

Los conceptos y recomendaciones establecidos en esta guía de abordaje pretenden orientar la rehabilitación de los pacientes con sospecha y diagnóstico de COVID-19 (Nuevo coronavirus) y algunas de sus comorbilidades, sin embargo, todo paciente deberá tener un manejo individualizado de acuerdo con sus condiciones particulares.

Para la elaboración de esta guía se consultaron fuentes bibliográficas confiables, con el objetivo de proveer información completa y generalmente acorde con los estándares aceptados en el momento de la edición. Dada la continua evolución de las tendencias médicas y normativas, en cualquier momento pueden sugerir cambios sobre opciones de diagnóstico, tratamiento y farmacoterapia.

Las siguientes recomendaciones son una adopción de Recomendaciones de la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos para la Atención clínica de paciente durante la Pandemia por SARS CoV-2 /COVID-19 y del Consenso Colombiano de infectología -ACIN, por lo tanto su descripción es textual como documentos libres.

Los principales síntomas que van a requerir manejo sintomático de manera simultánea a los tratamientos específicos para la enfermedad son: Fiebre, disnea, dolor torácico, tos, secreciones bronquiales y delirium. En la población pediátrica y ancianos es importante mencionar los síntomas gastrointestinales, diarrea, vómito y deshidratación.

1

Fiebre

Se recomienda para el manejo sintomático el uso de Acetaminofén oral o en caso de no tolerancia a la vía oral su uso venoso, a dosis de 1 gr cada 6 horas. La dosis de acetaminofén máxima en los ancianos, sin importar si es frágil o no, es 2 grs diarios, por tanto es 1 tableta (500 mg) cada 6 horas; lo mismo con la aplicación venosa.

Se sugiere que en pacientes con fiebre refractaria el uso de dipirona/metamizol a necesidad sin superar dosis día de 5 gr en 24 horas. Se recomienda no usar en menores de 1 año, pacientes en ultimo trimestre de embarazo, lactancia o en ancianos que NO se encuentren en cuidados paliativos, en este ultimo grupo recuerde que puede generar delirium.

Se sugiere no usar AINEs en razón a los efectos secundarios tanto renales como gastrointestinales, particularmente en personas con factores de riesgo (Hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad cardiovascular).

No usar AINES en pacientes ancianos.

El uso de oxígeno suplementario disminuye la sensación de disnea en pacientes con hipoxemia.

Las medidas no farmacológicas juegan un rol importante en el manejo de la disnea, se debe indicar un adecuado posicionamiento del paciente, al estar sentado recomendar una posición recta o inclinada hacia delante, al estar acostado se sugiere la posición prono. Hacer uso de técnicas de relajación.

En el caso de los niños, la posición más cómoda es la que escoja el niño; de igual manera, es importante que pueda estar con un familiar que le brinde confianza y tranquilidad.

El uso de oxígeno en los ancianos no debe superar los 2.5 litros/minuto; en ocasiones al usar el ventury se exacerba la sensación de disnea.

2

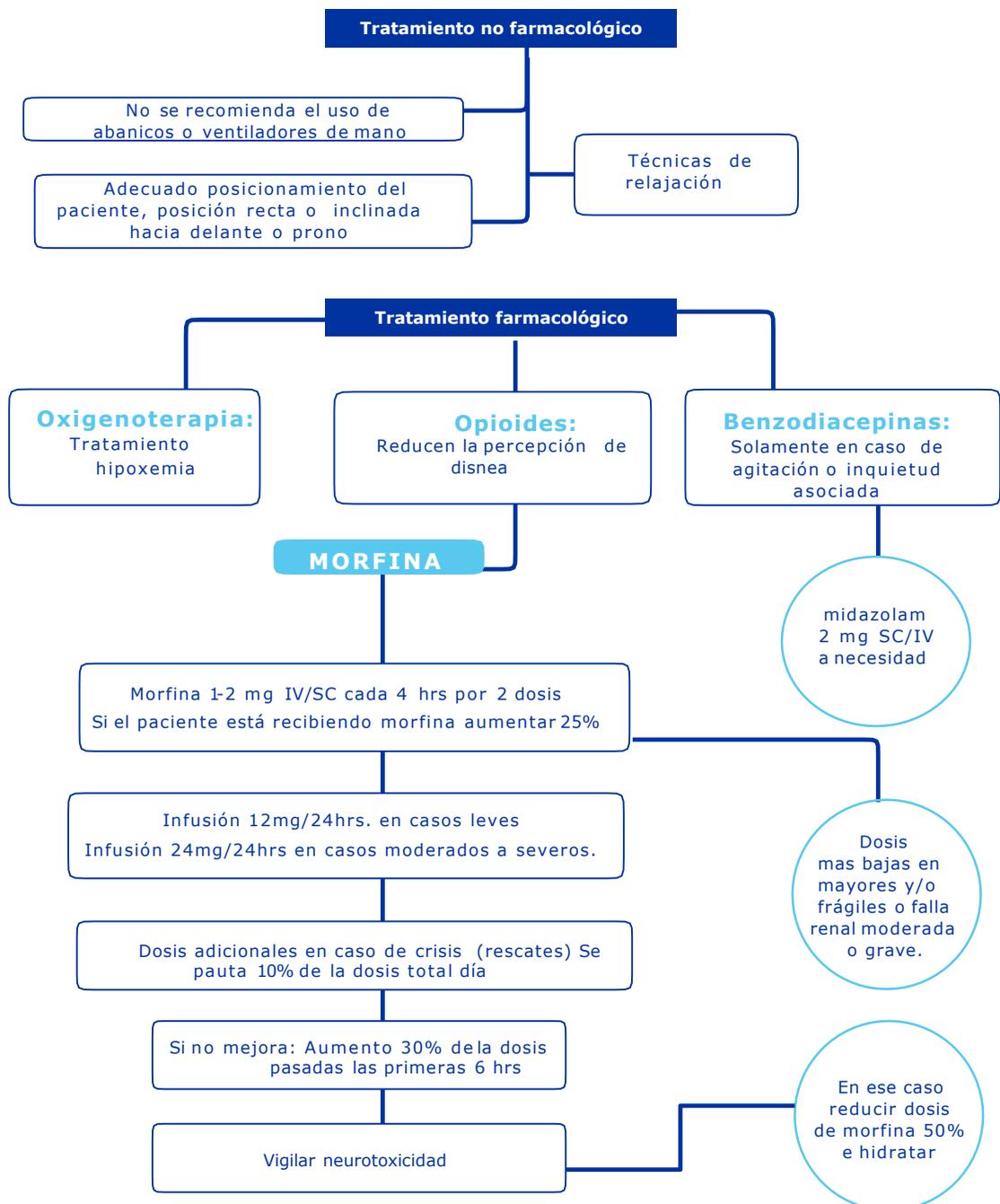
Disnea

Los opioides reducen la percepción de disnea. En los pacientes con disnea moderada a severa, que no mejoren con oxigenoterapia se recomienda el uso de morfina 1-2 mg SC/IV cada 4 horas, si tolera bien las 2 primeras dosis, iniciar infusión 12 mg en 24 horas (0,5 mg/h) para casos leves y 24 mg en 24 horas (1mg/h) en casos moderados. Usar dosis adicionales, que sean iguales al 10% de la dosis total y titular dosis de acuerdo a su necesidad. Si esta infusión no es suficiente proceder al incremento del 30% de la dosis pasadas las primeras 6 hrs. Vigilar signos de neurotoxicidad y en caso de presentarse reducir dosis un 50% e hidratar.

A las personas ancianas, especialmente mayores de 80 años, se les puede poner morfina en gotas, vía sublingual cada 4 horas, empezando con 2 gotas e incrementos progresivos a necesidad.

En caso falla renal o intolerancia considerar Hidromorfina 0.3 - 0.4 mg SC/IV cada 4 horas o el uso de Oxidodona SC/IV en mismo protocolo que morfina.

En caso de agitación o inquietud secundaria a la disnea, se puede adicionar midazolam 2 mg SC/IV a necesidad.



3

Tos

La tos es uno de los síntomas más frecuentes, en algunas series hasta en el 68% de los casos. Se debe considerar cada uno de los escenarios clínicos para su tratamiento, al ser un síntoma tan frecuente se puede presentar incluso en el paciente ambulatorio y requiere medicamentos para el control sintomático.

- Como alternativas no farmacológicas se recomienda realizar una adecuada hidratación, mantener cabeza levantada al dormir y evitar el tabaquismo.
- En el paciente ambulatorio: Manejo farmacológico inicial se recomienda con antitusivos o uso de Codeína. **Recuerde que en el paciente anciano no se recomienda la codeína, es preferible la morfina.**
- Como alternativas no farmacológicas se recomienda mantener una adecuada humidificación del oxígeno suplementario.
- En los niños no están indicados los antitusivos ni los opioides débiles, se recomienda el uso de jarabes con miel o miel pura en los mayores de 1 año.
- En el paciente hospitalario adulto: Iniciar tratamiento con antitusivos o uso de codeína. En caso síntomas sea persistente sin eficacia a codeína, se sugiere inicio morfina (1-2 mg SC/IV cada 4 horas, se puede aumentar dosis un 30% hasta conseguir alivio), usar la mínima dosis requerida para proveer alivio y titular de acuerdo a su necesidad. En caso de falla renal o intolerancia se puede considerar el uso de Oxycodona o hidromorfona IV/SC. Si el síntoma es severo se puede usar una infusión igual que para la disnea.

Las secreciones respiratorias pueden ser difíciles de controlar y alterar de manera importante la calidad de vida, particularmente en el contexto de patología pulmonar subyacente.

- Se recomienda el uso de butilbromuro de hioscina 20 mg IV/SC cada 6 a 8 horas.
- Se recomienda el uso de Bromuro de ipratropio cada 6 a 8 horas, siempre en inhalador de polvo seco (Con inhalocámara)
- Se recomienda no realizar las estrategias de fluidificación de secreciones.
- No se recomienda usar medicamentos nebulizados por aumento de aerosolización.
- En los pacientes ancianos se recomienda en lo posible el uso de bromuro de ipratropium con inhalocámara, pues el bromuro de hioscina puede desencadenar delirium.

4

Secreciones bronquiales

5

Delirium

Con respecto al delirium la probabilidad de que ocurra delirium multifactorial en esta población es relativamente frecuente en especial en situaciones de fin de vida, los síntomas de delirium pueden estar acompañados de agitación y/o inquietud. El manejo de este síntoma puede ser complicado y provocar intenso malestar en el paciente, familiares y el personal de salud.

- Siempre usar estrategias de prevención no farmacológicas y realizar búsqueda activa en cada valoración del paciente. Identificar y tratar causas posibles, incluyendo la oxigenoterapia para el manejo de la hipoxemia.
- Asegurar una adecuada orientación: recordar fecha, hora, lugar, mantener cerca dispositivos de ayuda visual y/o auditivas como gafas y auriculares respectivamente.

En adultos:

- En paciente SIN tratamiento con hidroxiclороquina o cloroquina, que presente delirium hiperactivo, se recomienda uso de haloperidol vía IV/SC, usar la mínima dosis requerida para proveer alivio y titular de acuerdo con su necesidad, considerar uso por horario cada 8 horas si el síntoma es persistente.
- En paciente SIN tratamiento con hidroxiclороquina o cloroquina, que presente delirium si predomina insomnio por intranquilidad o agitación nocturna, considerar uso de quetiapina o levomepromazina.
- En pacientes en tratamiento CON hidroxiclороquina o cloroquina y presencia de delirium considerar uso de olanzapina iniciando con dosis bajas o el uso de benzodiazepinas (lorazepam, midazolam)

En niños, las causas de delirium son múltiples y está relacionada con efectos adversos de benzodiazepinas y opioides. Se recomienda, en general los antipsicóticos como el haloperidol, risperidona y olanzapina.

En los ancianos es una de las manifestaciones más frecuentes del COVID; puede ser hipoactivo o hiperactivo. El primero de ellos, con mayor mortalidad por poca detección. Los neurolepticos a usar dependen de la comorbilidad:

- En caso de enfermedad cardiovascular concomitante se recomienda aripiprazole empezando con 7.5, empezando en la mañana;
- Si se requiere un efecto sedante se recomienda olanzapina 2.5 mgr en la noche; también puede usarse haloperidol, teniendo presente que en caso de arritmias no es la primera opción. Se empieza con dosis de 3 gotas en la noche con incrementos progresivos, máximo 10 gotas.
- Todos los neurolepticos deben incrementarse paulatinamente por los efectos secundarios severos.
- Las benzodiazepinas NO se utilizan para manejo del delirium.

El dolor es un síntoma frecuente en estos pacientes, se ha reportado dolores musculares y/o fatiga (36%), dolor torácico (21%), dolor de cabeza y dolor de garganta. También considerar que el dolor puede presentarse debido a las comorbilidades existentes o como resultado de la tos excesiva o de la inmovilidad.

Se recomienda siempre establecer la severidad de dolor con escala verbal análoga del dolor EVA (para los niños dependiendo de la edad escala de FLACC o escala revisada de caras), en caso de presentar dolor leve a moderado, se recomienda una estrategia por pasos para lograr el control del dolor:

6

Dolor

En pacientes sin uso previo de opioides

1

Iniciar dosis regular de acetaminofén oral y en caso no tener vía oral considerar uso venoso (1g 4 veces al día).

La dosis de acetaminofén máxima en los ancianos, sin importar si es frágil o no, es 2 grs diarios, por tanto es 1 tableta (500 mg) cada 6 horas; lo mismo con la aplicación venosa.

2

Si el dolor persiste o empeora: suspender acetaminofén e iniciar opioide débil (codeína, hidrocodona o tramadol) cada 6 a 8 horas por horario.

- Decisión basada en comorbilidades o intolerancias previas.

3

Si el dolor persiste: suspender opioide débil. Considere iniciar opioide fuerte (Morfina oral) a dosis de 3 a 4 mg orales (2 a 3 gotas) cada 6 horas. Si no tolera vía oral considerar inicio de morfina venosa.

- En caso de falla renal o intolerancia considerar uso de hidromorfona u oxycodona.

En pacientes con uso previo de opioides

Se reconoce que existen datos que los opioides pueden causar supresión inmune, siendo la evidencia existente muy limitada y de baja calidad. Por lo tanto NO se recomienda ningún cambio en los regímenes de tratamiento de opioides actuales, en ausencia de cambios documentados en el dolor y/o la función. Recomendamos un control cuidadoso de los pacientes con opioides transdérmicos, ya que la tasa de absorción con fiebre puede ser impredecible.

Si el paciente consume diariamente opioides para el tratamiento de dolor crónico y tiene control de dolor y tolera la vía oral: continuar misma dosis.

En caso de no tener control de dolor se recomienda el aumento de un 20 - 25% de su opioide base y dejar rescates 10% de la dosis.

En caso de pérdida de vía oral rotación equianalgésica a opioide intravenoso.

En los ancianos si el dolor no cede con acetaminofén, no utilizar codeína o tramadol. La oxycodona, la buprenorfina en parches o la morfina son las mejores opciones. Se recomienda disminuir a bajas dosis porque exacerban el delirium.

Recomendaciones finales para los ancianos

En caso de emesis no se recomienda el uso de metoclopramida; las opciones son ondansetrón IV o en caso de tolerar domperidona vía oral.

En caso de estreñimiento utilizar NO usar bisacodilo. Considere utilizar lactulax, PEG u hojas de sen o acacia de la india.

Medicamentos usados para el control de síntomas

A continuación se listan los medicamentos recomendados para control de síntomas, incluye medicamentos de control pues el alcance de este documento es para consulta externa, urgencias y hospitalización domiciliaria.

MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	INDICACIÓN	DOSIS ADULTOS	DOSIS PEDIÁTRICA	COMENTARIOS
Acetaminofén	<ul style="list-style-type: none"> Ampollas 1 gr Ampollas 500 mg Tabletas 500 mg Jarabe 160 mg/5ml Jarabe 250 mg/5ml 	<ul style="list-style-type: none"> Fiebre – Dolor 	500 – 1000 mg cada 8 horas oral o IV Ancianos: 500 mg cada 6 horas. (máximo 2 gr/día)	Vía Oral 10 – 15 mg/kg/dosis cada 6 horas Máximo 60 mg/kg/día	Considerar reducción de dosis en paciente anciano frágil, presencia de falla renal, elevación de transaminasas o peso <50 kg
Dipirona	<ul style="list-style-type: none"> Ampollas 1 gr 	<ul style="list-style-type: none"> Fiebre – Dolor Solo sí el síntoma es refractario 	1 gr IV aplicar a necesidad.	Endovenosa 10-20 mg/Kg c/6 horas	Contraindicado en menores de 1 año. Administración lenta por efecto hipotensor. No uso en leucopenia o trombocitopenia. Considere en
Dihidrocodeína (Controlado)	<ul style="list-style-type: none"> Jarabe 12 mg/5ml 	<ul style="list-style-type: none"> Tos 	5 ml cada 8 horas	Contraindicada en niños	
Codeína (Controlado)	<ul style="list-style-type: none"> Tab 8 – 30 mg en combinación con Acetaminofen 325 mg 	<ul style="list-style-type: none"> Tos Dolor leve a moderado 	30 mg cada 8 – 6 horas	Contraindicada en niños	Evitar su uso en falla renal
Morfina (Controlado)	<ul style="list-style-type: none"> Ampollas 10mg/ml Solución oral 3% (30mg/ml) 	<ul style="list-style-type: none"> Disnea moderada a severa Tos refractaria Dolor severo adultos Dolor moderado a severo en niños 	<ul style="list-style-type: none"> Tos: 1- 2 mg IV/SC cada 6 - 8 hrs. Disnea o dolor: 2- 3 mg IV/C cada 6 horas. Ancianos: 2 gotas SL e incrementos progresivos a necesidad cada 4 hrs 	Endovenosa 0.05-0.1 mg/kg/dosis Vía Oral 0,2-0,5 mg/kg/dosis c/4 horas	Vigilar signos de neurotoxicidad y en caso de presentarse reducir dosis un 50% e hidratar.
Oxicodona (Controlado)	<ul style="list-style-type: none"> Ampollas 10mg/ml Tabletas 10 mg 	<ul style="list-style-type: none"> Disnea moderada a severa Tos refractaria Dolor severo adultos 	1- 2 mg IV/SC cada 6 - 8 hrs.	Sólo en mayores de 12 años: Vía Oral 0,1-0,2 mg/kg cada 6-8 horas	Vigilar signos de neurotoxicidad y en caso de presentarse reducir dosis un 50% e hidratar.
Hidromorfona (Controlado)	<ul style="list-style-type: none"> Ampollas 2mg/ml 	<ul style="list-style-type: none"> Disnea moderada a severa Tos refractaria Dolor severo adultos Dolor moderado a severo niños 	0,2 mg IV/SC cada 6 hrs.	Vía Endovenosa 0,010 – 0,015 mg/kg/dosis cada 4 horas	Vigilar signos de neurotoxicidad y en caso de presentarse reducir dosis un 50% e hidratar.
Haloperidol (Controlado)	<ul style="list-style-type: none"> Ampollas 5mg/ml 	<ul style="list-style-type: none"> Delirium 	0,5 a 1 mg IV/SC cada 8 -12 hrs	< 12 años 0.025-0.5 mg /kg/día cada 12 hora y >12 años 2-5mg/dosis cada 8-12 hrs	Considerar NO uso en caso que el paciente se encuentre en tratamiento con cloroquina o hidroxicloroquina
Quetiapina (Controlado)	<ul style="list-style-type: none"> Tabletas 25 mg 	<ul style="list-style-type: none"> Delirium 	12,5 a 25 mg oral en la noche	Contraindicado en niños	Considerar NO uso en caso que el paciente se encuentre en tratamiento con cloroquina o hidroxicloroquina
Levomepromazina (Controlado)	<ul style="list-style-type: none"> Gotas 40mg/ml 	<ul style="list-style-type: none"> Delirium 	4 a 6 gotas oral en la noche		Considerar NO uso en caso que el paciente se encuentre en tratamiento con cloroquina o hidroxicloroquina
Olanzapina (Controlado)	<ul style="list-style-type: none"> Tab 5 – 10 mg 	<ul style="list-style-type: none"> Delirium 	2,5 mg – 5 mg en la noche. Dosis max 20 mg	No es medicamento de primera elección	
Midazolam (Controlado)	<ul style="list-style-type: none"> Ampollas 5mg/ml 	<ul style="list-style-type: none"> Delirium Ansiedad asociada a disnea severa 	1-2 mg IV/SC	Vía endovenosa 0.1-0.2 mg/kg/dosis	Algunos pacientes pueden presentar reacciones paradójicas como agitación, delirio o sedación excesiva. No usar en ancianos
Lorazepam (Controlado)	<ul style="list-style-type: none"> Comprimidos 1 mg y 2 mg 	<ul style="list-style-type: none"> Delirium 	1 mg Vía oral	Vía oral 0.02 -0.05 mg/kg/dosis	Algunos pacientes pueden presentar reacciones paradójicas como agitación, delirio o sedación excesiva. No usar en ancianos