

3.

Recomendações para o tratamento hospitalar

1. Antes de prescrever medicamentos antivirais (14, 20), verificar a toxicodependência e as interações medicamentosas. Prestar especial atenção aos anticoagulantes orais que podem ser substituídos por heparina de baixo peso molecular.
2. Tenha em conta que a associação de cloroquina/hidroxicloquina e macrólidos pode desencadear arritmias fatais por prolongamento do intervalo QT.
3. Os inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA) e os bloqueadores dos receptores da angiotensina II (ORA) são seguros e não devem ser interrompidos durante a epidemia de Coronavírus (21).
4. Não há provas de que o ibuprofeno possa agravar o quadro clínico da COVID-19 e a Agência Europeia de Medicamentos está a acompanhar esta questão (22).
5. Iniciar a oxigenoterapia a 5 L/min e taxas de fluxo de titulação suficientes para atingir a SpO₂ ≥90% em adultos não grávidos e a SpO₂ ≥92-95 % em pacientes grávidas (2).
6. O alto-fluxo de oxigénio nasal (HFNO) ou ventilação não-invasiva (VNI, principalmente c-PAP) só deve ser utilizado em pacientes com hipoxemia, insuficiência respiratória (P/F próximo de 300 para HFNO e 250-300 para VNI), mas com alertas e com uma dinâmica ventilatória preservada.
7. Não prolongar o HFNO ou VNI por mais de 2 horas em caso de não melhoria (HFNO: frequência respiratória ≥24/min, NIV: frequência respiratória ≥24/ min e/ou agravamento P/F para ambos) (7, 23).
8. Evitar as terapias de nebulização devido ao risco potencial de propagação de bactérias (24).
9. Administrar líquidos intravenosos apenas se necessário e evitar esteróides, excepto no caso de existirem outras indicações.
10. Avaliar o risco de tromboembolismo e hemorragia de todos os doentes e realizar uma trombopprofilaxia apropriada.
11. A taxa respiratória, a saturação periférica de oxigénio (SpO₂) e os resultados das análises dos gases do sangue arterial devem ser acompanhados de perto durante a hospitalização devido à apresentação insidiosa de hipoxemia grave nesta doença. A inserção de cateteres radiais deve ser considerada de forma a reduzir as perfurações arteriais, inclusive fora da UTI.
12. Também monitorizar a contagem de glóbulos brancos, linfócitos e plaquetas, LDH, procalcitonina e d-dímero são consideradas bandeiras de alarme (13, 15, 17).
13. Estar consciente de uma eventual evolução de forma grave +/- 7 dias após o início dos sintomas (13).
14. Se um doente comunicar uma SpO₂ ≤92% em ar livre ou ≤90% em oxigenoterapia convencional e/ou apresentar ≥30 actua/min e/ou apresentar graves problemas respiratórios, deve ser requisitado o parecer do intensivista (25).
15. Utilizar precauções de biossegurança ao manusear dispositivos de oxigenoterapia (23); cobrir o rosto do paciente com uma máscara cirúrgica durante o HFNO ou C-PAP (23); reduzir o risco de produção de aerossóis: uma possível utilização de um ventilador não invasivo de circuito duplo ou simples com uma válvula expiratória integrada e um capacete que permita a inserção de um filtro como interface (7).