

Geriatría clínica

Volumen 15 | Número 1 | 2021

Editorial

Natalia Soengas

Nivel de depresión y el estado nutricional en adultos mayores del Municipio de Mixquiahuala Hidalgo

Yuli Nerli Caro Franco, Itzel Mendoza Hernández, Dulce Itzel Pérez Hernández, Ariana Maya Sánchez, Benjamín López Nolasco

COVID-19

Natalia Soengas

NEUROPLUS

MEMANTINE

MEJORA LA CALIDAD DE VIDA
EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER



NEUROPLUS

NEUROPLUS

Fórmula:
Cada comprimido ranurado contiene:
Memantine 10 mg.
Presentaciones:
Envases con 20, 30, 40 y 60 comprimidos ranurados.

NEUROPLUS 20

Fórmula:
Cada comprimido ranurado contiene:
Memantine 20 mg.
Presentaciones:
Envase con 30 comprimidos ranurados.

Información completa
para prescribir

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



NEUROPLUS GOTAS

Fórmula:
Cada mililitro (20 gotas)
contiene: Memantine 10 mg.
Presentaciones:
Frasco de 30 ml y gotero
dosificador.



NEUROPLUS DUAL

NEUROPLUS DUAL 20/5:
Fórmula:
Memantine 20 mg/ Donepezilo 5 mg
Presentación:
Envase con 60 comprimidos (30+30)
NEUROPLUS DUAL 20/10:
Fórmula:
Memantine 20 mg/ Donepezilo 10 mg
Presentación:
Envase con 60 comprimidos (30+30)



NEUROPLUS XR

NEUROPLUS XR 7 / 14 / 21 / 28:
Fórmula:
Cada comprimido de liberación prolongada contiene:
Memantine clorhidrato 7, 14, 21 y 28 mg.
Presentaciones:
Envases con 30 comprimidos
de liberación prolongada.



 PAMI  IOMA



 PAP
Programa de ayuda
al paciente



Baliarda
Vida con salud
www.baliarda.com.ar

Geriatría Clínica

Directora

Dra. Natalia Soengas

Subdirectora

Lic. Alejandra Pérez

Coeditoras

Dra. Romanela Aguirre

Dra. Mi Hae Park

Secretaria

Sra. Sofía Natalia Soengas

Consejo Asesor

Prof. Dr. Federico Pérgola

Dr. Isidoro Fainstein

Consejo Científico

Lic. Analía Carril

Profa. Mariana Checkerdemian

Dr. Raúl Ricardo Sosa

Dra. María Jimena Soutelo

Referato

Dr. José Daniel Balza

Dr. Lorenzo Albani

Dr. Guillermo Povedano

Dra. Liliana González

Dra. Nélide Bela

Dra. María Jimena Soutelo

Dr. Pablo Landi

Sumario

Summary

EDITORIAL / EDITORIAL

005

Editorial 2021

Editorial 2021

Natalia Soengas

ARTÍCULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

006

Nivel de depresión y el estado nutricional en adultos mayores del Municipio de Mixquiahuala Hidalgo

Depression level and nutritional status in older adults in the Municipality of Mixquiahuala Hidalgo

Yuli Nerli Caro Franco, Itzel Mendoza Hernández, Dulce Itzel Pérez Hernández, Ariana Maya Sánchez, Benjamín López Nolasco

ARTÍCULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

011

COVID-19

COVID-19

Natalia Soengas

0016

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

RULES OF PUBLICATIONS

Sumario analítico

Analytic Summary

ARTÍCULOS DE REVISIÓN / REVIEW ARTICLES

EDITORIAL 2021

Natalia Soengas

Bienvenidos a todos, es una alegría reencontrarnos en este espacio luego de estos meses tan difíciles.

Después de una pausa de más de un año, regresamos con este número de la Revista Geriátrica Clínica.

Se incluye el artículo Nivel de depresión y el estado nutricional en el Adulto Mayor del Municipio de Mixquiahuala Hidalgo, un tema muy interesante, de actualidad y apropiado en estos tiempos donde las implicancias emocionales de la pandemia en la salud del adulto mayor no son todavía suficientemente conocidas.

ARTÍCULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL ESTADO NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE MIXQUIAHUALA HIDALGO

Yuli Nerli Caro Franco, Itzel Mendoza Hernández, Dulce Itzel Pérez Hernández, Ariana Maya Sánchez, Benjamín López Nolasco

Introducción. La población adulta mayor es uno de los grupos en riesgo de problemas nutricionales por déficit o exceso, que aumenta las necesidades de algunos nutrientes y produce una menor capacidad de regulación de la ingesta de alimentos. Otro factor asociado tal como la depresión también impacta en la calidad de vida de los pacientes, sus familiares y costos sociales; se estima que en el año 2020 será la segunda causa de años de vida saludables perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados.

Objetivo. Analizar el nivel de depresión en adultos mayo-

res y el estado nutricional en el Municipio de Mixquiahuala Hidalgo

Metodología. Estudio de enfoque cuantitativo, nivel de alcance descriptivo correlacional. La depresión se estableció mediante el Test de Depresión Geriátrica Yesavage. El estado nutricional se determinó mediante la Evaluación del Mini Nutritional Assessment (MNA).

Resultados. Se evaluó a 300 adultos mayores con edades ≥ 60 años, de los cuales el 63.0% eran mujeres y 37.0% hombres. La depresión estaba presente en el 35.0% de los adultos mayores encuestados. La malnutrición o riesgo afectó al 41.0% de los examinados. Se analizaron usando la prueba de correlación de Pearson con un resultado de $p=0,32$.

Conclusiones. Las manifestaciones depresivas y el sexo femenino están más asociados con el riesgo de malnutrición y/o malnutrición en los adultos mayores institucionalizados.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN / REVIEW ARTICLES

COVID-19

Natalia Soengas

Después de los primeros casos notificados en China en diciembre de 2019, nada hacía sospechar la situación sanitaria y social que provocaría la aparición del nuevo virus SARS-CoV-2 en el escenario mundial. Este virus tiene una probabilidad mayor de desarrollar un cuadro severo en los pacientes mayores de 60 años, especialmente en los individuos que viven en residencias de crónicos y los que tienen múltiples enfermedades crónicas. Las variantes del virus aparecidas en estos últimos meses nuevamente amenazan con nuevas olas de contagios en los que no se vacunaron o tienen una sola dosis de vacuna anti-COVID.

Editorial 2021

Editorial 2021

Geriatría Clínica 2020;15(1):5

Bienvenidos a todos, es una alegría reencontrarnos en este espacio luego de estos meses tan difíciles.

Después de una pausa de un año, regresamos con este número de la *Revista Geriatría Clínica*.

Se incluye el artículo *Nivel de depresión y el estado nutricional en el Adulto Mayor del Municipio de Mixquiabuala Hidalgo*, un tema muy interesante, de actualidad y apropiado en estos tiempos donde las implicancias emocionales de la pandemia en la salud del adulto mayor no son todavía suficientemente conocidas.

Este número también contiene una sencilla revisión sobre SARS-CoV-2, tratando de incluir como citas bibliográficas solo las que tengan evidencia a favor y en contra (sabemos que por lo nuevo del tema es difícil tener aún resultados con una evidencia sólida), y evitar el bombardeo de información que genere más dudas y ansiedad.

Natalia Soengas

Directora de la revista Geriatría Clínica

Nivel de depresión y el estado nutricional en adultos mayores del Municipio de Mixquiahuala Hidalgo

Depression level and nutritional status in older adults in the Municipality of Mixquiahuala Hidalgo

Yuli Nerli Caro Franco¹, Itzel Mendoza Hernández¹, Dulce Itzel Pérez Hernández¹, Ariana Maya Sánchez¹, Benjamín López Nolasco¹

RESUMEN

Introducción. La población adulta mayor es uno de los grupos en riesgo de problemas nutricionales por déficit o exceso, que aumenta las necesidades de algunos nutrientes y produce una menor capacidad de regulación de la ingesta de alimentos. Otro factor asociado tal como la depresión también impacta en la calidad de vida de los pacientes, sus familiares y costos sociales; se estima que en el año 2020 será la segunda causa de años de vida saludables perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados.

Objetivo. Analizar el nivel de depresión en adultos mayores y el estado nutricional en el Municipio de Mixquiahuala Hidalgo

Metodología. Estudio de enfoque cuantitativo, nivel de alcance descriptivo correlacional. La depresión se estableció mediante el Test de Depresión Geriátrica Yesavage. El estado nutricional se determinó mediante la Evaluación del Mini Nutritional Assessment (MNA).

Resultados. Se evaluó a 300 adultos mayores con edades ≥ 60 años, de los cuales el 63.0% eran mujeres y 37.0% hombres. La depresión estaba presente en el 35.0% de los adultos mayores encuestados. La malnutrición o riesgo afectó al 41.0% de los examinados. Se analizaron usando la prueba de correlación de Pearson con un resultado de $p=0.32$.

Conclusiones. Las manifestaciones depresivas y el sexo femenino están más asociados con el riesgo de malnutrición y/o malnutrición en los adultos mayores institucionalizados.

Palabras claves: adulto mayor, depresión, estado nutricional.

ABSTRACT

Introduction. The older adult population is one of the groups at risk of nutritional problems due to deficit or excess, which increases the needs of some nutrients and produces a lesser capacity to regulate food intake. Another associated factor such as depression also impacts the quality of life of patients, their families and social costs; It is estimated that by 2020 it will be the second cause of healthy years of life lost worldwide and the first in developed countries.

Target. Analyze the level of depression in older adults and the nutritional status in the Municipality of Mixquiahuala Hidalgo

Methodology. Quantitative approach study, level of correlational descriptive scope. Depression was established using the Yesavage Geriatric Depression Test. The nutritional status was determined by the Evaluation of the Mini Nutritional Assessment (MNA).

Results. 300 older adults aged ≥ 60 years were evaluated, of which 63.0% were women and 37.0% men. Depression was present in 35.0% of the older adults surveyed. Malnutrition or risk affected 41.0% of those examined. They were analyzed using Pearson's correlation test with a result of $p = 0.32$.

Conclusions. Depressive manifestations and female sex are more associated with the risk of malnutrition and / or malnutrition in institutionalized older adults.

Key words: older adult, depression, nutritional status.

Geriatría clínica 2021;15(1):6-10

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, que se produce a través de todo el ciclo de vida. Sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma, ya que la calidad de vida y la funcionalidad durante la etapa adulto mayor están directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta, los estilos de vida, la exposición a factores de riesgo y las posibilidades de acceso a la educación y a la promoción de la salud en el transcurso de la vida.

La población de los adultos mayores es uno de los grupos de mayor riesgo de problemas nutricionales por déficit o exceso, tanto por el proceso de envejecimiento, que aumenta las necesidades de algunos nutrientes y produce una menor capacidad de regulación de la ingesta de alimentos, como por otros

factores asociados tales como: físicos, psíquicos, sociales y económicos, que desencadenan cambios en la calidad de vida del adulto mayor. Entre los problemas más frecuentes de salud mental en los adultos mayores se encuentran los trastornos de ansiedad y la depresión. Se ha reportado que los trastornos mentales juegan un papel importante y son un factor de riesgo para la pérdida de peso involuntaria en esta población. La depresión también impacta en la calidad de vida de los pacientes, sus familiares y costos sociales; se estima que en el año 2020 será la segunda causa de años de vida saludables perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. Es significativamente frecuente la presencia de síntomas depresivos en esta etapa de la vida, se calcula que entre el 10 y el 45% de la población mayor de 65 años ha presentado dichos síntomas en algún momento de su vida. La etiología está conformada por múltiples factores que interactúan recíprocamente, entre ellos se encuentran aspectos sociales como la jubilación, la muerte de allegados, abandono y otros aspectos de orden biológico como el deterioro cognitivo, que se ven reflejados en el estado de salud y nutrición del adulto mayor^{1,2}.

Por la relevancia del tema, en el presente trabajo de investigación se evaluó el nivel de depresión y el estado nutricional

1. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Esc. Superior de Tlahuelilpan.

✉ Correspondencia: Benjamín López Nolasco. benjamin_lopez8496@uaeh.edu.mx

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 27/01/2021 | Aceptado: 05/04/2021

TABLA 1. Nivel de depresión en el adulto mayor por género del ISSSTE.

Variable	Masculino		Femenino	
	f	%	f	%
Depresión Normal	82	74	113	60
Depresión leve	24	22	63	33
Depresión establecida	5	5	13	7
Total	111	100	189	100

Fuente: Escala de depresión geriátrica. (Yasevaze) (n= 300). f. frecuencia.

a través de dos instrumentos que se aplicaron, el *Mini Nutritional Assessment* (MNA) y la escala de Depresión Geriátrica de Yesevaze. Para conocer el impacto en términos de nutrición y salud en el individuo con manifestaciones depresivas además de la escasa bibliografía en Hidalgo, ya que actualmente no se encuentran estudios en la población adulta mayor que asocien ambas variables, se realizó este estudio descriptivo correlacional cuyo objetivo fue determinar la relación entre manifestaciones depresivas y estado nutricional en adultos mayores de Mixquiahuala de Juárez Hidalgo. Se propone esta investigación con la finalidad de que los resultados constituyan una pauta que oriente cambios, para que el personal de salud ponga énfasis en la atención integral a este grupo que por mucho tiempo se ha encontrado en el olvido, para que así el adulto mayor pueda tener una vida saludable y mejor esperanza de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio. Este estudio es de enfoque cuantitativo. Según su finalidad es aplicada porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos que se adquieren. De acuerdo al nivel de alcance es descriptivo correlacional, el diseño de la investigación es no experimental y la medición, de forma transversal^{2,3}. La población de referencia fue 300 adultos mayores de Mixquiahuala Hidalgo.

Se realizó en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en el periodo de diciembre 2019 a febrero del año 2020. Se citó a los adultos mayores en el auditorio de la institución y durante la consulta externa del turno matutino se aplicaron los instrumentos de: Depresión (Yasevaze) y Estado nutricional (*Mini Nutritional Assessment*).

Los criterios de inclusión fueron: Adultos Mayores de 60 años y más que desearon participar en la investigación, que firmaron el consentimiento informado y que pertenecieron al Municipio.

El cuestionario para evaluar la depresión fue la Escala de depresión geriátrica de Yesevaze estandarizada para la población mexicana, que presentó consistencia interna de 0,78, confiabilidad de constructo de 0,87 y estructura bidimensional por lo que se consideró que cumplía con los requisitos psicométricos mínimos necesarios para ser empleado como instrumento de evaluación de depresión^{4,5}. Para evaluar el estado nutricional se utilizó el test *Mini Nutritional Assessment* (MNA), el cual contiene 18 ítems en escala tipo Likert^{6,7}.

Se registraron datos de identificación: nombre, edad, sexo, estado civil, escolaridad, domicilio, con quien vive, quien lo visita y que parentesco tiene, número de visitas en un mes, ocupación y tratamiento. Se construyó una base de datos en el programa estadístico SPSS v.25, en la cual se almacenó la información de las variables estudiadas. Para identificar la asociación entre depresión y estado nutricional, se utilizó la

prueba de correlación de Pearson (p). El análisis se realizó en las instalaciones de la UAEH. Las características del estudio se apegaron a las normas internacionales de la Declaración de Helsinki vigente y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México, considerando la intervención como Riesgo Tipo I, artículo 17 (sin riesgo)^{8,9}. Se solicitó una carta de consentimiento informado previo al inicio de la encuesta donde el adulto mayor que participó en nuestra investigación dio su autorización para realizar la evaluación de los instrumentos.

RESULTADOS

La muestra estuvo integrada por 300 adultos mayores, 37% del sexo masculino y 63% del femenino, se encontró que la edad frecuente fue de 60 a 65 años con 40,3%; los adultos con menor frecuencia fueron de 86 a 90 con 1,6%. Mediante la aplicación de la cédula de datos personales realizadas se demostró que predomina el estado civil casado (60,7%) y como mínimo unión libre (7%), de acuerdo a los años cursados predomina la educación primaria (38,7%) y como rango mínimo sin estudios (8,7%), de acuerdo con quien vive predomina con su pareja (62,7%) y como rango mínimo vive con nietos (0,3%), de acuerdo a quien lo visita con mayor frecuencia son los hijos (54%), de acuerdo al número de visitas resaltan 5 veces al mes (36,3%), al interrogar sobre su ocupación muestra un porcentaje alto de 54,7% que se dedican al hogar, de acuerdo al tratamiento médico arrojó como resultado que más de la población evaluada está en tratamiento (78,7%).

DESCRIPCIÓN ESTADÍSTICA

Tabla 1. Se evidenció que el 74% de los hombres presentó un nivel de depresión normal y el 22% depresión leve. En las mujeres se encontró que el 60% presenta un nivel de depresión normal y un 33% depresión leve. Se destaca que el 5% en hombres y el 7% en mujeres dan como resultado depresión establecida.

Tabla 2. Se muestra el nivel de depresión según su estado nutricional haciendo la correlación de las variables depresión y estado nutricional que tuvieron un nivel de depresión normal, el 30% estuvo con riesgo nutricional y el 3% malnutridos. En cuanto a los adultos mayores que tuvieron un nivel de depresión leve, 51% estuvieron con riesgo de desnutrición, 48% nutrición normal y el 1% malnutridos. En cuanto a los adultos mayores que tuvieron nivel de depresión establecida el 11% estuvieron malnutridos, el 56% riesgo nutricional y el 33% con nutrición normal.

ESTADÍSTICA INFERENCIAL

Tabla 3. Se puede apreciar que se encontró una correlación de $p=0,32$ en el estado nutricional en relación con la depresión y una significancia bilateral de 0,000, lo que demuestra que hay ausencia de correlación en estas dos variables.

Tabla 4. Se puede apreciar una correlación de Pearson de $-0,099$ y una significancia bilateral de 0,088 con depresión en relación con quien lo visita, de igual forma se correlacionó con el estado nutricional y con quien vive donde se obtuvo una correlación de Pearson de $0,073$ y significancia bilateral

TABLA 2. Nivel de depresión según el estado nutricional en el adulto mayor del ISSSTE.

Estado nutricional	Nivel de depresión							
	Normal		Leve		Establecida		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Normal	131	74	42	48	6	33	179	60
Riesgo	59	30	44	51	10	56	113	38
Malnutrición	5	3	1	1	3	11	8	3
Total	195	100	87	100	18	100	300	100

Fuente: Escala de depresión geriátrica, Mini Nutritional Assessment. (n= 300). f: frecuencia.

TABLA 3. Prueba estadística correlación de Pearson.

		Depresión	Estado nutricional
Depresión	Correlación de Pearson	1	.323**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	300	300
Estado Nutricional	Correlación de Pearson	.323	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	300	300

Fuente: Escala de depresión geriátrica, Mini Nutritional Assessment. (n= 300).

TABLA 4. Prueba estadística correlación de Pearson de los vínculos depresión, estado nutricional con quien vive.

		Con quien vive	Depresión	Estado nutricional
Con quién vive	Correlación de Pearson	1	-.099	.073
	Sig. (bilateral)		.088	.204
	N	300	300	300
Depresión	Correlación de Pearson	-.099	1	.323**
	Sig. (bilateral)	.088		.000
	N	300	300	300
Estado nutricional	Correlación de Pearson	.073	.323	1
	Sig. (bilateral)	.204	.000	
	N	300	300	300

Fuente: Escala de depresión geriátrica, Mini Nutritional Assessment, Cédula de datos sociodemográfico. (n= 300)..

de. 204 lo que demuestra que hay correlación significativa en ambas variables.

Tabla 5. Se correlacionó la variable depresión con tratamiento médico, se obtuvo una correlación de Pearson de 0,096 y significancia (bilateral) de 0,098. En el estado nutricional con tratamiento médico se observó una correlación de Pearson de 0,000 y significancia (bilateral) de 0,993. Dando como resultado una correlación significativa.

DISCUSIÓN

En el presente trabajo de investigación, de acuerdo a las características sociodemográficas de la población de estudio (ISSTE), se muestran las edades de los participantes en donde predomina la edad de 60 a 65 años con un porcentaje de 40,3% en adultos mayores y como mínima edad de 86 a 90 (1,6%) y el sexo de los participantes en el que predomina el sexo femenino (63%).

Se observa el nivel de depresión clasificando por sexo o género en el masculino presenta el 22% depresión leve y el 5% establecida y el femenino 33% leve y 7% establecida. Gómez C et al. (2004) indican que, entre los factores asociados con depresión, es el pertenecer al género femenino y considerar el estado de salud propio como regular o malo, sufrir de dolores o molestias¹⁰. Igualmente lo confirma el estudio de Noguichi (2013), que en las mujeres adultas mayores se encontró mayor prevalencia (12,3%), que fue mayor en comparación de los hombres (7,0%)¹¹. Según Torrejón (2015), en su estudio se observa que del 100% de los adultos mayores que presentan depresión, el 65% presentan depresión severa de los cuales el 35% pertenecen al sexo femenino y el 30% al

sexo masculino, del 25% con depresión moderada, el 22,5% son del sexo femenino y el 2,5% es de sexo masculino; del 10% que presentan depresión leve el 7,5% son de sexo masculino y solo el 2,5% son de sexo femenino¹². Existe una teoría de Klimstra (2002) quien indicó que el género es un factor de riesgo fiable para trastorno de depresión, con un riesgo en mujeres de 1,5-2 veces mayor que en hombres¹³. Los resultados de los diferentes estudios coinciden con los resultados encontrados en la investigación actual, se logra destacar que el sexo femenino es más prevalente a una depresión severa. Este resultado podría deberse a que la población de mujeres fue mayor en comparación al grupo de varones adultos mayores.

De acuerdo a la escala de Yesavage se obtuvo un resultado donde el 29% de los adultos mayores presentan depresión leve, el 6% depresión establecida y el 65% con nivel de depresión normal. Esto tiene relación con el estudio que Escobedo J y Zavala P (2016) realizaron en la ciudad de Lima, distrito de Breña, en el que refieren que el 53,91% no presenta manifestaciones depresivas y el 46,09% tiene manifestaciones depresivas¹⁴. Los porcentajes de depresión son similares a los que obtuvimos y puede deberse a que el estudio realizado en Lima fue con una población institucionalizada, Por otro lado, Mamani (2016) *Depresión, ansiedad y estado nutricional del adulto mayor albergado en centros de atención residencial de la provincia de Puno y Chucuito, 2016*, en su investigación desarrollada en dos albergues de la ciudad de Puno y Chucuito, encontró que el 81,8% y 75% de la población se encuentra con un nivel de depresión severa. Se debe mencionar también que no existe ningún paciente que esté sin depresión.¹⁵

En referencia a la clasificación del estado nutricional se ob-

TABLA 5. Prueba estadística correlación de Pearson de los vínculos depresión, estado nutricional con tratamiento médico.

		Tratamiento médico	Depresión	Estado nutricional
Tratamiento	Correlación de Pearson	1	.096	.000
	Sig. (bilateral)		.098	.993
	N	300	300	300
Depresión	Correlación de Pearson	.096	1	.323**
	Sig. (bilateral)	.098		.000
	N	300	300	300
Estado nutricional	Correlación de Pearson	.000	.323**	1
	Sig. (bilateral)	.993	.000	
	N	300	300	300

Fuente: Escala de depresión geriátrica, Mini Nutritional Assessment, Cédula de datos personales, n=300

servó que de 300 adultos mayores el 38% está en riesgo de malnutrición, el 3% con malnutrición y el 60% están bien nutridos, similar a lo encontrado con Mamani Condori de la Universidad Nacional Del Altiplano, Perú, titulado: *Nivel de depresión y estado nutricional en adultos mayores de 60 años del distrito de Juli, 2018*, con un 55% que presenta riesgo de desnutrición y 24% desnutrición¹⁵. Sin embargo, lejos a lo que encontró Andrade Trujillo en Riobamba, Ecuador, *Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Cantón Girón. Azuay. 2011* donde el 10,9% de adultos mayores presentaron un estado nutricional normal, mientras que el 89,1% de la población estudiada se encontró en riesgo de malnutrición y malnutrición¹⁶. Observando una diferencia en estado nutricional de acuerdo a su clasificación, realizado por Escobedo Encarnación en 2016 con un 65,63% en riesgo de malnutrición, 30,47% normal y 3,91% malnutrición¹⁴. Se muestra el nivel de depresión según su estado nutricional haciendo la correlación de las variables depresión y estado nutricional que tuvieron un nivel de depresión normal: el 30% estuvo con riesgo nutricional y el 3% malnutridos. En cuanto a los adultos mayores que tuvieron un nivel de depresión leve, 51% estuvieron con riesgo de desnutrición, 48% nutrición normal y el 1% malnutridos, en cuanto a los adultos mayores que tuvieron nivel de depresión establecida el 11% estuvieron malnutridos, el 56% riesgo nutricional y el 33% con nutrición normal. Según la evidencia científica, la asociación entre manifestaciones depresivas y estado nutricional también fue percibida en otros estudios. Un estudio realizado por Pérez E, Lizarraga D, Martínez M, 2014, en Madrid, España, muestra que el 38,2% de la población presentó simultáneamente síntomas depresivos y malnutrición. Los adultos mayores deprimidos presentaron un menor puntaje de MNA total (16,3±3,2) que los no deprimidos (21,9±3,3) (p<0,001)¹⁷.

Se aplicó la prueba estadística de Chi cuadrada de Pearson para establecer la relación entre el nivel de depresión y el estado nutricional, obteniéndose un valor 0,323** y una significancia bilateral de 0,000, lo que demuestra que hay ausencia de correlación en estas dos variables, pero la correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas). Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula: *El nivel de depresión no se correlaciona con el estado nutricional de los Adultos Mayores del Municipio de Mixquiahuala Hidalgo.*

Se realizaron correlaciones entre las variables sociodemográficas con la variable depresión y estado nutricional, que evidencian una gran significancia y correlación; por ejemplo, se observa una correlación de Pearson de -0,086 en la depresión en relación con quien lo visita con una significancia bilateral de 0,137, lo que demuestra que hay una correlación entre estas dos variables. De igual manera, en el estado nutricional y quien lo visita hay una correlación de Pearson de 0,050 y significancia bilateral de 0,388 que demuestra una correlación en las variables. Se muestra que existe asociación entre ambas variables sociodemográficas con depresión y estado nutricional en la población adulta mayor, y con ello se reafirma dicha relación y los resultados se mantienen coherentes, es decir la desnutrición en la población adulta es causa de la depresión o viceversa de acuerdo a los hallazgos con estas variables.

CONCLUSIÓN

Los adultos mayores presentan alteraciones en su estado nutricional y su salud mental debido a que, según el estudio realizado, se encontró que los factores sociodemográficos tienen una relación con el adulto mayor tanto en su ámbito laboral ya que gran parte de ellos se encuentran solos, los visitan muy poco y padecen de alguna patología la cual les genera alteración en su persona encontrando una malnutrición y presencia de depresión establecida.

El personal de enfermería se encarga del cuidado del individuo. Por ello es de suma importancia la atención primaria donde se puede intervenir a fin de que el adulto mayor genere conductas promotoras de salud. Por ello el modelo de Nola J Pender establecido dentro de este trabajo ayudó a la proporción de salud, valoración de conductas en las personas, estilo de vida y examen físico. Estas actividades ayudaron a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes, efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud. Por ello el *Mini Nutritional Assessment* (MNA) y la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage se aplicaron para así asociar las manifestaciones depresivas y el estado nutricional y realizar este estudio descriptivo correlacional cuyo objetivo fue determinar la relación entre manifestaciones depresivas y estado nutricional en adultos mayores de Mixquiahuala de Juárez Hidalgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión. [Online]; 30 de enero de 2020 [cited 2020 Mayo 16. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
2. Ríos EV. *El protocolo de investigación en las ciencias de la salud*. Primera Edición TT ed. México: Trillas; 2011 (reimp. 2013).
3. Sampieri RH. *Metodología de la Investigación*. Sexta edición ed.

- Interamericana Editores SADCV, editor. México: McGraw-Hill; 2014. Pág. 364. Disponible en: <https://bit.ly/2GEYO4g>
4. Kurlowicz L. La escala de depresión geriátrica. Try This: Prácticas de excelencia en los cuidados de enfermería de adultos mayores. 2007;(4). Disponible en: <https://bit.ly/2NB7gkX>
 5. The Stanford/VA/NIA Aging Clinical Resource Center (ACRC). Extraído el 9 de enero de 2007. Disponible en: <https://stanford.io/2MVKQLY>
 6. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nut Health Aging* 2006;10:456-65. Disponible en: <https://bit.ly/2Nutx3Q>
 7. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNASF). *J Geront* 2001; 56A: M366-377. Disponible en: <https://bit.ly/36fmLax>.
 8. Conamed.gob.mx. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. [Online].; 2015 [cited 2019 noviembre 25]. Disponible en: <https://bit.ly/2PuqPhd>.
 9. Ley General de Salud; Gobierno del Estado de Hidalgo, 2016. México; 2016 Disponible en: <https://bit.ly/2BVBlpO>.
 10. Gómez C et al. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Pública* 2004;16(6):378-86.
 11. Noguchi. Estudios epidemiológicos de salud mental en el Perú, Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Lima: MINSA. 2013. Disponible en: <https://bit.ly/32rzRAw>
 12. Torrejón R. Nivel de depresión en adultos mayores, asentamiento humano. señor de los milagros, chachapoyas. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Amazonas. Escuela Profesional de Enfermería, Amazonas, 2015.
 13. Klimstra S. (2002). Factores desencadenantes de la depresión. 2da edición Editorial Me. Graw Hill; España.
 14. Escobedo EJ, Zavala PE. Estudio sobre la fuerza de asociación entre manifestaciones depresivas y estado nutricional en adultos mayores institucionalizados en la congregación de Las Hermanitas. Tesis para optar al Título de licenciada en Nutrición y Dietética. Lima - Perú: Universidad Católica Sedes Sapientiae, Facultad de Ciencias de la Salud; 2016. Disponible en: <https://bit.ly/3gvT0pZ>.
 15. Condori MLM. Nivel de depresión y estado nutricional en adultos mayores de 60 años del Distrito de Juli. Tesis. Puno - Perú: Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de ciencias de la salud escuela profesional de nutrición humana; 2018. Disponible en: <https://bit.ly/2EuaVQJ>.
 16. Trujillo CAA. Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Cantón Girón Azuay. Tesis de grado. Riobamba - Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública, Escuela de Nutrición y Dietética; 2011. Disponible en: <https://bit.ly/2YzO25v>.
 17. Pérez E, Lizárraga D, Martínez M. Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor. *Nutrición Hospitalaria* vol.29 no.4 Madrid abr. 2014. Disponible en: <https://bit.ly/32tbzWY>.

COVID-19

COVID-19

Natalia Soengas

RESUMEN

Después de los primeros casos notificados en China en diciembre de 2019, nada hacía sospechar la situación sanitaria y social que provocaría la aparición del nuevo virus SARS-CoV-2 en el escenario mundial. Este virus tiene una probabilidad mayor de desarrollar un cuadro severo en los pacientes mayores de 60 años, especialmente en los individuos que viven en residencias de crónicos y los que tienen múltiples enfermedades crónicas. Las variantes del virus aparecidas en estos últimos meses nuevamente amenazan con nuevas olas de contagios en los que no se vacunaron o tienen una sola dosis de vacuna anti-COVID. Este artículo pretende describir en líneas generales el estado actual del conocimiento y de la pandemia, en especial con los adultos mayores.

Palabras claves: adulto mayor, SARS-CoV-2, pandemia.

ABSTRACT

After the first cases reported in China in December 2019, there was nothing to suspect the health and social situation that the emergence of the new SARS-CoV-2 virus on the world stage would cause. This virus has a higher probability of developing a severe disease in patients over 60 years of age, especially in individuals living in long-term residences and those with multiple chronic diseases. The variants of the virus that have appeared in recent months again threaten new waves of infections in which they were not vaccinated or have a single dose of COVID vaccine. This article aims to describe in general terms the current state of knowledge and the pandemic especially with older adults.

Key words: older adults, SARS-CoV-2, pandemic.

Geriatría clínica 2021;15(1):11-15

INTRODUCCIÓN

Cuando se notificaron los primeros casos en China en diciembre de 2019, nada hacía sospechar la situación sanitaria y social que provocaría la aparición del nuevo virus SARS-CoV-2 en el escenario mundial. En junio del año 2021 ya había 12 millones de casos confirmados de COVID-19 en el mundo y alrededor de 550.000 muertes. Se reportaron casos positivos de COVID-19 en 180 países.

Aunque personas de todas las edades se encuentran en riesgo de infectarse y desarrollar una enfermedad severa, los que tienen una probabilidad mayor de progresar a un cuadro grave son los mayores de 60 años, los que viven en residencias de crónicos y los que tienen múltiples enfermedades crónicas. Para fines de 2020, del total de estadounidenses infectados, el 14% requirió hospitalización, el 2% precisó ingresar en la unidad de cuidados intensivos y el 5% falleció. El porcentaje de muertos fue 12 veces mayor y el porcentaje de los que necesitaron hospitalizarse 6 veces mayor entre quienes tenían enfermedades crónicas que entre los que no tenían antecedentes de enfermedad. La mortalidad fue más alta en los mayores de 70 años, independientemente de si poseían o no enfermedades crónicas. Entre las enfermedades crónicas más frecuentemente halladas se encontraron con un 30% la diabetes, con un 32% la enfermedad cardiovascular y con un 18% aquellos que poseían una enfermedad pulmonar crónica. Otras condiciones que aumentaban el riesgo de severidad fueron el cáncer, la presencia de enfermedad renal, la obesidad, la enfermedad de células falciformes, la diabetes mellitus, las enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial, si se trataba de personas trasplantadas o personas inmunocomprometidas en general¹. Como dicen Rozenek et al. en el artículo a propósito de la definición de caso en el adulto mayor (AM), la edad crono-

lógica no debe ser el único indicador para la toma de decisiones ya que un paciente de edad avanzada puede tener la misma expectativa de vida que un adulto joven con comorbilidades. Es por eso que es fundamental determinar la expectativa de vida².

DESCRIPCIÓN DEL NUEVO AGENTE

Es un virus perteneciente a la familia Coronaviridae, son virus de ARN que infectan anfibios, aves y mamíferos. El grupo incluye las subfamilias *Letovirinae* y *Orthocoronavirinae*; los miembros de estos últimos se conocen como coronavirus. El SARS-coronavirus-2 (SARS-CoV-2), el patógeno causante de COVID-19, es un virus de ARN de una sola cadena de sentido positivo perteneciente a la familia Coronaviridae. El genoma del SARS-CoV-2 está compuesto por aproximadamente 30.000 nucleótidos, que codifican cuatro proteínas estructurales que incluyen la proteína S (*spike*), una proteína E (envoltura), la proteína M (de membrana) y la proteína N (de la nucleocápside). Entre todas ellas, la proteína N es una proteína altamente inmunogénica y se expresa abundantemente durante la infección (Figura 1).

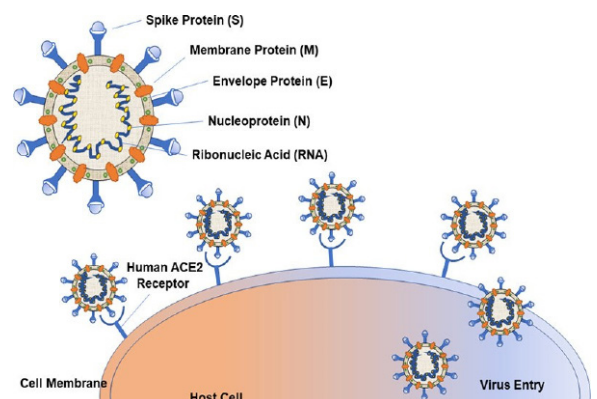


Figura 1. Extraída el 17 de junio de 2021 de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7293463/bin/ga1_lrg.jpg

1. Médica Geriatra. Directora de la revista Geriatría Clínica

✉ Correspondencia: Natalia Soengas.nsoengas@gmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 13/09/2021 | Aceptado: 20/09/2021

TABLA 1. Clasificación según el grado de severidad. Elaboración propia.

Grado	Descripción
Asintomático	Es aquella persona que tiene un test positivo para SARS-CoV-2 pero no tiene síntomas compatibles con la infección.
Leve	Es el individuo que tiene varios signos y síntomas de COVID-19: tos, fiebre, mialgias, vómitos, cefalea, diarrea, pérdida de olfato y gusto, malestar general, dolor de garganta, dificultad para respirar, disnea, imágenes radiológicas anormales pulmonares.
Moderado	Es el paciente que presenta evidencia de enfermedad respiratoria baja clínica o radiológica, con una SatO ₂ al aire ambiente igual o mayor de 94%.
Severo	Es el paciente con una SatO ₂ <94% al aire ambiente. PaO ₂ /FIO ₂ <300 mmHg, FR 30 por minuto e infiltrados pulmonares >50%.
Crítico	Es el paciente que tiene una falla respiratoria severa, shock séptico, y/o falla multiorgánica.

La glicoproteína S se une al receptor de la célula huésped, la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE), para facilitar la entrada viral y la infección del huésped.

La vía de transmisión del virus SARS-CoV-2 es a través de secreciones respiratorias y a través del contacto con superficies contaminadas. La mayoría de los contagios se producen por estornudos y tos, que provocan que las gotas que quedan en suspenso en el aire ambiente y en las superficies propaguen la enfermedad. La utilización de máscaras faciales, barbijos para uso del personal de la salud, cubre bocas caseras, distanciamiento social de uno y medio a dos metros, son las medidas que probaron protegernos del contagio y circulación viral. Se debe evitar estornudar o toser sin cubrir la boca, ya que ayuda a reducir el riesgo de contraer la enfermedad, sobre todo cuando el distanciamiento social no se puede respetar. El lavado de manos frecuente es efectivo para reducir la transmisión del virus. El virus se halla con frecuencia en las secreciones altas de las personas afectadas, y también en enfermos asintomáticos, por lo que esta situación colabora a la circulación viral y a la transmisión de la enfermedad.

FISIOPATOLOGÍA

Como resultado de la infección viral se activa la respuesta inmunitaria de las personas afectadas, se produce inflamación local, aumentan las interleukinas 1 y 6 (IL-1 e IL-6), se activa el interferón (IFN) y se estimulan las células T y B, anticuerpos de memoria. En los pacientes que presentan una severidad mayor se observó que tienen un aumento de IL-6, FNT- α , por lo que se supone que son los responsables de la cascada inflamatoria que presentan estos pacientes³.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

El período de incubación de la infección es de alrededor de 14 días desde la exposición.

Los síntomas más frecuentes son fiebre, tos, respiración superficial, taquipnea, dolores musculares, cefalea; y aparecen con menor frecuencia, diarrea, anosmia, rinorrea, debilidad, disgeusia, dolor abdominal, anorexia, vómitos, odinofagia.

Los pacientes que poseen comorbilidades progresan en mayor número a las formas severas de enfermedad (mayores de 65 años, enfermedades cardíacas y respiratorias crónicas, diabetes mellitus, obesidad, enfermedad renal crónica, estar bajo terapia inmunosupresora) y pueden desarrollar una forma severa de neumonía que progrese a un cuadro de *distress* respiratorio y muerte. Según el grado de severidad podemos clasificar a los enfermos como se muestra en la **Tabla 1**.

DIAGNÓSTICO

El test de detección de SARS-CoV-2 se puede realizar con:

- un test de amplificación de ácido nucleico o
- la detección del antígeno viral

Ante la sospecha de que una persona sea positiva para SARS-CoV-2 y el test de antígeno sea negativo, debemos considerar usar un test de amplificación de ácido nucleico. Los tests de antígenos son más económicos y rápidos, se utilizan para detectar casos en lugares de gran riesgo para evitar la transmisión viral y permiten detectar pacientes asintomáticos.

IMÁGENES

En las radiografías de tórax se ven con más frecuencia opacidades bilaterales y multifocales. En la tomografía axial computarizada de tórax las imágenes son en general bilaterales, en vidrio esmerilado y con áreas de consolidación que a veces no se ven al inicio de la infección, se desarrollan más tarde y pueden aparecer en individuos asintomáticos.

LABORATORIO

En el laboratorio los hallazgos incluyen leucopenia y linfopenia, y pueden presentar aumento de transaminasas hepáticas, proteína C reactiva, dímero D, ferritina y lactato deshidrogenasa.

COMPLICACIONES A CORTO Y MEDIANO PLAZO

Aunque es una enfermedad respiratoria inicialmente, las complicaciones cardíacas, el tromboembolismo pulmonar, las complicaciones renales, hematológicas, hepáticas y neurológicas hacen pensar en un síndrome inflamatorio severo. Todavía no se conoce por qué algunos sobrevivientes presentan secuelas.

En los casos agudos severos los pacientes tienen una SatO₂ <94% al aire ambiente, una frecuencia respiratoria mayor a 30 veces/minuto, PaO₂/FiO₂ <300 mmHg o infiltrados pulmonares mayores al 50%. En estos casos necesitan oxigenoterapia ya que tienen un deterioro clínico rápido (con una cánula nasal con un alto flujo de oxígeno).

Si existe sospecha de una neumonía bacteriana sobreañorada, se inicia antibioticoterapia empírica; se tiene evaluar el paciente en forma diaria y decidir cuándo suspender el esquema antibiótico.

Los enfermos en estado crítico tienen un síndrome de *distress* respiratorio, *shock* séptico, disfunción cardíaca, presentan un aumento de citoquinas y empeoramiento de las comorbilidades que ya tenía la persona. Se suman a este cuadro la insuficiencia renal, hepática, el compromiso del sistema nervioso central y los eventos trombóticos. Estos pacientes tienen que estar internados y tratados en unidades de cuidados intensivos.

TABLA 2. Calificación de las recomendaciones. Elaboración propia basada en <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>

Fuerza de recomendación
A: Fuerte
B: Moderada
C: Opcional
Nivel de recomendación
I: Uno o más estudios randomizados.
II: Uno o más estudios bien diseñados no randomizados, o estudios observacionales.
III: Opinión de expertos.

Complicaciones:

- Neumonía bacteriana
- Eventos tromboembólicos
- Insuficiencia hepática y renal.
- Ansiedad y depresión
- Signos neurológicos y cuadros psiquiátricos en pacientes más jóvenes.

SECUELAS

Aún se desconocen las secuelas que deja la infección aguda y cuánto tiempo durarán los síntomas y los déficits, o si serán permanentes. Entre los más frecuentemente relatados se encuentran la persistencia de cefalea, las mialgias, la debilidad, las alteraciones visuales. Siguen en frecuencia la pérdida de audición, la pérdida o alteración del gusto y el olfato, la debilidad en las extremidades, la aparición de temblores; los afectados refieren pérdida de memoria, presencia de trastornos cognitivos, sufren cambios en el humor que persisten por lo menos tres meses posteriores al diagnóstico de la infección, y aún no se sabe por qué la enfermedad tiene en estas personas ese curso crónico ni las secuelas que ocasionan.

Luego de la permanencia en terapia intensiva algunos individuos quedaron con un síndrome que afecta la esfera cognitiva, psiquiátrica y/o física y persiste luego de que abandonan la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Algunos pueden presentar una debilidad muscular extrema, problemas en el pensamiento, en el juicio y problemas en su salud mental, además de alteraciones en el sueño, cuadros de estrés post-traumático, de depresión y ansiedad. La debilidad afecta el 33% de los que requieren ventilación mecánica, el 50% de los pacientes con sepsis y menos del 50% de los que permanecieron más de una semana en UCI.

TRATAMIENTO

Calificación de las recomendaciones (Tabla 2). Tratamiento en la infección aguda (Tabla 3).

El remdesivir es un análogo de la adenosina de uso endovenoso que inhibe la replicación viral. La *Food and Drug Administration* (FDA) lo aprobó en individuos mayores de 12 años y con un peso de más de 40 kg; en los de menos edad y peso se puede solicitar una autorización de emergencia. No se estudiaron en estos trabajos su efectividad sumada al uso de corticoides. Su uso puede provocar náuseas, elevar el nivel de transaminasas y prolongar el tiempo de protrombina y las reacciones de hipersensibilidad.

Hay que controlar durante el tratamiento al paciente con la realización de hepatogramas y mediciones de la función renal ya que, si aumentan las transaminasas, sobre todo la TGP en un valor 10 veces superior a lo normal, debe suspenderse la droga.

No está recomendada en pacientes con una filtración glomerular menor a 50 ml/minuto; algunos trabajos lo permiten hasta filtrados de 30 ml./minuto.

La cloroquina: es una droga que se usa contra la malaria. Y la hidroxicloroquina es un análogo de la cloroquina que se usa como tratamiento de enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico (LES), la artritis reumatoidea (AR) y la malaria. La hidroxicloroquina tiene menos efectos adversos e interacciones medicamentosas; el efecto adverso más temido es la prolongación del QT en el electrocardiograma. Ambas actúan inhibiendo la adhesión del SARS-CoV-2 a la membrana de las células del huésped. A pesar de estos hallazgos *in vitro*, *in vivo* no demostraron reducir el compromiso de la afectación pulmonar viral.

La ivermectina es una droga antiparasitaria usada en enfermedades tropicales como la oncocercosis, helmintosis, escabiosis. También se la usa en el tratamiento de la malaria en humanos y animales. Actúa inhibiendo una proteína transportadora que es la llave para que el virus hackee la respuesta del huésped contra la infección viral, como se vio *in vitro* en HIV, Zika, fiebre amarilla, dengue.

El lopinavir y el ritonavir son inhibidores *in vitro* del distress respiratorio severo por (SARS-CoV). *In vivo* no mostraron selectividad y los niveles altos de ambas drogas los hacen poco tolerables, tienen excreción gastrointestinal.

El darunavir *in vitro* no mostró actividad contra coronavirus.

Situaciones especiales

Los pacientes que antes de enfermarse recibían tratamiento antiagregante o anticoagulante deben seguir recibéndolo (AIII), los que sean internados por la infección con SARS-CoV-2 deben manejarse según el riesgo de trombosis que tengan (AIII), y no usar profilaxis solo por tener SARS-CoV-2 por los riesgos de sangrado que resultan de su uso (BIII).

En aquellos que tengan alto riesgo de trombosis venosa profunda (TVP) o que requieran diálisis se deben utilizar los protocolos usuales de la institución (AIII).

Las personas que usan inhibidores de la enzima convertidora angiotensina y los que usan bloqueadores del receptor de angiotensina no tienen que suspenderlos (AIII), pero no se deben usar como tratamiento del COVID (AIII).

Los corticosteroides se recomiendan, en primer lugar el uso de dexametasona 6 mg por día por 10 días, en pacientes ventilados o que requieran oxigenoterapia (BI); no se recomiendan en los que no necesitan oxigenoterapia (AI). Si no está disponible la dexametasona, se pueden usar prednisona, metilprednisona o hidrocortisona (AIII). En los pacientes que tenían corticoideoterapia previa hay que continuar con la terapia (AIII) y evaluar la necesidad de dosis extras (AIII). Los pacientes que usan en forma crónica corticoides inhalatorios deben continuar recibéndolos (AIII).

Los pacientes que presenten COVID-19 y HIV deben manejarse de la misma forma que la población general (AIII). En los individuos que tienen una enfermedad avanzada, hay descartar infecciones oportunistas (AIII). Se debe tener cuidado con las interacciones medicamentosas de los antirretrovirales y se debe tratar de continuar en lo posible con la terapia antirretroviral y la profilaxis de enfermedades oportunistas (AIII). Se recomienda en estos pacientes la vacunación antigripal con una vacuna inactivada (BIII).

En los pacientes internados con SARS-CoV-2 y además gripe, se recomienda el tratamiento empírico con oseltamivir hasta que se compruebe si tiene gripe o no (AII).

TABLA 3. Tratamiento en la infección aguda. Elaboración propia basada en <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>

Terapias antivirales más efectivas al inicio de la enfermedad.	Los anticuerpos monoclonales anti SARS-CoV-2 que se autorizan en EE.UU. con carácter de emergencia en aquellas personas que tengan alta chance de progresión son: bamlanivimab, casirivimab y imdevimab. El remdesivir es el único antiviral autorizado por la FDA para usar en individuos que requieren oxigenoterapia, pero no se recomienda en pacientes con ventilación mecánica.
Terapias antiinflamatorias e inmunosupresores en la etapa tardía de la enfermedad	Un corticoesteroide como la dexametasona es recomendado en aquellos que necesitan oxigenoterapia y puedan requerir ventilación mecánica, ya que aumentan la sobrevida.
Terapias con antibióticos	El panel de expertos no recomienda el uso de azitromicina con o sin cloroquina en pacientes ambulatorios o internados (A1) .
Terapias con antiparasitarios	Los expertos no recomiendan el uso de cloroquina o hidroxiclороquina en pacientes ambulatorios o internados. También están en contra de las altas dosis de cloroquina (600 mg/dos veces/día durante 10 días) y de su combinación con azitromicina para el tratamiento de pacientes con COVID (A1) . Ivermectina: opinan en contra de su uso (AIII) .
Inhibidores de la proteasa del HIV	Los expertos no recomiendan, salvo en protocolos de investigación, lopinavir/ritonavir (A1) . Otros Inhibidores de la proteasa del HIV: opinan en contra de su uso (AIII) .
Hemoderivados	El uso de plasma de pacientes convalecientes de COVID-19 no es recomendado. El uso de inmunoglobulinas en los casos de síndromes respiratorios severos por SARS-CoV-2 no está recomendado. Tampoco recomiendan el uso de <i>stem cells</i> . El uso de inmunoglobulinas no específicas de SARS-CoV-2 por vía endovenosa no están recomendadas. Pueden ser recomendadas en algunas de las complicaciones, no para el tratamiento del SARS-CoV-2 (AIII) .
Inmunomoduladores	Los expertos no recomiendan el uso de los inhibidores de IL-1 (anakinra), los anticuerpos monoclonales IL-6 (siltuximab) y los anticuerpos anti receptores IL-6 (sarilumab, tocilizumab) (B1) . El uso de interferón alfa o beta, solamente para los estadios tempranos de la enfermedad en casos leves y moderados (AIII) . Los inhibidores de la tirosina quinasa de Bruton (acalabrutinib, ibrutinib, zanubrutinib) y los inhibidores de la quinasa Jano (baricitinib, ruxolitinib, tofacitinib) tienen recomendación en contra de su uso (AIII) .
Vitaminas	Zinc, vit D y vit C: se emitió opinión en contra de su uso (AIII) .

TABLA 4. Elaboración propia sobre datos extraídos de <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>

Medidas generales	Control del relleno capilar, control de temperatura, parámetros vitales, hidratación (BII) .
Hipovolemia	No recomiendan el uso de albúmina para expansión en la resucitación (B1) . Recomiendan el uso de cristaloides para expandir estos pacientes (BII) .
Drogas vasopresoras	Recomiendan la norepinefrina como primera elección (AII) ; se suma otro vasopresor cuando se necesiten dosis mayores a 0,03 mcg/minuto (BII) o epinefrina cuando se necesite disminuir la dosis de norepinefrina (CII) . No recomiendan el uso de dopamina en pacientes con <i>shock</i> (A1) y tampoco el uso a bajas dosis para la protección renal (BII) . En las pacientes con insuficiencia cardíaca y <i>shock</i> se recomienda usar dobutamina (BII) . Si estos pacientes no recibían corticoides, se inicia hidrocortisona 200 mg endovenosa continua o en forma intermitente (BII) .
Hipoxemia	En los pacientes con hipoxemia persistente se puede utilizar la posición prona para mejorar la oxigenación (CIII) , no como terapia en hipoxemia refractaria para evitar la intubación (AIII) . Recomiendan utilizar presión positiva final espiratoria (PEEP) elevada en comparación con usar baja PEEP (BII) .
Insuficiencia renal	Recomiendan la terapia de reemplazo renal y hemodiálisis en los pacientes que lo necesiten (BIII) .
Otros	Tratamiento del dolor Prevención del cuadro confusional agudo. Movilidad precoz. Sedación adecuada, terapia respiratoria. Trabajo con la familia, directivas anticipadas, trabajar para superar las barreras de la comunicación en la toma de decisiones.

Tratamiento en pacientes en shock

La Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) publicó en su página web en agosto de 2020⁴ algunas recomendaciones para el manejo de los rebrotes de la infección por SARS-CoV-2 en las residencias de personas mayores. Se consignan las que se consideran más significativas:

1. Asumir el riesgo de rebrotes y evitar el cierre absoluto de las residencias.
2. Prevenir y detectar en forma precoz los casos positivos en una residencia.
3. Aislar y sectorizar a las residencias para evitar los contagios.
4. Diseñar circuitos de derivación y tratamiento, y su coordinación.
5. Mostrar transparencia en todas las etapas.

VACUNACIÓN

El desarrollo de nuevas vacunas es un proceso lento, que requiere un número importante de voluntarios en las distintas fases de la investigación hasta que se conoce su efectividad y seguridad.

En el contexto de la investigación de vacunas para el SARS-CoV-2 hay varios trabajos de investigación que publicaron los resultados de fases 1 y 2, y los estudios de fase 3 se están desarrollando más rápido que lo habitual.

Algunas vacunas son desarrolladas con virus atenuados, otras con subunidades proteicas virales e inactivas, otras vacunas en investigación incluyen estrategias combinando ADN o ARN, otras utilizan estrategias de replicación de vectores, con la esperanza de identificar una o varias vacunas eficaces y seguras que puedan usarse en un futuro cercano. Las limitaciones de los estudios al momento son muchas, pero con experiencia de estudios en otras vacunas con tecnología similar parecen ser seguras. Los expertos consideran que debemos estar alertas a la posible aparición de efectos adversos inesperados cuando consideremos la seguridad de estas vacunas⁵. Debemos ser cautelosos hasta tener los resultados de fase 3, en la que serán incorporados individuos mayores de 60 años y grupos de riesgo. Serán fundamentales los estudios de farmacovigilancia y la información de los efectos adversos producidos por la vacunación en la fase 4, incluirán los efectos que los individuos perciban como secundarios a ella o no, sean temporales o defini-

TABLA 5. Elaboración propia, información extraída de <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2020.579250/full> (10)

Vacuna	Mecanismo de inmunización	Población sana y <60 años	Personas con factores de riesgo y/o > 60 años
Sinovac Biotech Formaldehyde inactivated with alum (PiCoVacc)	Virus inactivado. Intramuscular. Dos dosis.	Sí	Sí (6)
Beijing Institute of Biological Products/Sinopharm Inactivated SARS-CoV-2 with alum (BBIP-CorV)	Virus inactivado. Intramuscular. Dos dosis	Si	Si(7)
University of Oxford/Astra Zeneca Chimp adenovirus (ChAdOx1 nCoV-19) S protein (now called AZD1222)	Vectores virales Intramuscular Dos dosis	Si	Fase 3 en población < 18 y > de 65 años aún no publicado, aunque tiene eficacia.
Gamaleya Research Inst. Adenovirus 5 and 26 S protein (Gam-COVID-Vac)	Vectores virales Intramuscular Dos dosis	Si	Última publicación internacional septiembre de 2020 Se esperaba para abril 2021 resultados fase 3 pero no están publicados en Clinicaltrials.gov (8)
CanSino Biological Inc./Beijing Institute of Biotechnology Adenovirus type 5 S protein (Ad5-nCoV)	Vectores virales Intramuscular Una dosis	Si	Si
Janssen Pharmaceutical Adenovirus 26 (Ad26.COV2. S)	Vectores virales Intramuscular Dos dosis	Si	Si
Moderna/NIAID LNP-encapsulated mRNA encoding stabilized S protein (mRNA-1273)	RNA Intramuscular Dos dosis	Si	Si
BioNTech/Fosun Pharma/Pfizer LNP-encapsulated mRNA encoding trimerized RBD protein (BNT162)	RNA Intramuscular Dos dosis	Si	Si(9) 95% protección en personas mayores de 16 años

tivos o que se crea que pudieran ser producidos por la pluriatología de los grupos de riesgo. Los entes reguladores internacionales y nacionales deberían considerar la aprobación de aquellas vacunas con más del 50% de eficacia sin datos acerca de su efecto sobre la transmisión de la enfermedad, la aprobación y su uso permitirán ver los mejores candidatos y cambios éticos para otros trabajos. Sin embargo, la esperanza en la vacunación dependerá también de la

continuidad de la adhesión al distanciamiento social y al uso de máscaras faciales.

La OMS publicó sobre la efectividad y seguridad de las vacunas, por ejemplo, de Pfizer-BioNTech (95%), Moderna mRNA-1273 (94%), Sputnik V (92%), Novavax (89,3%), Sinopharm (79,34%), AstraZeneca (70%), entre otras, pero aclara que son los funcionarios de cada país los encargados de aprobar su ingreso¹¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bajado de <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/> on 12/16/2020.
2. Rozenek M, Soengas N, Giber F, Murgieri M. COVID-19 en adultos mayores: ¿corresponde usar la misma definición de caso? *Rev Arg de Gerontología y Geriatria* Vol 34(1):3-6.
3. Extraída el 17 de junio de 2021 de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7293463/bin/ga1_lrg.jpg
4. Recuperado 12 de agosto de 2020 de www.segg.org.es
5. Susanne HetAL: What defines an efficacious COVID-19 vaccine? A review of the challenges assessing the clinical efficacy of vaccines against SARS-CoV-2 www.thelancet.com/infection Published online October 27, 2020 [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30773-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30773-8)
6. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32661-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32661-1/fulltext) recuperado 29 de Julio de 2021
7. <https://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04456595> recuperado 29 de Julio de 2021
8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33301246/> recuperado 29 de Julio de 2021.
9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33069281/> recuperado 29 de Julio de 2021
10. Flanagan: Frontiers and pitfall as in the quest for effective SARS-CoV-2 (COVID-19) Vaccines <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2020.579250/full>
11. Silva J, Pacahuala R. Vacunas. 2021 May-August;22(2):125-6. Publicado online 2021 Apr 14. Spanish. doi:10.1016/j.vacun.2021.03.001

Reglamento para la publicación de artículos

Rules for the publication of articles

La revista *Geriatría Clínica* publica artículos sobre temas relacionados con la especialidad en su más amplio sentido.

El pedido de publicación debe dirigirse a:

Revista *Geriatría Clínica*
Piedras 1333 2do C
(C1240ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
República Argentina

El Comité Editorial se reserva el derecho de rechazar los artículos, así como de proponer modificaciones cuando lo estime necesario. El artículo enviado a la revista *Geriatría Clínica* para su publicación será sometido a la evaluación del Consejo Editorial. Los integrantes de dicho Consejo deberán ser idóneos en el tema del artículo. Estos se expedirán en un plazo menor de 30 días y la Secretaría de Redacción informará su dictamen de forma anónima a los autores del artículo, así como de su aceptación o rechazo. La publicación de un artículo no implica que la Revista comparta las expresiones vertidas en él. La revista *Geriatría Clínica* considerará para su publicación los siguientes artículos:

• Editorial

El Editorial será solicitado por el Comité a un experto acerca de temas de interés actual.

• Artículos Originales

Deben describir totalmente, pero lo más concisamente posible, los resultados de una investigación clínica o de laboratorio que sea original. Todos los autores deben haber contribuido en grado suficiente como para responsabilizarse públicamente del artículo.

El texto incluirá Resumen, Abstract, Introducción, Material y métodos, Resultados, Discusión, Conclusión y Referencias; pueden agregarse Tablas/Gráficos/Fotos.

Se considera aceptable una longitud inferior a 10 páginas. En los artículos largos se pueden agregar subtítulos para hacer más clara su lectura.

Referencias. Las referencias deberán numerarse consecutivamente según el orden de aparición en el texto. En el texto deben figurar como números arábigos entre paréntesis. El formato debe respetarse según la National Library of Medicine de Washington. Las abreviaturas de las publicaciones deberán realizarse según las utilizadas por el Index Medicus. La lista puede hallarse en <http://www.nlm.nih.gov/>. No se aceptarán como referencias las comunicaciones personales (pueden aclararse en el texto), ni citas a resúmenes que no figuren en actas de la respectiva actividad científica.

Ejemplos: (para la lista de autores que superen el número de seis, se deben listar los primeros seis y agregar "et al."):

Formato para artículos:

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl IP, Ivanov E, et al. Childhood Leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 years follow-up. *Br J Cancer* 1996;73:1006-12.

Formato para libros:

Ringsven MD, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*. 2nd ed, Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

Formato para capítulos:

Phillips SJ, Wishnant JP. Hypertension and stroke. En: *Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management*, Laragh JH, Brenner BM, editores. 2nd ed, New York: Raven Press; 1995, p. 465-78.

• Comunicaciones breves e Informes de casos

Casos interesantes por su rareza o comunicaciones científicas breves se considerarán para esta sección. Estos artículos deben contar con un título corto, no exceder las tres páginas y una tabla o figura. No deberán contar con más de 10 referencias que sean relevantes. No requiere resumen. Se deben enviar tres copias y la carta de cesión de los derechos de propiedad intelectual.

• Cartas al Editor

Cartas cortas referidas a artículos publicados recientemente en la revista *Geriatría Clínica* y otros aspectos de particular interés para la especialidad serán evaluados por el Consejo Editorial. Tendrán un pequeño título, serán precedidas por el encabezado "Sr. Editor:" y deben contar con menos de 500 palabras, incluidos datos breves en formato de tabla. Contarán con un máximo de 5 referencias bibliográficas. Se deben enviar tres copias y la carta de cesión de los derechos de propiedad intelectual. Si la carta es aceptada, en todos los casos el Consejo Editorial enviará copia de la carta al autor del artículo referido, dando oportunidad en el mismo número de edición de la carta, de contestar o comentar la consulta y/u opinión del autor de la carta, con las mismas limitaciones de extensión.

• Artículos de Revisión

Se aceptarán los artículos de Revisión de temas concernientes a *Geriatría* o a cualquier tema relacionado con la especialidad. Éstos serán solicitados por el Consejo Editorial a autores específicos. Se otorgará prioridad a las revisiones relacionadas con aspectos controvertidos. Deben contar con menos de 20 carillas y con el número de referencias adecuadas para la importancia del tema. El formato similar a la de los artículos originales, excepto que no contará con Material y métodos y Resultados. Se pueden utilizar subtítulos para lograr una mejor presentación didáctica.

• Artículos de Opinión

Los artículos de Opinión serán solicitados exclusivamente por el Consejo Editorial a autores específicos sobre temas de particular interés y/o debate.