

Propuestas de tratamiento terapéutico de pacientes de edad avanzada Covid+ (fuera de las unidades de reanimación)

Versión 28 de marzo 2020

ASPECTOS GENERALES

La población de pacientes de edad avanzada, mayores de 75 años, Covid-19+ se caracteriza por:

- multimorbilidad
- comorbilidades cardiovasculares (HTA, diabetes, fibrilación auricular, cardiopatía isquémica, ACV) o respiratorias (bronconeumopatía crónica obstructiva [BPCO])
- formas atípicas (náuseas, vómitos, diarrea, caídas, confusión)

Los pacientes de edad avanzada se caracterizan por un riesgo particularmente importante de:

- muerte
- insuficiencia respiratoria/síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA)
- complicaciones cardiovasculares, arritmias, miocarditis, complicaciones tromboticas venosas y arteriales
- deshidratación y desnutrición
- pérdida de la autonomía.

Debe registrarse el plazo de inicio de los síntomas y los pacientes de edad avanzada que se recuperan de una hospitalización sin duda deben permanecer en el sector de medicina aguda hasta el D7-D10 (la agravación de la sintomatología a menudo se observa el D7-D8), incluso hasta 48 horas sin agravación después de este tiempo. (Véase la *ficha APHP : levantamiento del confinamiento de pacientes de edad avanzada que han sido infectados con Covid19*)

A pesar de su gravedad, la mayoría de los pacientes de edad avanzada Covid+ se tratarán fuera de los sectores de reanimación, debido, por una parte, a un pronóstico muy desfavorable de esta población frente al SDRA Covid+, y, por otra parte, a la saturación de las camas de reanimación, lo cual impone una elección muy forzada de los pacientes elegibles en favor de los que se beneficiarán más.

Sin embargo, se deben subrayar cuatro puntos:

- no hay que limitarse en recurrir al reanimador para proponer al paciente en ausencia de comorbilidades mayores, incluso para discutir el tratamiento.
- hay que diferenciar la reanimación para SDRA, cuyo pronóstico en esta población es sombrío, y el recurso a una USIC para , por ejemplo, una coronarografía en el marco de un síndrome coronario agudo (SCA) que representa un factor mejorable.
- es necesario recopilar y notificar en cada expediente médico las voluntades del paciente expresadas directamente o a través de las instrucciones anticipadas o gracias al testimonio de la persona de confianza o seres queridos
- Hay que notificar y justificar en cada expediente la decisión de no transferencia en reanimación o de no reanimación, decisión tomada en discusión colegial (negativa del paciente, ausencia de criterios de gravedad, obstinación irrazonable)

Por otra parte, frente a la afluencia importante de pacientes que acuden a las urgencias y ante la saturación rápida de las posibilidades de acogida en los servicios de reanimación, deben preverse dificultades de acogida en la hospitalización de pacientes que provengan de Centros de Alojamiento para Personas de Edad Avanzada Dependientes (EHPAD) Cabe recordar la falta de medios en los EHPAD para manejar estos pacientes y tener presente que todos los pacientes de los EHPAD no son de morbilidad múltiple. Es necesario trabajar desde ya en las modalidades de tratamiento en estas estructuras.

BALANCE INICIAL

Se puede proponer un balance inicial y adaptarse a cada paciente

- Hemograma (NFS)
- Proteína C reactiva (CRP)
- TP, TCA, fibrinógeno
- ferritina, albúmina
- ionograma en sangre, úrea, creatinina, magnesio, prótidos séricos
- transaminasas, gamma-GT, fosfatasas alcalinas, bilirrubina
- CPK, LDH
- ECG con medición del QT

Según la evaluación clínica, se agregará potencialmente:

- gases en sangre según el contexto: Bronconeumopatía crónica obstructiva (BPCO), discordancia SatO₂-clínica,

- signos de hipercapnia (confusión, HTA, asterixis...)
- hemocultivo y examen citobacteriológico de orina (ECBU) en caso de fiebre
- radiografía pulmonar o TDM de tórax sin inyección
- angioTDM de tórax si se sospecha EP
- otros PCR multiplex respiratorio, antigenuria (principalmente ante sospecha clínica de Covid+ pero con resultados de PCR SARS-Cov-2 negativos)
- procalcitonina
- troponina conforme a ECG
- BNP/NT proBNP

Con objetivos preterapéuticos, pensar también sistemáticamente en:

- analizar la prescripción de tratamientos habituales; indicar, entre otros, los tratamientos que alarguen el QT
- recopilar las instrucciones anticipadas del paciente, si existen
- comprobar la designación, por parte del paciente, de su persona de confianza
- evaluar el aclaramiento de creatinina
- medir el QT en el ECG

MEDIDAS TERAPÉUTICAS

• Medidas generales

- **movilización del paciente**: mientras el paciente se pueda levantar y ser movilizado, recomendarle que camine diariamente en la habitación, previniendo la hipotensión ortostática
- **contención venosa** : recomendar el uso de una contención en profilaxis de enfermedad venosa tromboembólica; esta contención no debe ser un obstáculo para la vigilancia de los puntos de apoyo y la aparición de manchas amoratadas.
- **despistaje de problemas de deglución** a través del interrogatorio y la realización de una prueba con agua para prevenir los riesgos de falsas vías que pueden representar una complicación gravísima en el contexto de disnea, y adaptar la toma de medicamentos, la hidratación por vía oral y la alimentación.
- **apoyo psicológico**: prevenir la ansiedad y la depresión e implementar apoyo psicológico por parte de los empleados sanitarios por el aislamiento, y de la gravedad potencial anunciada de infección.
- **mantenimiento de un contacto con el mundo exterior** colaborando con la implementación de una línea telefónica (portátil con cargador, o fijo del hospital).
- **información para la familia** en ausencia de visita autorizada: a partir de la admisión, presentando el compromiso del pronóstico vital y el riesgo de degradación brutal; luego, si es posible, cotidianamente sobre la evolución del estado de salud del paciente; el número de referencia familiar o de la persona de confianza debe anotarse y estar fácilmente accesible.

• Elementos específicos de tratamiento terapéutico

- **oxigenoterapia** en caso de disnea y/o $\text{satO}_2 < 92\%$ con un objetivo de 95% excepto por los pacientes con insuficiencia respiratoria crónica. Si $\text{O}_2 > 9\text{l/min}$, colocar mascarilla a alta concentración. En situación de final de vida, poca indicación de mantener el $\text{O}_2 > 4\text{l/min}$ gracias a los tratamientos sintomáticos asociados.
- **no administrar aerosoles** excepto en pacientes asmáticos verificados que lo requieran; en ese caso, se indica el uso de mascarilla FFP2 al personal sanitario presente en la habitación.
- en este **contexto trombogénico**, evitar suspender el tratamiento en pacientes con tratamiento antitrombótico habitual y colocar en su lugar una profilaxis sistemática mediante HBPM preventiva (tipo enoxaparina 4000 UI SC) en ausencia de tratamiento anticoagulante curativo habitual.
- **tratamientos cardiovasculares habituales**:
 - o evaluar en la mejor forma posible el riesgo-beneficio de mantener o no la adaptación de la posología y el abandono.
 - o a partir de la admisión o cuando los valores de presión arterial disminuyan, discutir la suspensión de los tratamientos antihipertensivos y particularmente los IEC y los bloqueadores de los receptores de angiotensina II «sartanes».
- en caso de fiebre o somnolencia, debido al **riesgo de deshidratación**:
 - o suspender los diuréticos / IEC / sartanes
 - o si el estado cognitivo del paciente lo permite, aplicar una hidratación intravenosa continua (tipo B26 1500 cc/24 h que debe adaptarse) incluso una hidratación subcutánea nocturna (tipo G5 con 4 g de NaCl 1000 cc por la noche) en caso de oposición.
 - o los aportes de potasio (contraindicados por vía SC) deben considerar la función renal.
- **en caso de dolor o fiebre mal tolerada**: uso de paracetamol en dosis de 3 g/24h. Contraindicación absoluta a la prescripción de AINS.
- **vigilancia del tránsito** y uso, en caso necesario, de laxantes tipo Movicol 2-0-0 o supositorio Eductyl 1 x/d en caso de que la ingesta oral sea complicada o ineficaz.
- la polipnea es un mecanismo de adaptación a la disnea y debe respetarse. Debe considerarse el **recurso a morfínicos**:

- transitoriamente en el marco de un tratamiento sintomático en dosis bajas (morfina IV de 0,2 a 0,4 mg/h)
- en el marco de un tratamiento paliativo además de otros tratamientos terapéuticos necesarios
- y entonces debe acompañarse de la prescripción de 2 tipos de laxantes (por ejemplo Movicol y Eductyl).
- el **desequilibrio de la diabetes** puede justificar la prescripción anticipada de un protocolo de vigilancia HGT y de insulino terapia. Debe discutirse la suspensión de la metformina y se debe evaluar la continuación del conjunto de antidiabéticos orales sobre la base del caso individual, considerando el riesgo importante de insuficiencia renal aguda, deshidratación e incluso inestabilidad hemodinámica.
- en **período de inestabilidad hemodinámica**, con fluctuaciones hemodinámicas y manchas amoratadas, conviene investigar otra etiología distinta al Covid19. El uso de soluto de llenado puede ser recomendado según el estado cardiovascular del paciente (NaCl 9/1000 - de 250 a 500 ml, debe adaptarse de manera puntual). La prueba de levantar las piernas se puede utilizar simplemente en la habitación para evaluar si el paciente está realmente hipovolémico.
- la vigilancia mediante ECG debe ser regular
- la prevención y el tratamiento de la confusión son objeto de la siguiente información

Prevención de la confusión

- 1- en todos los pacientes, evitar suspender los hipnóticos y benzodicepinas; y detectarlos +++ en el interrogatorio; es indispensable renovarlos en caso de toma habitual, especialmente si se han tomado por largo tiempo, reconducir a la dosis habitual.
- 2- de forma general, evitar los medicamentos administrados clásicamente que sean anticolinérgicos de tipo hidroxizina (y asociados al alargamiento del QT*).
- 3- en lo que concierne a la ansiedad, con manifestaciones de ansiedad en la admisión, el uso de benzodicepinas debe ser puntual y se debe dar prioridad a las medias vidas cortas: oxazepam 10 mg, comenzar con ½ comprimido, es decir 5 mg
- 4- en cuanto a los problemas para dormir, comenzar con melatonina 3 mg en la noche, al acostarse, duplicar en 7 días. Posible recurso a la mianserina 10 mg por la noche.

Tratamiento de la confusión

- 1- comprobar de nuevo que no se esté abandonando un tratamiento de riesgo.
- 2- con la mayor frecuencia posible, respetar la confusión y detectar los factores desencadenantes (dolor, disnea, deshidratación, globo vesical y fecaloma ...) sin agregar nada mientras no haya riesgo del paciente o de terceros.
- 3- si en medio de la confusión, hay ansiedad predominante, dar prioridad a las benzodicepinas oxazepam 5 mg mañana y noche, incluso 3 veces al día y, en ausencia de vía oral, midazolam 0.2 mg SC cada 4 horas.
- 4- si en medio de la confusión, predomina la tristeza y depresión, el recurso a IRS indicados clásicamente debe considerar el riesgo significativo de alargamiento del QT* (especialmente en el caso de citalopram, escitalopram), y debe evaluarse la relación riesgo-beneficio de su introducción.
- 5- si en medio de la confusión, surgen signos de delirio (alucinaciones, interpretación), el recurso a neurolépticos indicados clásicamente debe considerar el riesgo significativo de alargamiento del QT* y debe evaluarse la relación riesgo-beneficio de su introducción. Solicitar la opinión para utilizar risperidona 0,5 mg por vía oral (dar prioridad) u olanzapina 2.5 mg IM.

• Enfoque en la antibioterapia

El recurso a una antibioterapia debe considerar:

- las alergias
- las antibioterapias recientes u semirecientes (a veces, paciente hospitalizado en el momento de la detección de la infección con Covid19)
- la existencia de un foco clínico y radiológico
- la cronología de la infección: puede proponerse esperar para la introducción en un paciente contacto positivo asintomático, mientras que la antibioterapia podría iniciarse durante la aparición de la fiebre y/o signos funcionales o clínicos pulmonares
- ejemplo pero protocolo limpio en cada centro
 - amoxicilina – ácido clavulánico 1 g x 3/d o ceftriaxona 1 g/d IV + azitromicina 500mg D1 luego 250 mg/d
 - duración de 3 a 5 días
 - la elección de la azitromicina debe hacerse tomando en cuenta el riesgo asociado de alargamiento del QT*.

AVISO SOBRE TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS

Es indispensable tomar en cuenta las recomendaciones actualizadas del HCSP.

Nos parece importante destacar ciertos elementos para la población geriátrica:

- no hay datos disponibles
- la conducción de ensayos terapéuticos es también imperativa para pacientes de edad avanzada, dando prioridad al uso de tratamientos específicos en el marco de una inclusión en un protocolo.

Caso específico de la cloroquina:

- ninguna prueba actual de su interés clínico
- los numerosos datos preexistentes de buena tolerancia tienen poca relación con los pacientes de más de 75 años, con mayor razón con cardiopatía subyacente y polimedicación
- los pacientes de edad avanzada covid+ presentan una frecuencia muy elevada de afecciones y de polimedicación fuente de interacciones medicamentosas y de acumulación del riesgo de alargamiento del QT*
- los pacientes de edad avanzada covid+ presentan numerosas complicaciones cardiovasculares y trastornos iónicos frecuentes de tipo hipocaliemia.
- las condiciones de aislamiento de los pacientes dificultan la vigilancia indispensable mediante ECG para medir el QT
- hay que comenzar por considerar las contraindicaciones de la cloroquina:
 - o Contraindicaciones formales: asociación al citalopram, escitalopram, hidroxizina, domperidona, piperquina, retinopatía
 - o contraindicaciones relativas que obligan a cuestionar la indicación en el contexto Covid-19 en ausencia de pruebas científicas de eficacia : cardiopatía, cualquiera que sea,, trastorno del ritmo, cualquiera que sea,, hipocaliemia o hipomagnesemia no corregida, alargamiento del QT*, bradicardia < 50/min, déficit de G6PD conocido, medicamentos que alargan el QT (antiarrítmicos, tricíclicos, neurolépticos), ciclosporina

* alargamiento del QT = superior a 450 ms. <https://www.rfcrpv.fr/chloroquine-point-dinformation/>

Coordinador y redacción Jacques Boddaert

Contribuidores: Tristan Cudennec, Hélène Vallet, Julien Leguen, Charlotte Toméo, Caroline Thomas, Judith Cohen-Bittan, Rebecca Haddad
