

## CARTA DE RESPUESTA

Estimado Comité Editorial y Revisores Revista Médica de Chile,

Junto con saludar, como investigadora responsable me es grato presentarles el nuevo manuscrito del trabajo titulado **“Características clínicas, evolución y factores pronósticos asociados con mortalidad en adultos mayores hospitalizados por COVID-19 en una Unidad Geriátrica de Agudos”** con las correcciones pertinentes sugeridas por los revisores.

En cuanto a las correcciones que nos pareció prudente no incluir, justificaré cada una de ellas:

- 1. La evidencia actual indica que el demorar la conexión a ventilación invasiva cuando el paciente tiene indicación, o usar la cánula nasal, prono vigil o asistencia no invasiva como "puente" para esperar una cama, empeora el *outcome* final y aumenta la mortalidad. En ese sentido, sería interesante saber si por el rótulo de adulto mayor, los pacientes tuvieron un período desde ingreso a la Clínica y llegada a la UCI mayor que pacientes más jóvenes en las mismas condiciones.**

Lamentablemente esta sugerencia se escapa a los objetivos del presente trabajo, ya que no se cuenta con el dato de pacientes adultos más jóvenes para poder comparar y establecer si hubo mayor demora en la conexión a ventilación mecánica en nuestra población geriátrica.

- 2. ¿Por qué no se determinó alguna herramienta para categorizar la fragilidad del paciente?**

Es una de las limitaciones del presente estudio como se menciona en la discusión, debido a que este dato no fue registrado en la ficha clínica de los pacientes a pesar de la amplia difusión de guías que sugerían su utilidad. Se puede sospechar, que se debió a sobrecarga del personal en los primeros meses de la pandemia, donde se contaba con menor número de personal médico en los turnos, de variedad de especialidades (no sólo geriatras), algunos ingresos poco estandarizados, a mano o con sólo los datos fundamentales.

**3. Entre abril y mayo del 2020, las Sociedades Científicas: Geriatria y Gerontología, Medicina Intensiva y la Sociedad chilena de Urgencias elaboraron recomendaciones para valorar los pacientes con Covid que se hospitalizaran en base a funcionalidad y no por edad, para evitar discriminar. ¿Por qué no se incluyen esas variables en el trabajo?**

Al tratarse de un estudio retrospectivo, se revisaron las fichas clínicas ya existentes. En algunos ingresos se pudo rescatar el dato de funcionalidad, pero no en escalas estandarizadas. De hecho, sólo en 79 de los 128 pacientes se encontró el dato de funcionalidad categorizada como para actividades básicas e instrumentales. Sólo en los pacientes evaluados por terapeuta ocupacional existía escala de barthel, pero este recurso se reinició a contar de junio 2021 (1 mes después desde nuestra fecha de inclusión) y focalizado en los pacientes con delirium.

**4. Está el concepto de COVID long, para describir consecuencias del cuadro mas allá del evento agudo. ¿Cuántos de los pacientes quedaron en esta categoría? ¿Hay un seguimiento ambulatorio de ellos?**

La verdad es que el trabajo no considera un seguimiento ambulatorio, por lo que esto se escapa a los objetivos propuestos que es conocer las características, evolución y factores pronósticos de muerte intrahospitalaria.

**5. ¿Por qué se incluyen desde los 60 y no desde los 65 años?**

Es difícil determinar la sincronía del envejecimiento en cuanto a la edad cronológica y la edad funcional, sin embargo, creemos que el término personas mayores aplicado a individuos que han alcanzado una edad mínima de 60 años hace más sensibles nuestra pesquisa. Así mismo, el MINSAL propone en su Manual de Geriatria para Médicos (versión 2019) el término personas mayores para referirse a personas desde los 60 años de edad.

**6. ¿Qué explicación hay para el claro predominio de pacientes masculinos?**

No existe una causa clara, pero es un dato que se ha observado en otros estudios internacionales. Podría sospecharse mayor tasa de comorbilidades, peor autocuidado,

interacciones específicas a nivel inmunológico con el virus SAR-COV2 en pacientes masculinos, entre otras.

**7. En el concepto de "Inmunosupresión", ¿a que se refiere?**

Los 12 pacientes que se definieron como inmunosupresión incluye: 4 pacientes con uso de corticoides crónicos, 4 pacientes con enfermedades hematológicas, 3 pacientes con cáncer activo en tratamiento con quimioterapia, 1 trasplantado renal.

**8. ¿Se consideró tiempo en VMI, UCI y hospitalización total como variables?**

Reconozco que se buscó el dato de tiempo en VMI y hospitalización total, pero no se incluyeron como variables en la regresión logística, debido que se cuenta con extensión limitada para cada artículo y a nuestro juicio había otras variables que nos interesaba más probar. Podría incluirse como un subanálisis posterior en base a los resultados actuales.

**9. Entre los sometidos a VMI, ¿tuvieron pacientes con Neuropatía de paciente crítico?**

Sí, 5 pacientes, pero decidimos no incluirlo en los resultados porque eran datos poco consistentes, faltaba información en una gran proporción de los pacientes incluidos.

**10. ¿Qué se entiende por actividades básicas e instrumentales? Se describe que son relevantes como factor pronóstico, pero no se abordan con mayor detalle en las conclusiones.**

La funcionalidad no se incluyó como variable en la regresión logística que buscaba establecer factores pronósticos, específicamente porque fue un dato menos consistente en las fichas que la institucionalización. En concreto: existe el dato en el 100% de los institucionalizados o no, versus sólo el dato de funcionalidad en el 61,7% (79 pacientes).

Espero tengan a bien las explicaciones propuestas de nuestra discrepancia con las correcciones y/o su limitación para ser aplicadas a nuestro estudio. Además, informo que no se generaron cambios en las tablas ya enviadas.

Esperando una buena acogida, saluda atentamente

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, cursive letters that appear to read 'Cecilia'.

Dra. Cecilia Carvacho

Autora Corresponsal

Santiago, 24 de marzo de 2022