



CASO CLÍNICO

Paciente anciano y sus complicaciones por infección por COVID-19

Geriatric patient with covid-19 infection and common complications

Carlos Gala Serra

Unidad de Geriatria, Hospital San José, Teruel, España

El SARS-CoV-2 es un virus RNA que se ha expandido en humanos desde una fuente zoonótica, probablemente murciélagos o pangolines. Se transmite de humano a humano por gotas respiratorias y se une a los receptores ACE2 en los neumocitos tipo II con un periodo de incubación de 3-12 días.

La aparición de neumonías atípicas en Wuhan en diciembre de 2019 provocó el descubrimiento del síndrome respiratorio agudo por SARS-CoV-2.

Los estudios realizados, han reflejado peores resultados y mayor mortalidad en pacientes ancianos con: hipertensión arterial, DM 2 (33%), enfermedades cardio-vasculares (43%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (33%) y enfermedad renal crónica (48%)¹. La presentación clínica más importante en estos pacientes fue: la fiebre (98%), la tos (76%), la disnea (55%) las mialgias o la fatiga (hasta el 44%)².

Nuestro caso trata de un paciente de 86 años que ingresó en el servicio de agudos de geriatría de nuestro hospital, tras ser dado de alta hace 15 días del mismo servicio por un episodio de insuficiencia cardiaca. En esta ocasión ingresó presentando: disnea, tos y desaturación del 90% de saturación basal. El paciente presentaba una funcionalidad previa buena, con un índice de Barthel 95/100, no presentaba deterioro cognitivo y vivía en el domicilio con su esposa.

Como antecedentes personales patológicos presentaba: hipertensión arterial, dislipemia y era exfumador hacía 20 años. También presentaba una enfermedad pulmonar obstructiva crónica tipo bronquitis crónica, secundaria al tabaquismo, no presentaba antecedentes quirúrgicos de interés, y su medicación habitual incluía: inhaladores LAMA/LABA, estatinas, AAS y diuréticos de ASA.

Al ingreso, el paciente presenta alteraciones analíticas con linfopenia (950 μ l) sin leucopenia, NT-pro-BNP de 2.100 pg/ml y dímero-D de 1.800 μ g/l. La literatura describe que estos pacientes presentan con frecuencia linfopenia (en el 80%), aumento de proteína C reactiva, ferritina, AST, ALT, bilirrubina total, dímero-D y LDH, sin elevación de la procalcitonina³ (fig. 1).

Los hallazgos radiológicos que presentó al ingreso fueron: extensas áreas de afectación bilateral, de predominio en los lóbulos superiores y en el lóbulo inferior derecho, compatibles con infección por COVID-19.



Figura 1. Neumonía bilateral por Covid-19.

Con las pruebas complementarias compatibles, se realizó el primer exudado naso-faríngeo en el servicio de urgencias para extracción de PCR, que fue positiva.

El paciente tras el ingreso del servicio de urgencias, inició tratamiento con oxigenoterapia, abundante fluidoterapia, ceftriaxona y nebulizadores en cámara. La ceftriaxona se desescaló a las 48 h por no presentar signos de infección bacteriana. El uso de antiinflamatorios no esteroideos e IECA y/o ARA II, fue desestimado⁴.

Las coinfecciones respiratorias aumentan la severidad y la mortalidad de la infección por COVID-19. En el estudio de Zhou et al., hasta el 50% de los pacientes con infección por COVID-19 presentaron infecciones bacterianas secundarias, y hasta un 71% de los pacientes precisaron tratamiento antibiótico⁵.

También recibieron tratamiento específico para el coronavirus con azitromicina e hidroxiquina. Gautret et al. (03/2020) demostraron que la asociación presentaba reducción o desaparición del COVID-19, aunque otros estudios como el Mehra et al., no demostraron eficacia de la hidroxiquina asociada o no a macrólidos^{6,7}.

A la semana del ingreso, el paciente comenzó con un síndrome confusional agudo y un empeoramiento clínico. Se inició tratamiento con teicoplanina y dosis altas de esteroides, los esteroides como se ha demostrado en el estudio RECOVERY están indicados en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo grave, con

Correo electrónico: gala.serra.carlos@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.07.004>

0211-139X/© 2020 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

una disminución de 1/3 de la mortalidad en pacientes tratados con dexametasona⁸.

Aparte y debido a la gravedad clínica, presentó una fibrilación auricular de nuevo comienzo con signos de insuficiencia cardíaca y un síndrome coronario agudo de probable origen hemodinámico. Ya está publicado que las mayores complicaciones por COVID-19 en ancianos son: la sepsis, las complicaciones respiratorias y las cardiovasculares⁹.

Tras los 2 ciclos de tratamiento y el tratamiento de soporte, el paciente presentó resolución completa de infiltrados y de los signos de ICC, además de resolución del síndrome coronario normalizando las troponinas. Sin embargo, como consecuencia del ingreso apareció una desnutrición calórico-proteica, por la que se decidió el aporte de nutrición enteral por valor de alrededor de 1.800 kcal/diarias y un deterioro funcional secundario, que precisó 10 sesiones de rehabilitación para recuperar la funcionalidad.

Como conclusión, creo que es un caso interesante por la presentación de signos clínicos atípicos en el anciano de la infección respiratoria por COVID-19, como el síndrome confusional y la aparición de síndromes geriátricos secundarios como el deterioro funcional y la desnutrición calórico-proteica. Estos pueden generar mayor morbilidad y consecuencias, en ocasiones más graves que la causa inicial.

Financiación

No se ha recibido ningún tipo de financiación externa para la realización de este estudio.

Bibliografía

1. Arentz M, Kim E, Klaff L, Lokhandwala S, Riedo FX, Chong M, et al. Characteristics and Outcomes of 21 Critically Ill Patients With COVID-19 in Washington State. *JAMA*. 2020;323:1612-4, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.4326>.
2. Shahid Z, Kalayanamitra R, McClafferty B, Kepko D, Ramgobin D, Patel R, et al. COVID-19 and Older Adults: What We Know. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68:926-9, <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.16472>.
3. Bagudá JJ, Farrero Torres M, García-Cosío MD, Recio Mayoral A, Sabé Fernández N, García Pinilla JM, et al. Implicaciones de la pandemia por COVID-19 para el paciente con insuficiencia cardíaca, trasplante cardíaco y asistencia ventricular. Recomendaciones de la Asociación de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología. *REC: CardioClinics*. 2020;55:94-102.
4. Shahid Z, Kalayanamitra R, McClafferty B, Kepko D, Ramgobin D, Patel R, et al. COVID-19 and Older Adults: What We Know. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68:926-9.
5. Jamil S, Mark N, Carlos G, Cruz CSD, Gross JE, Pasnick S. Diagnosis and Management of COVID-19 Disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2020;201:P19-20, <http://dx.doi.org/10.1164/rccm.2020C1>.
6. Mehra MR, Desai SS, Ruschitzka F, Patel AN. Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: A multinational registry analysis. *Lancet*. 2020;S0140-6736:31180-6, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31180-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31180-6).
7. Gautret P, Lagier JC, Parola P, Hoang VT, Meddeb L, Mailhe M, et al. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: Results of an open-label non-randomized clinical trial. *Int J Antimicrob Agents*. 2020;56:105949.
8. Nuffield Department of Medicine. [consultado 25 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.recoverytrial.net/news/low-cost-dexamethasone-reduces-death-by-up-to-one-third-in-hospitalised-patients-with-severe-respiratory-complications-of-covid-19>.
9. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan China: A retrospective cohort study. *Lancet*. 2020;S0140-6736:30566-73, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)