

**GPIO** Grupo Português  
de Inflamação Ocular

## Grupo Português de Inflamação Ocular

Sociedade Portuguesa de Oftalmologia

Campo Pequeno, N° 2 – 13°

1000-078 Lisboa

Tlf. 217 820 443

Fax. 217 820 445

[www.spoftalmologia.pt](http://www.spoftalmologia.pt)

### **ORIENTAÇÕES PARA A ABORDAGEM DO DOENTE COM INFLAMAÇÃO OCULAR EM CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19 – 02/04/2020**

O presente documento sistematiza as recomendações do Grupo Português de Inflamação Ocular (GPIO) relativamente ao assunto em epígrafe, tendo em conta informação divulgada pela Sociedade Portuguesa de Oftalmologia, as recomendações do Colégio de Oftalmologia da Ordem dos Médicos e de outras sociedades científicas, em particular o documento de consenso do *International Uveitis Study Group* (IUSG), da *International Ocular Inflammation Society* (IOIS) e da *Foster Ocular Inflammation Society* (FOIS).

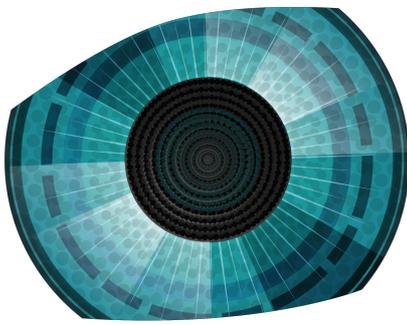
A **COVID-19** tem requerido medidas excepcionais na abordagem e seguimento do doente com patologia oftalmológica, em particular do foro inflamatório. Tais medidas têm por objectivo reduzir o contágio e a propagação da infecção por SARS-CoV-2 na população, limitar a pressão e sobrecarga das instituições de saúde e otimizar a gestão dos utentes com patologia ocular inflamatória.

Os **grupos de maior risco** para a infecção COVID-19, com possível acréscimo de complicações e mortalidade, são:

- indivíduos com idade superior a 65 anos;
- antecedentes de doença cardiovascular, doença respiratória crónica, hipertensão arterial, patologia oncológica, diabetes mellitus e obesidade (sobretudo se IMC>40);
- doença inflamatória sistémica activa, com risco de resposta imune vigorosa;
- imunossupressão por causas diversas.

No **doente com patologia inflamatória conhecida**, recomenda-se:

- privilegiar a avaliação em consulta não presencial;
- individualizar a estratégia terapêutica caso a caso, em função da actividade inflamatória intraocular, envolvimento do segmento posterior, cronicidade, risco de perda funcional e estado do olho adelfo;
- privilegiar a terapêutica tópica e/ou corticoterapia local — nos casos de maior risco de hipertensão ocular secundária, ponderar prescrição de terapêutica tópica hipotensora ocular após o tratamento local — a corticoterapia local não está associada a aumento do risco por infecção COVID-19, de acordo com a evidência disponível.



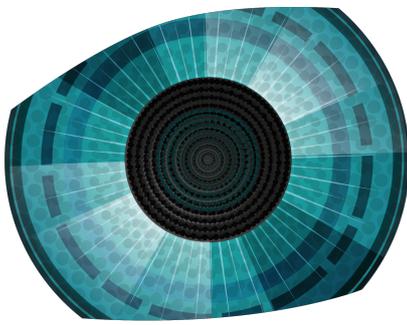
**Nas uveítes não infecciosas previamente sob terapêutica imunomoduladora, ter em conta as seguintes recomendações:**

### **INDICAÇÕES PARA O DOENTE**

- Esclarecer o doente acerca do modo de transmissão e alto risco de contágio pelo vírus SARS-CoV-2;
- reforçar as medidas de redução do risco infeccioso, como a lavagem frequente e adequada desinfecção das mãos;
- reforçar o cumprimento das recomendações actualizadas da Direcção-Geral da Saúde (DGS) que visam conter a pandemia COVID-19, em particular no que se refere ao isolamento social;
- utilizar máscara em locais públicos, em particular em ambiente hospitalar;
- recomendar contacto com a linha SNS24 em caso de sintomas de doença respiratória ou outros compatíveis (particular destaque para febre, tosse e dispneia);
- aconselhar o doente a não suspender nem reduzir a medicação imunomoduladora por sua iniciativa.

### **INDICAÇÕES PARA O OFTALMOLOGISTA**

- A contagem de leucócitos dos doentes sob terapêutica imunomoduladora deve idealmente manter-se superior a 4000/ $\mu$ L no sentido de minimizar o risco infeccioso;
- repetir estudo analítico para monitorizar toxicidade farmacológica sempre que necessário, espaçando os intervalos das colheitas em doentes sem evidência prévia de toxicidade, com leucócitos > 4000/uL e sem aumento recente da dose dos fármacos; privilegiar se possível as colheitas em local próximo da área de residência e não a nível hospitalar (sendo provavelmente necessário articular com o médico de família) e demonstrar activamente disponibilidade para receber os resultados analíticos por meios alternativos, por exemplo para e-mail institucional;
- considerar **maior risco infeccioso** nos doentes **1)** sob prednisolona oral > 20 mg/dia (ou 0.5 mg/ kg/ dia) por mais de 4 semanas, **2)** sob dois ou mais fármacos imunossupressores associados a outra co-morbilidade, **3)** sob prednisolona oral > 5 mg/ dia associada a outro fármaco imunomodulador e **4)** com administração de ciclofosfamida ou rituximab nos últimos 6 meses;
- nos doentes em processo de titulação de dose da terapêutica imunomoduladora, aconselha-se interromper tal redução e manter a dose mínima previamente eficaz, — idealmente até desaparecimento do risco pandémico e normalização das condições de avaliação dos doentes;



- se possível evitar *switch* ou início de novos tratamentos imunomoduladores até que a pandemia se encontre controlada;
- instruir o doente da importância de conhecer detalhadamente ou ter por escrito o nome, dose e frequência da medicação imunomoduladora, sobretudo tendo em vista a hipótese de recurso a instituição hospitalar para cuidados agudos.

**Nas uveítes não infecciosas previamente ou actualmente sob terapêutica imunomoduladora, e com clínica compatível com infecção COVID-19, ter em conta as seguintes recomendações:**

- Garantir a tomada de **decisões em conjunto** com equipa médica responsável pela orientação da infecção COVID-19;
- a terapêutica imunomoduladora pode teoricamente comprometer a resposta imunológica do organismo nas fases iniciais da infecção COVID-19; por outro lado, pode admitir-se um efeito benéfico na eventual prevenção e tratamento do “*cytokine storm syndrome*” que caracteriza o estadio III da COVID-19 (com destaque para o interferão e o tocilizumab);
- a generalidade dos fármacos antivíricos e anti-inflamatórios propostos na COVID-19 é oriunda de relatos de casos ou séries observacionais, ou extrapolada de evidências *in vitro*; é importante reconhecer que a ausência de estudos prospectivos de desenho robusto não permite garantir a eficácia e segurança concretas no tratamento ou profilaxia da COVID-19; inserem-se nesta óptica os resultados preliminares (à data deste documento) que sugerem benefício potencial da cloroquina e hidroxicloroquina;
- nos doentes **assintomáticos mas com suspeita de infecção COVID-19**, deve ser monitorizado o hemograma e discutido com o médico responsável pelo acompanhamento da infecção SARS-CoV-2 a necessidade de redução ou suspensão da terapêutica imunomoduladora; será desejável a realização de teste de rastreio de infecção por SARS-CoV-2;
- nos doentes **sintomáticos e com infecção COVID-19 confirmada**, preconiza-se a interrupção temporária do tratamento imunomodulador, convencional ou biológico, até recuperação completa; na corticoterapia sistémica deve ser garantido o tempo mínimo necessário ao desmame; enquanto potencial excepção, a opção de manutenção de interferão ou tocilizumab deve ser obrigatoriamente discutida com o médico responsável pelo tratamento da infecção COVID-19, e obtida a sua concordância;
- enquanto salvaguarda final, toda a estratégia terapêutica e eventuais alterações, nomeadamente riscos e benefícios, deverá ser sempre discutida com o doente.