

RECOMENDACIONES PARA LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN CLÍNICA EN LA
VALORACIÓN Y MANEJO INTEGRAL DE PERSONAS MAYORES
CON SOSPECHA O DIAGNÓSTICO CONFIRMADO
DE COVID-19 EN EL NIVEL TERCIARIO DE ATENCIÓN

2020

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA - SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES | DEPARTAMENTO DE CICLO VITAL
DIVISIÓN DE GESTIÓN DE LA RED ASISTENCIAL | DEPARTAMENTO GESTIÓN TÁCTICA DE REDES ASISTENCIALES



**SOCIEDAD DE GERIATRÍA Y
GERONTOLOGÍA DE CHILE**
www.socgeriatria.cl



Recomendaciones elaboradas por el Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, a través de su División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), Departamento de Ciclo Vital, en conjunto con el Departamento de Gestión de Redes Asistenciales de la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA).

Este documento contó con la colaboración y revisión de profesionales de la **Sociedad de Geriátría y Gerontología de Chile.**

Ministerio de Salud. Octubre 2020.

Documento sujeto a evaluación y actualización constante según aparición de nueva evidencia científica.

TABLA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	5
II. PROPÓSITO	6
2.1 OBJETIVOS DEL DOCUMENTO	6
2.2 ALCANCE DEL DOCUMENTO	6
III. CONSIDERACIONES PARA EL MANEJO DE PERSONAS MAYORES CON SOSPECHA O CONFIRMACIÓN DE COVID-19 EN EL NIVEL TERCIARIO	7
3.1. CONSIDERACIONES GENERALES	7
3.2. CONSIDERACIONES ÉTICAS.	8
IV. RECOMENDACIONES PARA LA EVALUACIÓN INICIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIA.	9
4.1 CONSIDERACIONES SOBRE LA FORMA DE PRESENTACIÓN DE COVID-19 EN LA PERSONA MAYOR	9
4.2. CONSIDERACIÓN ESPECIAL ES EL DELIRIUM	9
4.3. VALORACIÓN GERIÁTRICA Y FRAGILIDAD COMO DETERMINANTES EN EL FENOTIPO CLÍNICO.	10
4.4. CONDUCTA SEGÚN VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL (VGI) ABREVIADA REALIZADA EN EL SERVICIO DE URGENCIA.	13
V. RECOMENDACIONES PARA BRINDAR CUIDADOS INTEGRALES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN.	14
5.1. ASPECTOS GENERALES DEL ABORDAJE CLÍNICO EN LA HOSPITALIZACIÓN	14
5.2. CONSIDERACIONES PARA DEFINIR LA INTENSIDAD DEL CUIDADO	14
5.3. CRITERIOS DE INGRESO A UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, POR COVID-19.	16
5.4. MANEJO INTEGRAL DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN	17
5.5. INGRESO Y TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO (UPC)	21

VI. RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES EN EL FIN DE VIDA.	25
VII. RECOMENDACIONES AL MOMENTO DEL ALTA HOSPITALARIA.	32
7.1. INDICACIONES PARA EL POST ALTA DE CASOS	32
7.2. EDUCACIÓN AL ALTA	33
7.3. CONSIDERACIONES ESPECIALES EN PM INSTITUCIONALIZADAS.	34
VIII. ANEXOS	35
IX. ABREVIACIONES	45
X. REFERENCIAS	46

I. INTRODUCCIÓN

El 31 de diciembre de 2019, las autoridades de salud de China notificaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un brote de infección respiratoria aguda asociado a un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2). Este nuevo virus, es una cepa particular que no había sido identificada previamente en humanos, por lo que existe poca información sobre la historia natural de la enfermedad, epidemiología e impacto clínico [1].

El brote inicial en la ciudad de Wuhan, se extendió rápidamente por el mundo y en el mes de febrero de 2020 la Organización Mundial de la Salud designó la enfermedad oficialmente como COVID-19 [2].

Dicha patología, ha producido una alta tasa de consultas a servicios de urgencia y una mayor demanda por camas de pacientes críticos, asociado a una mayor letalidad que otros virus respiratorios, en especial en personas mayores con condiciones crónicas.

Debido a las características fisiológicas del envejecimiento, como son la disminución de la inmunidad y la multimorbilidad, las personas mayores (en adelante PM), son más susceptibles tanto a desarrollar la infección, como a sufrir formas más severas de la enfermedad y complicaciones [3].

Hasta la fecha, en la población general ha sido progresivo el aumento de casos, la mayoría de manejo ambulatorio y asintomáticos, con una proporción de casos de manejo hospitalario que también ha ido en aumento, al igual que los requerimientos de Unidades de Pacientes Críticos y el crecimiento de la letalidad, siendo las personas mayores el grupo de la población que ha presentado una tasa de letalidad por encima del resto de la población general, en consonancia con las estadísticas internacionales.

Nota: Dado que la información epidemiológica en nuestro país y en el mundo cambia diariamente, se sugiere revisar los informes epidemiológico actualizados y disponibles en el link: <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/informe-epidemiologico-covid-19/>

II. PROPÓSITO

Favorecer el manejo integral y oportuno de la Personas Mayores, que consulten y/o sean derivadas al nivel terciario de atención, con un cuadro grave, con sospecha o confirmación de COVID-19.

2.1 Objetivos del documento:

Objetivos Generales:

- Actualizar, con recomendaciones de la evidencia internacional, a los equipos clínicos que otorguen cuidados integrales a PM con sospecha o confirmación de COVID-19.
- Apoyar a los equipos clínicos en la toma de decisiones asociadas a la atención clínica de PM con sospecha o confirmación de COVID-19.

Objetivos específicos:

1. Definir consideraciones básicas generales para el manejo de PM con sospecha o confirmación de COVID-19, antes y durante su ingreso en el nivel terciario.
2. Elaborar recomendaciones para realizar evaluación inicial de la PM en el ingreso al servicio de urgencia:
 - * Valoración geriátrica integral abreviada.
 - * Evaluación de Fragilidad según recomendaciones.
3. Definir conducta a seguir según valoración Geriátrica integral (VGI) abreviada y evaluación de fragilidad realizada en el servicio de Urgencia.
4. Promover cuidados integrales en la PM durante su hospitalización por COVID-19 de acuerdo a las recomendaciones elaboradas:
 - * Aspectos generales del abordaje clínico de la PM COVID -19 en la hospitalización.
 - * Consideraciones para definir la intensidad del cuidado.
 - * Criterios de ingreso a una unidad de hospitalización de baja y mediana complejidad.
 - * Recomendaciones generales para el cuidado de la PM en unidades de paciente crítico (UPC).
 - * Recomendaciones para el cuidado de PM en el Fin de vida.
5. Entregar recomendaciones al momento del alta Hospitalaria de la PM.

2.2 Alcance del documento:

El presente documento, está dirigido a los equipos clínicos del nivel terciario que otorguen cuidados integrales a Personas Mayores con sospecha o confirmación de COVID-19. Es un material de apoyo para las decisiones que deban tomar los equipos en torno a la entrega en atención integral, oportuna y segura, considerando las características y necesidades particulares de éste grupo etáreo.

III. CONSIDERACIONES PARA EL MANEJO DE PERSONAS MAYORES CON SOSPECHA O CONFIRMACIÓN DE COVID-19 EN EL NIVEL TERCIARIO

3.1. Consideraciones generales.

En el escenario actual, los protocolos vigentes indican a los equipos de salud reforzar las medidas de detección precoz de casos sospechosos, promover su confirmación diagnóstica y la notificación de estos casos a las SEREMIS de Salud respectivas. Además, según la definición de caso vigente, la red epidemiológica deberá realizar la identificación de contactos para el seguimiento epidemiológico y asegurar la toma adecuada de las muestras clínicas requeridas del paciente, con envío oportuno al laboratorio local certificado, con el objetivo de implementar y financiar oportunamente las intervenciones asociadas [4].

Al mismo tiempo, es fundamental el refuerzo a los equipos de salud sobre la aplicación de precauciones estándar en la atención clínica de PM con síntomas respiratorios, y el correcto uso de los elementos de protección personal (EPP), además de ir reduciendo el traslado de los usuarios a lo estrictamente necesario. Se deben establecer áreas seguras equipadas y aisladas para tratamiento de PM, incluido soporte básico y avanzado de vida [5].

Según la OMS y MINSAL, las precauciones estándar (PE) recomendadas para que los centros de salud aseguren la calidad y seguridad de la atención en respuesta al COVID-19, son los siguientes [5]:

- * Higiene de manos.
- * Uso correcto y racional de EPP
- * Gestión segura de residuos.
- * Limpieza ambiental y de superficies
- * Limpieza y desinfección de equipos y unidades de atención al paciente
- * Desinfectantes efectivos y compatibles con los materiales de las superficies.

Además, se deben sumar precauciones adicionales de contacto y gotitas durante la atención de pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19, lo que considera entre otros aspectos:

- * Manejo adecuado de precauciones de contacto y de gotitas. Aislamientos en cohorte.
- * Uso de elementos de protección personal (EPP) para la atención de PM con sospecha o confirmación de COVID-19, tales como:
 - Uso de mascarilla tipo quirúrgico, más protección ocular.
 - Antiparras o escudo facial transparente que protege desde los ojos hasta bajo el mentón.
 - Delantal de manga larga impermeable y guantes.
 - Después de la atención al paciente se deberá quitar y desechar todos los EPP utilizados y realizar higiene de las manos.

Nota: Indicaciones adicionales y específicas en materia de prevención de infecciones asociadas a la atención de salud por SARS-CoV-2 han sido publicadas por el Ministerio de Salud en las circulares: C37 N°1, del 18 de marzo 2020, Protocolo de referencia para correcto uso de equipos de protección persona en pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19. C37 N°2, del 3 de abril de 2020, Racionalización del uso de protección personas (EPP) en el contexto de la atención de pacientes durante la pandemia COVID-19. C37 N°4, del 21 de abril de 2020, Complementa correcto uso de EPP en contexto de pandemia de COVID-19. Las que se encuentran disponibles en <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/informe-tecnico/>.

3.2. Consideraciones éticas.

Como fue descrito anteriormente, en el contexto epidemiológico actual las PM con enfermedades crónicas podrían desarrollar consecuencias graves asociadas al contagio por COVID-19. Dado lo anterior es importante considerar la relevancia de las consideraciones éticas que a continuación se mencionan:

- a) Toda persona tiene el derecho a una atención de salud digna y oportuna, siendo la valoración de la condición clínica realizada por el equipo de salud, la que determinará la terapia y el nivel de complejidad en la atención que requiere.
- b) Las PM si bien están más expuestas a contagio, complicaciones y letalidad por COVID-19, la edad es un mal indicador del estado de salud y de pronóstico del individuo. Por lo tanto, para tomar decisiones en cuanto a manejo y tratamiento, se debe considerar los aspectos evaluados en la valoración geriátrica integral como funcionalidad, cognición, síndromes geriátricos, grado de fragilidad y aspectos sociales, por sobre la edad.
- c) Es recomendable definir flujos claros que permitan facilitar la toma de decisiones y frente a casos complejos de manejo clínico, se deberá considerar la conformación de un comité de expertos en bioética.

Se recomienda considerar 5 de los principios éticos, desarrollados en el documento Recomendaciones para los Comités de Ética Asistencial en el apoyo de toma de decisiones éticas de los equipos de salud, en contexto pandemia por COVID-19, desarrollado por el equipo de Bioética del Ministerio de Salud, en que se encuentra disponible en:

https://www.nefro.cl/covid/img/noticias/RECOMENDACIONES_PARA_LOS_CEA_COVID-19.pdf.

1. Principio de no abandono del paciente.
2. Principio de respeto de las decisiones del paciente y/o familia.
3. Principio de equidad.
4. Principio de no discriminación.
5. Principio de transparencia y confianza [6].

IV. RECOMENDACIONES PARA LA EVALUACIÓN INICIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIA.

4.1 Consideraciones sobre la forma de presentación de COVID-19 en la persona mayor.

La presentación de la enfermedad COVID-19, en la PM puede ser distinta que en las personas más jóvenes. A menudo, sigue un curso silente o lo hace en forma larvada, otras veces, origina 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.

Con respecto a la forma de presentación de COVID-19 propiamente tal, en la población general, las manifestaciones clínicas más comunes son fiebre (98%), tos (76%), disnea (55%) y mialgias o fatigabilidad (hasta 44%). Estos signos y síntomas también son comunes en personas mayores, sin embargo, los datos son limitados y proceden de estudios con pocos pacientes. Un estudio de 21 pacientes con COVID-19 críticamente enfermos con promedio de edad de 70 años, mostró que los síntomas más comunes fueron: disnea (76%), fiebre (52%) y tos (48%). Un 86% de los pacientes presentaron comorbilidades significativas, siendo las más relevantes: enfermedad renal crónica, insuficiencia cardiaca, EPOC y diabetes mellitus [6].

Siendo la fiebre una de las manifestaciones más frecuentes de COVID-19, debemos considerar que las personas mayores muchas veces no la desarrollan como forma de manifestación de la enfermedad, y muchas veces lo hacen con sintomatología atípica; por ejemplo, en el caso de la influenza pocas veces desarrollan fiebre mayor de 37,7°C. La temperatura es incluso menos sensible en PM frágiles, y en institucionalizadas, que corren mayor riesgo de infección [7].

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.

4.2. 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, hipo activo o mixto, por lo que debe ser sospechado en el Servicio de Urgencias [8].

Nota: Cabe mencionar que la presencia de delirium puede simular un cuadro de demencia.

4.3. Valoración geriátrica y fragilidad como determinantes en el fenotipo clínico.

4.3.1. Valoración Geriátrica Integral (VGI) abreviada en servicios de urgencia.

La importancia de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) en las unidades de urgencia, radica en que es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, dirigido tanto a la PM como a sus cuidadores, con el propósito de reconocer y cuantificar las discapacidades y problemas biomédicos, funcionales y psicosociales, con el fin de elaborar un plan exhaustivo de tratamiento y seguimiento a largo plazo. La VGI, nos permite por un lado determinar el fenotipo de PM al cual nos enfrentamos y por otra parte, permite mejor identificación de las PM frágiles, y de esta manera definir mejor la intensidad del cuidado. La VGI requiere de tiempo, y es por esto, que sugerimos una evaluación abreviada en el Servicio de Urgencias (Cuadro N° 1).

Es importante considerar al realizar la VGI abreviada, el basal del paciente que corresponde a 2 semanas previas al ingreso al hospital.

Cuadro N° 1. Valoración Geriátrica Integral Abreviada para el Servicio de Urgencias en contexto COVID -19.

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. <ul style="list-style-type: none"> - Incontinencia urinaria o fecal permanente (uso de pañales). - Deambulación asistida. 	SÍ -No
Cognición	Antecedente confiable de Demencia en etapa moderada o severa. Descartar previamente delirium*	SÍ-No
Patología Terminal	Oncológica o no oncológica con pronóstico vital menor a 6 meses	SÍ-No
Escala Visual de Fragilidad	Definir clasificación de fragilidad según EVF del 1 al 7	1-2-3-4-5-6-7

Fuente: Sociedad de Geriátrica y Gerontología de Chile, 27 marzo 2020 [8].

Otro factor a considerar para la toma de decisiones sobre el nivel de complejidad más adecuado para la atención de la PM, es la comorbilidad. La presencia de una o más de las siguientes patologías, pueden conferir una mayor gravedad asociada a COVID -19:

- Hipertensión arterial.
- Diabetes Mellitus tipo 2 con múltiples complicaciones orgánicas.
- Insuficiencia Cardíaca Congestiva Severa / Cardiopatía coronaria.
- Daño Hepático Crónico etapa C.
- Insuficiencia Renal Crónica etapa 4-5.
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- Fibrosis pulmonar.
- Asma / Oxígeno dependientes.
- Patología Oncológica en cuidados de fin de vida.
- Tabaquismo.

4.3.2. Evaluación de Fragilidad según Escala Visual de Fragilidad (EVF).

Para determinar el nivel de fragilidad de la persona mayor, se presenta a continuación una Escala Visual de Fragilidad (adaptada de la Clinical Frailty Scale, ver en anexo 1).

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.

En la figura 1, se muestra la escala visual de fragilidad, y ejemplos de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

Figura 1. Escala Visual de Fragilidad (EVF) y ejemplos de ABVD y AIVD

1		ROBUSTO: SE EJERCITA, NO TIENE ENFERMEDADES.	<p>ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comer - Vestirse - Bañarse - Usar WC - Arreglarse (Lavado de dientes, peinarse) - Continencia de esfínter (independiente/uso de pañal) - Paso de cama a sillón - Caminar - Subir escaleras <p>ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprar - Tomar medicamentos - Usar teléfono - Manejar dinero - Usar transporte público - Preparar alimentos - Hacer aseo - Lavara ropa
2		SEDENTARIO/ SIN ENFERMEDADES	
3		ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPENSADAS/ SEDENTARIO SIN DEPENDENCIA	
4		VULNERABLE: SÍNTOMAS 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

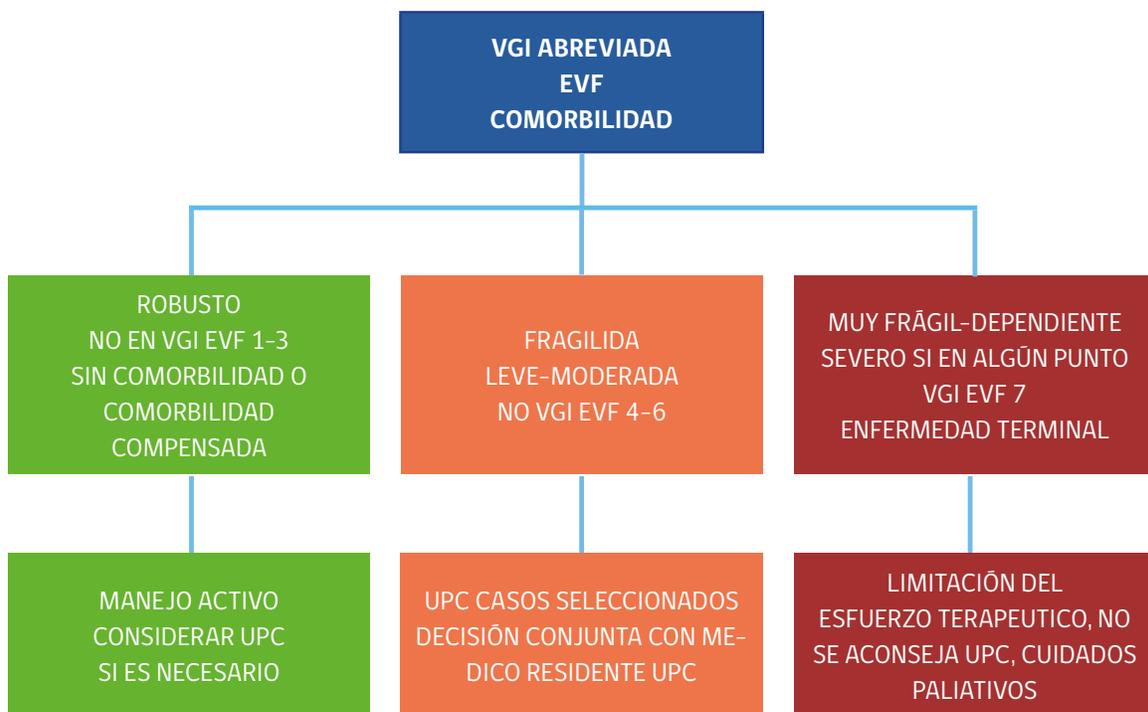
Fuente: Instrumento adaptado por la Sociedad de Geriátría y Gerontología de Chile desde la Clinical Frailty Scale, recuperado de (10)

4.4. Conducta según Valoración Geriátrica Integral (VGI) abreviada realizada en el servicio de urgencia.

Una vez realizada la VGI abreviada, tendremos más herramientas para definir si la PM se beneficia de manejo en domicilio o de hospitalización, ya sea básica o 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.

La figura N° 2 presenta la matriz decisional para manejo de PM con sospecha o confirmación de COVID-19. Frente a situaciones especiales, se recomienda siempre la lectura y firma de un consentimiento informado.

Figura N° 2: Manejo de la persona mayor con COVID-19 en Servicio de Urgencias luego de VGI abreviada.



Fuente: Elaborado por la Sociedad de Geriátrica y Gerontología de Chile, recuperado de [10].

V. RECOMENDACIONES PARA BRINDAR CUIDADOS INTEGRALES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN.

5.1. Aspectos generales del abordaje clínico en la hospitalización.

Las PM hospitalizadas por una condición médica aguda, habitualmente presentan deterioro funcional en sus actividades de la vida diaria (AVD). El origen de este deterioro durante un proceso de hospitalización es multidimensional: el modo en que se ha envejecido, la fragilidad, la comorbilidad, el modelo de atención sanitaria prestado, y el impacto de la enfermedad aguda, que pueden tener consecuencias para la persona mayor, que van desde la pérdida de independencia hasta, en casos más severos, un alto riesgo de institucionalización [10].

Lo anterior, no solo posee un alto impacto para la PM, si no también, en un segundo orden de relevancia, para el sistema sanitario, dado que habitualmente se produce una prolongación de los días de hospitalización, una necesidad de mayor rehabilitación, el uso de otros sistemas de atención y, en definitiva, el aumento del costo asociado [10].

En el contexto de la pandemia por COVID-19 y el impacto que el virus ha representado para este grupo de la población en otros países, será de vital importancia ofrecer a la PM, de acuerdo con cada realidad local, una atención geriátrica integral, desde una perspectiva multidimensional y con un trabajo interdisciplinario, promoviendo la rehabilitación funcional desde el comienzo de la intervención, y a lo largo de ella, hasta en lo posible, lograr recuperar su estado basal.

Durante el curso de la hospitalización, es posible encontrar los llamados síndromes geriátricos como estados prodrómicos o acompañantes al cuadro agudo, tales como: delirium, incontinencia urinaria o fecal, caídas y trastornos del sueño. La disfagia también puede ser frecuente ya sea de causa central, o por estado tóxico, lo que conlleva a su vez un alto riesgo de aspiraciones alimentarias y neumonías secundarias.

5.2. Consideraciones para definir la intensidad del cuidado.

El manejo de la PM se basa en la severidad de la enfermedad y debe ajustarse a lo previamente definido en el caso de PM según su nivel de fragilidad y el resultado de la valoración Geriátrica integral (VGI) realizada, para determinar la intensidad del cuidado.

En el cuadro N° 2 se presentan recomendaciones de manejo según la severidad clínica.

Cuadro N° 2: Recomendaciones de cuidado según severidad de la enfermedad de la Persona Mayor (PM).

Severidad de la Enfermedad	Condiciones	Resultado
PM asintomática.		Aislamiento preventivo, consultar al equipo de salud en caso de manifestaciones.
PM con enfermedad leve.	Manifestaciones clínicas, pero sin disnea, ni alteración radiológica.	Manejo ambulatorio, seguimiento estrecho.
PM con enfermedad moderada.	Imágenes demuestran compromiso respiratorio bajo, ausencia de hipoxemia.	Hospitalización para observación. Frente a sospecha de neumonía, buscar etiología e iniciar cobertura si corresponde. Aislamiento, EPP, monitorización radiológica, ECG y pruebas de laboratorio.
PM con enfermedad severa.	Saturación $\leq 93\%$ ambiental o frecuencia respiratoria sobre 30, PaO ₂ /FiO ₂ < 300 o infiltrados pulmonares que comprometen más del 50% del pulmón.	Manejo integral en UPC. Manejo de cobertura antibiótica si corresponde, estudio de laboratorio e imágenes es similar a lo descrito en los casos moderados.
PM con enfermedad crítica.	Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), shock séptico, disfunción cardíaca, estado pro coagulante e inflamatorio con tormenta de citocinas, además de exacerbación de comorbilidades.	Manejo integral en UPC.

Fuente: Elaboración propia basado en [11] [12].

5.3. Criterios de ingreso a una unidad de hospitalización de baja y mediana complejidad, por COVID-19.

En el caso de las PM con sospecha o diagnóstico de COVID-19, se visualizan dos potenciales perfiles, para los cuales se han definidos criterios de ingreso a unidades que prestan cuidados de baja o mediana complejidad, con el fin de disminuir el riesgo de complicaciones y lograr dar una atención oportuna ante un eventual deterioro clínico, hemodinámico y/o ventilatorio. Dichos perfiles y criterios se presentan en el siguiente cuadro N° 3.

Cuadro N°3: Criterios de ingreso a una unidad de hospitalización por COVID-19 de mediana o baja complejidad.

Perfil clínico de la Persona Mayor (PM)	Criterios de ingreso
PM con sospecha o confirmación de SARS-CoV-2 con requerimientos de oxígeno y/o cuidados especiales sin indicación de ingreso a UPC.	Contar, en lo posible, con una red de apoyo adecuada, con al menos una persona de referencia que se haga cargo de los cuidados al alta de la persona.
	Sin criterios de Hospitalización Domiciliaria.
PM con sospecha o confirmación de SARS-CoV-2 que se deriva para cuidados de fin de vida.	Sin compromiso de conciencia
	Con radiografía de tórax actualizada (últimas 48 horas, puede ser portátil).
	Estabilidad clínica, hemodinámica y ventilatoria: <ul style="list-style-type: none"> * Sin necesidad de ventilación mecánica invasiva. * Gases en Sangre Arterial $pCO_2 < 50$ $pH > 7.35$ < 7.45 $pO_2 > 60$. * Requerimiento de oxígeno menor o igual a una FiO_2 de 35%. * Frecuencia respiratoria menor a 22 respiraciones por minuto. * Sin uso de drogas vasoactivas. * Sin falla orgánica en curso.

Fuente: Elaboración propia basada en [13] [14].

5.4. Manejo integral durante la hospitalización.

A continuación, en el cuadro N° 4 se presentan una serie de recomendaciones para prevenir la pérdida funcional asociada a la hospitalización en PM.

Cuadro N° 4: Recomendaciones para prevenir pérdida funcional de la PM asociada a hospitalización.

Objetivo	Recomendaciones
Promover el ejercicio aún en condiciones de aislamiento. [15] [16]	<ul style="list-style-type: none"> * Evitar indicación de reposo absoluto. * Utilice escalas para establecer el basal funcional y seguir la evolución de la PM. Se sugiere ICU Mobility Scale ("IMS"). Disponible en el anexo 3. * El personal de salud debe educar a la PM sobre ejercicios que pueda desarrollar de manera independiente hasta una nueva intervención. * Suspender actividades kinésicas grupales [14] [15].
Asegurar una adecuada ingesta hídrica y nutricional, con la consistencia apropiada. [17]	<ul style="list-style-type: none"> * Privilegiar la vía oral, asegurando el uso de prótesis dental, esto favorece el entrenamiento deglutorio y la ingesta de consistencias habituales. * Evaluación deglutoria y modificación de consistencias. * Utilización de suplementos nutricionales: En PM en condición grave con COVID-19 se recomiendan 30 kcal/kg y 1,5 a 2,0 gr./proteína/kg, en los menos graves la recomendación habitual es de 1-1,2 gr/proteínas/kg. En PM con baja ingesta, debe considerarse el uso de suplementos para lograr estas metas. * Vigilar tránsito intestinal, aportar fibra en la dieta y el uso juicioso de laxantes osmóticos es de utilidad [16].
Prevenir delirium. [8]	<ul style="list-style-type: none"> * Uso sistemático de herramientas validadas para su diagnóstico, como los criterios de CAM (Confusion Assesment Method). Disponible en el anexo 4. * Evitar y vigilar precipitantes de delirium: deshidratación, hipoxemia, fiebre, constipación, retención aguda de orina, dolor, infecciones, fármacos anticolinérgicos, medidas de contención física, deprivación de Benzodiazepinas o alcohol. * Implementar medidas ambientales de prevención: orientación regular, permitir uso de lentes y audífonos, movilización precoz, evitar contenciones, control de dolor, hidratación y nutrición adecuadas, vigilar diuresis y deposiciones. * Higiene del sueño. * En caso de delirium hiperactivo, intente calmar a la PM y redirigir la conducta. Si las estrategias no farmacológicas son insuficientes o hay riesgo para el paciente o su entorno es recomendable iniciar manejo farmacológico (Ver cuadro N° 5). * Considerar el riesgo de prolongación del QT de neurolépticos. * Si se ocupa fármacos se debe vigilar en forma sistemática signos vitales y nivel conciencia hasta que la situación se estabilice [17].

<p>Disminuir el riesgo reacciones adversas a medicamentos (RAM). [18] [19]</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Registrar fármacos de uso crónico, revisar diariamente medicamentos indicados y evitar aquellos inapropiados. * Mediante la conciliación farmacoterapéutica es posible detectar y resolver discrepancias entre la prescripción médica y lo utilizado por la PM. * Evitar uso de medicamentos potencialmente inapropiados, Utilizar Criterios de Beers disponible en anexo 5. Considerando que buena parte de los medicamentos potencialmente inapropiados son anticolinérgicos: una buena alternativa es el uso de la ARS (Anticholinergic Risk Scale) [18] [19]. Disponible en el anexo 6.
<p>Evitar el uso de sondas y dispositivos invasivos. [20]</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Balancear los riesgos y beneficios de cada dispositivo invasivo, ajustando su indicación a la situación funcional propia de cada PM de acuerdo a valoración integral previa, evaluando diariamente la necesidad y precoz retiro. Considerar opciones para evitar o disminuir el uso de dispositivos, por ejemplo el uso de hidratación endovenosa por bolos en vez de goteo continuo [20].
<p>Favorecer que los pacientes realicen sus propias actividades de la vida diaria. [21]</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Identificar la condición funcional basal de la PM. * Se recomienda el uso integrado de la VGI asociado a la Escala Visual de Fragilidad (EVF). * Asegurar el adecuado acceso a dispositivos de apoyo, como lentes, audífonos y prótesis. * Evitar la restricción física. * Estimular al paciente a realizar actividades básicas de la vida diaria como alimentación, aseo, vestuario [21].

Fuente: Elaboración propia, basada en [8], [15], [16], [17], [18], [19], [20], [21].

El COVID-19 puede actuar como un precipitante de delirium, ya sea presentándose en el debut de la enfermedad o durante su evolución. A continuación en el cuadro N°5 se entregan recomendaciones para el manejo farmacológico frente a la aparición de un cuadro de delirium.

Cuadro N° 5: Recomendación de medicamentos y dosis en caso de delirium hiperactivo.

Medicamentos	Dosis de inicio	Dosis máxima 24 horas	Precaución/Consideraciones.
Haloperidol	0,5 mg. VO 0,5 mg. IM	2 mg. VO 2 mg IM	Prolonga QT en ECG. Puede causar Parkinsonismo.
Risperidona	0,25mg. VO	1mg /día (fraccionado)	Puede causar Parkinsonismo. Prolonga QT en ECG.
Quetiapina	12,5-25 mg. VO	100 mg/día	Sedación, preferir en la noche. Prolonga QT en ECG.
Lorazepam (cuando antipsicóticos están contraindicados)	0,5 mg. VO 0.5-1mg. IM	2mg. VO 2 mg. IM	No de primera línea, excepto en Demencia por Cuerpos de Lewy, Parkinson o privación alcohólica o benzodiazepinas.

Fuente: Elaborado por SGGCHI en base a [8].

El manejo de la hipoxemia, es un pilar fundamental en el tratamiento de la neumonía por COVID-19, razón por la cual a continuación (cuadro N°6) se entregan una serie de recomendaciones para el manejo de esta condición en PM. Cabe señalar que siempre se deberán considerar las necesidades particulares de cada paciente.

Cuadro N° 6: Recomendaciones para el manejo de la hipoxemia en la Persona Mayor.

Administrar oxigenoterapia convencional según requerimiento. Si esta es insuficiente se debe preferir cánula Nasal de Alto flujo por sobre la Ventilación Presión Positiva No Invasiva.
Realizar seguimiento estricto, en caso de deterioro ventilatorio se debe proceder a intubación respiratoria.
Estudiar otras causas de neumonía además de COVID-19 (bacteriana, neumococo, legionella, influenza). Usar antibióticos en caso de neumonía y suspender si se descarta la etiología bacteriana. En la época de influenza estacional también iniciar oseltamivir y suspender si se descarta.
Preferir soluciones broncodilatadoras presurizadas en vez de nebulizaciones por riesgo de mayor aerosolización viral.
Manejo de comorbilidades descompensadas, no suspender manejos crónicos si adecuarlos a la situación aguda actual.

Fuente: Elaboración propia basada en [13].

Si bien es cierto no hay medicamentos aprobados, existen drogas usadas para otras indicaciones y cientos de protocolos farmacológicos en curso. El uso de estos fármacos es un uso aún “fuera de indicación” en el cual hay que hacer un juicioso balance entre los riesgos y los beneficios.

No existe actualmente evidencia científica robusta procedente de ensayos clínicos randomizados para recomendar un tratamiento específico para COVID-19 en forma segura y efectiva. Algunas de las opciones terapéuticas que se han usado y que siguen bajo investigación se presentan en el siguiente cuadro N°7.

Cuadro N° 7: Recomendaciones para el manejo farmacológico en Personas Mayores con COVID-19.

<p>No se recomienda la asociación de azitromicina e hidroxiclороquina por el riesgo de toxicidad. Los estudios de azitromicina como tratamiento de neumonía por COVID-19, tienen grandes limitaciones metodológicas en su diseño y análisis.</p>
<p>No se recomienda el uso de corticoides de rutina, si en contexto de distrés respiratorio de adulto y/o en manejo de shock séptico severo.</p>
<p>Existen otras terapias en estudio actualmente (interferón, Inhibidores de IL6, IL1, antivirales Lopinavir-Ritonavir, Remdesivir, entre otros), pero su uso fuera de protocolos de investigación no está recomendado.</p>
<p>En personas con COVID-19, el Ministerio de Salud de Chile no sugiere utilizar cloroquina o hidroxiclороquina de rutina. Para mayor información y profundización sobre hidroxiclороquina en personas con COVID-19, en el siguiente enlace: https://diprece.minsal.cl/temas-de-salud/temas-de-salud/guias-clinicas-no-ges/guias-clinicas-no-ges-enfermedades-transmisibles/covid-19/recomendaciones/</p>

Fuente: Elaboración propia basado en [22], [23].

Se parte del principio que toda PM que se beneficiaría del manejo en Unidad de Paciente Crítico, ya sea nivel de Intermedio o en Intensivo, debe abordarse como toda persona adulta que se admite a dicho nivel de atención, es decir, no hay diferencia en los criterios para seleccionar una medida terapéutica una vez ingresada; su selección no se basa en edad, sino en las condiciones de funcionalidad, autovalencia, cognición, nutrición, entre otros. Como se esquematizó en el algoritmo al ingreso, hay pacientes cuyo beneficio de ingreso a UPC son claros, y otros en donde el beneficio de manejo en estas unidades no genera un beneficio mayor a lo que la expectativa vital les conlleva, y por lo tanto, en la condición sanitaria actual, se podrá derivar a manejo proporcional o manejo paliativo, lo cual queda a criterio del médico a cargo.

5.5. Ingreso y tratamiento en la Unidad de Paciente Crítico (UPC).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, en el cuadro N°8 se recomiendan criterios para iniciar el soporte respiratorio y, en consecuencia, el ingreso de la PM a una unidad de cuidados intensivos en la insuficiencia respiratoria aguda secundaria a COVID-19.

Cuadro N° 8: Criterios para iniciar soporte ventilatorio e ingreso a Unidad de Cuidados intensivos.

Criterios clínicos	Criterios gasométricos
Disnea moderada-grave con signos de trabajo respiratorio y uso de musculatura accesoria o movimiento abdominal paradójico. Taquipnea mayor de 30 rpm.	PaO ₂ /FiO ₂ <200 (o la necesidad de administrar una FiO ₂ superior a 0,4 para conseguir una SpO ₂ de al menos 92%). Fallo ventilatorio agudo (pH < 7,35 con PaCO ₂ > 45 mm Hg).

Fuente: Elaboración propia basada [13]

5.5.1. Recomendaciones de tratamiento.

En el siguiente cuadro, se muestran recomendaciones basadas en las directrices de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en torno al cuidado crítico de las PM graves por COVID-19.

Cuadro N° 9. Recomendaciones farmacológicas para el tratamiento de personas mayores con COVID-19.

Fármaco	Nivel de Evidencia
Vasopresores	Condiciona
Corticoides sistémicos	Condiciona
Antibióticos	Punto de buena práctica
Inmunoglobulina	Condiciona
Plasma Fresco	Punto de buena práctica
Tocilizumab	Punto de buena práctica

Fuente: Elaboración propia basado en [24].

Ventilación Mecánica No Invasiva (VNI):

- * En la VNI, en base a lo observado en otros países que han manejado pacientes con cuadros clínicos analogables al causado por el SARS COV2, como son los pacientes con Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS), el fallo de tratamiento es elevado.
- * Las cánulas de O2 a alto flujo o la VNI deben reservarse para pacientes muy concretos. La VNI no debe en ningún caso retrasar la indicación de intubación especialmente cuando existe hipercapnia, inestabilidad hemodinámica y falla multiorgánica.
- * Deben monitorizarse estrechamente tanto los pacientes con VNI como con cánulas de alto flujo y preparar el entorno para una posible intubación [13].

Ventilación Mecánica Invasiva:

- * En caso de necesidad, la intubación será realizada por personal experto, tomando todas las precauciones estandar y uso de EPP.
- * Cuando la PM esté intubada, la ventilación mecánica debe aplicarse de forma protectora para el pulmón con volúmenes corrientes bajos (4 a 6 ml/Kg de peso) y evitar presiones plateau por encima de 30 cm de H2O. Mantener una Presión Positiva al final de la Expiración (PEEP) por debajo de 15 cm. de H2O se ha asociado a una menor mortalidad, con circuito con doble filtro (inhalatorio y exhalatorio).
- * Cuando la Pa/FIO2, a pesar de administrar altas concentraciones de O2, es inferior a 150, es necesario colocar a la PM en decúbito prono lo antes posible y ventilarla en esta posición al menos 16 horas. Los balances hídricos deberán ser negativos para evitar un exceso de líquidos en el pulmón.
- * La sedación y relajación muscular puede considerarse en casos de asincronías. También se puede recurrir a la parálisis, pero su asociación con una menor mortalidad está cuestionada actualmente.
- * La titulación de la PEEP debe hacerse en función de la compliance, oxigenación, espacio muerto y estado hemodinámico. También puede titularse el PEEP mediante la estimación de la presión transpulmonar con catéter esofágico o tomografía de impedancia eléctrica [13].

5.5.2. Prevención de las complicaciones en la persona mayor en estado crítico.

Las PM, podrían tener mayor riesgo de presentar complicaciones asociadas a la estadía en una Unidad de Paciente Crítico. En el siguiente cuadro se recomiendan acciones para disminuir el riesgo.

Cuadro N° 10: Prevención de complicaciones en PM en estado crítico.

Complicación	Acción indicada
Tromboembolismo pulmonar.	Anticoagulación profiláctica.
Infección por catéter, neumonías asociadas a VM.	Seguir estrictamente los protocolos del Comité de IAAS.
Lesión por presión (iatrogénicas, por dispositivos, por humedad, por presión, etc.)	Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales
Miopatía del paciente crítico.	Movilización pasiva y activa y precoz, descansos de sedación

Fuente: Elaboración propia basado en [13].

Una vez la PM es ingresada, el abordaje será individualizado. A continuación se presentan en el cuadro N° 11, una serie de recomendaciones a considerar para su manejo integral.

Cuadro N°11: Recomendaciones para el manejo integral de PM en Unidades de Paciente Crítico.

Recomendaciones para el manejo integral de la PM en Unidades de Paciente Crítico.	
Evaluación con score sugeridos para NAC.	Puede ser CURB-65 o PSI/PORT (ver anexo 7).
Valoración periódica de la PM definirá evolución y marcará pronóstico, en especial las primeras 48 horas.	Instrumentos como SOFA, o la progresión del Dímero D, Ferritina Fibrinógeno, entre otros.
Ideal apoyarse en los casos más complejos en pares o grupos de expertos, además de Comité de Ética Asistencial para ayudar a definir tomas de decisiones difíciles.	
Definir el manejo proporcional, definir unidad de destino.	Informar a familiares de la conducta a seguir.
Considerar el manejo de las patologías crónicas especialmente EPOC, diabetes mellitus, cardiopatías.	Dada la mayor prevalencia de patología cardiovascular en este grupo etario, junto a las complicaciones que la infección por Covid-19 genera a nivel miocárdico, el uso de medicamentos que pueden alterar la conducción cardíaca es recomendable periódicamente monitorizar electrocardiográficamente.

<p>Detección precoz y manejo del delirium. El CAM-ICU es la herramienta validada en Chile y debiera aplicarse periódicamente, con la preparación previa del equipo de salud.</p>	<p>El manejo no farmacológico del delirium es importante, recordando la adecuada presentación de cada integrante del equipo, orientación periódica, además de la identificación de las diversas causas que lo pueden causar. Promover estrategias de higiene del sueño, evitando procedimientos a realizar durante la noche., evitar contención de extremidades. Uso de fármacos reservarlos en delirium hiperactivo.</p>
<p>Kinesiología y Terapia Ocupacional son fundamentales en la estimulación funcional y cognitiva.</p>	<p>Colaboran en la rehabilitación y manejo no farmacológico del delirium.</p>
<p>Considerar para la dosis óptima de fármacos, el estado nutricional de la persona, estado hidroelectrolítico y función renal.</p>	<p>Se sugiere la medición del aclaramiento de creatinina en 8 / 24 horas, o el uso de la fórmula de Cockcroft-Gault. De igual manera, tener en cuenta Criterios de Beers y STOP/START para evitar interacciones (Ver anexo 5: Fármacos Potencialmente Inapropiados).</p>
<p>Considerar el Estado Nutricional al ingreso, sino también de ofrecer un buen apoyo durante el período crítico, debido al impacto que genera el mayor catabolismo durante la infección.</p>	<p>Para su valoración se recomienda el apoyo de la Evaluación Global Subjetiva, disponible en: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/anexo_02.pdf Inicio temprano de la suplementación nutricional. Elegir la vía de administración, entendiendo y considerando las condiciones individuales de cada PM.</p>
<p>Se recomienda a cada institución, desarrollar estrategias de transmisión de información a familiares en forma efectiva, y cuando sean malas noticias, que sea de una manera humana.</p>	<p>Las medidas de protección y aislamiento instauradas en la Emergencia Sanitaria generan una restricción para las visitas e información a los familiares de los pacientes hospitalizados.</p>

Fuente: Elaboración propia basado en [21] [22] [23] [24].

VI. RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES EN EL FIN DE VIDA.

Como se ha expuesto anteriormente, la mayor letalidad por COVID-19 se encuentra en el grupo de PM y en especial sobre 80 años, y, por consiguiente, no solo debemos propender por detectar aquellos casos que van evolucionando negativamente hacia un final de vida, sino que asegurar darles un manejo digno, tanto al paciente como a sus familiares, junto con una preparación y contención para el equipo de salud que les atiende.

Se considera que deben recibir cuidados en el fin de vida aquellas Personas Mayores con:

- * **Enfermedad avanzada oncológica y no oncológica**, limitante de la vida.
- * **Marcado compromiso de funcionalidad previo** a la enfermedad actual (ECOG 3 y 4 /EVF 6 y7).
- * **Un cuadro clínico grave**, refractario a tratamiento definido por equipo médico tratante.

La decisión de indicar el inicio de estos cuidados, recae sobre el médico o equipo de salud tratante en base a los criterios previamente expuestos.

Es importante que exista claridad en la terminología usada para el manejo de estos pacientes. En ese contexto, se debe diferenciar el manejo proporcional de la limitación de esfuerzos terapéuticos, o la indicación de un manejo paliativo de un manejo compasivo. A continuación, se definen algunos de estos conceptos en el cuadro N° 12.

Cuadro N°12: Definición de conceptos relacionados con el cuidado de fin de vida.

Conceptos	Definición
Cuidados Paliativos	Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación integral y tratamiento del dolor, así como otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales (OMS 2018), entregados por profesionales del área de la Salud capacitados o especializados en Medicina Paliativa.
Cuidados Compasivos	Acciones de cuidado que se lleva a cabo con amor y empatía hacia otra persona que está pasando por una situación que desequilibre su vida y estos se proporcionan en forma desinteresada. Éstos no contemplan necesariamente un actuar de orden médico, pudiendo ser entregados por cualquier persona (familiares, sacerdotes, pastores, grupo de apoyo, personal de salud, etc.).

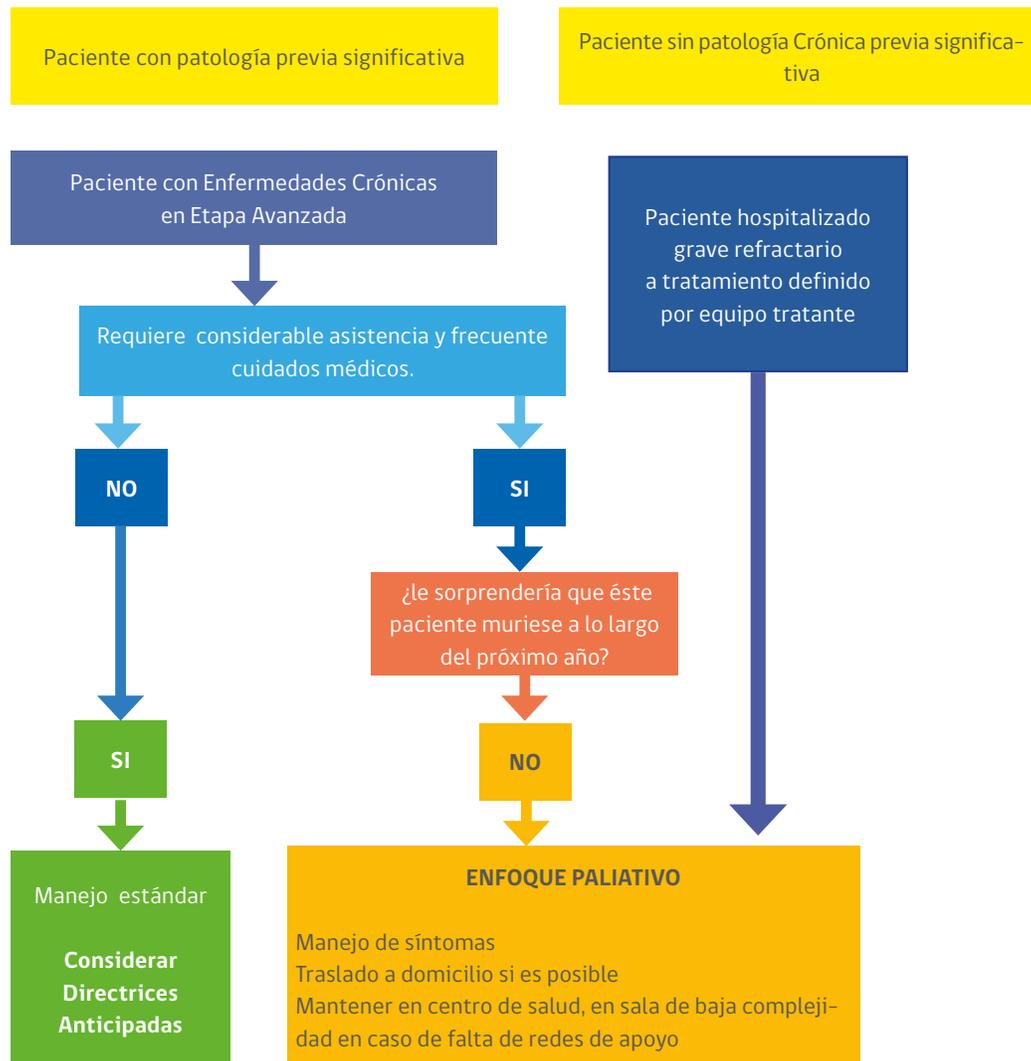
Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET)	Es la decisión meditada sobre la no implementación o la retirada de las terapéuticas médicas al anticipar que no conllevarán un beneficio al paciente.
Directrices Anticipadas	Son disposiciones que una persona decide estando en buenas condiciones de salud mental, sobre qué medidas y cuidados médicos quiere recibir (o no recibir) en caso de tener una enfermedad grave.
Enfermedad Crónica Avanzada	Enfermedad de curso progresivo, gradual, con diverso grado de afectación de la autonomía y de la calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento específico, que evolucionará hacia la muerte a medio plazo.
Proporcionalidad terapéutica	Frente a un caso, el médico evaluará la obligatoriedad moral o no, de practicar todas aquellas intervenciones que tengan o no una relación de debida proporción entre los medios empleados y el fin perseguido. Esto se debe hacer en base a las condiciones individuales del paciente, considerando beneficios de intervenciones, la esperanza de vida, las voluntades expresadas previamente, entre otras medidas.
Muerte inminente	Comprende patrón característico de síntomas y signos que ocurren en los días y horas previos a la muerte, de forma progresiva, habitualmente descrito como que el paciente está "falleciendo activamente" (25).

Fuente: Elaboración propia basado en [10].

En el consenso llevado a cabo entre las Sociedades Científicas (SOCHIMI, SGGCH, Sociedad Cuidados Paliativos y SOCHIMU), se creó un algoritmo de abordaje de estos pacientes para facilitar la toma de decisiones, el cual se muestra en la figura N° 3.

Nota: Es necesario incorporar al Comité de Ética Asistencial (CEA) en la toma de decisiones, el cual constituye una asesoría del equipo médico, de carácter no vinculante, que evalúa los aspectos no sólo médicos del caso, sino valóricos, principios bioéticos, y propone cursos de acción destinados al beneficio del paciente

Figura N° 3: Recomendaciones respecto a la toma de decisiones.



Fuente: Figura extraída de [10].

Una vez definido que personas se abordarán para cuidados de fin de vida, se debe poner atención en las manifestaciones que probablemente presentarán y a los cuales se debe dar alivio en lo posible. No solo requiere esto la preparación del profesional sanitario, sino de un equipo que pueda abordar integralmente las aristas que paralelamente involucran tanto a la familia como al mismo equipo de salud en general.

Entre los principales signos y síntomas a considerar están [10].:

a) Disnea

El COVID-19 en su forma más severa evoluciona con disnea, la cual será probablemente, una vez definido el manejo paliativo, el más frecuente y principal síntoma a manejar. Sin embargo, no debemos descartar otras etiologías que concomitante pueden suceder, como son las neumonías bacterianas, otras etiologías virales, derrame pleural o trombo embolismo pulmonar, entre otras. Para su evaluación, se recomienda la Escala Visual Numérica, que permite valorar la disnea de 0 - 10 si el paciente logra comunicarse, o la Escala Observacional de Distrés Respiratorio (ver anexo 8).

Aparte del apoyo con oxígeno y broncodilatadores, los opioides son una terapia que da alivio a la disnea moderada a severa, siendo de elección la morfina, y en casos de Insuficiencia Renal (tasa de Filtración Glomerular TFG < 30ml/m), el fentanilo.

Su dosificación debe iniciar lo más baja posible, en horarios fijos o por infusión continua, y de ser necesario, en situaciones donde la disnea sea muy severa, hacer rescates del 10 a 15% de la dosis total diaria, cada 30 a 60 min. hasta controlar el evento y posteriormente ajustar la terapia. En algunos casos, se requerirá apoyo con anti secretores si la disnea se asocia a la acumulación de secreciones fluidas y abundantes en la vía aérea. Dosis de buscapina 20-30 mg. cada 6-8 horas vía EV o SC (dosis máxima = 120 mg/24 horas) puede ser útil.

b) Dolor

Per se, el COVID-19 puede asociarse a dolor por compromiso inflamatorio, también el dolor puede provenir de patologías previas o nuevas condiciones que se sumen dentro de la evolución. Para ello, se recomienda evaluar con escala visual o verbal numérica de 0 a 10. Según ello, se sugiere:

- * **Leve (1-3):** AINES - paracetamol - metamizol, en dosis habituales. En personas con infección por COVID-19 en el contexto de dolor en fin de vida se considera que los beneficios de su uso superan los riesgos.
- * **Moderado a Severo (4-10):** ver tabla N° 1.

c) Delirium terminal

Durante el fin de vida de los pacientes con COVID-19, el delirium puede aparecer en relación con múltiples causas, tanto orgánicas, farmacológicas como ambientales, pero lo primordial en estos casos es prevenir la agitación que fuese potencialmente lesiva o genere disconfort, así como también para evitar exposición del personal de salud.

d) Fiebre

Puede causar importante malestar. No se recomiendan medidas físicas por el riesgo de infección por COVID-19. Manejo farmacológico con paracetamol 1 gramo cada 8 horas y/o AINES / metamizol en dosis habituales considerar en personas en fin de vida.

e) Sedación Paliativa

Alternativa terapéutica de último recurso que permite aliviar a personas que están en el fin de su vida padeciendo un sufrimiento insoportable, a causa de uno o más síntomas refractarios, es decir, no se han podido controlar con las terapias descritas. Si bien, el criterio del equipo médico prima a la hora de definir la sedación, debe informarse a la familia, y en los casos donde exista discrepancia en la intervención, solicitar el apoyo al comité de Ética asistencial local (tabla 1).

Al definirse esta medida, se deben tener en consideración:

- * El mantenimiento de otras medidas de manejo sintomático, tales como analgésico, antipirético, anti secretor bronquial, etc.
- * Evaluar suspensión de otras medidas que pueden provocar discomfort en el paciente y que no cambiarán pronóstico, entre las que pueden estar fármacos, medición de glicemias, mantención de sondas, incluso alimentación o hidratación artificial.
- * Entre los fármacos usados, benzodiacepinas como el midazolam tiene evidencia que apoya su uso, y debe monitorizarse periódicamente dosificación para verificar que cumpla el alivio de síntomas para lo cual se indicó.

Tabla N° 1: Fármacos y dosis recomendadas para el manejo de síntomas con enfermedades limitantes de vida y COVID-19.

	Fármaco		Dosis basal	Frecuencia	Rescates (SOS)	Vía administración	Observación	
Disnea y/o Dolor	Morfina	Inicio	2 mg	cada 4 hrs	2 mg	SC o EV	Priorizar uso de BIC + rescates	
		Titulación	Dosis basal + rescates últimas 24 hrs.	cada 4 hrs	10-15% de dosis basal	SC o EV	Si disnea persistente, aumentar 25-50% dosis total Sin dosis máxima	
	Fentanilo	Inicio	2,5 ug	cada 15-30 min		SC o EV	Hasta lograr control del síntoma	
		Titulación	15 ug		25-50ug	BIC	Se recomienda infusión continua por vida media corta (0.3 a 0.5 mg/día). Sin dosis máxima	
Delirium	Haloperidol		2,5 mg	cada 8 hrs	0,5 mg	SC	Titular según rescates, dosis máxima 20mg/24 hrs	
		Si el síntoma persiste con Haloperidol en dosis máxima, AGREGAR:						
	Midazolam Clorpromazina		2,5 mg	cada 4 a 6 horas		SC o EV	Evaluar infusión continua 10 a 30 mg /24 hrs	
		Si síntoma persiste, SUSPENDER Haloperidol y REEMPLAZAR por:						
Sedación Paliativa	Midazolam	Inducción	2-5 mg	5-20min		SC o EV en bolo lento	Repetir la dosis hasta lograr nivel de sedación buscado.	
		Mantenimiento	1-5 mg/hr (*)	infusión continua	Igual a dosis horaria	SC o EV	Iniciar infusión continua inmediatamente después de haber logrado la inducción, para mantener efecto clínico.	
		(*)Dosis horaria inicial puede ser equivalente al 50% de la dosis de inducción						
		Titulación:	Dosis horaria + rescates últimas 24 horas	infusión continua	Igual a dosis horaria	SC o EV	Dosis máxima 240 mg/24 hrs. Si con esta dosis no se alcanza sedación necesaria, considerar uso de Propofol o Fenobarbital.	

Fuente: Tabla extraída de [10].

Especialmente durante la emergencia sanitaria y el impacto que ha tenido la infección por COVID-19 en las PM más frágiles, los cuidados e intervenciones que se otorguen durante este proceso serán especialmente relevantes para que la PM acceda a una muerte digna y acompañada.

El manejo de la información y el acompañamiento a los familiares, son aspectos importantes a considerar, por lo que se sugiere:

- * Valorar y abordar las necesidades de la familia, especialmente de los cuidadores en el medio domiciliario.
- * Favorecer la expresión de las emociones y la comunicación por vías seguras (medios digitales), entre los familiares y la PM.
- * Capacitar, acompañar y orientar en la toma de decisiones de representación, para que éstas sean acordes a los valores y deseos de la PM.
- * En cada centro, se debe contar con protocolos para informar a familiares en el momento que esto suceda, de manera pronta y con un lenguaje adecuado y cercano.
- * Incluir la atención en el duelo a las familias, ofreciendo apoyo emocional por vías seguras de comunicación a las familias y/o redes de apoyo.
- * Los equipos de salud de igual manera deben contar con un apoyo tanto físico como emocional para prevención y manejo del síndrome de burnout asociado [10].

VII. RECOMENDACIONES AL MOMENTO DEL ALTA HOSPITALARIA.

7.1. Indicaciones para el post alta de casos.

Con fecha 11 de abril el Comité Asesor emitió un pronunciamiento respecto de cuáles son los “criterios para considerar cuándo un paciente COVID-19 deja de ser infectante”.

Esta definición es muy importante porque permite establecer cuándo una persona con COVID-19 deja de transmitir el virus a otras personas, aspecto relevante para determinar el término de la cuarentena obligatoria.

El criterio establecido por el Comité Asesor determina 4 tipos de casos los cuales se muestran en el cuadro N° 13.

Cuadro N° 13: Criterios para considerar cuándo un paciente COVID-19 deja de ser infectante.

TIPOS DE CASOS	NO CONTAGIANTE
Caso leve manejado en domicilio sin síntomas.	Al día 14 desde que inició los síntomas o fue diagnosticado.
El paciente hospitalizado y dado de alta sin síntomas.	Al día 14 , desde que inició los síntomas o fue diagnosticado.
El paciente hospitalizado y dado de alta, con síntomas respiratorios, sin fiebre.	A los día 14 , luego de la alta médica.
El paciente con compromiso de su sistema inmune.	A los 28 días desde que inició los síntomas.

Fuente: Elaboración propia en base a [25].

De acuerdo a las recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, para el alta de un paciente se debe considerar [26]:

- * Indicar control de temperatura dos veces al día. Si se presenta alza igual o superior a 37,8°C en más de dos mediciones, reportar inmediatamente al centro donde estuvo hospitalizado.
- * Indicar aislamiento domiciliario preventivo estricto por 14 días después de la resolución de la fiebre y síntomas respiratorios.
- * Se sugiere seguimiento telefónico por el equipo tratante a las 48 horas para ver su evolución.
- * Si la PM persiste con signos y síntomas respiratorios en su domicilio, deberá usar mascarilla hasta la resolución de las manifestaciones o, en su defecto, sus contactos domiciliarios estrechos. Estas mascarillas son de uso individual, no pueden ser compartidas y no son reutilizables.
- * Dependiendo de la evolución, podría requerir toma de imágenes y exámenes de control.
- * Control a los 21 días desde el inicio del cuadro y control de exámenes si fuese clínicamente necesario, de acuerdo a factibilidad con la red asistencial.
- * Notificar el alta y su condición clínica a epidemiología de SEREMI de Salud correspondiente para seguimiento.

IMPORTANTE: Tras una hospitalización por COVID-19, se debe dar continuidad a los cuidados, asegurando su enlace con el nivel primario de la red de salud. Se recomienda realizar derivación coordinada y asistida para control en domicilio. Este proceso ha mostrado reducir muertes, reingresos a centros hospitalarios y mejorar el control y adherencia a las indicaciones [28].

7.2. Educación al alta.

La educación al alta se debe realizar a la PM y a su principal cuidador. Por la evolución de esta patología, se propone considerar información para dos momentos, recomendaciones para realizar antes y después de los 14 días (cuadro N° 13).

Cuadro N° 13: Educación al alta a PM y cuidador principal, posterior hospitalización por COVID-19.

Durante los 14 días post alta.	Posterior a los 14 días post alta.
Ventilar las habitaciones de manera periódica (al menos una vez al día). Mantenerse, en lo posible, en habitación individual.	No asistir a áreas públicas de forma innecesaria.
Mantener la estricta higiene de manos frecuente (antes y después de comer, después de ir al baño, entre otros). En caso de estornudar o toser, cubrirse la nariz y boca con el antebrazo o pañuelo desechable (debe ser eliminado inmediatamente).	No utilizar el transporte público en la medida de lo posible.
La PM debe utilizar utensilios de higiene y alimentación de uso exclusivo. Idealmente, baño de uso exclusivo del paciente, de no ser posible, limpiar frecuentemente las dependencias utilizadas con una solución de hipoclorito al 0,1%, por al menos cinco semanas.	Restricción de salidas y de visitas en el domicilio para evitar riesgos de transmisión comunitaria.

<p>Educación a la familia y o cuidadores directos sobre detección de signos y síntomas de alerta, que indique cuando volver a consultar en urgencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Decaimiento o falta de reactividad. - Dificultad para alimentarse. - Delirium. - Fiebre. - Tos. <p>Signos de dificultad respiratoria: respiración rápida (> 22/min), retracción costal o supra esternal, quejido, cianosis.</p>	<p>Se debe indicar mantener sus controles habituales en APS, dependiendo de la situación epidemiológica y de las indicaciones del equipo tratante.</p>
<p>Es recomendable entregar indicaciones de actividad física, cognitiva y funcional, promoviendo la ejecución independiente en forma progresiva de actividades de la vida diaria.</p>	<p>Evitar los contactos sociales y familiares, ante el riesgo de contagio y durante el tiempo de la pandemia con alto nivel de circulación viral.</p>

Fuente: Elaboración propia basado en [26].

7.3. Consideraciones especiales en PM institucionalizadas.

En el caso que el destino de alta de la PM hospitalizada fuera un ELEM, se deberá realizar la correcta coordinación con el equipo sociosanitario de la institución a la cual es retornada, evaluando si el ELEM cuenta con la infraestructura necesaria para otorgar los cuidados seguros y oportunos que requiere el residente y actuar acorde al protocolo dictado por la autoridad sanitaria. De ser necesario, la red de salud deberá proveer el adecuado acompañamiento a la institución, velando por la correcta aplicación de los protocolos sanitarios correspondientes.

Al mismo tiempo, este requerimiento de reingreso, debe ser notificado a la autoridad sanitaria correspondiente para promover su correcta fiscalización y monitoreo.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1: ESCALA CLÍNICA DE FRAGILIDAD (CFS)

 <p>1. En muy buen forma: personas que están fuertes, activas, vigorosas y motivadas, suelen practicar ejercicios con regularidad.</p>	 <p>7. Con fragilidad grave: dependen totalmente para el cuidado personal, aunque parecen estables y sin riesgo de muerte (en 6 meses).</p>
 <p>2. En forma: personas sin síntomas de enfermedad activa, pero que están menos en forma que las de la categoría 1. Suelen ejercitarse o estar muy activas “por temporadas”.</p>	 <p>8. Con fragilidad muy grave: totalmente dependientes, cerca del final de la vida, no se recuperan de las afecciones menores.</p>
 <p>3. En buen estado: personas que tienen bien controladas sus problemas médicos, pero que no hacen actividad física regular, excepto paseos regulares.</p>	<p>9. Enfermo terminal: se aproximan al final de la vida. Personas con esperanza de vida <6 meses y sin otros signos de fragilidad.</p>
 <p>4. Vulnerables: aunque no dependen de otros para la vida diaria, a menudo sus síntomas limitan sus actividades, están “lentos” o “cansados” durante el día.</p>	<p>Evaluación de la demencia:</p> <p>Demencia leve: olvidar los detalles de un acontecimiento reciente aún recordando el evento en sí, repetición de una pregunta y aislamiento social.</p> <p>Demencia moderada: la memoria reciente está muy afectada, recuerdan bien los acontecimientos de su pasado. Con pautas pueden cuidarse solos.</p> <p>Demencia grave: no son posibles los cuidados personales sin ayuda.</p>
 <p>5. Levemente frágiles: tienen un enlentecimiento más evidente y necesitan ayuda para algunas actividades instrumentales (economía, transporte, labores domésticas, medicación).</p>	
 <p>6. Moderadamente frágiles: personas que necesitan ayuda para todas las actividades en el exterior y para realizar las tareas domésticas. En domicilio tiene problemas con las escaleras con el baño, y pueden necesitar ayuda para vestirse.</p>	

Fuente: PROTOCOLO COVID-19 HOSPITAL IFEMA, Madrid 24 de Marzo de 2020, página 1.

ANEXO 2: PERSPECTIVAS ÉTICAS EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS MAYORES CON COVID-19.

La emergencia sanitaria asociada a la pandemia de COVID-19, presentará desafíos constantes a los equipos de salud, como, por ejemplo:

- * La toma de decisiones respecto a cómo priorizar y en que niveles de complejidad;
- * La evaluación comprensiva de las personas mayores y sus necesidades particulares;
- * La decisión de ingresar a hospitalización en contextos de deterioro cognitivo y bajos niveles funcionales, junto a un oportuno y seguro egreso hospitalario;
- * La continuidad de la atención y rehabilitación en la red asistencial.

Dentro de las responsabilidades éticas de los gobiernos y proveedores de salud, se encuentra la de dar la mejor atención posible, de una forma equitativa. Sin embargo, en el contexto de pandemia, aparece un espectro amplio de necesidades de atención de salud, siendo un desafío enorme priorizar entre necesidades de salud que compiten entre sí.

En un posible escenario en el cual se genere una situación de desequilibrio entre las necesidades clínicas reales de la población y la disponibilidad efectiva de recursos, adquirirán una gran relevancia las implicancias éticas que suponen para los equipos de salud la elección de favorecer “la mayor esperanza de vida” entre aquellas personas que deban ser ingresadas a una Unidad de Paciente Crítico o se deban limitar las terapias proporcionales y ajustadas a la esperanza de vida. Al respecto, es importante considerar los llamados cuatro principios básicos de la Bioética: **beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia**, los cuales pueden ayudar a visibilizar los aspectos más concretos de las dimensiones éticas en la toma de decisiones, y se encuentran subordinados al contenido objetivo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Por ejemplo, la limitación del esfuerzo terapéutico (LET), consiste en no aplicar medidas individuales extraordinarias o desproporcionadas para la finalidad terapéutica en un paciente con mal pronóstico de vida. Su práctica es habitual en la medicina y se menciona en la Ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Se pone a la persona al centro, con sus valores, y se decide bajo el principio de la no maleficencia, al no instaurar terapias desproporcionadas. A diferencia del triage, en la LET el centro nunca está puesto en los recursos, y por lo tanto las decisiones son compartidas.

Para el trabajo de atención directa en Geriátrica y Gerontología, los equipos de salud se enfrentan a una serie de situaciones difíciles, que se pueden asociar fundamentalmente a decisiones clínicas, psicosociales y socio sanitarias. Respecto a la proporcionalidad de los cuidados, en el trabajo con personas en etapa de fin de vida, el respeto por la autonomía de la persona mayor en la toma de decisiones, el trabajo con la familia y la posibilidad de hacer frente a distintos tipos de maltrato resultan fundamentales.

Por último, es importante señalar que en el contexto de catástrofe, el triage también pone al centro el problema de los recursos, en donde las decisiones, en general, las toma un equipo independiente al

tratante, no siendo decisiones compartidas con la familia o cuidadores (aunque si deben ser comunicadas) y se orientan bajo el principio de la justicia distributiva. Por lo tanto, en una situación de pandemia, existen algunas consideraciones que se deben reforzar, dentro de las cuales encontramos:

Justicia:

- * No negar admisión a hospitalización sin una evaluación clínica exhaustiva.
- * No discriminar utilizando la edad como criterio por si sola.

Deber de cuidar y consistencia:

- * Ingresar a la persona al nivel asistencial que le corresponda.
- * Planificar anticipadamente los cuidados transicionales.

Administrar recursos y transparencia:

- * Evaluar y priorizar a las personas con mayor posibilidad de supervivencia y calidad de vida.
- * Establecer criterios claros de ingreso a cada una de las unidades de hospitalización.
- * Valoración geriátrica abreviada / evaluación comprehensiva y clasificación de PM

Proporcionalidad y responsabilidad:

- * Evaluar el beneficio en términos de los resultados post alta, considerando años de vida saludable.
- * Usar la proporcionalidad terapéutica.

ANEXO 3. ESCALA DE MOVILIDAD EN ICU.

TIPOS DE CASOS	NO CONTAGIANTE
0. Inmóvil (acostado en la cama)	El personal moviliza o gira el paciente en la cama, pero éste no realiza movimientos de forma activa.
1. Ejercicios en la cama (tumbado o semi-incorporado)	Cualquier actividad en la cama incluyendo lateralizaciones, elevación de cadera, ejercicios activos, cicloergómetro y ejercicios activo-asistidos, pero no sale de la cama ni se sienta en el borde.
2. Movilización pasiva a la silla (sin bipedestación)	Transferencia pasiva a la silla (grúa, elevación pasiva, deslizamiento) sin bipedestación o sedestación en el borde de la cama.
3. Sentado en el borde de la cama	Sedestación activa en el borde de la cama con cierto control de tronco, con o sin ayuda del personal.
4. Bipedestación	Soporta su peso en bipedestación (con o sin ayuda del personal, bipedestador o tabla de verticalización).
5. Transferencia de la cama a la silla	Capaz de desplazarse a la silla caminando o arrastrando los pies. Esto implica la transferencia activa de peso de una pierna a la otra para llegar a la silla. Si el paciente se ha puesto de pie con la ayuda del personal o de un dispositivo médico, éste debe llegar caminando a la silla (no incluye el desplazamiento con bipedestador).
6. Caminar en el mismo lugar (junto a la cama)	Capaz de caminar en el mismo sitio levantando los pies de manera alternada (tiene que ser capaz de realizar 4 pasos, dos con cada pie), con o sin ayuda.
7. Caminar con ayuda de 2 o más personas	Se aleja de la cama/silla caminando al menos 5 metros con ayuda de 2 o más personas.
8. Caminar con ayuda de una persona	Se aleja de la cama/silla caminando al menos 5 metros con ayuda de 1 persona.
9. Caminar autónomamente con ayuda de un andador	Se aleja de la cama/silla caminando con ayuda de un andador, pero sin ayuda de otra persona. En personas en silla de ruedas este nivel de actividad incluye desplazarse al menos a 5 metros de la cama/silla de forma autónoma.
10. Caminar de forma autónoma sin ayuda de andador	Se aleja de la cama/silla caminando al menos 5 metros sin la ayuda de un andador u otra persona.

Fuente: Hodgson C, Needham D, Haines K, Bailey M, Ward A, Harrold M, et al. Feasibility and inter-rater reliability of the ICU Mobility Scale. *Hear Lung*. 2014; 43 (1):19–24.

ANEXO 4: CAM (CONFUSION ASSESSMENT METHOD), ESCALA DIAGNÓSTICA DE DELIRIO.

MÉTODO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CONFUSIÓN EN LA UCI (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit, CAM-ICU*)		
<p>Criterio 1: Comienzo. Es positivo si la respuesta es Sí para 1A o 1B.</p> <ul style="list-style-type: none"> * 1A. ¿Existe evidencia de un cambio agudo en el estado mental en relación al estado basal? * 1B. ¿Ha fluctuado el comportamiento (anormal) en las últimas 24 horas? Es decir, ¿tiene a aparecer y desaparecer, o aumenta y disminuye en intensidad evidenciado por la fluctuación en una escala de sedación (SAS o RASS), Escala de Glasgow o en la evaluación previa de delirium? 	Positivo	Negativo
<p>Criterio 2: Inatención. Es positivo si el puntaje para 2A o 2B es menor a 8 de un máximo de 10.</p> <ul style="list-style-type: none"> * 2A. Comience con el componente auditivo del Examen para Evaluación de la Atención (ASE, Attention Screening Examination). Si el paciente es capaz de hacer esta prueba y la puntuación es clara, anote esta puntuación y pase al punto 3. * 2B. Si el paciente no es capaz de realizar la prueba auditiva o la puntuación no es clara y existen dudas, proceda a aplicar la prueba visual. Si se aplican las dos pruebas, use el resultado del ASE visual para la puntuación. 	Positivo	Negativo
<p>Criterio 3. Pensamiento desorganizado. Es positivo si el puntaje combinado (3A+3B) es menor a 4 de un máximo de 5.</p> <p>3A. Preguntas de Sí o No (usar Grupo A o Grupo B, alternar los grupos en días consecutivos si lo considera necesario):</p> <ul style="list-style-type: none"> * Grupo A ¿Puede flotar una piedra en el agua? ¿Existen peces en el mar? ¿Pesa un kilo más que dos kilos? ¿Se puede usar un martillo para clavar un clavo? * Grupo B ¿Puede flotar una hoja en el agua? ¿Existen jirafas en el mar? ¿Pesan dos kilos más que un kilo? ¿Se puede usar un martillo para cortar madera? <p>3B. Órdenes. Diga al paciente: “Muéstreme cuántos dedos hay aquí”. Enseñar 2 dedos, colocándose delante del paciente. Posteriormente dígame: “Haga lo mismo con la otra mano”. Si el paciente es incapaz de mover ambos brazos, para la segunda parte de la orden dígame: “Agregue un dedo más” Puntaje: El paciente obtiene un punto si es capaz de obedecer ambas órdenes.</p>	Positivo	Negativo
<p>Criterio 4. Nivel de conciencia alterado. Es positivo si la SAS es diferente a 4 o la RASS es diferente a 0 CAM-ICU total. La presencia de los criterios 1 y 2, y cualquiera de los criterios 3 o 4, confirman la presencia de delirium</p>	Positivo	Negativo

Fuente: Adaptado de Tobar E, et al. Medicina Intensiva 2010. Tobar E, Rojas V, Álvarez E, Romero C, Sepúlveda M, Caciqueo M, Martínez F, Aranda R, Sánchez J, Vidal F, Bugedo G (2020) Recomendaciones SoChiMI, en analgesia, sedación, delirium y bloqueo neuromuscular en pacientes críticos. Revista Chilena de Medicina Intensiva, 34 (2) Recuperado de <https://www.medicina-intensiva.cl/revista/articulo.php?id=5>.

ANEXO 5: TABLA FÁRMACOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS.

	AMIODARONA	Tener precaución con fármacos que pueden prolongar el QT del ECG (neurolépticos, antidepresivos, prokinéticos, macrólidos)
	DIGOXINA	Pacientes con VFG<30ml/min/1,73 m2:alto riesgo de intoxicación digitálica. En FA existen alternativas más seguras y efectivas para el control de frecuencia(betabloqueadores). En ICC, evidencia no concluyente respecto a relación riesgo/beneficio.
	AINES	Riesgo de deterioro de la función renal(preferir paracetamol) Riesgo de hemorragia digestiva(>ketorolaco) y úlcera péptica(corticoide oral /parenteral aumenta riesgo: considerar IBP) Riesgo de descompensar ICC, aumentar presión arterial, múltiples interacciones (preferir paracetamol)
	OPIOIDES	Desorientación, delirium, constipación, retención urinaria. Interacción con benzodiacepinas: depresión SNC(potencialmente fatal)
	BENZODIACEPINAS	Riesgo de exacerbación de insuficiencia respiratoria. Riesgo de sedación prolongada, delirium, deterioro cognitivo, trastorno de equilibrio, caídas. Encaso de uso crónico se sugiere no suspender y evaluar cambio a lorazepam en dosis bajas.
	HIPNÓTICOS Z	Pueden causar sedación diurna prolongada, delirium, ataxia, pesadillas y caídas (preferir trazodona o melatonina)
	NEUROLÉPTICOS	Riesgo de efectos extrapiramidales graves, hipotensión, trastorno de la marcha, caídas. En pacientes con demencia podrían aumentar el riesgo cardiovascular, de desarrollar un accidente vascular encefálico y de mortalidad. No deben ser usados como hipnóticos (preferir trazodona o melatonina)
	ANTICOLINÉRGICOS	Desorientación, sedación, delirium, constipación, retención urinaria (anticolinérgicos potentes: clorfenamina, antidepresivos tricíclicos, relajantes musculares)
	METOCLOPRAMIDA	Pueden provocar efectos extrapiramidales: rigidez, disquinesia(aumenta riesgo en falla renal, requiere ajuste, 50% de dosis habitual)



Usar con precaución



Evitar uso

Fuente: Denis O 'Mahony, David O' Sullivan, Stephen Byrne, Marie Noelle O 'Connor, Cristin Ryan, Paul Gallagher, Corrigendum: Criterios STOPP / START para prescripciones potencialmente inapropiadas en personas mayores: versión 2, Edad y envejecimiento, Volumen 47, Número 3 de mayo de 2018.

ANEXO 6: ESCALA DE RIESGO COLINÉRGICO.

Escala de riesgo anticolinérgico (ARS)		
Bajo riesgo (1 punto)	Riesgo medio (2 puntos)	Riesgo alto (3 puntos)
<ul style="list-style-type: none"> * Carbidopa-levodopa. Entacapona * Haloperidol. * Metoclopramida. * Mirtazapina. * Paroxetina. * Pramipexol. * Quetiapina. * Ranitidina. * Risperidona. * Selegilina. * Trazodona * Ziprasidon. 	<ul style="list-style-type: none"> * Baclofeno. * Cetirizina. * Cimetidina. * Clozapina. * Loperamida. * Loratadina. * Nortriptilina. * Olanzapina. * Pseudoefedrina. 	<ul style="list-style-type: none"> * Amitriptilina. * Atropina. * Clorfeniramina. * Clorpromacina. * Ciproheptadina. * Difenhidramina. * Flufenacina. * Hidroxicina. * Imipramina. * Oxibutinina. * Perfenazina. * Prometazina.

Fuente: Elaboración propia. basada en: Rudolph JL, Salow MJ, Angelini MC, McGlinchey RE. The anticholinergic risk scale and anticholinergic adverse effects in older persons. Arch Intern Med. 2008; 168(5):508-13.

ANEXO 7: SCORE NAC CURB-65 O PSI/PORT

Características.	Puntos asignados.
Demográficos.	
Edad Hombre-Mujer Asilo para ancianos	Edad (Años) Edad (Años)+10 +10
Enfermedades coexistentes.	+30
Enfermedad neoplásica	+20
Enfermedad hepática	+10
Insuficiencia cardíaca congestiva	+10
Enfermedad cerebrovascular	+10
Enfermedad renal	
Hallazgos al examen físico.	+20
Alteración del estado mental	+20
Frecuencia respiratoria ≥ 30 r/p	+20
Presión arterial sistólica < 90 mmHg	+15
Temperatura < 30 OC o ≥ 40 OC	+10
Pulso ≥ 125 p/p	
Hallazgos de laboratorio y Radiológicos.	+30
pH arterial < 7.35	+20
BUN ≥ 30 mg/dL	+20
Sodio < 130 mmo/l	+10
Glucosa ≥ 250 mg/dL	+10
Hematocrito $< 30\%$	+10
Presión arterial de oxígeno < 60 mmHg o saturación de oxígeno $< 90\%$ en el oxímetro de pulso	+10
Derrame pleural	
Puntuación.	
≤ 70 (Clase II) 71-90 (Clase III)	
91-130 (Clase IV)	
> 130 (Clase V)	

Fuente: López, J., Tierra, D., Sánchez, M., Arrobo, L., Hidalgo, J., & Freire, C. (2018). Neumonía adquirida en la comunidad y principales métodos de predicción de severidad. *Latinoamericana De Hipertensión*, 13(2). Disponible en http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_lh/article/view/15265

ANEXO 8: ESCALA DE DISNEA DE BORG.

Escala de 10 grados	
Valor	Apreciación
0	Nada
0,5	Muy muy leve, Apenas apreciable
1	Muy leve
2	Leve
3	Moderado
4	Algo fuerte
5	Fuerte o intensa
6	Fuerte o intensa
7	Muy fuerte
8	Muy fuerte
9	Muy fuerte
10	Muy muy fuerte, (submáxima)

Fuente: Aros F, Boraita A, Alegria E, Alonso AM, Bardaji A, Lamiel R et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en pruebas de esfuerzo. Rev.Esp.Cardiol.2000; 53: 1063-94.

IX. ABREVIACIONES

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ESPII: Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional.

MINSAL: Ministerio de Salud.

COVID-19: Enfermedad por Coronavirus 2019.

IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave.

APS: Atención Primaria de Salud.

SARS: Síndrome Respiratorio Agudo Severo.

EPP: Elementos de Protección Personal.

ISP: Instituto de Salud Pública.

ELEAM: Establecimiento de larga estadía para el adulto mayor

PM: Persona Mayor.

X. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Infección por Coronavirus [Internet]. <https://www.who.int/>. 2020 [citado 20 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/topics/coronavirus_infections/es/
2. Malone M, Hogan T, Perry A, Biese K, Bonner A. COVID-19 en adultos mayores: punto claves para proveedores del departamento de emergencias. GEDC. 03 de 2020;1(4):1-11.
3. Huenchuan S, editor. Envejecimiento, personas mayores y agenda 2030 para el desarrollo sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos. [Internet]. Naciones Unidas: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); 2018 [citado 20 de julio de 2020]. 259 p. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Lista de verificación de alistamiento para la respuesta al COVID-19 en Hospitales [Internet]. Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2020 [citado 20 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/lista-verificacion-alistamiento-para-respuesta-al-2019-ncov-hospitales>
5. MINSAL. Circular C37 N°10. Recomendaciones sobre aseo y desinfección de superficies ambientales para la prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) [Internet]. MINSAL; 2018 [citado 20 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/Circular-N-10-2019-Recomendaciones-sobre-Aseo-y-Desinfeccio%CC%81n-de-Superficies-Ambientales-para-la-Prevencio%CC%81n-de-IAAS.pdf>
6. MINSAL CA de ÉA del M de S. Recomendaciones para los comités de ética asistencial en el apoyo de toma de decisiones éticas de los equipos de salud, en contexto de pandemia por COVID-19 [Internet]. MINSAL; 2020. Disponible en: https://www.nefro.cl/covid/img/noticias/RECOMENDACIONES_PARA_LOS_CEA_COVID-19.pdf
7. Shahid Z. COVID-19 And Older Adults: What We Know. JAGS. 04 de 2020; 68(5):1-7.
8. Hwang U, Malsch A, Biese K, Inouye S. Preventing and Managing Delirium in Older Emergency Department (ED) patients during the COVID-19 Pandemic. GEDC. 03 de 2020; 1(1):1.
9. SENAMA, MINSAL, SGGCH. Fase III y IV: protocolo de recomendaciones para la prevención y atención del COVID-19 en centros residenciales ambulatorios y club de adultos mayores. [Internet]. SENAMA; 2020. Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/-Fases_3_y_4_Protocolo_COVID-19_y_Personas_Mayores_-002.pdf
10. Sociedad Médica de Cuidados Paliativos de Chile, Sociedad de Geriatría y Gerontología de Chile, Sociedad de Medicina Intensiva de Chile, Sociedad Chilena de Medicina de Urgencia. Recomendaciones para el manejo de pacientes con enfermedades limitantes de vida y COVID-19 [Internet]. Santiago, Chile; 2020 04 [citado 20 de julio de 2020] p. 14. Reporte No.: Versión 1.3. Disponible en: <http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/03/Recomendaciones-Sociedad-Me%C3%ACdica-de-Cuidados-Paliativos.pdf>

11. Grupo de Trabajo de Bioética SE de MIC y UC (SEMICYUC). Recomendaciones para la toma de decisiones éticas en la situación excepcional de pandemia COVID-19, en las unidades de Cuidados Intensivos [Internet]. SEMICYUC; 2020. Disponible en: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf
12. Bachmann S, Finger C, Huss A, Egger M, Stuck A, Clough-Gorr K. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. 340. 04 de 2020; 1718(1230):1-11.
13. Sociedad de Medicina Intensiva de Chile. Recomendaciones para el manejo de la insuficiencia Respiratoria Aguda en pacientes con Neumonía por Coronavirus. [Internet]. Santiago, Chile: Sociedad de Medicina Intensiva de Chile; 2020 02 p. 8. Reporte No.: V 1.0. Disponible en: https://www.medicina-intensiva.cl/site/covid/guias/RECOMENDACIONES_MANEJO_INSUFICIENCIA_RESPIRATORIA2020.pdf
14. MINSAL. Orientación técnica de atención integral para personas mayores frágiles en unidades geriátricas de agudos (UGA) [Internet]. MINSAL; 2018. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-de-Atenci%C3%B3n-Integral-para-Personas-Mayores-Fr%C3%A1giles-en-Unidades-Geri%C3%A1tricas-de-AgudosUGA.pdf>
15. Martínez-Velilla N, Casas-Herrero Á, Zambón-Ferrareci F, Sáez de Asteasu M. Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern. 01 de 2019; 179(1):28-36.
16. Wilches E, Hernández N, Siriani de Oliveira AM. ICU Mobility Score (Perme Score) and the ICU Mobility Scale (IMS): translation and cultural adaptation for the Spanish language. Translation and cultural adaptation for the Spanish. Colombia Médica, Universidad del Valle. 12 de 2018; 49(4):265-72.
17. Landi F, Picca A, Calvani R, Marzetti E. Anorexia of Aging: Assessment and Management. Clinical Geriatric Medical. 08 de 2017; 33(3):315-23.
18. Cho S, Lau J, Tandon V. Geriatric drug evaluation: where are we now and where should we be in the future? JAMA Intern. 05 de 2011; 171(10):937-40.
19. Weng MC et al. The impact of number of drugs prescribed on the risk of potentially inappropriate medication among outpatient older adults with chronic diseases. International Journal of Medicine. 07 de 2013; 106(11):1009-15.
20. Holroyd-Leduc J et al. The relationship of indwelling urinary catheters to death, length of hospital stay, functional decline, and nursing home admission in hospitalized older medical patients. J Am Geriatr Soc. 02 de 2007; 55(2):227-33.
21. Covinsky K et al. Hospitalization-associated disability: «She was probably able to ambulate, but I'm not sure». JAMA. 10 de 2011; 306(16):1782-93.

22. Sociedad Chilena de Infectología, Sociedad de Medicina Intensiva de Chile, Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias. Recomendaciones de Estudio y Manejo Farmacológico en pacientes Adultos con Sospecha de Infección por SARS-CoV-2 (COVID-19). [Internet]. Santiago, Chile: Sociedades Chilenas de: Infectología, Medicina Intensiva y Enfermedades Respiratorias; 2020 03 [citado 20 de julio de 2020] p. 11. Reporte No.: V 1.0. Disponible en: https://serchile.cl/site/docs/terapia_adultos_covid.pdf
23. MINSAL. Recomendaciones Clínicas basadas en Evidencia Coronavirus/COVID-19: uso de Cloroquina o Hidroxicloroquina en personas con COVID-19. [Internet]. Santiago, Chile: MINSAL; 2020 06 p. 9. Reporte No.: 1. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/temas-de-salud/temas-de-salud/guias-clinicas-no-ges/guias-clinicas-no-ges-enfermedades-transmisibles/covid-19/recomendaciones/>
24. Organización Panamericana de la Salud (OPS) CA. Guía para el Cuidado Crítico de Pacientes Adultos Graves con Coronavirus (COVID-19) en las Américas [Internet]. OPS; 2020 04 p. 67. Reporte No.: Versión larga N°1. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/guia-para-cuidado-critico-pacientes-adultos-graves-con-coronavirus-covid-19-americas>
25. Consejo Asesor COVID-19 M. Minuta: Criterios para determinar a un paciente COVID-19 sin riesgo de contagio [Internet]. Santiago, Chile: MINSAL; 2020 04 p. 4. Reporte No.: 1. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/04/Minuta-criterios-Comit%C3%A9-Asesor-para-altas-por-COVID-19-_140420.pdf
26. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Consideraciones SEIMC para dar de alta a personal sanitario con COVID-19 [Internet]. España: SEIMC; 2020 03 p. 3. Reporte No.: 1. Disponible en: https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/recomendaciones/seimc-rc-2020-alta_personal_sanitario_con_covid-19.pdf



PLAN DE ACCIÓN
CORONAVIRUS
COVID-19