

MANEJO CLÍNICO DE COVID-19

Manejo de manifestaciones neurológicas y mentales asociadas con COVID-19

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

#UniversalHealth

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al final de esta presentación, podrá hacer lo siguiente:

- Reconocer las manifestaciones neurológicas y mentales de COVID-19
- Prevenir, reconocer y manejar el delirium en personas con COVID-19
- Reconocer y controlar la ansiedad, la depresión y los problemas del sueño en personas con COVID-19
- Comprender cómo evaluar el riesgo de autolesión y suicidio en personas con COVID-19

REPORTES DE MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN COVID-19

Sistema nervioso central:

- Dolor de cabeza
- delirium / encefalopatía
- Accidentes cerebrovasculares isquémicos y hemorrágicos
- PRES (síndrome de encefalopatía posterior reversible)
- Síndrome neuroléptico maligno
- Convulsiones
- Meningitis, encefalitis, mielitis
- Microangiopatía
- Síndromes para y posinfecciosos (por ejemplo, encefalitis necrosante hemorrágica aguda, encefalomielitis diseminada aguda)
- Cambios cognitivos (por ejemplo, síndrome disejecutivo)

Sistema nervioso periférico:

- Anosmia, ageusia
- Síndrome de Guillain-Barré
- Síndrome de Miller Fischer
- Polineuritis craneal

Sistema musculoesquelético:

- Mialgias
- Mioclonías
- Paresia
- Atonia

Fuentes: Adaptado y obtenido de Sheraton et al (Cureus), Jasti et al. (J Neurol), and Ellul et al (Lancet Neurology) 2020.

Manifestaciones de salud mental en COVID-19

- *Ansiedad*
- *Depresión*
- *Problemas para dormir*

DELIRIUM

Delirium: una emergencia neuropsiquiátrica aguda

¿Qué es el delirium?

El delirium es un estado de conciencia alterada que se caracteriza por una conciencia, orientación y atención fluctuante en la que una persona puede sentir o parecer estar:

- Somnoliento (excesivamente) o agitado.
- Confundido o desorientado con el tiempo, el lugar o las personas.
- Desatento, incapaz de comunicarse completamente o recordar cosas.
- Experimentar alteraciones en la percepción (por ejemplo, alucinaciones), emociones o funciones psicomotoras.
- Experimentar alteraciones del ritmo circadiano y la sensibilidad a la luz o al sonido.

Precaución: el delirium es una emergencia neuropsiquiátrica aguda.

¿Qué causa el delirium en COVID-19?

En personas con COVID-19, el delirium puede deberse a uno o más de los siguientes:

- **Inflamación sistémica grave** causada por la reacción del cuerpo al virus. Se desconoce hasta qué punto el SARS-CoV-2 es directamente neuroinvasivo.
- **Estado de baja oxigenación.**
- **Anomalías metabólicas** (presentes en deshidratación grave o insuficiencia orgánica múltiple).
- **Coinfecciones** e inflamación asociadas con ellas (por ejemplo, infecciones urinarias o neumonías bacterianas).
- **Uso de determinados medicamentos** o abstinencia de ellos, que pueden provocar o agravar el delirium.
- **Intoxicación o abstinencia de sustancias.**
- **Otras emergencias neurológicas** (incluido accidente cerebrovascular, hemorragias intracraneales o convulsiones).



Recuerde: el delirium en COVID-19 está asociado con una mayor mortalidad.

Cuando alguien parece confundido, agitado o somnoliento, considere las siguientes preguntas (1/2):

¿Podría la persona estar experimentando un episodio agudo de psicosis?

- La psicosis puede presentarse con confusión, agitación o alucinaciones.
- Sospeche de delirium si alguien experimenta fluctuaciones en la conciencia, desorientación o problemas de atención o memoria a corto plazo. Las alucinaciones visuales son más frecuentes en el delirium.

Recuerde: una persona con demencia también puede experimentar delirium.

¿Tiene la persona un diagnóstico subyacente de demencia?

- Por lo general, la demencia progresa lentamente y provoca cambios durante meses o años.
- El delirium es un estado agudo que se desarrolla durante un corto período de tiempo (de horas a días) y puede cambiar en el transcurso de un día.

Cuando alguien parece confundido, agitado o somnoliento, considere las siguientes preguntas (2/2):

¿Podría la persona estar gravemente intoxicada o abstinencia de sustancias?

- La intoxicación o la abstinencia pueden presentarse comúnmente con somnolencia o agitación y, en algunos casos, también pueden presentarse con delirium.

¿Tiene la persona signos y síntomas agudos que puedan indicar otras emergencias neurológicas?

- Esté alerta a los signos de accidente cerebrovascular, hemorragias intracraneales o convulsiones (por ej., Si la persona tiene dificultad para hablar sin evidencia de intoxicación; debilidad / pérdida de sensibilidad en la cara, brazos o piernas; visión borrosa, pupilas anormalmente reactivas; quejas de dolor de cabeza; signos visibles de traumatismo craneoencefálico; convulsiones presenciadas, quejas de dolores musculares o pérdida del control de los fluidos corporales).

Recuerda:

- La abstinencia grave de alcohol puede provocar delirium tremens, que es un síndrome potencialmente mortal.
- El delirium es a menudo un signo de una enfermedad física subyacente y puede presentarse con otras emergencias neurológicas.

Prevención del delirium en COVID-19

Las estrategias para prevenir el delirium en personas con COVID-19 incluyen:

- Controle de cerca los signos vitales, incluido el estado de oxigenación.
- Controle el estado de los líquidos y evite la deshidratación.
- Corrija cualquier anomalía metabólica o endocrina a medida que surjan.
- Esté atento al riesgo de cualquier coinfección.
- Minimice el uso de medicamentos que puedan causar o empeorar el delirium (incluidas las benzodiazepinas, los medicamentos anticolinérgicos, los opioides).
- Minimice la sedación continua o intermitente para los pacientes que reciben ventilación invasiva.
- Evalúe el riesgo de abstinencia grave por consumo de sustancias.
- Mantenga los ciclos normales de sueño / vigilia tanto como sea posible.

Para pacientes que reciben ventilación invasiva: Minimice la sedación continua o intermitente, apuntando a puntos finales de titulación específicos (sedación leve a menos que esté contraindicada) o con la interrupción diaria de infusiones sedantes continuas, para reducir el riesgo de delirium.

Manejo del delirium en COVID-19

Las estrategias que se utilizan para prevenir el delirium también pueden ayudarlo a controlar el delirium en personas con COVID-19. Si sospecha de delirium, haga lo siguiente para abordar las causas subyacentes:

- Verifique la saturación de oxígeno y el estado de los líquidos de la persona.
- Compruebe la función metabólica y endocrina de la persona. Controle los electrolitos, la función renal y la función hepática. ¿Hay alguna anomalía?
- ¿Toma la persona algún medicamento que pueda causar o empeorar el delirium?
- ¿Existe riesgo de coinfecciones? Verifique un análisis de orina (y un cultivo de orina). Compruebe el hemocultivo si tiene fiebre.

Precaución: Para los pacientes con ventilación invasiva, algunos medicamentos utilizados para la sedación, como el propofol, pueden causar agitación si se retiran demasiado rápido.

Manejo del delirium con agitación en COVID-19

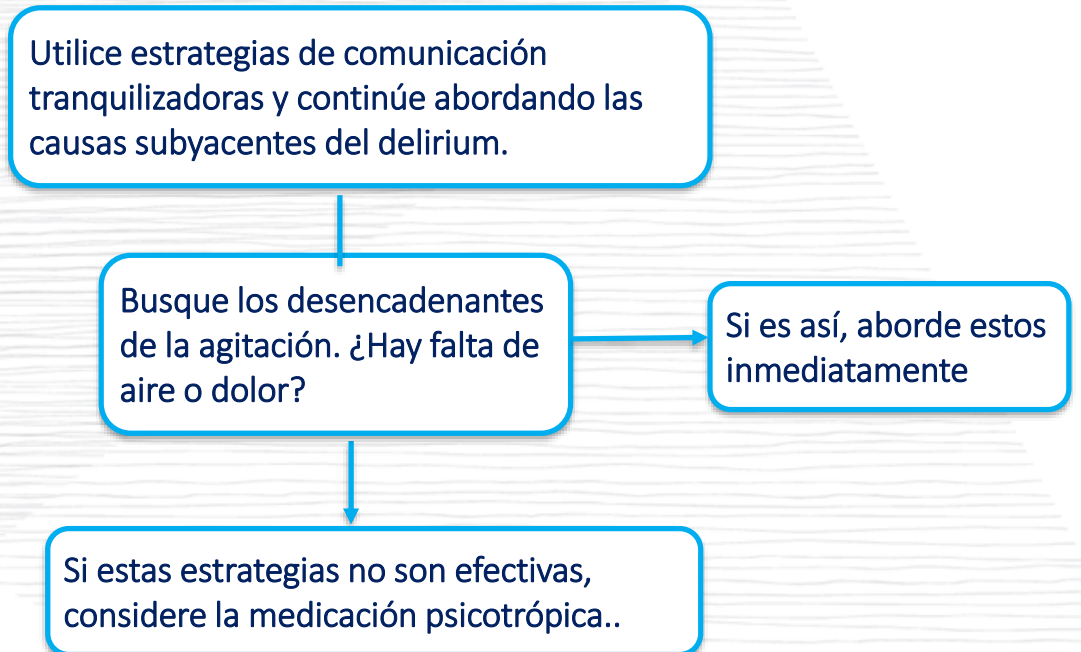
El delirium puede ir acompañado de agitación (inquietud, actividad motora excesiva, a menudo con ansiedad y angustia)

Si una persona experimenta delirium con agitación, primero haga lo siguiente:

- Utilice estrategias de comunicación tranquilizadoras.
- Intente reorientar a la persona.
- Continúe abordando las causas subyacentes del delirium.
- Identifica cualquier desencadenante de la agitación.

Nota: si la persona está agitada a pesar de las estrategias descritas anteriormente y está experimentando una angustia severa, puede ser necesario usar medicamentos psicotrópicos.

Si una persona está delirando y agitada :



Para diagnosticar y controlar el delirium en pacientes críticamente enfermos con COVID-19, consulte el módulo "[Manejo del COVID-19 crítico: SDRA: manejo del dolor, la agitación y el delirium](#)"

Manejo del delirium con agitación en COVID-19 (continuación) 1/2

Si se necesita un medicamento para el delirium con agitación, considere el uso de haloperidol

- Comience con haloperidol en dosis bajas (por vía oral o inyección IM).
- Monitoree cuidadosamente los efectos adversos como cambios en el ECG (prolongación del intervalo QT) o reacciones distónicas.

Si el haloperidol está contraindicado, se puede considerar otro medicamento antipsicótico

- Las contraindicaciones del haloperidol incluyen QT prolongado, ataque cardíaco reciente o sensibilidad a bloqueos fuertes de dopamina debido a ciertas demencias.
- Se pueden usar otros medicamentos antipsicóticos con perfiles cardiovasculares más seguros o menor riesgo de síntomas extrapiramidales (p. Ej., Acatisia, distonía) después de considerar otros riesgos (como supresión respiratoria o sedación).

Consejos clínicos al usar medicamentos psicotrópicos:

- Considere cualquier efecto secundario que pueda empeorar la sintomatología de COVID-19.
- Use dosis mínimas efectivas (frecuencia más baja y duración más corta sin dejar de ser efectiva).
- Comience con las dosis más bajas posibles y aumente según sea necesario.
- Ajuste las dosis según la edad, las comorbilidades médicas y el grado de angustia.



Cita: NICE COVID-19 Rapid Guidelines, Manejo de la ansiedad, el delirium y la agitación

Para diagnosticar y controlar el delirium en pacientes críticamente enfermos con COVID-19, consulte el módulo "[Manejo del COVID-19 crítico: SDRA: manejo del dolor, la agitación y el delirium](#)"

Manejo del delirium con agitación en COVID-19 (continuación) 2/2

Si la persona permanece muy agitada, se puede considerar la adición de benzodicepinas

- Preferencia por benzodicepinas con vidas medias más cortas y menor riesgo de interacciones (por ejemplo, Lorazepam).
- Dosis sugerida de Lorazepam:
 - ✓ Comience con 0.5-1.0 mg por vía oral hasta 4 veces al día según sea necesario (dosis máxima diaria de 4 mg).
 - ✓ Para las personas mayores, comience con dosis más bajas (0,25-0,5 mg, con una dosis diaria máxima de 2 mg).
 - ✓ Los comprimidos también se pueden utilizar por vía sublingual. Debe evitarse la administración intravenosa.

Consejos clínicos al usar medicamentos psicotrópicos:

- Considere cualquier efecto secundario que pueda empeorar la sintomatología de COVID-19.
- Use dosis mínimas efectivas (frecuencia más baja y duración más corta sin dejar de ser efectiva).
- Comience con las dosis más bajas posibles y aumente según sea necesario.
- Ajuste las dosis según la edad, las comorbilidades médicas y el grado de angustia.



Cita: NICE COVID-19 Rapid Guidelines, Manejo de la ansiedad, el delirium y la agitación

Para diagnosticar y controlar el delirium en pacientes críticamente enfermos con COVID-19, consulte el módulo "Manejo del COVID-19 crítico: SDRA: manejo del dolor, la agitación y el delirium"

APOYO PSICOSOCIAL BÁSICO

ANSIEDAD

Ansiedad en personas con COVID-19

¿Qué es la ansiedad?

La ansiedad es una sensación de malestar, como preocupación o miedo. Puede ser leve o grave. La ansiedad es una reacción común para las personas en el contexto del diagnóstico de COVID-19 y completamente normal. Sin embargo, pueden ser necesarias intervenciones cuando esos síntomas son graves, persistentes e impiden que la persona funcione.

Factores que contribuyen a la ansiedad en COVID-19

- Miedo a la enfermedad, riesgo de muerte
- Miedo a que la familia / amigos se enfermen
- Miedo a la hospitalización
- Miedo a la cuarentena y la exclusión social
- Aislamiento físico y social
- Pérdida de sustento
- Sentimientos de impotencia
- Ansiedad en personas con COVID-19

Reconociendo la ansiedad en personas con COVID-19

Síntomas comunes de ansiedad

- Preocupación excesiva o miedos intensos
- Nerviosismo
- Irritabilidad o sentirse "nervioso"
- Sentirse inquieto
- Problemas para concentrarse
- Problemas para dormir

Los síntomas físicos de la ansiedad pueden incluir:

- Dolores de cabeza
- Dolores musculares y tensión
- Latidos cardíacos rápidos / irregulares
- Transpiración
- Dificultad para respirar
- Náuseas y malestar estomacal

Cita: WHO ICD-11, WHO mhGAP-IG, 2.0

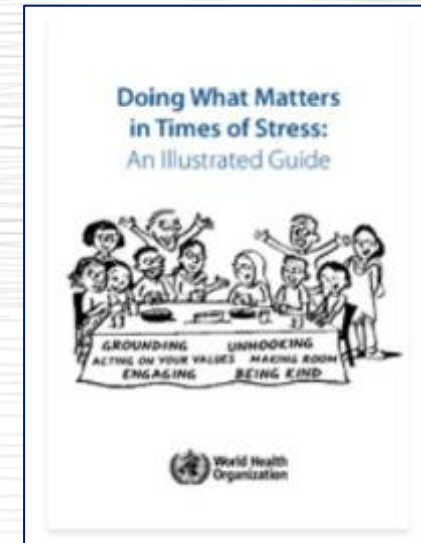
Para diagnosticar y controlar la ansiedad en pacientes críticamente enfermos con COVID-19, consulte el módulo "[Manejo del COVID-19 crítico: SDRA: manejo del dolor, la agitación y el delirium](#)"

Manejo de la ansiedad en personas con COVID-19

Las estrategias de apoyo psicosocial deben ser la intervención de primera línea para el tratamiento de la ansiedad

- Ofrecer apoyo psicosocial básico
- Manejo del estrés
- Intervenciones psicológicas breves basadas en los principios de la terapia cognitivo-conductual de la ansiedad en personas con COVID-19

Los recursos relevantes incluyen:



Para diagnosticar y controlar la ansiedad en pacientes críticamente enfermos con COVID-19, consulte el módulo "[Manejo del COVID-19 crítico: SDRA: manejo del dolor, la agitación y el delirium](#)"

Manejo de la ansiedad en personas con COVID-19 (1/2)

Si la persona tiene ansiedad severa y no mejora con estrategias de apoyo psicosocial, puede considerar las benzodiazepinas (específicamente en el entorno hospitalario):

- Las benzodiazepinas solo deben usarse con extrema precaución ya que conllevan riesgos en las personas con COVID-19, que incluyen:
 - ✓ Riesgo de confusión y supresión respiratoria.
 - ✓ Riesgo de producir tolerancia y dependencia

! Precaución: Las benzodiazepinas a menudo se usan de manera indiscriminada en emergencias y, de hecho, pueden empeorar las reacciones de estrés traumático.

Para diagnosticar y controlar la ansiedad en pacientes críticamente enfermos con COVID-19, consulte el módulo "[Manejo del COVID-19 crítico: SDRA: manejo del dolor, la agitación y el delirium](#)"

Manejo de la ansiedad en personas con COVID-19 (2/2)

Si se usan benzodiazepinas, se deben preferir aquellas con vidas medias más cortas y menor riesgo de interacciones medicamentosas (por ejemplo, Lorazepam)

Deben utilizarse dosis mínimamente eficaces. Dosis sugerida de Lorazepam a continuación:

- Comience con 0.5-1.0 mg hasta 4 veces al día según sea necesario (dosis diaria máxima 4 mg).
 - ✓ Para las personas mayores, comience con dosis más bajas (0,25-0,5 mg, con una dosis diaria máxima de 2 mg).
 - ✓ Los comprimidos se pueden utilizar por vía sublingual. Debe evitarse la administración intravenosa.

Para diagnosticar y controlar la ansiedad en pacientes críticamente enfermos con COVID-19, consulte el módulo "[Manejo del COVID-19 crítico: SDRA: manejo del dolor, la agitación y el delirium](#)"

Seguimiento y derivación por ansiedad en personas con COVID-19

Si los síntomas de ansiedad persisten más allá de la recuperación del COVID-19 y / o el alta del hospital, se puede sospechar un trastorno de ansiedad

- **Coordine el seguimiento y la derivación a un profesional de salud mental, si está disponible.**

DEPRESIÓN

Síntomas depresivos en personas con COVID-19

¿Qué es la depresión?

Es probable que muchas personas experimenten períodos de bajo estado de ánimo como una reacción normal y transitoria al COVID-19; sin embargo, cuando estos síntomas persisten o afectan su capacidad para funcionar, se puede sospechar de depresión. La depresión se caracteriza por un estado de ánimo depresivo persistente y una marcada disminución del interés o el placer de las actividades.

Los factores que contribuyen a la depresión en COVID-19 incluyen:

- Soledad por aislamiento físico y social
- Pérdida de seres queridos
- Pérdida de sustento
- Sentimientos de impotencia

Reconociendo la depresión

Los signos de depresión pueden incluir los siguientes:

- Tristeza persistente o mal humor
- Irritabilidad
- Sentimientos de vacío
- Pérdida de interés o placer en actividades
- Poca energía, cansancio
- Cambios psicomotores (moverse demasiado o dificultad para moverse)
- Cambios en el apetito o el sueño
- Problemas de concentración
- Sentimientos de inutilidad
- Culpa excesiva
- Desesperación
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

Nota: algunos síntomas de depresión pueden superponerse con los del COVID-19, como cansancio, pérdida de apetito y problemas para dormir.

Cita: WHO ICD-11, WHO mhGAP-IG, 2.0

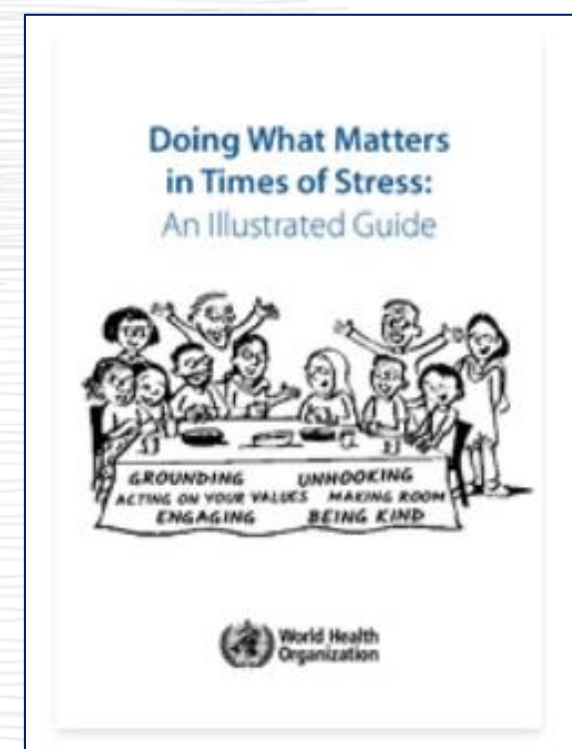
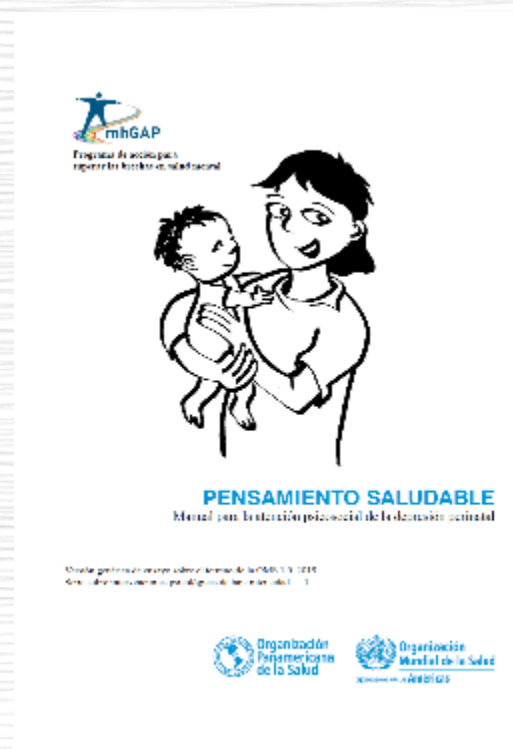
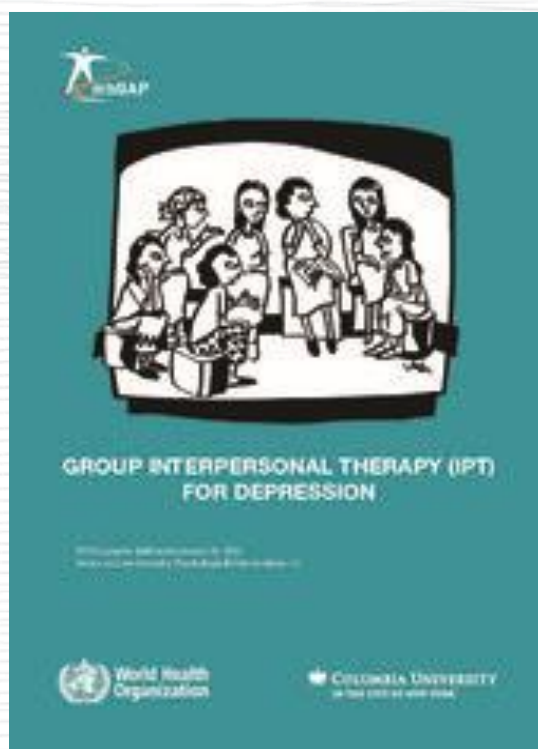
Manejo de los síntomas depresivos en personas con COVID-19 que no cumplen con los criterios para el trastorno depresivo

Tratamientos para la depresión

- Terapia de comportamiento cognitivo
- Tratamientos de resolución de problemas
- Psicoterapia interpersonal
- Entrenamiento para el manejo del estrés y la relajación (tratamientos complementarios)

Tratamientos psicológicos breves (por parte de no especialistas)

Los recursos relevantes incluyen:



Seguimiento y derivación por depresión en personas con COVID-19

Si los síntomas de depresión persisten durante al menos dos semanas (y / o más allá de la recuperación del COVID-19 o del alta del hospital), se puede sospechar un trastorno depresivo

- Coordine el seguimiento y la derivación a un profesional de salud mental, si está disponible.
- La Guía de intervención mhGAP, versión 2.0 (OPS, 2017) proporciona algoritmos para la evaluación y el tratamiento del trastorno depresivo.
- Se pueden considerar tratamientos psicológicos breves, incluida la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia interpersonal (TPI), la activación de la conducta y la resolución de problemas. También se pueden considerar los antidepresivos.



AUTOLESIÓN / SUICIDIO

Evaluación del riesgo de autolesión / suicidio en personas con COVID-19 (1/2)

La mayoría de las personas con COVID-19 experimentarán más estrés de lo habitual. Algunas personas pueden correr riesgo de autolesión y suicidio debido a lo siguiente:

- Sensación de aislamiento
- Pérdida de seres queridos
- Inseguridad laboral, pérdidas económicas y desigualdades
- Sentimientos de desesperanza

Nota: las señales de advertencia y los factores de riesgo no predicen quién se suicidará. El comportamiento suicida debe evaluarse individualmente.

Recuerde: es importante preguntar sobre pensamientos o actos de autolesión cuando alguien expresa angustia extrema o antecedentes de suicidio / autolesión, especialmente durante el COVID-19.

Nota: El dolor crónico y ciertas condiciones mentales, neurológicas y por uso de sustancias son factores de riesgo adicionales de autolesión y suicidio.

Evaluación del riesgo de autolesión / suicidio en personas con COVID-19 (2/2)

Si una persona que está cuidando expresa o está experimentando lo siguiente, debe evaluar el riesgo de autolesión o suicidio

- Desesperación extrema, angustia emocional o desesperación
- Pensamientos, planes o actos actuales de autolesión / suicidio
- Historial de pensamientos o acciones de autolesión
- Empeoramiento de condiciones mentales, neurológicas o por uso de sustancias subyacentes

Recuerde: es importante preguntar sobre pensamientos o actos de autolesión cuando alguien expresa angustia extrema o antecedentes de suicidio / autolesión, especialmente durante el COVID-19.

Nota: El dolor crónico y ciertas condiciones mentales, neurológicas y por uso de sustancias son factores de riesgo adicionales de autolesión y suicidio.

Cómo determinar si existe un riesgo inminente de autolesión / suicidio

La siguiente es una guía general para informar a los médicos sobre la evaluación del riesgo inminente de autolesión / suicidio. Una persona está en riesgo inminente de autolesión / suicidio:

Si una persona informa:

- Pensamientos actuales de suicidio (por ejemplo, pensar "Quiero suicidarme hoy")
- Un plan actual de autolesión / suicidio

O

Una persona reporta angustia emocional extrema Y cualquiera de los siguientes:

- Pensamientos suicidas recientes en el último mes (por ejemplo, tener pensamientos como "Ya no puedo vivir así, necesito morir pronto")
- Un plan para autolesionarse en el último mes (por ejemplo, haber planeado beber pesticidas antes de su contacto actual con ellos; es posible que hayan actuado o no en este plan)
- Un acto reciente de autolesión en el último año (por ejemplo, ingerir pesticidas antes de su contacto actual con ellos)

Cómo preguntar sobre autolesiones / suicidio (1/2)

Trate de establecer una relación con la persona y cree un entorno abierto y sin prejuicios antes de hacer preguntas sobre autolesiones o suicidio. Es importante expresar que comprendes que la persona está pasando por un momento difícil y que quieres ayudar. Podría considerar decir:

- Puedo ver que estás pasando por un momento difícil. En su situación, mucha gente siente que se sentiría angustiada. Quiero ser útil y quiero entender cómo se siente. A veces, cuando las personas enfrentan desafíos y sentimientos como los que me describiste, piensan en hacerse daño o quitarse la vida. ¿Alguna vez ha pensado en hacerse daño o quitarse la vida?

Recuerde: No tema preguntar directamente sobre las autolesiones o el suicidio. Preguntar por la autolesión o el suicidio no lo provoca. A menudo reduce la ansiedad asociada con pensamientos o actos de autolesión y ayuda a la persona a sentirse comprendida.

Cómo preguntar sobre autolesiones / suicidio (2/2)

Si la persona responde afirmativamente a su pregunta inicial, debe explorar más a fondo los pensamientos y planes de autolesión o suicidio:

- ¿Cuáles son algunos de los aspectos de tu vida que te hacen sentir que no vale la pena vivirla?
- ¿Has estado pensando en formas en las que te harías daño? ¿Qué harías?

Si la persona TIENE un plan, debe preguntar sobre el acceso a medios de suicidio:

- Usted mencionó que ha considerado terminar con su vida bebiendo pesticidas, ¿tiene acceso a ese pesticida ahora? ¿Ha hecho un plan para obtenerlos?

Si la persona NO TIENE un plan, pregunte sobre intentos previos de autolesión / suicidio:

- ¿Alguna vez ha intentado hacerse daño o ha intentado acabar con su propia vida?

Para obtener más información, consulte los Manuales de capacitación de mhGAP de la OMS (2017)

Si la persona corre un riesgo inminente de autolesión / suicidio, no la deje sola. Ofrezca apoyo continuo hasta que pueda derivar a la persona (o consultar) a un profesional de la salud mental.

Manejo de los riesgos de autolesión / suicidio en personas con COVID-19 (1/3)

Las intervenciones para autolesiones / suicidio incluyen:

- Siempre que sea posible, no deje a la persona sola.
- Derive a la persona (o consulte) a un profesional de la salud mental.
- Aconseje a la persona y / o cuidadores que eliminen cualquier posible medio de autolesión.
- Concéntrese en los factores protectores y active el apoyo psicosocial para la persona.
- Explore las razones de las personas y las formas de mantenerse con vida (vea la siguiente diapositiva).
- Concéntrese en las fortalezas de la persona animándola a hablar sobre cómo se han resuelto los problemas anteriores.
- Intente comprender las preocupaciones e identificar posibles soluciones a través de la resolución básica de problemas.
- Ofrezca psicoeducación para ayudar a la persona a comprender que es mejor hablar sobre estos sentimientos e identificar a las personas a las que puede acudir cuando se sienta así.

Manejo de los riesgos de autolesión / suicidio en personas con COVID-19 (2/3)

También es importante preguntar sobre aspectos de la vida de la persona que pueden protegerla de autolesiones / suicidios

Las preguntas para explorar los factores de protección incluyen:

- ¿Cuáles son algunos de los aspectos de tu vida que hacen que valga la pena vivirla?
- ¿Cómo lo ha hecho antes cuando estaba bajo estrés? ¿Qué te ha ayudado en el pasado?
- ¿A quién puedes acudir en busca de ayuda? ¿Con quién puedes hablar? ¿De quién te sientes apoyado?
- ¿Qué cambios en sus circunstancias le harán cambiar de opinión acerca de hacerse daño a sí mismo?

Manejo de los riesgos de autolesión / suicidio en personas con COVID-19 (3/3)

Las intervenciones para autolesiones / suicidio incluyen:

- Manejar afecciones mentales, neurológicas o por uso de sustancias concurrentes (por ejemplo, depresión o trastorno por uso de sustancias) si están presentes.
- Haga arreglos para un seguimiento cercano de la persona y mantenga un contacto regular durante los primeros 2 meses.
- La Guía de intervención mhGAP, versión 2.0 (OPS, 2017) proporciona algoritmos para la evaluación y manejo de autolesiones / suicidio.



Cita: OPS Guía de intervención mhGAP, versión 2.0 (2017)

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=40194&lang=es

ALTERACIONES DEL SUEÑO

Alteraciones del sueño en COVID-19

Las personas con COVID-19 pueden experimentar problemas para dormir

Esto puede deberse a la reacción del cuerpo a la propia enfermedad; puede ser una respuesta al estrés agudo; o puede estar relacionado con delirium, ansiedad o depresión

Nota: El insomnio puede ser una presentación de estrés agudo (dentro de un mes de la experiencia o evento estresante).

Abordar los problemas del sueño en COVID-19 (1/2)

Intente identificar las causas subyacentes de los problemas del sueño

- ¿La persona está experimentando delirium, agitación, dolor, malestar o falta de aire? Si es así, aborde estos síntomas de inmediato.
- Maneje los factores externos / ambientales (como luz o ruido excesivo por la noche).
- Explique a la persona que el insomnio es un problema común en situaciones de estrés extremo.
- Pídale a la persona su propia explicación de por qué no puede dormir. ¿Están experimentando preocupaciones excesivas o sentimientos de tristeza? (Si es así, consulte las secciones sobre ansiedad y depresión).

Recuerde: las causas subyacentes del insomnio deben abordarse primero.



Abordar los problemas del sueño en COVID-19 (2/2)

Después de abordar las causas subyacentes, considere las estrategias de apoyo psicosocial

- En adolescentes y adultos, considere las técnicas de relajación y los consejos sobre la higiene del sueño (por ejemplo, horarios regulares para acostarse, evitar la cafeína y el alcohol).
- Si el problema persiste después de un mes, reevalúe y trate cualquier condición de salud física o mental concurrente.

Recuerde: debe priorizarse la identificación y el tratamiento inmediato de las causas subyacentes antes de utilizar cualquier somnífero farmacológico.



Resumen

Es importante reconocer las manifestaciones neurológicas y mentales de COVID-19 :



Resumen (continuación)

- El delirium es común en personas con COVID-19; existen múltiples estrategias para prevenir el delirium; y si ocurre delirium, debe tratarse de inmediato.
- Todas las personas con COVID-19 deben recibir apoyo psicosocial básico.
- Muchas personas con COVID-19 experimentarán ansiedad, depresión y problemas para dormir, y estos síntomas deben abordarse con intervenciones de apoyo psicosocial y psicológico antes de recurrir a los medicamentos.
- Es importante evaluar el riesgo de autolesión y suicidio en personas con COVID-19.

Agradecimientos

Colaboradores

OMS HQ: Tarun Dua, Neerja Chowdhary, Fahmy Hanna, Mark van Ommeren, Kavitha Kolappa, Alison Schafer, Nicoline Schiess, Alessandro Massazza, Katrin Seeher, Stéfanie Freel, Inka Weissbecker, Alexandra Fleischmann, Brandon Gray, Yuka Sumi, Dévora Kestel

Asesores regionales de la OMS : Nazneen Anwar, Florence Baingana, Andrea Bruni, Dan Chisholm, Carmen Martinez, Khalid Saeed, Renato Souza, Martin Vandendyck

Grupo de trabajo de expertos : Jose Luis Ayuso (University of Madrid, Spain); Corrado Barbui (University of Verona, Italy); Shi Chuan (Peking University, China); Rabih El Chammay (Ministry of Health, Lebanon); Oye Gureje (Department of Psychiatry, University College Hospital, Nigeria); Mario Maj (Department of Psychiatry, University of Naples, Italy); Farrah Mateen (Department of Neurology, Harvard Medical School, USA); Pratima Murthy (National Institute of Mental Health and Neuro-Sciences, India); Felicia Smith (Massachusetts General Hospital, Department of Psychiatry, Harvard Medical School, USA); Graham Thornicroft (King's College London, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, UK); Peter Ventevogel (UNHCR, Switzerland)

Miembros del Foro Global de Neurología y COVID-19 : Foad Abd-Allah (Cairo University, African Academy of Neurology, Egypt); Albert Akpalu (University of Ghana, The West African College of Physicians); Sherry Chou (University of Pittsburgh School of Medicine, USA); Maria Lucia Brito Ferreira (Department of Neurology, Hospital da Restauração, Brazil); Ericka Fink (Children's Hospital of Pittsburgh, University of Pittsburgh Medical Center, USA); Fan Kee Hoo (Universiti Putra Malaysia); Benedict Michael (Institute of Infection and Global Health, University of Liverpool, UK); Alessandro Padovani (Neurology, Public Health, Disability Unit & Coma Research Centre, Italy); Kameshwar Prasad (Department of Neurology, All India Institute of Medical Sciences, India); Erich Schmutzhard (Medical University of Innsbruck, Austria); Tom Solomon (National Institute for Health Protection Health Protection Research Unit in Emerging and Zoonotic Infections, Department of Neurology, University of Liverpool, UK); Kiran Thakur (Department of Neurology, Columbia University, USA); Thirugnanam Umapathi (National Neuroscience Institute, Singapore); Andrea Winkler (Department of Neurology, Center for Global Health, Technical University of Munich, Germany)