

## Infección por COVID-19 en geriatría

---

AA Dr. Eduardo Penny Montenegro<sup>1</sup>

Muchas gracias. Bueno, en primer lugar, muchas gracias al Dr. Jorge Huamán por la presentación. Mi agradecimiento a la Academia y al Comité Organizador por la invitación y mi homenaje al Dr. Roger Guerra-García, decano y ex presidente también de la Academia y ex rector de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

No tengo ningún conflicto de interés para este tema, y quiero conversar con ustedes de la población más afectada en nuestro país y en los países en general por el COVID. A la fecha oficialmente hay alrededor de 100,000 adultos mayores que presentan el problema de la infección por COVID y de los cuales algo más de 20,000, de los 29,000 que están oficialmente reportados por el Estado, han fallecido. Estas dos cifras bastan para que ustedes puedan ver la magnitud del problema de esta población y, a mi entender, no ha sido focalizado así el problema y, por lo tanto, esta población es la que está sufriendo más el embate de esta epidemia. El 70% de los hombres son los que han fallecido y sólo el 30% de las mujeres. Esto no es una relación fortuita como vamos a ver luego. Hay diferentes grupos dentro de lo que nosotros consideramos pacientes geriátricos que van desde los 60 y hasta la posibilidad de 120 años de vida. Lo interesante, importante, es que cuatro de cada cinco personas afectadas tienen alguna comorbilidad, y esta constituye en muchos casos uno de los factores

por el cual tienen alta mortalidad. Quiero que vean ustedes cómo la letalidad entre los 25 a 59 años es de 1.35%; sin embargo, esa misma letalidad en la gente de más de 60 años es 9 veces más elevada, se va de 1.35% a 12.4%. Y si comparemos con las cifras que dio la Dra. Theresa Ochoa, los niños tienen menos de 1% de letalidad en comparación con la población adulta mayor.

¿Cuáles son las razones probables de la severidad del COVID en personas adultas mayores? Una es el envejecimiento biológico y todos los cambios que se van produciendo en los adultos mayores. La segunda es la fragilidad, como luego vamos a explicar, los estados de inmunosenescencia con respuestas inmunológicas diferentes entre los sexos, el envejecimiento vascular y la disfunción endotelial que se presenta con el envejecimiento, la presencia de comorbilidades y desestabilización y tal vez probablemente una diferente respuesta a los tratamientos. Hay que tener en cuenta que con el envejecimiento natural se produce una disminución de la reserva o del ahorro funcional. Así sucede en todos nosotros conforme vamos envejeciendo; quiere decir que nos vamos quedando sin ahorros para enfrentar los problemas de estrés de todo tipo que pudiéramos ir teniendo a través de la vida y sobre todo en los últimos años. Es interesante cómo nosotros debemos estar enfrentando una serie

---

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Interna y en Geriatría, AA de la Academia Nacional de Medicina, master en American College of Physicians Fellow American Geriatrics Society, ex presidente de la Sociedad Latinoamericana y la Sociedad Peruana de Medicina Interna, medalla de oro al mérito extraordinario por el Colegio Médico del Perú.

de aspectos dimensionales del envejecimiento. No todas las personas envejecemos igual. Hay una serie de cambios que hay que tener en cuenta en el envejecimiento: cambios biológicos en relación al estrés oxidativo, a la inflamación crónica que se produce, al tamaño de los telómeros, a la constitución genética, una serie de factores de riesgos cardiovasculares conocidos por todos ustedes, los hábitos de vida que podamos tener, nutrición, ejercicio, el cuidado dental inclusive tiene que ver con todo esto, la presencia de comorbilidades, infecciones en general, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión, depresión, demencia.

Es una serie de comorbilidades que nos van acompañando, aspectos psicológicos, la estructura social que en las epidemias es sumamente importante y es uno de los aspectos que hemos descuidado en nuestro país, los recursos económicos obviamente y los aspectos culturales que es otro de los aspectos que nosotros hemos descuidado. Entonces si bien envejecen todos, todos envejecemos en una forma diferente y con una progresión que va a variar de acuerdo a una serie de circunstancias individuales como lo hemos mostrado en estos dos últimos cuadros. Así, a fin de cuentas, nosotros vamos a tener a mayores que pueden ser básicamente sanos o robustos, algunos que tienen procesos mórbidos controlados, hipertensos controlados, dislipidémicos controlados; otros que tienen procesos mórbidos no controlados y esos son los llamados prefrágiles, hipertensos, diabéticos que no están controlados, con enfermedades coronarias o cerebrovasculares.

El grupo de los frágiles son los que más sufren, así como el grupo de demenciados y/o terminales. Hay que tener en cuenta el estado de fragilidad. Y quiero insistir en esto, porque estos conforman la población usualmente más golpeada, ya que ellos tienen una marcada disminución de la reserva funcional que los hace personas muy vulnerables, porque no tienen una adecuada respuesta y pues una serie de evoluciones de tipo adverso. La fragilidad tiene una prevalencia general en mayores de 65 años entre 10 y 20%, pero aumenta conforme avanzan los años. En las personas de 90 a más años llega la fragilidad a 40%. En un estudio que realizó el Dr. Varela hace algunos años en Lima, encontró que la fragilidad era alrededor del 7,7%, pero –ojo- la pre-fragilidad fue de 64% y hay que tener

en cuenta que 20% de ancianos pasan a la fragilidad anualmente. Entonces, es muy importante detectar a las personas de pre-fragilidad para poder solucionar los problemas y evitar que pasen a esta fragilidad que los hace mucho más vulnerables, mucho más susceptibles de tener morbimortalidad. El principio, en general, es que a mayor edad hay una mayor prevalencia de pre-fragilidad. Esta fragilidad tiene que ver con una serie de aspectos etiológicos y de factores de riesgo, con un proceso de inflamación crónica que ha llevado inclusive a algunos investigadores a considerar que el envejecimiento natural es un envejecimiento en realidad patológico porque se presenta entonces un grado de inflamación crónica permanente de bajo grado, pero permanente. Así se presenta, por ejemplo, en la adiposidad, la obesidad. En algunos estados diabéticos hay una serie de sistemas intermediarios en este proceso de fisiopatología; el fenotipo, o sea, la forma como se presentan es debilidad, pérdida de peso, agotamiento, baja actividad y marcha lenta. ¿Y esto resulta en qué? En caídas, en discapacidad, en dependencia y en muerte. Es por eso muy importante tenerlo en cuenta, porque debemos tratar de bloquearlas.

Ahora, en los adultos mayores se produce un estado de inmunosenescencia donde hay una serie de cambios inmunes tanto a nivel humoral como a nivel celular, lo cual tiene mucha importancia porque ustedes saben que las enfermedades virales tienen que ver con las defensas de tipo celular principalmente. Pero no es solamente este el problema, sino que también se produce la llamada disfunción endotelial; se altera el endotelio en sus capacidades normales y hay un problema oxidativo e inflamatorio, que conlleva el que endotelio y la parte vascular se lesionen.

Otro gran problema que tenemos nosotros es el de las comorbilidades. Hay al respecto un estudio que acaba de ser publicado sobre 65,000 pacientes con COVID-19 cuya edad promedio es de 61 años. El 57% de estos eran hombres, y vean ustedes cómo las comorbilidades que tienen significación estadística son la enfermedad cardiovascular, la hipertensión, la diabetes, la insuficiencia cardíaca, la insuficiencia renal crónica y el cáncer. Todos con significación estadística dentro del rango de confianza; con todo, no encontraron significación estadística en pacientes que tenían enfermedad hepática crónica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica,

asma, ni en pacientes que tenían HIV positivo y SIDA. Sin embargo, hay otros estudios que sí muestran que pacientes con EPOC tienen un problema de morbilidad asociada, pero quiero que vean que son 65,000 pacientes evaluados con COVID demostrado.

¿Qué pasa socialmente en el Perú? En el Perú la expectativa de vida en los hombres es 72 años y, en las mujeres, de 77 años. El 12,7% de peruanos son mayores de 60 años, el 15% están en condición de pobreza, 44% de los hogares tienen por lo menos un adulto mayor, cerca del 30% de los hogares depende de un adulto mayor y alrededor del 14% no tiene grado de instrucción siendo cerca del 17% analfabetos. ¿Por qué muestro este cuadro? Porque nosotros sabemos lo que pasa con los adultos mayores en el Perú y que esta es una población que va a ser blanco en una pandemia; por lo tanto, deberíamos tratar de prevenir los problemas que van a afectar. Imposible prohibir a los adultos mayores que se movilicen cuando ellos muchas veces viven solos, el 20% tiene acceso a algún programa social, cerca del 30% tiene déficit calórico, más del 70% tiene algún problema de salud independiente del COVID-19, el 45% padece algún tipo de discapacidad y el 84% ni tiene algún tipo de aseguramiento de salud. Felizmente en los últimos años se le ha podido a ellos ingresar a los sistemas de salud imperantes. Conocemos a estos adultos y -esto es lo importante y es lo quiero recalcar- conociéndolos, ¿por qué no protegerlos adecuadamente desde un inicio?

¿Qué pasa con el COVID en adultos mayores en todo el mundo? La realidad no es muy diferente de la que hemos tenido aquí. Hemos dicho que tenemos el 15% de adultos mayores y en otras partes llega hasta el 30%; entre el 45 y 50% de las hospitalizaciones son de adultos mayores y, el 80%, de muertos; en nuestro caso del Perú -vuelvo a recalcar- es solamente entre comillas "solamente" el 70%, la mayor parte de los ingresados han fallecido en las unidades de cuidados intensivos; hay cuadros severos con morbilidad que tienen mejor pronóstico; obviamente hay una serie de comorbilidades, y hay que tener en cuenta los que no se presentan con cuadros severos. Lo que sí es importante es que, en Estados Unidos y en Europa (principalmente en España y en Francia), la mayor parte de adultos mayores que han fallecido son adultos mayores que estaban viviendo en residencias para ancianos. Muchos

de estos sitios no tenían médicos, estaban hacinados los adultos mayores y, por eso, allí han tenido grandes problemas; se ha producido lamentablemente algo que no me gusta decir, pero es una especie de selección natural: los más débiles, los más desprotegidos, los más ancianos han muerto en grandes cantidades.

El otro problema que tenemos nosotros es la actitud social. Todos los días vemos nosotros, en televisión y en los noticieros, este problema de la actitud social y ética frente a los adultos mayores. Esta actitud va desde la falta de preocupación por ellos hasta lo que nosotros llamamos el edadismo, el cual es una forma de evitar hablar de ellos de manera adecuada, como si fuera un racismo, es una forma de discriminación y exclusión por efecto simplemente de la edad: son más viejos, no importan; son más viejos, se van a enfermar y qué vamos a hacer; son más viejos, no van a entrar a cuidados intensivos, hay que darles preferencia a los jóvenes. Hay, entonces, un comportamiento inadecuado con una serie de prácticas prejuiciosas que están relacionadas con los adultos mayores. Ellos han estado pagando y seguirán pagando lamentablemente esta actitud de nuestra sociedad, que no solamente es una actitud de la sociedad peruana, es una actitud de la sociedad en general. Entonces, esto ha repercutido y ha dado una falta de prontitud en la atención o de muy baja calidad en adultos mayores; además, todo ello asociado a que muchas veces hay una confusión -en las personas y en las familias de esas personas- entre las que son molestias propias del envejecimiento natural y las de enfermedad, lo cual produce un retardo en la atención médica, pues muchas veces piensan que no hay enfermedad, sino que simplemente son "achaques de la vejez".

Entonces, ¿qué tenemos que hacer nosotros? Hemos de proteger a los adultos mayores. ¿Qué debemos tratar de procurar? En primer lugar, evitar la exposición al virus. Sabemos que la carga viral es un proceso por el cual la cantidad de virus afecta a las personas y les desarrolla una enfermedad muchas veces más contagiosa y más severa. El distanciamiento físico. A mí no me gusta hablar de "distanciamiento social", me gusta decir "distanciamiento físico", porque eso es lo que debemos hacer y aconsejar. Hay una serie de estudios que nos dicen no un metro, no un metro y medio, nos hablan de dos metros. Ese es un buen

nivel de seguridad, el tener los dos metros, porque así, si una persona está cerca y tiene la carga viral, a dos metros se puede diluir la forma del contagio. Hay que evitar que ellos vayan a hospitales, evitar que entren a un transporte público, en los bancos, en los mismos ascensores, porque no hay un cambio de flujo en ese nivel y, para atender a su salud se necesitan los métodos de telesalud, de telemedicina.

Les decía que no me gustaba hablar del distanciamiento físico, porque no debe haber un distanciamiento comunicacional; tienen que estar ellos siempre en comunicación con su familia a través de cualquier método, telefónico o audiovisual, pero siempre tienen que estar ellos en comunicación. Hay que darles unas zonas aireadas y limpias, el lavado de manos debe ser continuo con agua y jabón pero durante 30 segundos; si usted le dice a la población *20 segundos* lo van a hacer en 10 segundos; 30 segundos es un tiempo adecuado, y algo de lo que no habla mucha gente es que el lavado tiene que incluir muñecas; los estudios bacteriológicos que uno hace demuestran que, cuando uno pone la placa de mano en un agar, vean ustedes cómo la zonas de las muñecas son las más contaminadas, además de las zonas interdigitales; entonces, tienen que lavarse las muñecas, y eso hay que decirselo a la población en general.

En los casos que yo he estado viendo de COVID en adultos mayores, la puerta de entrada del COVID al hogar han sido los cuidadores y los visitantes, los familiares. Por lo tanto, hay que tener mucho cuidado con cuidadores y con visitantes, hay que tratar de mantenerlos con una nutrición adecuada, balanceada, con una buena hidratación; hay que tener controlados los problemas de comorbilidades, pues mucha de la gente que se está muriendo no se está muriendo por COVID-19, se está muriendo por enfermedades crónicas que no están siendo adecuadamente controladas; por último, hay que mantenerlos con actividad física mental y social. Cuando ya detectamos nosotros el problema debemos tener una alta sospecha, ya que muchos de estos pacientes vienen con cuadros de diarrea, no vienen necesariamente con fiebre; se les quita simplemente muchas veces el apetito o están decaídos o comienzan con un poco de delirio o comienzan a caerse con las manifestaciones atípicas de enfermedades que conocemos en los adultos mayores.

Por lo tanto, tenemos que tener un alto nivel de sospecha. Antes de que se hayan enfermado, deberíamos tener una serie de condiciones basales para medirles las funciones vitales, para saber de dónde estamos partiendo para que luego, cuando se enfermen, podamos tener nosotros parámetros de registro y parámetros de comparación. Hemos de acordarnos de debemos registrarlo por escrito todo para tener un buen nivel de comparación, hay que detectar tempranamente la hipoxia; por lo tanto, toda familia debería tener un oxímetro de pulso en el hogar. Acuérdense ustedes de que la pronta administración de oxígeno es la salvación para esta población. Ellos, ni bien están bajando de 92-90 de saturación de oxígeno, deberían comenzar a recibir oxígeno y probablemente eso les salve la vida. Durante esta etapa es preferible no iniciar nuevos medicamentos, porque los medicamentos pueden producir síntomas y -estoy hablando en general- con estos nuevos medicamentos, al producirse una serie de síntomas, no vamos a saber si es por el medicamento o si es porque se están enfermando.

Tenemos que tener mucho cuidado con lo de los fármacos que utilizamos nosotros para COVID, y ese es uno de los grandes problemas con la hidroxiquina. La hidroxiquina, cuando la manejamos nosotros en dosis adecuadas con experiencia en reumatología, no hemos tenido ningún problema, pero esta población de adultos mayores tiene una serie de problemas de arritmias, por ejemplo, de fibrilación auricular cuando están recibiendo una serie de medicamentos. Por ejemplo, si ustedes le dan la Azitromicina, se va a prolongar el intervalo QT, como se va a prolongar también con Amiodarona, se va a producir como una serie de problemas; entonces, estos pacientes terminan haciendo arritmias serias y terminan muriendo. En un estudio no publicado todavía, una comunicación personal que gentilmente me la ha propuesto el Dr. Custodio, evaluaron a 84 pacientes con demencia. En dos meses los pacientes con demencia alteraron negativamente el área cognitiva, alteraron negativamente el área psicológica y conductual y alteraron negativamente el área funcional; en dos meses únicamente estos ancianos con demencia se han deteriorado más. Este es un estudio que acaba de ser publicado sobre 733 adultos mayores chinos con COVID-19, críticamente enfermos, con comorbilidades el 62%, con factores de riesgo independientes que vamos a ver luego y con una mortalidad de 54%, mayores de edad y de sexo

masculino fueron dos marcadores. La presencia de malignidad, el score APACHE promedio de 10, el nivel elevado de dímero D, un cociente bajo de presión de oxígeno con la fracción expirada e inspirada, un nivel elevado del Tnl, un bajo nivel de albúmina sérica han sido marcadores independientes de mayor mortalidad. ¿De qué se murieron? Fallas respiratorias el 81%, *shock* el 20%, plaquetopenia con consecuencias cerca del 20%, compromiso neurológico cerca del 10% e insuficiencia renal aguda en el 8%. Sabiendo entonces cosas que van a pasar cuando están enfermos, tenemos que tratar de adelantarnos a este tipo de problemas.

El otro problema que tenemos nosotros es el llamado Síndrome de discondicionamiento. Estén o no estén los adultos mayores con COVID, si nosotros no tomamos una serie de medidas ellos van a entrar a este llamado síndrome de discondicionamiento. Se trata de una serie de cambios anatómicos y fisiológicos negativos que son productos de la inactividad, de la vida sedentaria, pero que pudieran ser reversibles si nosotros tenemos un programa adecuado con ellos de prevención de este tipo de problemas. Es algo que debemos prevenir porque si no todos estos sujetos caerán en un estado de fragilidad y van a tener serios problemas.

En conclusión, esta es una población de alto riesgo y que está desprotegida. Hay una concomitancia de factores de riesgo que deberíamos controlar adecuadamente. Tiene esta población una serie de problemas físicos, mentales, psíquicos, sociales y económicos a tener en cuenta. Es importante mantenerlos adecuadamente hidratados y con una buena nutrición. Hay que considerar que tienen una elevada morbilidad, fragilidad y dependencia y que esto se puede acentuar por el problema del COVID. Tenemos que tener un alto nivel de sospecha clínica para la detección temprana de hipoxia y la pronta administración de oxígeno. Quiero insistir en que necesitamos tener un oxímetro de pulso. La prevención tiene que ser en método de contención porque, cuando estos pacientes enferman, tienen una alta mortalidad. Y un punto importante: debemos mantener su inmunización actualizada. Estos son pacientes que deben ser vacunados contra la gripe o influenza y tienen que ser vacunados contra la neumonía por neumococo; no es contra la neumonía por neumococo, es una protección para neumococo en general, pero indirectamente para neumonía. Es lamentable que nosotros paráramos el programa

nacional de inmunización porque simplemente a alguien se le ocurrió decir “oye, los van a estar contagiando vacunándolos en su casa. Es una barbaridad. Se ha dejado de vacunar a esta población, y ellos podrían estar haciendo un problema de neumonías post COVID, o juntamente con COVID que empeora esto; uno debe tomar todas las medidas de precaución para no infectarlos, pero eso no imposibilita la vacunación. Quiero recordar algo que mencionó el papa Francisco con toda su sabiduría: “Donde no se honra a los adultos mayores, no hay futuro para los jóvenes”, y este debería ser un mensaje para la gente joven: el honrar, el cuidar a los adultos mayores evitando ellos contagiarse y, por lo tanto, contagiar a sus padres y a sus familiares mayores. Muchas gracias por la paciencia de escucharme.

## Preguntas y comentarios

### Moderador Dr. Juan Jorge Huamán

Muchas gracias, Dr. Penny, por su brillante exposición. Y ahora vamos a pasar a la ronda de preguntas. Dra. Ochoa y Dr. Penny, una pregunta para ambos ¿Cuál es la importancia de los medios de comunicación en estos tiempos de COVID?

### Dra. Theresa Ochoa

Si me permiten empezar, creo que el rol de los medios de comunicación es fundamental. Creo, por supuesto, que los comunicadores tienen que tener información correcta, pero es fundamental transmitir a la población mensajes sencillos, mensajes claros; ahora, mensajes nuevos porque la población está cansada de escuchar lo mismo; mensajes positivos que den confianza, algo que es fundamental, porque obviamente la población no tiene la oportunidad de leer todo lo que nosotros leemos o de conversar con su médico, tiene terror de acudir a un establecimiento de salud y hacer consultas. Es fundamental el rol de los comunicadores. Tiene que haber más alianzas entre los medios de comunicación y las sociedades científicas, las sociedades académicas que capaciten a los medios de comunicación para los mensajes clave. Eso es lo que realmente va a hacer que cambie el curso de la pandemia, como el auto aislamiento de las personas, la interpretación correcta de las pruebas, el saber identificar que sí tiene síntomas y debe autoaislarse; el saber que tener una prueba negativa no quiere decir que no tenga COVID. Entonces, creo que hay muchos mensajes que nos está

faltando enviar a la población. Es fundamental trabajar con los comunicadores.

### **Dr. Eduardo Penny**

A mí hay algo que me preocupa muchísimo, y lo he expuesto desde un comienzo a distintas instituciones a las cuales pertenezco. Nosotros no tenemos periodistas científicos, el nivel académico científico en aspectos sanitarios es terrible; si no, lean ustedes los diferentes periódicos que hay, escuchen los noticieros, los comentarios de pseudoexpertos comunicadores, los cuales son terribles. Yo les decía a las instituciones a las que pertenezco que desde un inicio deben llamar a los diferentes medios de comunicación, para que nuestras instituciones los entrenen, les den información científica adecuada. Si bien no es el papel de nosotros formarlos, tenemos que hacerlo, porque a fin de cuentas nos interesa el estado de la salud, pero ellos hacen comentarios absurdos y la población no escucha a los médicos cuando aconsejan. Las entrevistas que se hacen a los médicos son muy relativas, porque la gente más escucha a los periodistas o lee a los periodistas y -vuelvo a insistir- con muchas aberraciones. Podemos tener una entrevista con el mejor de los médicos en el país; sin embargo, los medios terminan sacando sus propias conclusiones y terminan diciendo barbaridades, y eso es el mensaje que escucha la población. Yo insisto en ese tema, tenemos que educar a estos periodistas porque, en el mundo actual, la población, la joven sobre todo que es la que se está infectando, está viendo el WhatsApp, está entrando a las redes sociales y es por ahí por donde se forman una serie de teorías, entran a un noticiero y escuchan una barbaridad y dicen “esa es la verdad”. Además, publican cada cosa que sale de estudios clínicos, los cuales ni siquiera han pasado por pares, ni siquiera tienen conclusiones; sin embargo, simplemente lo están haciendo o dándole micrófono a gente que te dice “oye, toma esto, enjuágate, échate esto”, barbaridades que no han pasado por los filtros científicos adecuados.

### **Moderador Dr. Juan Jorge Huamán**

Dr. Ciro Maguiña, quería su opinión, ya que es una de las personas más entrevistadas.

### **Dr. Ciro Maguiña**

Si, tiene razón el Dr. Penny. Yo he sido vocero del Colegio Médico. Como infectólogo y obviamente he

tenido que enfrentar a periodistas desinformados. He estado participando junto al Dr. Gotuzzo en muchas entrevistas por ser vocero del Colegio Médico, por mi especialidad, incluso por la propia Academia y por el Comité de Expertos, y he sentido que lamentablemente no sólo hay periodistas que buscan el conflicto. Coincido con el Dr. Penny. Hay un tema que creo no se ha hecho a lo largo de estos meses, que recién se está haciendo a última hora, y es ganar a la población. Nosotros nos reunimos con varias instituciones. No sólo hay que ganar a los alcaldes, sino a la sociedad civil, la que –como muy bien lo dijo la Dra. Theresa Ochoa- es muy diversa. No es lo mismo en la selva que en la costa. Eso de ganar a la población es algo que tenemos que hacer en un país chicha. El Perú ha cambiado, nuestra cultura chicha se da en todo, en los valores, en la educación, en el deporte, y creo que eso de ganar a la población es algo que tenemos que hacer. El Gobierno está haciendo a última hora, de manera parcial, lo que debió hacer hace tiempo. Coincido nuevamente con Eduardo: tenemos que educar a la sociedad civil, no ha sido ganada, salvo los religiosos (mi respeto por ello) y creo que la Academia debe dar un respaldo. La empresa privada poco ha participado. En lo que respecta a los colegios de ingenieros y médicos, ¿qué colegios han participado? Creo que reclamo con la altura que nos corresponde como Academia. La sociedad civil no ha peleado ese partido, y eso es a nivel general no solamente en el tema de la salud. Si la sociedad civil hubiera jugado el partido en la cancha, tendríamos menos problemas y no seríamos el número uno en el mundo. Creo que eso que hizo Guayaquil es la mejor enseñanza al mundo de que en todos los aspectos debimos haber peleado unidos. Al no haberlo hecho eso lamentablemente está pasando factura. Esos son los mensajes que señalo, mi estimado Dr. Jorge Huamán.

### **Dr. Eduardo Penny**

Dr. Huamán, si me permite, quería hacer un comentario. Hay que ser muy autocríticos. Ya después podremos discutir muchas cosas en un futuro, pero la verdad es que ha habido mucha soberbia en el manejo de este problema en nuestro país, por parte del Gobierno, del Estado. Conozco numerosas empresas, incluso mineras, que han querido colaborar y las han dejado marginadas. No ha habido el llamado a las poblaciones comunitarias, a los clubes de madres, a las cocinas públicas. Ahí ha habido una falla garrafal de no pedir

el apoyo de todos los peruanos para solucionar un problema que afecta a todos. Hay algunas instituciones, como el Colegio Médico, que *motu proprio* nos hemos ido ganando el espacio empujando con el hombro para lograr que el Estado permitiera escuchar a la población. Bueno, nosotros lo hemos logrado como Colegio Médico, y nuestras felicitaciones por ello, pero en otros casos no les han dado el espacio, el Estado ha creído que ellos eran omnipotentes y que podrían solucionar todos los problemas, no han recurrido a las universidades activamente para solucionar mucho de los problemas, muchas investigaciones. Es increíble que nosotros no tengamos todas las investigaciones que deberíamos tener en curso con 700,00 infectados. Deberíamos tener una serie de estudios observacionales, por lo menos de un manejo, aunque sea de 60 días, y deberíamos tenerlos por toda nuestra experiencia con Ivermectina, con hidroxiquina, hasta con el DDS y este tipo de sustancias, hasta con cualquier hierba que haya. Nos hemos quedado, nadie ha pedido ayuda a las universidades. Las universidades se han quedado también en eso de poder empujar en muchos casos. Tenemos que hacernos una autocrítica, hemos fallado todos en gran o en la mayor parte; pero el Estado, que es el líder natural, no ha tenido el liderazgo que ha debido tener, no solamente a través de su ministro de salud, sino que ha debido ser activo también su ministro de educación. Tenemos que ser autocríticos en esto. Gracias, Jorge, por permitirme.

#### **Moderador Dr. Juan Jorge Huamán**

Ahora hay una pregunta, cambiando de dirección, para la Dra. Ochoa. ¿Qué medicamentos no se deben dar a los niños con COVID? Y la misma pregunta para el Dr. Penny.

#### **Dra. Theresa Ochoa**

Como mencioné, la gran mayoría de las infecciones por COVID en los niños son leves y, por lo tanto, lo que debemos usar a nivel de la casa es controlar la temperatura o el malestar general con el paracetamol, mantener una buena hidratación. Eso es lo más importante, y dar a los padres los signos de alarma. El padre debe saber en qué momentos su niño puede requerir acudir a un establecimiento de salud, si por ejemplo la fiebre persistente, si el niño empieza a tener deshidratación porque tiene muchos síntomas gastrointestinales, si tiene alteración en el sensorio,

si está más dormido o más irritable. Creo que lo importante es conocer los signos de alarma. Hasta la fecha no hay ningún estudio que haya demostrado la utilidad de dar medicación, tanto profiláctica como de tratamiento, a la población pediátrica y, por lo tanto, no lo recomendamos. Las únicas guías que recomiendan tratamiento específico en pediatría son para el manejo de los casos de Síndrome de respuesta inflamatoria multisistémica, y es claro reconocerlo. Por eso se enfatiza el que los médicos puedan reconocer esta realidad, porque entonces sí requieren un tratamiento especializado, como sucede al igual que Kawasaki, como ya mencioné. Hay algunas guías, sobre todo la de la Academia Americana de Reumatología, que han hecho un consenso, a nivel de Estados Unidos al igual que otros países, que sí recomiendan el uso de la inmunoglobulina endovenosa en los pacientes que tienen el Síndrome de respuesta inflamatoria multisistémica. Los pacientes que tienen manifestaciones de *shock*, como mencioné, tienen que requerir tratamiento de soporte de hidratación, de inotrópicos. También obviamente se están usando los corticoides, al igual que se hace con la población adulta que requiere hospitalización y está en un estado crítico; sin embargo, en población ambulatoria con síntomas leves no estamos recomendando el uso de ninguna medicación.

#### **Moderador Dr. Juan Jorge Huamán**

Y la misma pregunta para el Dr. Penny: ¿Qué medicamentos deberían usarse en los adultos mayores?

#### **Dr. Eduardo Penny**

La primera cosa que quería siempre enfatizar, y es importante comunicar a la población, es que no hay ningún tratamiento específico. Es la primera cosa que debemos decir. Probablemente la mejor terapia va a ser el oxígeno en el momento que el paciente lo necesite. Miren ustedes, yo no he hecho ningún problema con la Ivermectina, porque la Ivermectina maneja tantas dosis y tenemos tanta experiencia. Es una droga relativamente inocua, pero con la hidroxiquina sí, y esto es un problema por las arritmias. Yo les voy a leer una pequeña lista de fármacos que prolongan el QT: la amiodarona que les había mencionado, los macrólidos, las quinolonas, el fluconazol, el ketoconazol, la domperidona, el ondasetrón, quinina, cloroquina, hidroxizina, la clorpromazina, la clozapina, el

haloperidol, la olanzapina, la risperidona, la quetiapina, la amitriptilina, el citalopram, la metadona, la imipramina. Y no quiero seguir. Imagínense si ustedes, a personas mayores que usualmente reciben esta medicación, le dan hidroxycloquina. Las van a matar. La otra cosa que quisiera enfatizar es muy importante: el control de las comorbilidades. No es que yo soy hipertenso, y por ser hipertenso me voy a morir si tengo COVID. Si yo soy un hipertenso que estoy descontrolado, soy un diabético que estoy descontrolado, o soy un enfermo coronario que no estoy tomando mi medicación, el COVID sí me va a matar. Si me puede matar, por lo tanto, tengo que tener mucho cuidado.

Y la otra cosa es que, si yo voy a utilizar dexametasona, hay que decirle a la población: “no uses dexametasona de ninguna manera, salvo que tú necesites oxígeno y los médicos ya te van a colocar la dexametasona; pero tengo que decirles: “si tú utilizas dexametasona, el proceso va a ser mucho más severo porque va a haber una mayor diseminación del virus”. En su momento será adecuado darles, pero ¡jojo! si lo necesito y lo voy a utilizar, cuidado con los diabéticos porque estando estables puedo convertir a esos diabéticos en inestables y tener los problemas de morbilidad por hiperglicemia, no solamente por el COVID, sino por cualquier otro problema; entonces, a esos pacientes voy a tener que ponerles insulina dentro de la clínica o dentro del hospital. Y no solamente eso sino que, si les voy a dar la cantidad de dexametasona que les doy, van a hacer hipertensión arterial no controlada. Entonces tenemos que enseñar a los médicos que hay una serie de medicamentos que no deberíamos usar o que debemos usar con mucho cuidado o que nos pueden dar un problema secundario cuando los utilizamos. Al igual que el oxígeno: si nosotros les metemos litros de litros de oxígeno no necesitando una cantidad adecuada, también les vamos a producir daño a esos adultos mayores.

#### **Dr. Ciro Maguiña**

Dr. Huamán, quería complementar lo que el Dr. Penny ha señalado. Yo también tengo una casuística grande con varios colegas del Perú. Estamos empleando varios esquemas en los que tienen factores de riesgo y tengo un grupo importante de adultos mayores. La ivermectina ha sido bien tolerada dándola precozmente. Ya hemos sostenido las razones científicas, y sí, coincido que hay mucha data en el mundo en lo de la hidroxycloquina.

Usamos ivermectina en adultos mayores y realmente no hemos detectado efectos adversos, porque ya hay experiencia en el mundo. En eso sí coincidimos. Incluso en jóvenes la hemos usado, en algunos obesos no hay ningún problema, hasta gestantes -eso sí- creo que en el mundo hay mucha experiencia, e igual en el COVID. Coincido en que la hidroxycloquina, en el tema hospitalario, ya perdió vigencia en el mundo. Eso creo que también es peligroso. Pero un tema que me preocupa – y aprovecho que está Theresa- es el de la ceftriaxona con vancomicina, piperacilina, es decir, el abuso de ella que está habiendo en esta pandemia va a pasar factura. He visto colegas de Iquitos morir por superinfecciones, y colegas que fueron trasladados con nuestros esfuerzos se murieron por sepsis, por bacterias y por hongos. En esta pandemia, también la automedicación en corticoides es mala, y peor con los antibióticos. Creo que acá debemos parar un poco la mano. Nos preocupamos por lo del dióxido de cloro, pero hoy se mueren en el mundo por resistencia antibiótica 800,000 personas, casi como por el COVID. Entonces, un llamado a los colegas de todos los niveles: los antibióticos, por favor, úsenlos racionalmente porque esto nos va a pasar factura para los próximos años.

#### **Moderador Dr. Juan Jorge Huamán**

Un comentario común entre los que han preguntado, o que han hecho su participación por el chat, es ¿Por qué no se actualizan los protocolos? Si hay tantas evidencias, ¿por qué no se actualizan los protocolos del Ministerio? Esa es la pregunta. No sé si el Dr. Maguiña tiene algún comentario al respecto.

#### **Dr. Ciro Maguiña**

Hemos señalado que casi hay consenso de no usar la hidroxycloquina en el sistema hospitalario; y, para el primer nivel, necesitamos los estudios observacionales que ya el propio viceministro ha encargado al Dr. Lucchetti. En base a los estudios, que son numerosos, se verá si se mantiene tal o cual terapia; por lo tanto, este es un tema dinámico, pero ya algunas cosas se han modificado. Lo que pasa es que no es fácil cambiar las guías cada semana.

#### **Dra. Theresa Ochoa**

Si me permite comentar, doctor, yo creo que una situación de emergencia de pandemia frente a un virus nuevo, en el que no tenemos evidencia científica

para recomendar uno u otro tratamiento, es lógico que al inicio de la pandemia se hagan decisiones y recomendaciones basadas en la poca data que pueda haber de estudios *in vitro*, de algunos estudios clínicos iniciales. Y por supuesto tenemos que hacer caso a esas recomendaciones, porque de inicio no conocemos este virus; sin embargo, ya estamos a 8 meses del inicio de la pandemia y en estos meses se ha acumulado muchísima información científica que, basada en evidencias, nos dice a gritos que hay cierta medicación -como se estaba comentando, por ejemplo, la hidroxicloroquina- que no debemos usar. Entonces, por parte del Ministerio debe haber esa rapidez en poder adaptar las guías. En el caso de pediatría, yo también les mencioné que ha habido unos cambios muy importantes de las guías internacionales con respecto al cuidado del recién nacido. Si uno ve la literatura, inicialmente mencionaban que no había que hacer el clampaje prolongado del cordón, que no había que hacer contacto precoz, que no había que dar leche materna; pero esas guías, en el transcurso de los meses, han ido modificándose. Si uno revisa las recomendaciones del CDC, para algunos casos cada dos semanas, cada 4 semanas las actualizan. He estado leyendo los comentarios en el chat sobre que realmente el Ministerio debe actualizar la guía de manejo, porque creo que está generando más confusión y en algunos casos más daño.

#### **Dr. Eduardo Penny**

Claro, lo que pasa es que ha habido una falta de liderazgo en este sentido. Cada entrevistado dice lo que piensa representando o no a las instituciones, pero el líder natural es el Ministerio de Salud frente a este tipo de cosas, y el Ministerio de Salud debería salir diciendo "saben que esta es una enfermedad cambiante, este es un problema cambiante y, por lo tanto, el esquema que tenemos ahora es este y hay la posibilidad de que tengamos que cambiarlo; no usen determinados fármacos porque hay este y -a los 30 días, a los 15 días o a los 20 o lo que fuere- sales tú y dices 'saben que tenemos nueva evidencia y lo que vamos a hacer es esto'". Eso es liderazgo, y eso es lo que no ha habido. Ha habido instituciones, ha habido médicos que han querido asumir ese liderazgo, pero ese no es su papel, el papel es del Ministerio de Salud, ni siquiera de EsSalud. Es el Ministerio de Salud el que tiene que tomar un liderazgo de este tipo y estar en contacto con

la población; ni siquiera es el presidente de la República, porque el presidente de la República también sale diciendo "hay que hacer esto y lo otro", como Trump hace por otro lado y crea más desconcierto; y encima mira a su ministro de Salud, y su ministro de Salud le hace una venia porque no se le enfrenta. En resumen, para esas cosas se necesita liderazgo y eso es algo que no ha habido.

#### **Dr. Ciro Maguiña**

Dr. Penny, lo interrumpo. Yo creo que lamentablemente -hay que decirlo- hoy discutimos este tema. Hay muchos temas de consenso que se aprobaron y que la burocracia demoró en cambiar, en adaptar. Eso hemos dicho en todos los tonos: muchas decisiones, la burocracia, la lentitud, era que también había francotiradores, algunos opinólogos que no representan nada y decían cosas que contradecían el lenguaje de los expertos. Eso hay que decirlo, y ustedes ya me entienden a quién me refiero; y eso a pesar de que muchos de nosotros, académicos, dábamos nuestra posición en un tema tan difícil.

#### **Dr. Eduardo Penny**

Es que ese es el papel que desempeñan los comunicadores. Los comunicadores han generado contradicciones para vender. Si nosotros los hubiéramos entrenado bien o les hubiéramos dado el soporte adecuado, habríamos neutralizado a los francotiradores; que no hay uno, hay un montón de francotiradores de todo tipo que han salido a decir barbaridades inclusive en las redes, y eso es por falta de liderazgo, y cuando no hay liderazgo se produce la anarquía.

#### **Dr. Ciro Maguiña**

Pero en lo que sí hemos coincidido -para terminar, Dr. Huamán- es en el tema del dióxido de cloro, por ejemplo. En ese tema sí creo que hemos tenido más consenso. Creo que esa es una experiencia buena, pero lamentablemente muchos colegas han salido a la prensa y la televisión -lo estoy diciendo a ustedes también-, y muchos de estos colegas están siendo procesados por el tema ético, porque también hay que proteger a la población.

#### **Moderador Dr. Juan Jorge Huamán**

Una pregunta que también es común es si algo tiene que ver la etnia en esta situación del Perú, razones

raciales que puedan implicar una mayor susceptibilidad. Es un tema que ha salido, y quisiera escuchar la opinión de ustedes.

#### **Dra. Theresa Ochoa**

Quizás pueda empezar. Al inicio de la pandemia claramente no teníamos, por ejemplo, casos en zonas altoandinas, en los departamentos de los Andes del Perú. Había la hipótesis de que probablemente tendríamos menos COVID porque había menos expresión de los receptores de ACE2 en las alturas. Pero luego, en el transcurrir de los meses, nos dimos cuenta de que teníamos menos casos no por un componente genético o ambiental, sino más bien porque el virus todavía no había llegado. Claramente, y como mostré en una de mis gráficas, tenemos curvas epidémicas diferentes en cada región, lo cual –así lo creo– se debe, más que a cuestiones étnicas, a la forma como se ha manejado la pandemia en las diferentes regiones. En lo que respecta a datos específicos de la población pediátrica, yo solicité al CDC la distribución de casos según grupos etarios en pediatría; y por supuesto llamaba la atención la alta frecuencia de infección tanto en niños menores de cinco años como en los preadolescentes y adolescentes en algunas regiones. Cuando revisé esa data (que era para finales de julio e inicios de agosto) había muchos casos en la población pediátrica de Ucayali que me habían llamado la atención, muchos casos en Ica, muchos casos en la parte de la costa norte; pero luego, revisando la data con la población general, vi que realmente era un reflejo de lo que ocurría en la población general. Entonces, no creo que tengamos datos como para saber si hay un efecto por cuestiones genéticas o de etnia; yo creo que es más por un tema de control de la transmisión comunitaria.

#### **Dr. Eduardo Penny**

Yo no creo que tengamos la respuesta actualmente de eso. Y lo digo porque están comenzando a aparecer algunos estudios. Por ejemplo, todos decíamos “los hombres se contagian más porque están más expuestos, y se enferman más y se mueren más por eso”. Y la verdad es que no es así. Acaba de publicarse un gran estudio en donde se ve cómo las respuestas inmunes innatas son diferentes en hombres y mujeres, y la respuesta de linfocitos T también es totalmente diferente entre hombres y mujeres. Las mujeres tienen una posibilidad de detener más la expansión del virus

que los hombres; sin embargo, al tener la inmunidad mejor por la parte innata, los hombres van a tener aparentemente mejor respuesta a las vacunas. O mira el aspecto de la obesidad. Decíamos que la obesidad se debe a que simplemente no se respira bien, porque se tiene el diafragma alto; y no, ahora se han encontrado una serie de problemas como para dudar. Yo creo que, en lo que hace a la parte genética, todavía no tenemos la respuesta porque todavía no se han publicado los estudios; podría demostrarse que sí o que no, pero sencillamente en este momento, hasta donde yo conozco, no hay una explicación.

#### **Dr. Ciro Maguiña**

Un dato que agregaría. Recuerden que todas las enfermedades tienen comportamientos distintos según las etnias, y por eso las vacunas tienen que ser multicéntricas. Nuestros genes peruanos son mejores que los chinos o los rusos, y por eso son importantes los estudios multicéntricos; pero un dato interesante que salió al comienzo de la pandemia es que el grupo A+ tiene más problemas respiratorios que el grupo O+ por ejemplo. Ese dato no ha sido corroborado y tiene que ver con las etnias. En el Perú más del 80% somos O+. Vamos aprendiendo, y creo que probablemente eso se verá de acá a unos años, que la parte genética va a tener que enseñarnos mucho.

#### **Moderador Dr. Juan Jorge Huamán**

Vamos a cambiar nuevamente el eje de las preguntas. Dr. Penny, preguntan por los adultos mayores oligosintomáticos que podrían tener COVID.

#### **Dr. Eduardo Penny**

Bueno, de lo que yo estoy viendo, yo hago teleconsultas, pero eso me permite poder evaluar a la población. De lo que quiero llamar la atención es que hay personas mayores que son asintomáticas, igual que el resto de la población, y quiero resaltar que las que son sintomáticas no siempre presentan cuadros respiratorios. Con referencia a cuadros febriles, lo que pasa es que no tenemos los resultados de estudios con adultos mayores desde el punto de vista clínico, pero hay muchos problemas digestivos, pacientes a los que se les quita el apetito, por ejemplo, es bastante frecuente; pacientes que -vuelvo a repetir- entran en delirio a veces sin tener alta térmica, con cuadros de diarrea, de dolor abdominal, de náuseas inclusive como

he tenido la oportunidad de ver. Hay algunos, sí, con problemas respiratorios, no sienten el olor, no sienten el sabor. Y yo quiero recalcar esto porque, si bien se puede presentar en cualquier otro problema viral, uno debe preguntar al paciente si sospecha que puede estar infectado. La poca frecuencia de los trabajos que muestran el problema de la disgeusia o de la hiposmia son retrospectivos, pero, cuando uno comienza a hacer trabajos prospectivos, estos síntomas son mucho más frecuentes de lo que uno se imagina. El paciente normalmente no les va a decir que no tiene apetito, que se ha ido el sabor de la comida o el olor de los alimentos, pero si usted le pregunta dice que sí, que ha notado eso. Entonces, resumiendo, además de los problemas digestivos, después ya vienen los problemas respiratorios, caídas, delirio, depresión; son cosas secundarias que también pueden presentarse. Hay que tener un alto grado de sospecha, como ya había mencionado, y muchas veces solicitar las pruebas cuando uno tiene un alto grado de sospecha, sobre todo en aquellos casos donde usualmente ha estado entrando y saliendo en la casa gente más joven.

#### **Moderador Dr. Juan Jorge Huamán**

Igualmente, Dra. Ochoa, sobre el mismo tema: ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas más importantes? Porque también puede haber confusión en el diagnóstico. Muchas veces los padres no quieren reconocer la posibilidad de que su hijo esté infectado. Entonces, el tema de los síntomas.

#### **Dra. Theresa Ochoa**

Si, en pediatría, como he mencionado, cuando se hacen estudios poblacionales, no solamente se testean los sintomáticos y se incluyen, por ejemplo, casos intradomiciliarios, hay entre un 30 al 50% de niños infectados, inclusive con PCR positivo, es decir, con la prueba molecular, calificados como asintomáticos. Ese es el primer concepto grave. El segundo es que la mayoría de los síntomas inicialmente son de una infección respiratoria clásica con rinorrea, estornudo, tos, fiebre, malestar general y -como mencioné, muy importante en pediatría- la presencia de diarrea y de manifestaciones en la piel. Entonces, en el contexto actual, si tenemos un niño con cualquiera de estos síntomas y hay la posibilidad de un contacto sobre todo dentro de la casa o de un papá que sabemos que es positivo, debemos asumir que el niño es positivo. ¿Cuándo testearlo? Realmente

no habría una necesidad de confirmar una prueba, si el niño clínicamente está estable, porque la gran mayoría va a hacer una infección leve, sin complicaciones; sin embargo, sí estamos hablando de un niño que tiene factores de riesgo porque también claramente están establecidos los factores de riesgo en pediatría: el niño que es menor de un año, sobre todo lactante pequeño, el niño que tiene comorbilidades importantes, ya sea que tenga problemas cardíacos congénitos, problemas pulmonares crónicos, una serie de malformaciones o trisomías u otras manifestaciones genéticas. Estos niños, ya se sabe, que tienen mayor riesgo de hacer complicaciones; por lo tanto, estos niños con factores de riesgo deberían tener un seguimiento más cercano y monitorizar los signos de alarma para oportunamente poder llevarlos al establecimiento de salud. Pero creo que el concepto más importante, para los médicos en general y para la población, es el poder asumir que un niño puede estar infectado si tenemos un contacto domiciliario positivo y, por lo tanto, se debe recomendar el autoaislamiento de ese niño, que no salga al parque o a visitar los abuelos porque, aunque no haya una prueba confirmatoria, lo más probable es que tenga COVID.

#### **Moderador Dr. Juan Jorge Huamán**

Otra pregunta que han hecho es sobre manifestaciones post-COVID. ¿Cómo queda el paciente post-COVID, en el adulto mayor y en el niño, en los casos muy especiales? ¿Qué pasa después?

#### **Dr. Eduardo Penny**

Depende del tipo patología que han desarrollado, pero usualmente los pacientes leves quedan con astenia, con decaimiento, muchos de ellos presentando el problema de discondicionamiento porque no se han movilizado y hay que acordarse de que han estado con anorexia, no se han estado alimentando bien y les ha faltado una actividad física, por lo que entonces se deterioran. Aquellos que han tenido cuadros más moderados o neumonía quedan con cuadros respiratorios un buen tiempo. Con ellos hay que estar muy atentos. Si no están vacunados para neumococo podrían hacer complicaciones tardías. Yo diría que uno de los síntomas más frecuentes con que se quedan es con angustia, con una gran ansiedad y con depresión. Necesitan entonces mucho soporte psicológico para pasar esta etapa fea de su vida, sobre todo aquellos que han sufrido mucho. Muchos se quedan con insomnio y

este tipo de problemas. Hay que manejarlo con mucho cuidado, darles mucho apoyo y darles la relativa seguridad de que no va a volver a pasar esto, de que no van a enfermarse, porque, si tienen la impresión de que se van a reinfectar o que la enfermedad continuará, se vuelven angustiados ellos de todos estos problemas.

#### **Dra. Theresa Ochoa**

En el caso de pediatría realmente no hay mucha literatura aún con respecto a las secuelas que podría dejar el COVID en los niños infectados; sin embargo, creo que son dos los aspectos importantes: 1) Las comorbilidades previas con las que viene este niño que es infectado por el SARS- COV2. Si es un niño que ya tiene una condición preexistente de cronicidad, probablemente pueda tener más secuelas. Y 2) Es importante el grado de severidad de la infección, al igual que en los adultos, los niños que hayan tenido condición respiratoria muy severa, que han requerido ventilación mecánica. En algunas series internacionales inclusive describen la necesidad de usar ECMO. Esos niños van a quedar probablemente con un compromiso pulmonar importante; pero en general, si es un niño que no entra a cuidados intensivos, probablemente el compromiso secuelar va a ser muy leve.

#### **Moderador Dr. Juan Jorge Huamán**

Dr. Maguiña, un comentario final, que estamos acabando justamente.

#### **Dr. Ciro Maguiña**

Solamente de las secuelas respiratorias. El Colegio Médico tiene un centro que ha establecido hace dos meses para todo el personal médico, y nos ayuda mucho a recuperar médicos. En una serie de pacientes adultos mayores que vengo siguiendo, la desnutrición es muy importante, durante y después. Las mialgias y

los dolores articulares son muy frecuentes, incluso en gente joven -yo diría- aparte de lo que señala Eduardo. Y nuevamente muy agradecido por permitirme hablar en mi Academia.

#### **Moderador Dr. Juan Jorge Huamán**

Muchas gracias a todos. La última reflexión -nos quedan 30 segundos- es el tema de la familia, la educación de las familias que tienen el tema del aislamiento, el tratamiento del paciente post COVID, el tema de los niños, todo el tema de la familia que creo sería a tratar con mucha extensión en otro momento. El tema de la familia sigue siendo un problema. No sé si un comentario brevísimo, Dr. Penny o Dra. Ochoa, sobre el tema de la familia.

#### **Dr. Eduardo Penny**

Gracias, Jorge. Es crucial con adultos mayores, desde el punto de vista tanto del contagio como del cuidado cuando ya están ellos enfermos. Es crucial realmente en todos los sentidos.

#### **Dra. Theresa Ochoa**

Creo que lo mismo sucede en el caso que tengamos niños en la casa. Es fundamental protegerlos, considerar que podrían estar infectados, si tenemos un adulto que pueda traer la infección a la casa, y en general propiciar el aislamiento.

#### **Dr. Juan Jorge Huamán**

Señoras y señores, el programa de la segunda sesión de las III Jornadas Científicas Regionales de la Academia Nacional de Medicina ha concluido. Agradecemos al Dr. Ciro Maguiña por su participación, a la Dra. Theresa Ochoa y al Dr. Eduardo Penny por sus brillantes exposiciones. Los invitamos a participar mañana en la tercera sesión. Buenas noches.