

# 3.

## RECOMENDACIONES PARA TRATAMIENTO HOSPITALARIO

1. Antes de prescribir medicamentos antivirales (14,20), verifique las interacciones fármaco-fármaco y enfermedad-fármaco, preste especial atención a los anticoagulantes orales que podrían ser sustituidos por heparina de bajo peso molecular.
2. Tenga cuidado del riesgo asociado de la combinación de cloroquina/hidroxicloroquina y macrólidos que pueden causar alargamiento QT y arritmia fatal.
3. Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) y los bloqueadores de los receptores de angiotensina II (BRA) son seguros y no deben suspenderse durante la epidemia de coronavirus (21).
4. No hay pruebas de que el ibuprofeno pueda agravar el cuadro clínico de COVID-19 y la Agencia Europea de Medicamentos está monitoreando este problema (22).
5. Inicie la oxigenoterapia a 5 L/min y ajuste las tasas de flujo para alcanzar SpO<sub>2</sub> ≥90% en adultos y SpO<sub>2</sub> ≥92-95% en pacientes embarazadas (2).
6. La oxigenoterapia nasal de alto flujo (OAF) o la ventilación no invasiva (VNI, principalmente C-PAP) solo deben usarse en pacientes seleccionados con hipoxemia, insuficiencia respiratoria (P / F cercana a 300 para OAF y 250-300 para VNI), pero con alertas y con dinámica de ventilación preservada. Vigilar de cerca el deterioro clínico (7, 23).
7. No prolongue la OAF o VNI por más de 2 horas en el caso de que no mejore (OAF: frecuencia respiratoria ≥24/min, VNI: frecuencia respiratoria ≥28/min y / o empeoramiento de la P/F para ambos) (7, 23).
8. Evite las terapias de nebulización por la posible propagación de gérmenes (24).
9. Administre fluidos intravenosos solo si es necesario y evite los corticosteroides, a menos que tenga otra indicación.
10. Evalúe el riesgo de tromboembolismo y hemorragia de cada paciente y proporcione una trombo profilaxis adecuada.
11. La frecuencia respiratoria, la saturación periférica de oxígeno (SpO<sub>2</sub>) y los resultados de los análisis de gases en sangre arterial deben controlarse de cerca durante la estancia hospitalaria debido a la presentación insidiosa de hipoxemia severa en esta enfermedad. Se debe considerar la inserción de catéteres radiales intraarteriales para reducir las punciones arteriales, incluso fuera de la UCI.
12. También controle el recuento de glóbulos blancos, linfocitos y plaquetas, LDH, procalcitonina y dímero D, se consideran indicadores de alarma (13, 15, 17).
13. Esté atento a una eventual progresión hacia formas más severas +/- 7 días después del inicio de los síntomas (13).
14. Si un paciente presenta una SpO<sub>2</sub> ≤90% respirando aire ambiente o ≤92% en oxigenoterapia convencional y/o una frecuencia respiratoria ≥30 / min y / o dificultad respiratoria severa, debe requerirse la consulta de un especialista en cuidados intensivos (25).
15. Use precauciones de bioseguridad al manipular dispositivos de oxigenoterapia (23); cubra la cara del paciente con una máscara quirúrgica durante OAF o C-PAP (23); Para reducir el riesgo de aerosolización, si es posible use un ventilador no invasivo de doble circuito o simple, con una válvula espiratoria integrada y un dispositivo tipo "casco" que permita insertar un filtro como interfaz (7).