadores trombóticos, se decidió por el manejo anticoagulante. Sin embargo, tras 5 días de pronación y relajación, el paciente persiste en las malas condiciones generales, con una PAFI de 190, por lo que, ante una hipoxemia refractaria, se sospecha tromboembolismo pulmonar como complicación y se decide, además, iniciar con la estrategia de pronación. Luego de 9 días en la UCI, el paciente presenta una lenta evolución clínica hacia la mejoría, lográndose extubación electiva sin complicaciones tras completar 12 días de estancia.

Tabla 1. Resultados de los exámenes practicados a un paciente de 83 años afectado por SARS-CoV-19.

	Valores de referencia	Día de ingreso	Día 6 de estancia	Día 14 de estancia	Día de egreso
Hemoglobina (gr/dl)	12-17	12,4	12,8	8,9	10,4
Hematocrito (%)	39-46	38,2	38	27	32
VCM (fl)	80-101	89	88	89	89
HCM (pg)	27-33	28	29	29	28
Leucocitos (mm3)	4-10,5	15300	12800	9400	9400
Neutrófilos (mm3)	2-7,5	14200	11700	8700	8000
Linfocitos (mm3)	1-3,5	1000	600	300	1000
Plaquetas (mm3)	150-450	169000	259000	172000	202000
PCR (mg)	0-1	36,3	7,4	-	-
Ferritina (ng/ml)	68-434	1520	1220	1030	859
Deshidrogenasa láctica (U/L)	120-246	596	-	-	-
Dímero D (ng/ml)	0-500	2088	581530	8423	3998
Troponina I	0-0,08	0,8	-	-	-
TP – INR	Control 11,4	16,4-1,48	15,2 -1,38	14,8-1,33	-
TPT	Control 29,5	29,1	22,6	29,9	-
Creatinina	0,8-1,2	1,1	1,5	0,8	0,8
BUN	9-21	32	54	46	29
Sodio (meq/l)	135-145	140	143	146	141
Potasio (meq/l)	3,6-5,1	4,8	5,1	3,2	3,9

Fuente: elaboración propia

Días después, en la misma unidad, es valorado por medicina interna (geriátrica) quien encuentra al paciente en estado de conciencia fluctuante, desorientado y con un discurso incoherente, sin evidencia de focalización motora aguda, conceptuándose un cuadro de delirium mixto multifactorial, además de encontrar un compromiso general de la fuerza muscular, marcados signos de desacomodamiento, sin alteración en los reflejos osteotendinosos, mal patrón de deglución y de manejo de secreciones, continuando con el plan de rehabilitación integral previamente iniciado, incluyendo el apoyo por fonoaudiología, la terapia física con énfasis en trabajo de fuerza, la terapia respiratoria y el soporte nutricional enteral por sonda gástrica. Es valorado también por el servicio de fisioterapia que, ante un cuadro de síndrome de desacomodamiento y sarcopenia secundaria, se optimiza un plan de terapia por parte de profesionales en psicología y terapia ocupacional. Posteriormente, se realiza ecocardiograma,

encontrando una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) conservada del 69 %, sin trastornos segmentarios, sin dilatación de cavidades derechas y sin signos indirectos de hipertensión pulmonar. Durante su estancia en la UCI, fuera del aislamiento respiratorio, se logra una lenta resolución del delirium, se desmonta el soporte de oxígeno y se reinicia vía oral sin complicaciones, presentado, finalmente, una evolución clínica satisfactoria, con un Barthel de 40 puntos en su última semana de estancia y, tras 30 días de hospitalización, se da egreso con indicación de continuar con el plan de rehabilitación y seguimiento especializado multidisciplinario de forma ambulatoria.

Discusión

La pandemia actual, debida a la infección por SARS-CoV-2, es un reto continuo a la práctica clínica diaria, cobrando así vital importancia el hecho de reforzar, adaptar y compartir las estrategias de acompañamiento más sólidas desde las diferentes especialidades, para

ofrecer a los pacientes un manejo, a su vez, integral y multidisciplinar.

El caso expuesto es un claro reflejo de cómo en los adultos mayores la edad biológica y la funcionalidad previa, por encima de la edad cronológica, debe ser la que determine si estos son candidatos o no a un manejo en una UCI, más aún en el contexto de la pandemia, donde las camas y espacios son limitados y constantemente requeridos. Si bien la literatura en este campo sigue siendo escasa, dicho abordaje ha ganado gran interés en los últimos años, dando mayor énfasis a los desenlaces funcionales como objetivos terapéuticos [2].

Esta aproximación se realiza por medio de una electromiografía (EGM), la cual se entiende como un procedimiento diagnóstico, multidimensional e interdisciplinario, que pretende determinar las capacidades y cuantificar los problemas funcionales, psicosociales, medioambientales y médicos de un adulto mayor frágil, para establecer un plan de tratamiento y organizar un seguimiento a largo plazo [3], incluyéndose en dicho plan el lugar de atención y las metas de manejo a seguir (tratamiento paliativo o restaurativo, incluida la terapia médica óptima con fines curativos). Esta EGM se recomienda practicarla idealmente en el servicio de urgencias, una vez el paciente ingrese o, de lo contrario, en las primeras 24 horas tras el ingreso a una UCI [2].

Para el caso descrito, si bien no hay una EGM expresa, se documenta claramente que el paciente presentaba, previo al evento, una funcionalidad conservada, con una independencia para sus actividades de la vida diaria tanto físicas como instrumentales, con una adecuada reserva cognitiva y un buen soporte social, cumpliendo así con los claros criterios de ingreso a una UCI. Durante la atención se encuentra a un paciente con una infección grave por COVID-19 de difícil manejo, con múltiples complicaciones y marcadores de severidad y de mal pronóstico, descritos en la literatura, como la insuficiencia respiratoria,

un SOFA (Acute Organ System Failure, por sus siglas en inglés) score > 2 puntos, linfopenia, dímero D elevado, una PCR (reacción en cadena de la polimerasa) mayor a 10, DHL mayor a 350UI/L y una ferritina por encima de 1000 [1,4], además de un COVID-GRAM score de 180 puntos, el cual da una puntuación de riesgo, tomando en cuenta las 10 variables independientes de desenlaces adversos en una enfermedad crítica, calculando un 81,2 % de riesgo de muerte y otras complicaciones [5]. Sin embargo, y a pesar de presentar comorbilidades de importancia no controladas, como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus que configuran un mayor riesgo de desenlaces adversos [6], el paciente logra superar el evento crítico, y es en este punto donde se quiere visibilizar la importancia e impacto de algunas de las complicaciones presentadas en los adultos mayores con COVID-19.

Al realizarse la EGM durante su estancia en UCI, según el protocolo para adultos mayores [2], se identificó un síndrome desacomodamiento físico, el cual se define como un conjunto de cambios fisiológicos provocados por el ambiente de microgravedad dado por la inmovilidad y el reposo prolongado, que finalmente comprometen la capacidad física y psicológica de las personas [7] y pueden, asimismo, complicar una enfermedad primaria que podría, incluso, llegar a ser un problema más demandante que la enfermedad inicial. Se sabe que el compromiso en adultos mayores suele ser más severo, llegando a describirse una pérdida funcional de hasta el 35 % en el contexto hospitalario [8]. En el caso expuesto, el paciente presentó varios cambios derivados de dicha inmovilidad, dentro de ellos se documentaron la debilidad muscular y el delirium.

Dentro de los diagnósticos más importantes a tomar en cuenta en un paciente con debilidad neuromuscular en UCI, están la miopatía y la polineuropatía por enfermedad crítica [9], para esta última, la cual se debe sospechar y buscar

activamente en aquellos pacientes de riesgo (la ventilación mecánica (VM) prolongada, estados de sepsis y falla multiorgánica) [10], como es el caso del paciente presentado, se debe tener en cuenta que esta se suele caracterizar por debilidad, atrofia muscular de las extremidades, reflejos tendinosos reducidos o ausentes y compromiso sensitivo variable [11].

En este contexto no se puede descartar ni confirmar la presencia de un probable síndrome post unidad de cuidados intensivos (SPU), definido como un deterioro cognitivo, psicológico y físico, secundario a una enfermedad crítica y que persiste más allá del alta hospitalaria (sin causa neurológica ni desencadenante aparente conocida), el cual es fundamental detectar ya que puede, incluso, dejar secuelas hasta en el 50 % de los pacientes por más de 5 años tras el alta [7]; complicaciones que son esperables en los pacientes con enfermedad grave por COVID-19, similar a lo observado en sobrevivientes de SARS en 2003[12].

En el caso expuesto, en términos de capacidad funcional, se documentó una declinación aguda, con una dependencia moderada para sus actividades físicas de la vida diaria (Barthel de 40 puntos al momento del alta), lo que refleja el impacto de la inmovilidad y la estancia en UCI.

En este sentido, con el objetivo de mejorar los desenlaces a largo plazo asociados a la discapacidad, como la mortalidad tardía, la carga de morbilidad, una pobre capacidad funcional, la reducción en calidad de vida, la predisposición a trastornos neurocognitivos y alteraciones en la salud mental [2], se requiere de un acompañamiento y seguimiento estrecho, con énfasis en la rehabilitación temprana.

Sin embargo, las limitaciones del aislamiento y la cantidad de pacientes infectados con seguridad afectan este proceso, problema del cual se derivan múltiples publicaciones y recomendaciones ajustadas a la situación de pandemia, denotando cómo este proceso debe

ser transversal a la atención de los pacientes, iniciando desde una rehabilitación en fase crítica, pasando por una fase aguda, post-aguda y, finalmente, con un plan de rehabilitación ambulatorio [12]. Puesto que son ampliamente conocidos los beneficios que tiene la movilización temprana en los adultos mayores críticos, como lo son la disminución de la debilidad adquirida en UCI al egreso, el número de pacientes que pueden pararse luego del evento crítico, el número de días sin ventilador y la tasa de altas hospitalarias [13], se recomienda ampliamente integrar de forma cotidiana dichos esfuerzos mediante protocolos de atención, con el fin de velar por una mejor calidad de vida en los adultos mayores sobrevivientes.

Otra de las principales complicaciones en los adultos mayores críticos, la cual está asociada a una más larga estancia hospitalaria, VM extendida y mortalidad en ancianos, es el delirium [14], que con el tiempo adquiere uno de los papeles centrales en el contexto de la pandemia, puesto que la necesidad médica del aislamiento, el uso del equipo de protección personal, además de una menor interacción con los pacientes y la restricción de visitas, son factores que contribuyen a su desarrollo [15], por lo que su sospecha, búsqueda y manejo oportuno se deben extender e integrar a los demás tratamientos y manejos especializados. En la Figura 2 se realiza un resumen de los diferentes factores predisponentes y precipitantes asociados al delirium en adultos mayores con COVID -19 y algunas de las principales estrategias para su prevención, detección y tratamiento encontradas en la literatura [14-17].

Si bien cada semana salen a la luz numerosos estudios sobre potenciales tratamientos para la infección por SARS-CoV-2, pocos han mostrado con suficiente evidencia ser efectivos en eventos de infecciones graves; en el caso expuesto se administró de forma oportuna dexametasona según el estudio RECOVERY, donde, para el caso de pacientes que recibie-

Relacionados con el ambiente y la atención en salud	Relacionados con el paciente	Por compromiso neurológico directo o indirecto
- Aislamiento - Interacción limitada con la familia y el personal del hospital - Uso de equipo de protección personal - Ventilación mecánica prolongada - Larga estancia hospitalaria - La privación del sueño - Uso de sedantes - Estreñimiento - Deshidratación - Retención urinaria - Inmovilidad - Dolor	- Edad > 65 años - Sexo masculino - Estado cognoscitivo - Demencia - Deterioro cognoscitivo leve - Antecedente de delirium - Depresión - Estado funcional - Grado de dependencia - Inmovilidad - Bajo nivel de actividad - Historia de caídas - Alteraciones sensoriales - Comorbilidades - Fragilidad	- Neurológico directo - Invasión directa del virus al SNC. - Encefalitis viral - Neurológico indirecto - Inflamación del SNC - Hipoxia cerebral - Afectación cerebrovascular - Fallo multiorgánico - Pirexia persistente - Desequilibrio de neurotransmisores - Desregulación metabólica
CONSIDERACIONES POTENCIALES DE MANEJO DURANTE LA PANDEMIA		
- Realizar pruebas de detección para delirium de forma periódica - Evaluar regularmente presencia de dolor, especialmente en decúbito prono - Considerar desarrollo de neuropatías periféricas por invasión viral y por síndrome post unidad de cuidados intensivos - Verificar periódicamente las indicaciones de continuar con relajación neuromuscular y sedación - Suspender sedantes potentes tan pronto sea posible o usar aquellos que no supriman centro respiratorio - Proporcionar medidas no farmacológicas: Orientación constante, apoyo de audífonos o anteojos según sea el caso - Suspender medicamentos psicoactivos innecesarios - Estar atento a síntomas de abstinencia si se usaron de forma prolongada sedantes. - Maximizar el sueño y minimizar privación sensorial - Movilización temprana, movimientos pasivos durante estados de sedación y relajación neuromuscular. - Orientar en conjunto a la familia de forma regular, proporcionando contacto visual y auditivo: Uso de conversaciones telefónicas y videoconferencias. - Manejo conjunto con fisioaterapia, terapia ocupacional y psicología - Soporte religioso y espiritual		

Figura 2. Factores asociados con delirium en ancianos con COVID-19.

Fuente: elaboración propia

ron VM, se encontró un riesgo relativo, RR, de 0,64 (intervalo de confianza, IC, del 95 % 0,51-0,81) a favor de su uso, en términos de una menor mortalidad a 28 días [18]. De igual forma, en el contexto de la hipoxemia refractaria presentada, se aplicó la estrategia de posición en decúbito prono, la cual está sustentada en varios ensayos aleatorizados en los que participaron pacientes intubados con SDRA no asociado con COVID-19 [19], como en el ensayo clínico PROSEVA (Prone Positioning in Severe Acute Respiratory Distress Syndrome, por sus siglas en inglés), donde se encontró que la aplicación temprana de sesiones prolongadas de decúbito prono disminuyó significativamente la mortalidad a los 28 y 90 días [20].

Respecto a las complicaciones tromboembólicas frecuentemente informadas en pacientes con COVID-19, como fue el presente caso, la

hipoxemia refractaria puede ser indicativa de un tromboembolismo pulmonar (TEP); en la actualidad hay pocos estudios que evalúen que un punto de corte o cambios dinámicos en niveles de dímero D sean de utilidad para predecir un diagnóstico de tromboembolismo, por lo que no se recomiendan dentro de su evaluación diagnóstica [21].

A medida que avanza la pandemia y el conocimiento de esta nueva enfermedad, se hace cada vez más urgente incluir en el arsenal diagnóstico y terapéutico todas aquellas secuelas y consecuencias del evento crítico, donde se suma, además, el llamado 'COVID prolongado', término que se usa para describir los signos y síntomas que continúan o se desarrollan después del cuadro agudo, incluyendo tanto el síndrome COVID-19 sintomático continuo (de 4 a 12 semanas) como el síndrome

post-COVID-19 (12 semanas o más); donde se presentan síntomas muy variados que pueden ser potencialmente mortales y que abarcan, entre muchos otros, la hipoxemia grave o desaturación durante el ejercicio, signos de enfermedad pulmonar grave y dolor de pecho, hasta síntomas que pueden afectar la calidad de vida y la funcionalidad de los pacientes, incluyendo síntomas generales, neurológicos, gastrointestinales, dermatológicos, de alteración de los órganos de los sentidos y síntomas psiquiátricos, como la ansiedad y depresión [22], lo que demuestra, una vez más, la importancia de continuar una vigilancia y seguimiento estrecho de los pacientes a largo plazo. Así como en el texto de Santiago Robledo Páez, historiador de la Universidad Pontificia Javeriana, «Debates durante una epidemia... en 1802» publicado en la revista *ARCADIA* (Núm. 172, p. 7), cuando el territorio de la actual Colombia hacía parte del Virreinato de la Nueva Granada, al comparar la reducción significativa en términos de mortalidad de la epidemia por viruela de 1802 respecto a su predecesora en 1782 (23), se expone cómo el cambio en el conocimiento y en la percepción de la enfermedad (en nuestro caso la infección por SARS-CoV-2), de la mano y del esfuerzo de diferentes sectores y autoridades, se logra impactar directamente a favor del objetivo de

la profesión médica: salvar vidas; meta que con relación a los adultos mayores cada vez se extiende más mediante la intervención de la geriatría, en cuanto a que logra preservar la funcionalidad, la independencia y la calidad de vida con base en un manejo multidisciplinario y dedicado a los pacientes.

Conclusión

Los adultos mayores son los más vulnerables en la pandemia actual, generada por COVID 19, presentando un elevado riesgo de enfermedad crítica y desenlaces adversos a corto plazo, además de múltiples complicaciones que se pueden extender por años, luego del alta hospitalaria, complicaciones que tienen que ver con la pérdida en la funcionalidad, menor calidad de vida, discapacidad, carga de morbilidad y mortalidad tardía. Motivo por el cual, como en el caso del paciente presentado, se requiere de un perentorio tratamiento multidisciplinario de la pandemia que favorezca la prevención y un manejo temprano y a largo plazo de los adultos mayores. Desde luego, sin desconocer que los conocimientos sobre COVID-19 cambian con rapidez, lo que obliga al personal de la salud a actualizarse constantemente en busca de mejores resultados en la práctica clínica, tanto en el contexto agudo o crítico como en lo sucesivo del tiempo.

Referencias

1. Trujillo CH. Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-CoV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud. 2.^a edición. Sección VIII. Infectio. 2020;24(3):1-108.
2. Villada-Gómez JS, Florián-Pérez MC. Evaluación geriátrica del anciano en Unidad de Cuidado Intensivo. *Acta Colomb Cuid Intensivo*. 2019;19(3):133-147.
3. Welsh TJ, Gordon AL, Gladman JR. Comprehensive geriatric assessment - A guide for the non-specialist. *Int J Clin Pract*. 2014;68(3):290-293.
4. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet [Internet]*. 2020;395(10229):1054-1062. [Consultado el 11 de febrero de 2022]. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)
5. Liang W, Liang H, Ou L, Chen B, Chen A, Li C, et al. Development and validation of a clinical risk score to predict the occurrence of critical illness in hospitalized patients with COVID-19. *JAMA Intern Med*. 2020;180(8):1081-1089.
6. Chen T, Wu D, Chen H, Yan W, Yang D, Chen G, et al. Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: Retrospective study. *BMJ*. 2020;368.

7. Guedes LPCM, Oliveira MLC de, Carvalho GDA. Deleterious effects of prolonged bed rest on the body systems of the elderly - a review. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* [Internet]. 2018 Aug;21(4):499-506. [Consultado el 22 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000400499&lng=en&tling=en
8. Ortiz MV, Páez OD. Prevención y manejo del desacondicionamiento físico en el paciente hospitalizado por COVID-19. 2020. p. 137. Disponible en: <https://librosaccesoabierto.uptc.edu.co/index.php/editorial-uptc/catalog/view/103/130/2645>
9. Stevens RD, Marshall SA, Cornblath DR, Hoke A, Needham DM, De Jonghe B, et al. A framework for diagnosing and classifying intensive care unit-acquired weakness. *Crit Care Med*. 2009;37(suppl. 10):299-308.
10. Latronico N, Guarneri B. Critical illness myopathy and neuropathy. *Minerva Anesthesiol*. 2008;74(6):319-323.
11. Latronico N, Shehu I, Seghelini E. Neuromuscular sequelae of critical illness. *Curr Opin Crit Care*. 2005;11(4):381-390.
12. Delgado J, Orozco N, Gómez J, Castaño L, Díaz J, Muñoz J, et al. Rehabilitación intrahospitalaria en el paciente con COVID-19 In-hospital rehabilitation in patients with COVID-19. *Rev Colomb Med Física y Rehabil*. 2020;30.
13. Zhang L, Hu W, Cai Z, Liu J, Wu J, Deng Y, et al. Early mobilization of critically ill patients in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2019;14(10):1-16.
14. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014 Mar;383(9920):911-22. Disponible en: <http://journals.lww.com/00001504-199507000-00013>
15. Emmerton D, Abdelhafiz A. Delirium in older people with COVID-19: Clinical Scenario and Literature Review. *SN Compr Clin Med*. 2020;2(10):1790-7.
16. Marcantonio ER. Delirium in hospitalized older adults. *N Engl J Med*. 2017;377(15):1456-1466.
17. Andrews LJ, Benken ST. COVID-19: ICU delirium management during SARS-CoV-2 pandemic - Pharmacological considerations. *Crit Care*. 2020;24(1):1-9.
18. Dexamethasone in hospitalized patients with Covid-19. The RECOVERY Collaborative Group. *N Engl J Med*. 2021;384:693-704.
19. Berlin DA, Gulick RM, Martinez FJ. Severe Covid-19. *N Engl J Med*. 2020;1-10.
20. Guérin C, Reignier J, Richard JC, Beuret P, Gacouin A, Boulain T, et al. Prone positioning in severe acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med*. 2013;368(23):2159-2168.
21. Moores LK, Tritschler T, Brosnahan S, Carrier M, Collen JF, Doerschug K, et al. Prevention, diagnosis, and treatment of VTE in patients with coronavirus disease 2019: CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest* [Internet]. 2020;158(3):1143-1163. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.05.559>
22. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. 2020. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33555768/>
23. Robledo S. Debates durante una epidemia... en 1802. *ARCADIA* 2020;172.

