



**SOCIEDAD DE GERIATRÍA Y  
GERONTOLOGÍA DE CHILE**  
[www.socgeriatria.cl](http://www.socgeriatria.cl)

## **Recomendaciones para el manejo no infectológico de la persona mayor hospitalizada con COVID-19**

Abril 2020

## **Introducción y contexto:**

COVID-19 es una enfermedad nueva de la que estamos aprendiendo día a día. Desde las primeras descripciones de ésta en China se ha observado que las personas mayores tienen un mayor riesgo de cursar con presentaciones graves de la enfermedad, requiriendo cuidados hospitalarios para su manejo. Datos del CDC muestran que entre un 31 y 70% de las personas mayores de 85 años con COVID-19 en Estados Unidos requiere de hospitalización, y que entre el 6 y 29% de ellos requieren ingreso a la unidad de cuidados intensivos.

Las personas mayores con mayor frecuencia presentan comorbilidad, deterioro funcional y polifarmacia, características lo que los hace más vulnerables en caso de requerir hospitalización. Esto se traduce en eventos adversos importantes incluidas complicaciones nosocomiales, reacciones adversas a medicamentos, delirium y pérdida de funcionalidad durante la hospitalización. De manera similar, algunas características asociadas al cuidado hospitalario, como son el reposo en cama a veces innecesario, el uso de dispositivos invasivos y la malnutrición entre otros, favorecen la pérdida funcional y el desarrollo de comorbilidades en esta población.

A pesar de que las personas mayores son el principal usuario de camas hospitalarias, de la evidencia que muestra el mayor riesgo de complicaciones intrahospitalarias de esta población y de la existencia de medidas eficientes en la prevención de estas, la mayoría de los integrantes del equipo de salud no han sido capacitados para cuidar a personas mayores hospitalizadas.

Existen una serie de intervenciones, validadas en ensayos clínicos, que han demostrado mejorar desenlaces clínicos relevantes en personas mayores hospitalizadas, en especial su funcionalidad al egreso, desenlace directamente relacionado con la calidad de vida de los pacientes y los costos asociados a su cuidado a mediano y largo plazo. Estas intervenciones constituyen el eje central de los cuidados geriátricos hospitalarios.

La excesiva demanda asistencial, la mayor ausentabilidad del personal de salud, (que ha llevado en muchos países a la reasignación de actividades de médicos de distintas especialidades), y el uso de medidas de protección personal (EPPs), impuestas por la actual pandemia por COVID-19, determinarán importantes barreras a la implementación de intervenciones orientadas a mejorar los cuidados de las personas mayores hospitalizadas.

## **Objetivo y alcances**

Considerando estos elementos, el objetivo de este documento, es entregar una serie de recomendaciones prácticas basadas en evidencia, orientadas a mejorar la calidad del cuidado de las personas mayores hospitalizadas por COVID-19 en unidades de baja complejidad.

Estas guías fueron concebidas en un ambiente de crisis sanitaria en la que el país se prepara para enfrentar una alta demanda de servicios sanitarios por parte de la población, que podrían incluso colapsar nuestro sistema de salud. En este sentido, estas recomendaciones tienen detrás un espíritu de simplicidad orientado a facilitar su implementación en un ambiente de crisis, acercando los principios de la geriatría al personal de salud no capacitado en este conocimiento, y no buscan de ninguna manera abarcar el conocimiento de la especialidad en su totalidad.

## Temario

Para facilitar la entrega de la información, un panel de expertos perteneciente a la Sociedad de Geriatría y Gerontología de Chile, consensuó 7 medidas básicas para el cuidado de la persona mayor hospitalizada. Estas se entregan mediante una infografía para facilitar su difusión (Figura 1), y se detallan en este documento. Estas 7 recomendaciones debieran ser parte de la visita diaria a una persona mayor hospitalizada.

Figura 1



# Promover la funcionalidad. Incentivar el ejercicio aún en condiciones de aislamiento

**Dr Felipe Salech<sup>1,2</sup> - Klgo Raúl Fernández<sup>1</sup>**

Sección de Geriátría, Hospital Clínico Universidad de Chile  
Unidad de Cuidados del Adulto Mayor, Clínica Las Condes

## Contexto:

Las personas mayores hospitalizadas por patología aguda pasan la mayor parte del tiempo en cama, deteriorando su estado funcional. Varios factores determinan este fenómeno, destacando la idea de que reducir la movilidad evitará caídas, además de una cultura de reposo en cama en el diseño hospitalario. Existe evidencia que demuestra que el ejercicio y los protocolos de rehabilitación intrahospitalaria previenen el deterioro funcional y cognitivo en pacientes mayores, y se asocian con menores estadías y costos más bajos. El contexto de pandemia por COVID-19 impone barreras a la realización de actividad física intrahospitalaria relacionadas con la saturación de servicios de salud generando una menor disponibilidad de personal para implementar la rehabilitación. También se observan restricciones en relación al uso de equipos de protección personal (PPE) para cada intervención pues este recurso que escaseará en forma progresiva, por lo que es prioritario racionalizar su uso.

## Recomendaciones:

La principal recomendación es promover activamente que las personas mayores realicen actividad física durante su hospitalización, y en situación de escasez de recursos es fundamental NO DEJAR DE PROMOVERLO, buscando formas alternativas para su implementación.

1) Evitar la indicación de reposo absoluto. Incluso en condiciones de aislamiento y salas llenas de pacientes es posible promover la actividad física en la propia cama del paciente: Dependiendo del contexto se puede recomendar movilización activa de extremidades superiores e inferiores en la propia cama del paciente, entrenar el paso a la posición sedente y giros apoyándose de las barandas de la cama, así como mantener posición sedente borde cama en aquellos pacientes con mejor nivel de motilidad (Anexo 1)

2) Establecer el basal funcional y realizar seguimiento de evolución. Esto habitualmente se logra con la aplicación de escalas como DEMMI, SPPB u otras. Sin embargo en contexto de alta demanda asistencial es recomendable el uso de escalas sencillas, de rápida aplicación y que no

utilicen implementos para su ejecución. Un ejemplo de estas escalas es la ICU Mobility Scale ("IMS"), que clasifica a los pacientes de 0 a 10 donde 0 es un paciente en cama que no puede moverse en absoluto y 10 un paciente que logra caminar sin asistencia. El tiempo de aplicación de esta escala es menor a un minuto. (Anexo 2)

3) Al implementar actividades kinésicas, se recomienda al menos una intervención al día (en la medida de lo posible), aprovechando cada intervención para educar al paciente sobre ejercicios que pueda desarrollar de manera independiente hasta una nueva intervención.

4) Es recomendable que todo personal de salud que tenga contacto con el paciente aproveche su intervención para reforzar la ejecución de actividad física.

5) Durante todo el proceso se debe asegurar el adecuado uso de PPE. En este sentido es recomendable suspender actividades kinésicas grupales. De ser posible, se pueden implementar formas alternativas de entregar actividad kinésica por ejemplo mediante videos pre-grabados que muestren cómo ejecutar actividad física por el propio paciente, siguiendo las instrucciones.

## Referencias:

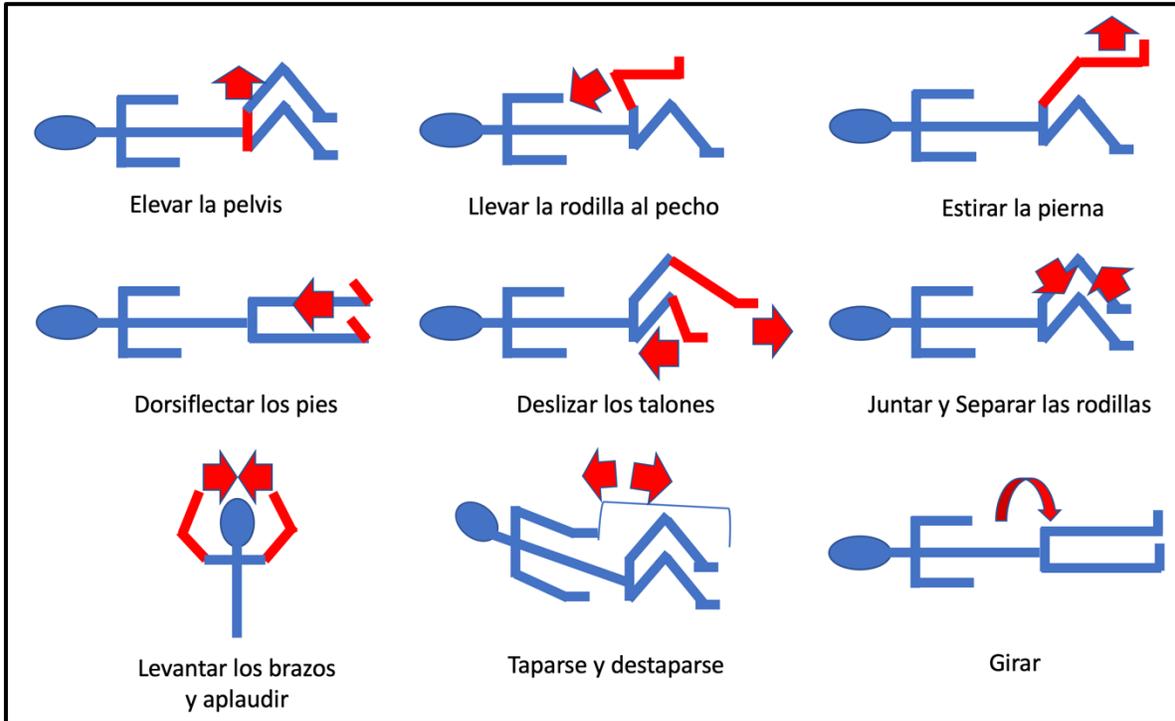
1. Bachmann S, Finger C, Huss A, Egger M, Stuck AE, Clough-Gorr KM. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2010 Jun 5;340(7758):1230.

2. Izquierdo M, Martínez-Velilla N, Casas-Herrero A, Zambom-Ferraresi F, Sáez De Asteasu ML, Lucia A, et al. Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2019 Jan 1;179(1):28–36.

3. Luna ECW, Hernández NL, Oliveira AS de, Nawa RK, Perme C, Gastaldi AC. Perme ICU Mobility Score (Perme Score) and the ICU Mobility Scale (IMS): translation and cultural adaptation for the Spanish language. *Colomb Médica C*. 2018;49(4):265.

## Anexo 1

### Ejemplos de actividad física a realizar en la propia cama



## Anexo 2

### ICU Mobility Scale (IMS)

0	Sin Movimiento
1	Sentado en cama, movimiento pasivo en cama
2	Transferencia pasiva a sillón (Asistencia máxima)
3	Sedente borde cama (Puede requerir asistencia menor para lograrlo)
4	Bipedestación (Puede requerir asistencia menor para lograrlo)
5	Transferencia cama-sillón
6	Da pasos asistido
7	Camina con asistencia 2 personas
8	Camina con asistencia de 1 persona
9	Camina con ayuda técnica
10	Camina sin asistencia

El score de cada paciente corresponde al mejor rendimiento motor que el paciente es capaz de lograr al momento de la evaluación. Su aplicación repetida permite trazar la evolución motora del paciente durante la hospitalización.

# Asegurar una adecuada ingesta hídrica y nutricional, con la consistencia apropiada

**Dra María Inés Becerra <sup>1</sup>**

Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Universidad de Valparaíso y Universidad Andrés Bello

## **Contexto:**

Uno de los riesgos asociados a la hospitalización en personas mayores es la malnutrición. La infección por COVID-19 puede agravarla dado que genera síntomas como fatiga, anorexia, disnea y tos, reportándose deshidratación e ingesta inadecuada los días previos al ingreso. Se ha demostrado que en cuadros de gravedad se liberan mediadores inflamatorios que son potentes anorexígenos, situación que influye en la ingesta del paciente. Además hay aumento del catabolismo proteico lo cual condiciona un aumento de su requerimiento.

En las personas mayores existen varios factores que pueden limitar una ingesta adecuada: disminución de la secreción salival, alteraciones de la dentadura y de la percepción de los sabores, trastornos de deglución, deterioro cognitivo y/o anímico, delirium, dolor, problemas de movilidad. Factores ambientales como la presencia de un cuidador cuando se requiera, las contenciones físicas, una posición adecuada y distractores al momento de comer tendrán influencia en el manejo nutricional.

Existen varias herramientas de tamizaje nutricional, pero en personas mayores el Mini Nutritional Assessment (MNA) está validada y permite identificar aquellos que se encuentran mal nutridos o en riesgo de malnutrición. La forma abreviada es un cribado rápido que tiene una buena correlación con el status nutricional y permite establecer un plan de tratamiento y monitorearlo.

Se presentan a continuación factores que atender e intervenir en su estadía hospitalaria en para asegurar una buena ingesta nutricional e hídrica.

## **Recomendaciones:**

El plan de acción se destina a mejorar la ingesta a través de intervenciones en factores del paciente, calidad y cantidad de nutrientes y el ambiente.

**1. Asegurar el uso de prótesis dental y lentes:** para lograr ingesta de consistencias habituales y lograr distinción de alimentos.

**2. Revisión farmacológica:** fármacos anticolinérgicos como relajantes musculares y neurolépticos provocan xerostomía que obstaculiza la fase oral. Algunos inhibidores selectivos de recaptura de serotonina ISRS y la digoxina tienen propiedades anorexígenas. Depresores del sistema nervioso disminuyen el estado de vigilia,

dificultando la ingesta y pudiendo propiciar neumonías aspirativas.

**3. Evaluación deglutoria y modificación de consistencias:** en personas mayores frágiles podemos encontrar presbifagia o disfagia en distintos grados. Debe considerarse evaluación fonaudiológica para adecuar las consistencias de comidas y líquidos. Considerar alimentos de preferencia de características húmedas y líquidos con espesantes o papillas según sea necesario.

**4. Elegir la vía oral siempre que sea posible:** en el caso de considerarse el uso de dispositivo de alimentación artificial, debe ser reevaluada periódicamente su indicación.

**5. Utilización de suplementos nutricionales:** el uso de suplementos en cuadro agudo ha demostrado disminuir las rehospitalizaciones y evitar la pérdida de peso. Pueden adherirse como módulo proteico a cada comida o como suplemento "shake" junto con alguna de las comidas principales. En pacientes graves con COVID-19 se recomiendan 30 kcal/kg y 1,5 a 2,0 gramos de proteína/kg, en los menos graves la recomendación habitual es de 1-1,2 gr/proteínas/kg.

**6. Respetar preferencias personales:** indagar sobre su historia intentando presentar alternativas atractivas según sus gustos y cultura.

**7. Evitar dietas restrictivas:** al cursar una enfermedad aguda es innecesaria la restricción calórico proteica.

**8. Manejo del ambiente y cuidador:** vigilar la necesidad de asistencia para alimentarse. Procurar calma en el acto de comer, tomando en cuenta la probable disnea. Asegurar postura mínima de 75° (bien sentado) y uso de naricera en comidas si requiere O2 suplementario. Es importante el uso de PEE en quien asista a la alimentación.

**9. Vigilar tránsito intestinal:** al presentar constipación, las PM tienden a evitar ingesta. La deambulación promueve peristaltismo y el gasto calórico es orexígeno, promoverla. Vigilar activamente la presencia de deposiciones y aumentar la ingesta de agua y fibras; considerar laxantes preventivos (de preferencia PEG o lactulosa) y enema en caso de no presentarlas en más de tres días.

**Referencias:**

1. Morton et al. Hazards of Hospitalization in the Elderly. *Annals of Internal Medicine*. 1993;118:219-223.
2. XY Li et al. The Keyoints in Treatment of the Critical Coronavirus Disease 2019 Patient. *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi*, 43 (0), E0262020 Feb 29
3. Landi et al. Anorexia of Aging: Assessment and Manegement. *Clin Geriatr Med*; 33 (3).315-323
4. Deutz et al. Readmission and Mortality in Malnourished, Older, Hospitalized Adults Treated With a Specialized Oral Nutritional Supplement: A Randomized Clinical Trial. *Clin Nutr*, 35 (1), 18-26, Feb 2016
5. Li Xuyan et al. Reflections on the treatment of critically new coronavirus pneumonia. *Chinese Journal of Tuberculosis and Respiratory Diseases*, 2020, 43
6. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging* 2006;10:456-465.
7. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront* 2001;56A: M366-377.
8. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006; 10:466-487.
9. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging* 2009; 13:782-788.

# Mini Nutritional Assessment

## MNA<sup>®</sup>

Nestlé  
Nutrition Institute

Apellidos:		Nombre:		
Sexo:	Edad:	Peso, kg:	Talla, cm:	Fecha:

Responda al cuestionario eligiendo la opción adecuada para cada pregunta. Sume los puntos para el resultado final.

### Cribaje

**A Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?**

0 = ha comido mucho menos

1 = ha comido menos

2 = ha comido igual

**B Pérdida reciente de peso (<3 meses)**

0 = pérdida de peso > 3 kg

1 = no lo sabe

2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg

3 = no ha habido pérdida de peso

**C Movilidad**

0 = de la cama al sillón

1 = autonomía en el interior

2 = sale del domicilio

**D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?**

0 = sí

2 = no

**E Problemas neuropsicológicos**

0 = demencia o depresión grave

1 = demencia leve

2 = sin problemas psicológicos

**F1 Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)<sup>2</sup>**

0 = IMC < 19

1 = 19 ≤ IMC < 21

2 = 21 ≤ IMC < 23

3 = IMC ≥ 23

SI EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL NO ESTÁ DISPONIBLE, POR FAVOR SUSTITUYA LA PREGUNTA F1 CON LA F2.  
NO CONTESTE LA PREGUNTA F2 SI HA PODIDO CONTESTAR A LA F1.

**F2 Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)**

0 = CP < 31

3 = CP ≥ 31

**Evaluación del cribaje**  
(max. 14 puntos)

12-14 puntos: estado nutricional normal

8-11 puntos: riesgo de malnutrición

0-7 puntos: malnutrición

Más información en: [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com).

# Prevenir el Delirium. Corregir y evitar sus precipitantes, implementar medidas ambientales

**Dra. Marcela Carrasco<sup>1</sup> - Dra. Paola Fuentes<sup>2</sup>**

1 Sección de Geriatria, Escuela de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

2 Hospital Naval A. Nef, Universidad Andrés Bello, Universidad de Valparaíso

## Contexto:

El Delirium es un síndrome clínico caracterizado por un cambio agudo y fluctuante de las funciones cognitivas y nivel de atención. Es frecuente en personas mayores, especialmente a mayor edad y gravedad, dificultando el manejo hospitalario y aumentando el riesgo de complicaciones. Su origen es generalmente multifactorial, correspondiendo a una emergencia médica que requiere identificar el o los causantes. Surge como la interacción entre factores predisponentes (edad avanzada, deterioro cognitivo, antecedente de delirium previo, déficit sensorial, alta carga de comorbilidad, deterioro funcional) y factores precipitantes. Dentro de estos últimos, el COVID 19 puede actuar como un precipitante de delirium, ya sea presentándose en el debut de la enfermedad o durante su evolución. También puede ser gatillado por fiebre e hipoxemia asociada a la enfermedad. Además puede contribuir al delirium el aislamiento al que se ven sometidos los pacientes con COVID-19. Si se suma la hipoacusia, el uso de mascarillas dificulta la comunicación con los pacientes, debiendo ser considerado en el manejo del delirium.

## Diagnóstico:

Puede realizarse usando los criterios de CAM (Confusion Assesment Method), considerándose positivo si se encuentran presentes los dos primeros enunciados (a + b) y uno de los restantes (c ó d):

- a. Cambio del estado mental de inicio agudo y curso fluctuante (durante el día)
- b. Inatención
- c. Pensamiento desorganizado
- d. Alteración del nivel de conciencia

## Recomendaciones:

### 1) Evitar y vigilar precipitantes de delirium:

Considerar los siguientes factores y corregirlos: deshidratación, hipoxemia, fiebre, constipación, retención aguda de orina, dolor, infecciones, fármacos anticolinérgicos, medidas de contención física, privación de Benzodiazepinas o alcohol, etc.

### 2) 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. Promover higiene de sueño es muy relevante, especialmente en el contexto de turnos

agitados: evitar ruidos ambientales, intentar luces bajas.

3) A pesar de que en contexto de COVID-19 las visitas en el hospital están restringidas y debe usarse equipo de protección personal, es importante **mantener la calma y favorecer la comunicación** cada vez que sea posible con los adultos mayores.

4) Fomentar el **tamizaje de delirium para detección precoz (Criterios de CAM)**

5) Si el **paciente presenta delirium siempre buscar el o los factores precipitantes** (recordar que mayoría de las veces es multifactorial).

6) En caso de delirium hiperactivo, intente calmar al paciente 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 tabla). Utilizar la dosis mínima efectiva por el tiempo mínimo posible. Considerar el riesgo de prolongación del QT de neurolepticos (Precaución con alteración hidroelectrolítica, asociación con otros fármacos que prolongan QT como antivirales, macrólidos, cloroquina/hidroxicloroquina)\*

7) Si se ocupa fármacos se debe vigilar en forma sistemática signos vitales y nivel conciencia hasta que la situación se estabilice.

8) Evitar complicaciones como inmovilidad, úlceras por presión, caídas, deshidratación, malnutrición, sobredosificación y neumonía aspirativas

9) El delirium puede causar mucha angustia en las familias y el personal de salud, en lo posible eduque sobre la condición y evolución.

## Referencias:

1. Inouye, S.K., Delirium in older persons. N Engl J Med, 2006. 354(11): p. 1157-65.

2. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med. 1990;113(12):941-948.

3. Delirium prevention, diagnosis and management guideline (updated 2019). Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103> [Accessed 18 March 2020]

4. <https://www.bgs.org.uk/resources/coronavirus-managing-delirium-in-confirmed-and-suspected-cases>

**Tabla 1:  
Recomendación de medicamentos y dosis en caso de delirium hiperactivo**

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

# Registrar fármacos de uso crónico, revisar diariamente medicamentos indicados y evitar aquellos inapropiados

Dr Ademir Estrada<sup>1</sup> – QF Daniel Palma PhD<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sección de Geriátrica, Hospital Clínico, Universidad de Chile

## Introducción y contexto

La población geriátrica es particularmente vulnerable a las reacciones adversas a medicamentos (RAM) debido a condiciones inherentes del envejecimiento, a través de cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos que afectan a muchos grupos terapéuticos. Por otro lado, la mayor frecuencia de enfermedades los expone a polifarmacia y a síndromes geriátricos no pesquisados como deterioro cognitivo. La polifarmacia incrementa las interacciones potenciales entre fármacos, asociándose con falta de adherencia a la terapia y aumento de las hospitalizaciones. Finalmente, la prescripción inapropiada de medicamentos, que en conjunto incrementan el riesgo de hospitalización, la estadía hospitalaria, las reacciones adversas e incluso la muerte.

En este escenario, la hospitalización representa otro momento de riesgo para la población geriátrica, y más aun si la persona mayor se encuentra en condición de fragilidad y con patología COVID-19.

## 1.Registrar los fármacos de uso crónico y polifarmacia

Para evitar la falta o exceso de terapia, la conciliación farmacológica debe realizarse al ingreso, durante la hospitalización y al alta.

### Recomendaciones

**a.Conciliación farmacoterapéutica:** El propósito es detectar y resolver discrepancias entre la prescripción médica y lo utilizado por el paciente. En ese aspecto, el listado a conciliar debe contener todos los medicamentos prescritos y/o automedicados, con su respectivo nombre, dosis, frecuencia, vía de administración y uso.

**b.Registrar diariamente los medicamentos de uso crónico:** El objetivo es evaluar seguridad y efectividad de la terapia. Al igual que en el proceso de conciliación, debe registrarse cada modificación del medicamento según dosis, frecuencia y/o vía de administración o algún cambio que pueda implicar el inicio o suspensión de una terapia y el motivo de la intervención.

## 2.Medicamentos potencialmente inapropiados

Se debe evaluar y asegurar la calidad de la prescripción y el uso de fármacos en personas mayores; además, se ha de tener en cuenta la actividad anticolinérgica de fármacos prescritos,

dada la asociación con múltiples reacciones adversas, donde su relación con deterioro cognitivo y movilidad se hace particularmente relevante en la persona mayor en contexto de COVID-19, implicando mayor riesgo de neumonía. Los criterios de Beers y la escala de riesgo anticolinérgico son algunas de las herramientas útiles.

## Recomendaciones

**a.Evitar uso de medicamentos potencialmente inapropiados:** la identificación de un medicamento potencialmente inapropiado depende de la experiencia clínica (método implícito, Tabla 1), lo ideal es elegir una herramienta para asegurar esto (método explícito), la más usada son los Criterios de Beers, que lista medicamentos considerados como inapropiados independiente del diagnóstico del paciente (por ejemplo, benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos, pargeverina, antihistamínicos de primera generación, relajantes musculares) o dependientes del diagnóstico del paciente (neurolépticos y síndrome parkinsoniano, ISRS e hiponatremia, delirium hipoactivo y uso de neurolépticos).

**b.Evitar el uso de anticolinérgicos:** por su sencillez una buena alternativa es el uso de ARS (*Anticholinergic Risk Scale*: Tabla 2). En esta escala, mayor puntaje implica mayor riesgo de desencadenar RAM anticolinérgica. Además, riesgo es aditivo entre medicamentos de la lista (por ejemplo, si paciente tiene quetiapina (1 punto) + risperidona (1 punto) tiene 2 puntos (riesgo moderado), pero si prescribe olanzapina (2 puntos) + risperidona (1 punto) tiene 3 puntos, es decir, es tan riesgoso como usar clorpromazina para manejar agitación psicomotora).

## Bibliografía

1. Geriatric drug evaluation: where are we now and where should we be in the future?. Cho S, Lau SW, Tandon V, Kumi K, Pfuma E, Abernethy DR. Arch Intern Med. 2011;171(10):937.
2. The impact of number of drugs prescribed on the risk of potentially inappropriate medication among outpatient older adults with chronic diseases. Weng MC, Tsai CF, Sheu KL, Lee YT, Lee HC, Tzeng SL, Ueng KC, Chen CC, Chen SC. QJM. 2013 Nov;106(11):1009-15. Epub 2013 Jul 8.

3. Polypharmacy correlates with increased risk for hip fracture in the elderly: a population-based study. Lai SW, Liao KF, Liao CC, Muo CH, Liu CS, Sung FC. *Medicine (Baltimore)*. 2010;89(5):295.

4. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. Rochon PA, Gurwitz JH. *BMJ*. 1997;315(7115):1096.

5. Adverse Effects of Anticholinergic Drugs on Cognition and Mobility: Cutoff for Impairment in a Cross-Sectional Study in Young–Old and Old–Old Adults. Elpidio Attoh-Mensah, Gilles Loggia, Pascale Schumann-Bard, Rémy Morello, Pablo Descatoire, Christian Marcelli, Chantal Chavoix. *Drugs Aging*. 2020 Apr;37(4):301-310

6. Anticholinergic medications and risk of community-acquired pneumonia in elderly

adults: a population-based case-control study. Paul KJ, Walker RL, Dublin S. *J Am Geriatr Soc*. 2015 Mar;63(3):476-85. Epub 2015 Mar 2.

7. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(4):674. Epub 2019 Jan 29.

8. The Anticholinergic Risk Scale and Anticholinergic Adverse Effects in Older Persons. James L. Rudolph, MD, SM; Marci J. Salow, PharmD; Michael C. Angelini, MA, PharmD; Regina E. McGlinchey, PhD. *Arch Intern Med*. 2008 Mar 10;168(5):508-13

**Tabla 1. Evaluación de la Farmacoterapia Adecuada \***

Evaluación de la farmacoterapia adecuada	
1.	¿Hay una indicación para el medicamento?
2.	¿Es el tratamiento efectivo para la condición?
3.	¿La dosis es correcta?
4.	¿En el sentido correcto? (¿Es práctica la indicación?)
5.	¿Hay interacciones fármaco-fármaco clínicamente relevantes?
6.	¿Hay interacciones fármaco-enfermedad clínicamente relevantes?
7.	¿Hay duplicación innecesaria de otros medicamentos?
8.	¿Es aceptable la duración de la terapia?
9.	¿Es el fármaco costoso respecto a otras alternativas igualmente efectivas?

\*\* Adaptado de Hanlon et al, *J Clin Epidemiol*. 1992.

**Tabla 2. Escala de Riesgo Anticolinérgico**

Anticholinergic Risk Scale (2008). Tabla adaptada.		
Efecto moderado (1 punto)	Efecto fuerte (2 puntos)	Efecto muy fuerte (3 puntos)
Carbidopa-levodopa	Baclofeno	Amitriptilina
Entacapona	Cetirizina	Atropina
Haloperidol	Cimetidina	Clorfeniramina
Metocarbamol	Clozapina	Clorpromazina
Metoclopramida	Ciclobenzaprina	Clomipramina
Mirtazapina	Loperamida	Diciclomina
Paroxetina	Loratadina	Difenhidramina
Pramipexol	Nortriptilina	Flufenazina
Quetiapina	Olanzapina	Hidroxicina
Ranitidina	Pseudoefedrina	Imipramina
Risperidona	Tolterodina	Oxibutinina
Selegilina		Perfenazina
Trazodona		Prometazina

La suma total de los puntos de los fármacos consumidos se relaciona con el riesgo de efectos adversos anticolinérgicos. No se incluyen anticolinérgicos inhalados, tópicos u oftálmicos. Rudolph JL, Salow MJ, Angelini MC, McGlinchey RE. The anticholinergic risk scale and anticholinergic adverse effects in older persons. *Arch Intern Med*. 2008;168:508-13.

# En lo posible, evitar el uso de sondas y favorecer que los pacientes realicen sus propias actividades de la vida diaria

**Dra. Claudia Romero<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Centro apoyo personas con demencia, Unidad de memoria, Servicio de Salud, Osorno

## Contexto

El uso de dispositivos invasivos como sondas urinarias, sondas de alimentación, catéteres intravasculares, cables de monitoreo cardíaco u otros, pueden ser necesarios para proporcionar una atención óptima, sin embargo, su uso no está libre de efectos adversos. Hay una estrecha relación entre el uso de dispositivos invasivos y el deterioro de la funcionalidad de las personas mayores hospitalizadas. Existe evidencia de que ellos dificultan la movilización de los pacientes de manera segura y están asociados con mayores tasas de delirium, infección y caídas. Existe también evidencia de la sobre-indicación de este tipo de dispositivos, así como de su mantención cuando ya no están indicados.

Los clínicos deben evaluar el riesgo y el beneficio de cada dispositivo e iniciarlo sólo si el beneficio es significativo y esta alineado con la intensidad del tratamiento propuesto y los deseos manifestados por la persona si se conocen. Por ejemplo, en el caso de un paciente grave pero funcionalmente autovalente y robusto, es sometido a terapia intensiva con insuficiencia respiratoria en contexto del Covid-19 estará justificada el uso de dispositivos, no así en un paciente en que por su deterioro funcional basal, grado de fragilidad y gravedad pronóstica se decide manejo paliativo, en el cual probablemente los dispositivos invasivos irían en contra del objetivo terapéutico que será optimizar el confort.

En este proceso, es necesario también considerar los deseos de la persona, pues toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud. El ejercicio de este derecho es libre, voluntario, expreso e informado; para ello será necesario que el profesional tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible.

## Recomendaciones :

1. Identificar el objetivo terapéutico propio del paciente, tomando en cuenta el nivel de gravedad y pronóstico, así como la funcionalidad basal, grado de fragilidad y carga de comorbilidades, para definir si es de manejo curativo o paliativo, con el fin de aclarar el grado de monitorización que requiere.

En el contexto de crisis sanitaria, y con concordancia con protocolo de manejo en servicio de urgencia, se recomienda la utilización de la Escala Visual de Fragilidad (EVF) (anexo 1)

2. Balancear los riesgos y beneficios de cada dispositivo invasivo previo a decidir instalación, de acuerdo a valoración integral previa.

3. Evaluar las opciones para evitar o disminuir el uso de dispositivos, por ejemplo:

a. El uso de hidratación endovenosa por bolos en vez de goteo continuo permite mayor libertad en el uso de los brazos y mejora la autonomía.

b. Favorecer el uso de retrete por horario para evitar el uso de pañales o sondas si es posible de acuerdo al aislamiento requerido por COVID.

4. Evitar la restricción física pues aumenta el riesgo de deterioro funcional, caídas y delirium entre otros eventos adversos asociados a la hospitalización.

5. Si la condición clínica lo permite, privilegiar la alimentación por vía oral ajustando las consistencias según necesidad y cuidando la posición al alimentar. Solicitar apoyo por fonología si tiene disponibilidad y evitar en lo posible el uso de sonda nasogástrica de alimentación, cuya instalación puede también representar un riesgo de contagio personal.

6. Revisar diariamente la necesidad de accesos vasculares, sondas urinarias u otros dispositivos y retírese en cuanto no estén justificados.

7. Educar a todo el equipo de salud en la importancia del retiro precoz de dispositivos invasivos. Esto ayuda a mantener un mayor nivel de alerta y un uso criterioso de ellos.

8. Estimular al paciente a realizar actividades básicas de la vida diaria como alimentación, aseo, vestuario. Para ello, no realice las actividades en lugar del paciente, sino con él, considerando las medidas de aislamiento. Ser paciente y dar tiempo para completarlas

## Referencias.

1. The relationship of indwelling urinary catheters to death, length of hospital stay, functional decline, and nursing home admission in hospitalized older medical patients. Holroyd-Leduc JM, Sen S, Bertenthal D, Sands LP, Palmer RM, Kresevic DM, Covinsky KE, Seth Landefeld C, J Am Geriatr Soc. 2007;55(2):227.

2.Creditor MC. Hazards of hospitalization of the elderly. Ann Intern Med 1993; 118:219.

probably able to ambulate, but I'm not sure". JAMA 2011; 306:1782.

3.Hospital Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB. Hospitalization-associated disability: "She was

4.Growdon ME, Shorr RI, Inouye SK. The Tension Between Promoting Mobility and Preventing Falls in the Hospital. JAMA Intern Med 2017; 177:759.

## Anexo 1: Escala Visual de Fragilidad (EVF)

Le voy a preguntar sobre como usted realiza sus actividades de la vida diaria. Por favor dígame si usted necesita ayuda en el siguiente listado de actividades:

**Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD)**

Comer  
Vestirse  
Bañarse  
Usar el retrete  
Arreglarse (lavado dientes, peinarse)  
Continencia de esfínter (independiente v/s uso de pañal)  
Transferencia a sillón  
Marcha  
Subir escalas

**Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD)**

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



# En cuidados paliativos, manejar activamente los síntomas y evitar procedimientos desproporcionados

Dra. Fernanda Meneses<sup>1</sup> – Dr. Fernando Peña<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Geriátría

<sup>2</sup> Hospital Base de Valdivia, Universidad Austral de Chile, Clínica Alemana de Valdivia

## Contexto

Se describe fin de vida como el período que precede a la muerte del individuo, como parte de un proceso que no puede ser detenido por el equipo de salud

En esta etapa la terapia está enfocada en el control de síntomas y búsqueda del mayor bienestar posible del paciente. En este sentido, las intervenciones de salud no tienen intención curativa, y deben administrarse o aplicarse solo en caso de que alivien síntomas.

En contexto actual de pandemia por SARS CoV-2, se hace imprescindible que los centros asistenciales cuenten con un protocolo de identificación y manejo de los síntomas de fin de vida más frecuentes, con el fin de dar alivio en forma oportuna.

## RECOMENDACIONES

1) Es prioritario respetar las normas de aislamiento implementadas por cada institución. En lo posible, considerar el acompañamiento de al menos 1 familiar cercano, que pueda hacer ingreso a la unidad en horario flexible, respetando todas las medidas de seguridad y aislamiento indicadas por el personal de salud. Por otro lado, la crisis sanitaria impondrá barreras a procedimientos habituales como por ejemplo, el consentimiento informado. En este contexto, se recomienda buscar vías alternativas para la entrega de información relevante sobre el plan de manejo al familiar o cuidador responsable, por ejemplo, por vía telefónica, dando la posibilidad también para la resolución de dudas. Es fundamental dejar registro de esta intervención en ficha clínica.

2) Priorizar medidas de confort:

- Retirar todas aquellas intervenciones que no son estrictamente necesarias para asegurar confort (insulina, antihipertensivos, tratamiento específico COVID-19, antibióticos, profilaxis antitrombótica, u otras)
- Limitar toma de signos vitales, hemoglucotest y cambios posturales.
- Retirar dispositivos invasivos como catéter venoso central, sonda nasogástrica, sonda Foley si no se justifica (retención urinaria que produzca dolor o molestia).
- No tomar exámenes de control.

3) Manejo sintomático:

- Busque sistemáticamente síntomas como: Fiebre, Secreciones, Dolor, Disnea, Náuseas/vómitos, Inquietud psicomotora,

convulsiones. Para la administración de fármacos, de ser posible prefiera el uso de vía subcutánea (sc) antes que intravenosa (iv).

- **Fiebre:** Ketorolaco 10 mg cada 8 hrs, iv ó sc. Si se cuenta con vía oral o ev se puede usar además paracetamol o metamizol
- **Secreciones y estertores:** Escopolamina iv ó sc, 20 mg cada 8 o 12 hrs
- **Dolor o disnea:** Morfina sc, iniciar con 2-4 mg cada 4-6 hrs, 2 mg SOS, titular según respuesta. En el caso de disnea el oxígeno puede ayudar, sin embargo no es importante buscar la saturación objetivo. No se recomienda nebulizar por la liberación del virus al ambiente.
- **Náuseas, vómitos:** Metoclopramida iv o sc, 10 mg cada 8 hrs, u Ondansetrón iv o sc, 4-8 mg cada 8 hrs, o Haloperidol sc 2 mg cada 8 hrs
- **Inquietud o agitación:** Haloperidol iv ó sc, 1-2.5 mg cada 8 hrs.
- **Convulsión:** midazolam 2, 5-5 mg sc, sos

4) Sedación Paliativa

- Los pacientes con COVID-19, con pronóstico ominoso, limitación del esfuerzo terapéutico y mal control sintomático serán candidatos a sedación paliativa. Previo a ello, es importante explicar al cuidador/familiar que una vez iniciada la sedación paliativa, no está recomendado continuar hidratación o nutrición artificial dado que puede empeorar estertores y podría aumentar el riesgo de contagio a familiares y personal de salud. (anexo 1).
- Es recomendable el uso de escalas estandarizadas de valoración del nivel de sedación de fácil y rápida aplicación. Entre ellas se encuentra la escala de sedación de Ramsay (anexo 2).

## Referencias

1. Hui D., Nooruddin Z., Didwaniya N., et al. Concepts and Definitions for “Actively Dying,” “End of Life,” “Terminally Ill,” “Terminal Care,” and “Transition of Care”: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage.* 2014 January; 47(1): 77–89

2. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008.

3. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08

## Anexo 1 Esquema sedación paliativa

<b>Inducción</b>	<b>Midazolam</b> Vía subcutánea <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2,5 a 5 mg en bolo</li> <li>• Inicio de acción 10 a 15 minutos</li> </ul> Vía endovenosa <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1,5 a 3,5 mg en bolo</li> <li>• Inicio de acción 3 a 5 minutos</li> </ul>	
	<b>Infusión</b>	<b>Dosis intermitentes de rescate</b>
<b>Mantención</b>	<b>Midazolam</b> Infusión continua, vía subcutánea o endovenosa <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1,2 a 2 mg/hora</li> </ul>	<b>Midazolam</b> Dosis intermitente vía subcutáneo 2,5 mg en bolo  Dosis intermitente vía endovenosa 1,5 mg en bolo

## Anexo 2. Escala de Sedación de Ramsay

Niveles sedación	Características
1	Paciente ansioso, agitado.
2	Paciente cooperador, orientado y tranquilo.
3	Paciente dormido con respuesta a las órdenes
4	Dormido con breves respuestas a la luz y sonido
5	Dormido con sólo respuestas al dolor
6	No respuesta

## Anexo 3. Escala PAINAD para la valoración del dolor en pacientes con Demencia

Ítems	0	1	2	PUNTUACIÓN
<b>Respiración independiente de la vocalización</b>	Normal	Respiración laboriosa esporádica. Cortos periodos de hiperventilación.	Respiración laboriosa y ruidosa. Cortos periodos de hiperventilación. Respiración de Cheyne-Stocke.	
<b>Vocalización negativa</b>	Ninguna	Gemidos o lamentos esporádicos. Habla con volúmen bajo o desaprobación.	Llamadas agitadas o repetitivas. Gemidos o lamentos con volumen alto, llanto.	
<b>Expresión facial</b>	Sonriente o inexpresiva	Triste, asustada o ceñuda.	Muecas de disgusto o desaprobación.	
<b>Lenguaje corporal</b>	Relajado	Tenso, anda de un lado para otro, no deja de mover las manos.	Rígido, puños cerrados, rodillas flexionadas, agarra / empuja, agresividad física.	
<b>Capacidad de alivio</b>	No necesita alivio	Se distrae o tranquiliza por la voz o el contacto.	No es posible aliviarlo, distraerlo o tranquilizarlo.	
<b>TOTAL</b>				



# Planificar el alta, coordinar una red de cuidado y establecer un plan de seguimiento

**Dra. Patricia Calcina<sup>1</sup>**

1 SDM, Instituto Nacional de Geriátría

## Contexto

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. Este proceso ha mostrado reducir muertes, reingresos a centros hospitalarios, y mejorar el control y adherencia a las indicaciones. Los pacientes adultos mayores suelen tener patologías crónicas, cuyas terapias son modificadas durante la hospitalización. Por otro lado, tienden a perder funcionalidad durante ésta, y se debe dar continuidad a los cuidados inherentes a este cambio y al proceso de rehabilitación luego de su egreso. La planificación del alta se inicia desde el ingreso del paciente, y debe considerar no solo las indicaciones farmacológicas, si no también las necesidades de cuidado, su enlace con la red de cuidados ambulatorios, y el plan de seguimiento. Es fundamental reconocer al cuidador, a quien se debe informar de manera clara para minimizar la alarma y la ansiedad a las personas que conviven con medidas de prevención.

## Recomendaciones:

- 1) Previo al alta es fundamental reconocer las necesidades de cuidado propias de cada paciente, identificando claramente: Necesidad de oxígeno, vía de alimentación, necesidad de modificación de consistencia de alimentos, mantención de dispositivos invasivos (pej. Sonda Foley), medicamentos de administración parenteral, así como de controles médicos o de laboratorio.
- 2) En función de estas necesidades, establecer el nivel asistencial apropiado para su egreso, ya sea vía hospitalización domiciliaria o alta a domicilio o residencia.
- 3) Determinar que los proveedores de las necesidades de cuidado detectadas estén disponibles.
- 4) Identificar a un cuidador a quien educar con las medidas de cuidado, entregando alta por escrito.
- 5) Conciliar con el paciente y su cuidador las indicaciones de tratamiento de las patologías crónicas (previas a su hospitalización).
- 6) Se recomienda estimular al cuidador y al paciente a mantenerse activo luego del alta, promoviendo la funcionalidad de éste, respetando estrictamente las indicaciones de aislamiento. Es recomendable entregar indicaciones de actividad física, cognitiva y funcional, promoviendo la ejecución independiente en forma progresiva de actividades de la vida diaria.

Los cuidadores serán considerados como contacto y junto con el paciente deben tomar las siguientes medidas (al 1 abril 2020):

1) Mantener aislamiento domiciliario. Los pacientes deben continuar dos semanas de aislamiento después del alta o del alivio completo de los síntomas si en el momento del alta aun tiene síntomas. Evitar el contacto con bebés, ancianos y personas inmunodeprimidas en el hogar.

2) Las condiciones recomendadas para el aislamiento en el hogar son:

1.- Habitación independiente con ventilación y limpieza frecuentes e idealmente no abandonar la habitación durante el periodo de aislamiento. Si esto no es posible, el paciente debe mantener una distancia de al menos un metro con el resto usando siempre con mascarilla quirúrgica.

3.- Idealmente baño de uso exclusivo del paciente, de no ser posible, limpiar frecuentemente las dependencias utilizadas por el con una solución de hipoclorito al 0,1%.

2.- Los pacientes y sus familiares deben usar mascarilla quirúrgica y esta debe cambiarse si se humedece.

3.- La temperatura corporal se toma dos veces al día (por la mañana y por la noche) y prestar mucha atención a cualquier cambio en la condición del paciente como fiebre o recaída de su cuadro clínico como dificultad respiratoria o delirium. De ser así comunicarse con su red.

4.- Debe mantener distancia social de al menos 1 metro.

5.- El paciente debe utilizar utensilio de higiene y alimentación de uso exclusivo. No debe compartir artículos de higiene personal, ni de alimentación con otros habitantes del hogar.

6.- Realizar lavado frecuente de manos con agua y jabón, por ejemplo, antes, durante y después de preparar alimentos, después de ir al baño, etc.

7.- En caso de estornudar o toser, cubrirse la nariz y boca con el antebrazo o pañuelo desechable (debe ser eliminado inmediatamente)

8.- Eliminar los desechos en forma adecuada en un contenedor forrado con doble bolsa plástica y cerrarlo antes de eliminarlos.

9.- Realizar actividad física diaria acorde a su condición de salud, para mantener su funcionalidad previa, e idealmente derivar a rehabilitación funcional en su red para lograr una reincorporación satisfactoria a la comunidad lo más pronto posible, en las mejores condiciones.

## Referencias

1. Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment 2020
2. Home care for patients with COVID-19 presenting with mild symptoms and management of their contacts 17 March 2020 Publication

## **Conclusiones**

La actual pandemia por coronavirus nos impone una serie de desafíos sanitarios de gran envergadura, entre ellos la adecuada entrega de cuidados para pacientes mayores hospitalizados por COVID-19, una población especialmente vulnerable.

Si bien las medidas expuestas parecen sencillas, son pobremente implementadas en Chile y el mundo, por diferentes motivos, que incluyen la escasa formación en geriatría, y la necesidad de integrar equipos multidisciplinarios aún poco disponibles en los hospitales.

Las herramientas expuestas en esta guía requieren de un trabajo colaborativo en equipo, que incluye a profesionales de la salud de distintas áreas, y tienen como eje central ayudar a preservar la funcionalidad de la persona mayor durante el proceso de hospitalización, y confiamos serán de utilidad para nuestros mayores. La mayoría de las situaciones desarrolladas en esta publicación tienen elementos comunes en su manejo, lo cual es un facilitador en su implementación.

El trabajo en equipos interdisciplinarios tiene sus propios desafíos, en términos de aunar lenguajes y metas, sin embargo, cuando es bien llevado, los beneficios para los pacientes son evidentes. Distribuir en equipo las recomendaciones aquí expuestas, y utilizar las herramientas de diagnóstico y seguimiento recomendadas facilitará el trabajo, y permitirá mejorar los estándares de cuidado entregados.