

## Atención del adulto mayor en el contexto del COVID-19. Árbol de decisiones

Según el censo 2018, el 9,1% (9.400.000 personas aproximadamente) de la población colombiana son personas mayores de 65 años (1). Hasta el 15 de julio había en Colombia 165.169 casos confirmados de COVID-19, de los cuales 24.693 (15%) correspondían a personas de 60 y más años de edad; entre tanto, la cifra de fallecidos era de 5.814, de los cuales 4.252 (73,1%) correspondían a personas de este mismo grupo etario (2).

En un contexto de rápido contagio y dispersión del SARS Cov-2, al programar la atención odontológica de una persona adulta mayor se deben valorar diversos aspectos con miras a tomar la mejor decisión que permita disminuir el riesgo de contagio. Estos factores pueden dividirse en aquellos relacionados con el paciente y los relacionados con las condiciones de la consulta. Entre los factores relacionados con el paciente, en primer lugar, se encuentra la autonomía, en segundo lugar, el lugar de residencia y, en tercer lugar, el riesgo durante el desplazamiento.

La autonomía, entendida como la capacidad para decidir y valerse por sí mismo, puede verse afectada por el deterioro cognoscitivo y la discapacidad funcional. Entre el 18.9% y el 22.4% de las personas mayores de 60 años de edad pueden presentar deterioro cognoscitivo (3); a su vez, al menos el 46% de esta población presenta algún tipo de discapacidad funcional (4). Estas condiciones derivan en que algunos adultos mayores requieran de un acompañante o cuidador, lo que configura la aparición de la pareja persona mayor – cuidador. En este contexto, el cuidador desempeña un papel fundamental en el mantenimiento de la salud bucal de la persona que cuida. Por ello, es necesario *reforzar sus conocimientos, dar valor* al papel que puede llegar a jugar en la toma de decisiones relacionadas con la necesidad de atención odontológica, y poner el *cuidado bucal en el contexto del cuidado general* que el cuidador debe proveer, buscando no generar sobrecarga. El segundo factor a valorar es el lugar de residencia. En el mundo, aproximadamente el 95% de las personas mayores viven en comunidad y el 5% en instituciones geriátricas. Según reporte de la ONU, para el año 2015, el 10,8% de los colombianos mayores de 60 años que vivían en comunidad, vivían solos, los restantes vivían solo con su pareja o con hijos (5). Por tanto, es necesario considerar si el adulto mayor asistirá a consulta solo, acompañado por un familiar o por un cuidador.

---

Dairo Javier Marín Zuluaga, PhD  
Decano, Facultad de Odontología  
Universidad Nacional de Colombia

 <https://orcid.org/0000-0002-5473-9076>

 <https://doi.org/10.15446/aoc.v10n2.89631>

Sobre el tercer factor, riesgo durante el desplazamiento, se debe valorar el tipo de transporte (particular o público), que el paciente usará para llegar al consultorio, dado que los vehículos de transporte público están considerados como lugares de alto riesgo de contagio para COVID-19. En consideración, al momento de analizar la asignación de una cita odontológica es necesario tener en cuenta con quién vive la persona mayor y el tipo de transporte que utilizará para su desplazamiento al consultorio, sopesado el riesgo al que se somete al paciente y a su familia o entorno de habitación, al auspiciar su salida de casa. Si bien la población adulta mayor es altamente heterogénea, tanto la presencia de comorbilidades, como la edad, aumentan el riesgo de presentar complicaciones o desenlaces fatales por COVID-19, por lo cual resulta recomendable aplicar el principio universal de la precaución y realizar solamente atenciones de emergencias, urgencias o prioritarias en esta población (6). Este constituye el tercer factor a evaluar.

Los factores relacionados con las condiciones de la consulta buscan realizar un manejo sistemático del riesgo para hacer una consulta segura. Al respecto, la norma OASH 18001 (7) establece la pirámide de jerarquía de controles que busca aumentar la seguridad y salud en el trabajo, a fin de eliminar peligros y reducir o controlar riesgos. De esta manera, la construcción y desarrollo de una consulta odontológica segura debe combinar acciones de cada nivel de la pirámide con el fin de reducir el riesgo al mínimo.

En orden de mayor a menor efectividad, los niveles de esta pirámide son:

- a. **Eliminación del riesgo:** implica no llevar al consultorio riesgos potenciales (consultas no prioritarias). Se sugiere realizar *triaje* previo a paciente, acompañante y personal de salud, teniendo conocimiento de los protocolos y rutas de manejo para casos positivos o sospechosos para COVID-19; emplear Elementos de Protección Personal (EPP) acordes con el tipo de procedimiento a realizar y su riesgo asociado (generador o no de aerosoles); instalar barreras físicas en recepción y contar con estaciones de desinfección o sanitización para manos y calzado.
- b. **Sustitución del riesgo:** en este nivel se recomienda citar a los adultos mayores en la mañana antes de la atención de otros pacientes, dejar tiempo suficiente entre las citas para la fase de desinfección y recambio de EPP; garantizar distanciamiento físico en la sala de espera o coordinar la llegada de los pacientes de forma que no se encuentren.
- c. **Controles de ingeniería:** aislar a las personas del riesgo, mediante la implementación de medidas de protección colectiva como, demarcación de zonas y rutas de tránsito, marcación para el distanciamiento físico, desinfección de caretas, empleo de eyector de alta potencia y limitación en la presencia de acompañantes en el consultorio. En este último control, si se requiere el ingreso de acompañantes se les debe garantizar el uso de EPP.
- d. **Controles administrativos:** se sugiere implementar cambios en la manera de trabajar. Por ejemplo, introducir el uso de enjuagues orales con actividad antiviral, como soluciones de yodopovidona, peróxido de hidrógeno, cloruro de cetil piridinio. También, en este nivel se recomienda el aislamiento de computadores, teclados y otros elementos que se encuentren dentro del consultorio.
- e. **Elementos de Protección Personal:** emplear los EPP según el tipo de procedimiento a realizar teniendo en cuenta si se generan o no aerosoles; adoptar, además, protocolos para su uso adecuado, mantenimiento y disposición final.

Es importante reconocer que la humanidad, y en particular los profesionales de la salud, no nos encontramos preparados para enfrentar una amenaza como la que ha impuesto el virus SARS Cov-2. La falta de evidencia científica inicial sobre el comportamiento del virus, las manifestaciones de la patología (COVID-19) en los seres humanos, su tratamiento, y la forma de controlar su expansión (en la que se incluyen los controles de bioseguridad más pertinentes para disminuir el riesgo de contagio) llevó a un aumento vertiginoso

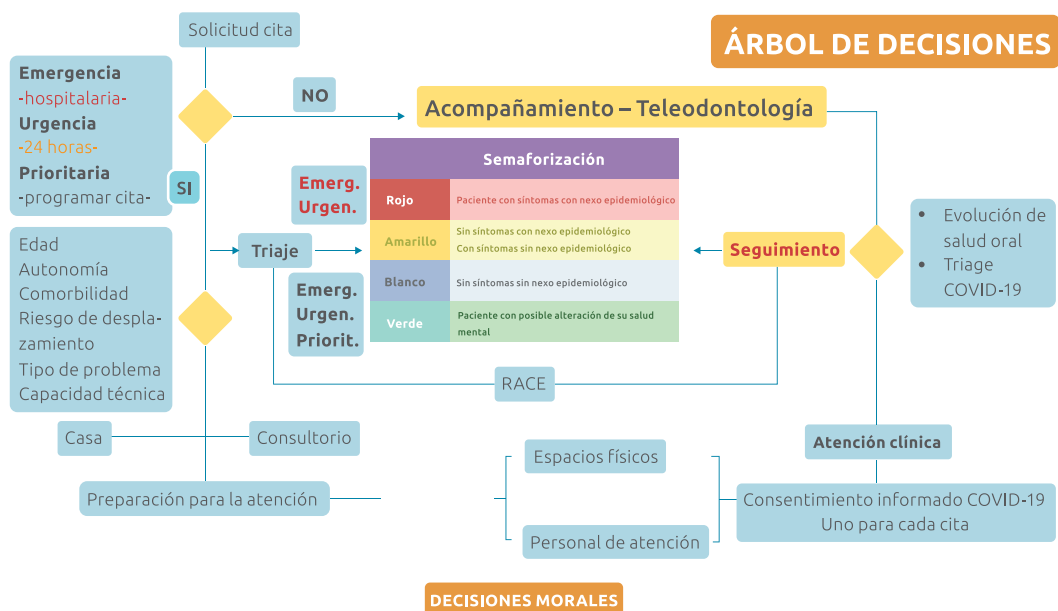
de información por múltiples canales, que en muchos casos genera confusión cuando no se cuenta con las herramientas para analizar su calidad, utilidad, pertinencia, manejo y aplicación.

Ante este panorama, y en todos los casos, se plantea la necesidad de tomar decisiones morales (8). Como personal de salud, los odontólogos tenemos la obligación moral de cuidar la vida de nuestros pacientes, personal auxiliar y sus familias. Esto debe llevar al odontólogo a reflexionar sobre el tipo y grado de riesgo que es aceptable correr por parte del equipo humano odontológico durante esta pandemia, con el fin de adoptar y aplicar el principio universal de la precaución. De esta manera, será factible disminuir el riesgo de infecciones cruzadas, atendiendo en estos momentos solo aquellos eventos que son inaplazables, dado que no es posible saber en todos los casos, si un paciente es o no un transmisor potencial al ser portador asintomático o presentar síntomas menores. Ello no significa que en los casos en los que consideremos necesaria la atención y el paciente se desplace al consultorio, no debemos realizar todos aquellos procedimientos que contribuyan a estabilizar en el tiempo la salud bucal de esa persona.

En otras palabras, el que hoy estemos trabajando en un escenario con limitaciones en los tratamientos que podemos desarrollar no significa que realicemos tratamientos limitados al paciente que asiste al consultorio, particularmente si se trata de un paciente adulto mayor.

El ejercicio de la odontología no volverá a ser el mismo tras la llegada del SARS Cov-2, debemos, por tanto, construir una nueva normalidad en la que aprovechemos la experiencia y las enseñanzas de amenazas anteriores (VIH, por ejemplo) para construir una consulta segura. Una que va más allá de adoptar el uso de nuevos EPP y que pasa por aplicar todas las medidas de la pirámide de control de riesgos, así como por la toma de decisiones morales a la hora de citar a un paciente con riesgo alto de complicaciones o de desenlace fatal si adquiere el COVID-19, como podría ser el caso de muchos de los adultos mayores. En todo caso, la decisión final de ir o no al consultorio deberá ser siempre una decisión informada (Figura 1).

**Figura 1.** Árbol de decisiones para atención de pacientes adultos mayores en pandemia por COVID-19



Fuente: elaboración propia

## Referencias

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018–Colombia. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivienda-2018/cuantos-somos>
2. Instituto Nacional de Salud (INS). Coronavirus (COVID - 2019) en Colombia. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>
3. Ren L, Bai L, Wu Y, Ni J, Shi M, Lu H, *et al.* Prevalence of and Risk Factors for Cognitive Impairment Among Elderly Without Cardio- and Cerebrovascular Diseases: A Population-Based Study in Rural China. *Front Aging Neurosci.* 2018; 10: 62. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2018.00062>
4. United Nations – Department of Economic and Social Affairs. Ageing and disability. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/disability-and-ageing.html>
5. United Nations – Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Living Arrangements of Older Persons: A Report on an Expanded International Dataset (ST/ESA/SER.A/407). New York: United Nations, 2017. Disponible: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/LivingArrangements.pdf>
6. American Dental Association (ADA). What Constitutes a Dental Emergency? Disponible: [https://success.ada.org/~media/CPS/Files/Open%20Files/ADA\\_COVID19\\_Dental\\_Emergency\\_DDS.pdf](https://success.ada.org/~media/CPS/Files/Open%20Files/ADA_COVID19_Dental_Emergency_DDS.pdf)
7. ISOTools Excellence. Norma OASH 18001. Disponible: <https://www.isotools.org/normas/riesgos-y-seguridad/ohsas-18001/>
8. Coulthard P. Dentistry and coronavirus (COVID-19) – moral decision-making. *Brit Dent J.* 2020; 228: 503–505. <https://doi.org/10.1038/s41415-020-1482-1>