

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.07 – 2020 – Página 1/27	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO PARA COVID 19	Emissão: 29/04/2020	Próxima revisão:
		Versão:02/2020	

Sumário

1.	INTRODUÇÃO.....	2
2.	DEFINIÇÕES OPERACIONAIS	3
3.	DIRETRIZ.....	4
4.	FINALIDADE	4
5.	MATERIAIS NECESSÁRIOS	4
6.	RECURSOS HUMANOS	4
7.	CARACTERÍSTICAS DA DOENÇA POR SARS-COV-2 (COVID-19)	4
8.	CONDUTAS MÉDICAS	5
8.1.	CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA.....	5
8.2.	TERAPIA.....	6
8.2.1.	Doença Leve ou Pneumonia (sem sinais de gravidade).....	6
8.2.2.	Orientação quanto aos sinais e sintomas de agravamento da doença	7
8.2.3.	Doença Grave.....	7
8.2.4.	Terapia Inicial	10
8.2.5.	Triagem e identificação de fatores de risco (Ministério da Saúde).....	11
8.3.	TRATAMENTO DE COINFECÇÕES.....	13
8.4.	Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA/ARDS)	14
8.5.	Choque séptico: Diagnóstico precoce	16
8.5.1.	Abordagem da Infecção.....	17
8.5.2.	Ressuscitação volêmica	17
8.5.3.	Vasopressores e inotrópicos	18
8.5.4.	Dispositivos invasivos.....	18
8.6.	Corticosteroide	18
8.7.	Heparina sódica	19
9.	DROGAS ESPECÍFICAS ESPECIAIS	20
9.1.	Cloroquina e o seu análogo hidroxiclороquina associado ou não à azitromicina	20
9.2.	Outras drogas experimentais especiais.....	22
10.	GERENCIAMENTO DE EXPOSTOS	23
10.1.	Contatos próximos	23
10.2.	Viajantes	23
10.3.	Paciente contactante intra-hospitalar de caso suspeito ou confirmado	23
11.	CRITÉRIOS PARA RETIRADA DE PRECAUÇÕES PARA PACIENTES SUSPEITOS COVID-19	24
	REFERÊNCIAS	24

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.07 – 2020 – Página 2/27	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO PARA COVID 19	Emissão: 29/04/2020	Próxima revisão:
		Versão:02/2020	

1. INTRODUÇÃO

O novo coronavírus (SARS-CoV-2) é um vírus identificado como a causa de um surto de doença respiratória detectado pela primeira vez em Wuhan, China. No início, muitos dos pacientes do surto na China teriam algum vínculo com um grande mercado de frutos do mar e animais, sugerindo a disseminação de animais para pessoas. No entanto, um número crescente de pacientes supostamente não teve exposição ao mercado de animais, indicando a ocorrência de disseminação de pessoa para pessoa. A doença pelo SARS-CoV-2 foi denominada COVID-19 e declarada como emergência de saúde pública internacional e pandemia instalada desde março de 2020. Desde então, mais de 250 países relataram casos confirmados da doença, incluindo casos de óbito, especialmente relacionados a alguns fatores de risco.

Para infecções confirmadas pelo SARS-CoV-2, há relatos de pessoas com sintomas leves e outras com sintomas muito graves, chegando ao óbito, em algumas situações. Os sintomas mais comuns dessas infecções podem incluir sintomas respiratórios (tosse, dificuldade para respirar, batimento das asas nasais, entre outros) e febre (a febre pode não estar presente em alguns pacientes, como aqueles que são muito jovens, idosos, imunossuprimidos ou que tomam medicamentos antitérmicos).

A OMS determinou que os códigos U 07.1 e U 07.2, reservado para casos emergenciais, devem ser utilizados para COVID-19. Na falta do CID U 07.1 na base de registro, a Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE/DASNT/SVS/MS), gestora do SIM em nível nacional, informa que o código B34.2 (Infecção por coronavírus de localização não especificada) da CID-10 deve ser utilizado para a notificação de todos os óbitos por COVID-19. Para os óbitos ocorridos por doença respiratória aguda devido à COVID-19, deve ser utilizado também, como marcador, o código U04.9 (Síndrome Respiratória Aguda Grave – SARS) CID B 34.2 – infecção por coronavírus de localização não especificada – pode ser utilizado.

Em caso de óbito, a declaração de óbito (DO) deve ser emitida pelo médico assistente, em caso de morte ocorrida em hospitais e outras unidades de saúde ou em domicílio. Nos casos em que a causa do óbito tenha sido esclarecida no SVO, fica a cargo do médico patologista. Seguir POP específico.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.07 – 2020 – Página 3/27	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO PARA COVID 19	Emissão: 29/04/2020	Próxima revisão:
		Versão:02/2020	

2. DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

CASOS SUSPEITOS

DEFINIÇÃO 1 – SÍNDROME GRIPAL (SG): indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre¹, mesmo que relatada, acompanhada de tosse **OU** dor de garganta **OU** coriza **OU** dificuldade respiratória.

Em Crianças: considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em Idosos: a febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

DEFINIÇÃO 2 – SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG): Síndrome Gripal que apresente: dispneia/desconforto respiratório **OU** pressão persistente no tórax **OU** saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente **OU** coloração azulada dos lábios ou rosto (cianose).

Em Crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

CASOS CONFIRMADOS

POR CRITÉRIO LABORATORIAL: caso suspeito de SG ou SRAG com teste de:

- **Biologia molecular (RT-PCR em tempo real, detecção do vírus SARS-CoV2, influenza ou VSR):**
 - » **Doença pelo coronavírus 2019:** com resultado detectável para SARS-CoV2.
 - » **Influenza:** com resultado detectável para influenza.
 - » **Vírus Sincicial Respiratório:** com resultado detectável para VSR.
- **Imunológico² (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos):**
 - » **Doença pelo coronavírus 2019:** com resultado positivo para anticorpos IgM e/ou IgG. Em amostra coletada após o sétimo dia de início dos sintomas.

POR CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO: caso suspeito de SG ou SRAG com:

Histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19 e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.

¹ Na suspeita de COVID-19, a febre pode não estar presente. ² Ver informações sobre investigação laboratorial.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.07 – 2020 – Página 4/27	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO PARA COVID 19	Emissão: 29/04/2020	Próxima revisão:
		Versão:02/2020	

CASO DESCARTADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-2019)

Caso suspeito de SG ou SRAG com resultado laboratorial negativo para coronavírus (SARS-CoV-2 não detectável pelo método de PCR em tempo real), considerando a oportunidade da coleta OU confirmação laboratorial para outro agente etiológico.

3. DIRETRIZ

– Todos os paciente devem ser avaliados quanto à presença de síndrome gripal e/ou síndrome respiratória aguda grave (SRAG) para a melhor condução e tratamento clínico, em caso de suspeita ou confirmação de COVID- 19.

4. FINALIDADE

- Uniformizar as condutas clínicas no manejo clínico de pacientes com suspeita ou com confirmação de COVID-19.
- Este protocolo se destina apenas a:
 - Pacientes adultos (OMS: > 12 anos)
 - Grávidas: *Após atendimento inicial da paciente grávida, realizar monitorização do bem-estar fetal (acionamento da Obstetrícia)*
 - Puérperas

5. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Equipamentos de proteção individuais específicos para atendimento a pacientes com suspeita ou confirmados para COVID-19. Seguir POPs do SCIRAS.
- Equipamentos de monitorização cardíaca
- Ventiladores mecânicos
- Leitos de isolamento em unidade de emergência, enfermarias e em unidade de terapia intensiva

6. RECURSOS HUMANOS

- Equipe médica e multiprofissional nas unidades específicas com treinamento para o atendimento a COVID-19

7. CARACTERÍSTICAS DA DOENÇA POR SARS-COV-2 (COVID-19)

VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO
Período de incubação	5 a 6 dias (2 a 14 dias).
Período de transmissibilidade	Incerto. 2-3 dias antes do início de sintomas Até 14 dias ou mais prolongado em pacientes graves
Infectividade	Incerto. R0 ~2,7-5,6

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.07 – 2020 – Página 5/27	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO PARA COVID 19	Emissão: 29/04/2020	Próxima revisão:
		Versão:02/2020	

Letalidade	SARS-Cov: 9,5% MERS-Cov: 34,4% SARS-COV-2: 1,6% (fora da China) – 3,4% (global). Variável por país. Brasil: 6% - 8,5% (pacientes internados, em sua maioria)
Sintomas mais comuns	Febre ($\geq 37,8^{\circ}\text{C}$), tosse, dispneia, fadiga.
Sintomas menos comuns	Anorexia, mialgia, produção de escarro, dor de garganta, confusão, tonturas, dor de cabeça, dor no peito, hemoptise, diarreia, náusea/vômito.
Apresentações clínicas	Aproximadamente 80% dos pacientes apresentam doença leve, 14% apresentam doença grave e 5% apresentam doença crítica. 90% dos pacientes apresentam mais de um sintoma, sendo que 15% apresentam febre, tosse e dispneia.
Crianças	A maioria das crianças apresenta sintomas leves, sem febre ou pneumonia. No entanto, podem manifestar sinais de pneumonia na imagem do tórax, apesar de apresentarem sintomas mínimos ou inexistentes.
Grávidas	Revisões retrospectivas de grávidas com COVID-19 demonstraram que as características clínicas em mulheres grávidas eram semelhantes às relatadas para adultas não grávidas.

8. CONDUTAS MÉDICAS

8.1. CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA

A classificação dos casos é fundamental na conduta a ser tomada frente aos casos.

TABELA 1: Síndromes Clínicas Associadas à COVID-19

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.07 – 2020 – Página 6/27	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO PARA COVID 19	Emissão: 29/04/2020	Próxima revisão:
		Versão:02/2020	

SÍNDROMES CLÍNICAS ASSOCIADAS À COVID-19 – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)	
Doença leve	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pacientes com infecção viral do trato respiratório superior não-complicada ➤ Febre (<i>pode não estar presente</i>), fadiga, tosse (seca ou produtiva), anorexia, mal-estar, mialgia, astenia, odinofagia, congestão nasal, cefaleia. Ocasionalmente, diarreia, náuseas e vômitos. Sem sinais de desidratação, dispneia, sepse ou disfunção de órgãos. ➤ Idosos e imunossuprimidos* podem se apresentar com sintomas atípicos
Pneumonia	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Paciente c/ pneumonia, mas sem sinais de pneumonia grave e sem necessidade de O₂ suplementar
Pneumonia grave	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Febre ou suspeita de infecção respiratória + um dos seguintes: frequência respiratória > 30 ipm, desconforto respiratório grave, SpO₂ ≤ 93% em ar ambiente
SDRA/ARDS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Insuficiência respiratória de início agudo (dentro de uma semana após exposição a um fator de risco conhecido -> no caso, o fator de risco é a infecção pelo coronavírus SARS-CoV-2) ➤ Imagem (RX, TC): opacidades bilaterais, não completamente explicadas por outras causas (como sobrecarga de volume, colapso lobar ou pulmonar, nódulos pulmonares) ➤ Origem dos infiltrados pulmonares: edema pulmonar não completamente explicada por insuficiência cardíaca ou sobrecarga de volume. Necessita avaliação objetiva (ecocardiograma) p/ excluir causa hidrostática, se não houver fator de risco conhecido ➤ Comprometimento da oxigenação: <ul style="list-style-type: none"> ➤ SDRA/ARDS leve: PaO₂/FiO₂ ≤ 300 ➤ SDRA/ARDS moderada: PaO₂/FiO₂ ≤ 200 ➤ SDRA/ARDS grave: PaO₂/FiO₂ ≤ 100 ➤ Obs: Quando PaO₂ não estiver disponível, SpO₂/FiO₂ ≤ 315 sugere SDRA/ARDS
Sepse	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disfunção orgânica causada por uma resposta desregulada do hospedeiro a uma suspeita ou comprovada infecção ➤ Sinais de disfunção orgânica: alteração do estado mental, dispneia, baixa saturação de oxigênio, débito urinário reduzido, taquicardia, pulso fraco, extremidades frias ou hipotensão, livedos, alterações laboratoriais (coagulopatia, trombocitopenia, acidose, lactato elevado, hiperbilirrubinemia)
Choque séptico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hipotensão persistente a despeito de ressuscitação volêmica, necessitando de vasopressores para manter PAM ≥ 65 mmHg + lactato > 36 mg/dL (ou > 2 mmol/L)

8.2. TERAPIA

8.2.1. Doença Leve ou Pneumonia (sem sinais de gravidade)

- Não requer internação, mas é necessário isolamento domiciliar (termo de consentimento livre e esclarecido, atestados médicos para paciente e contatos domiciliares).
- Orientação do paciente e acompanhantes quanto às precauções.
- Prescrição de sintomáticos, como analgésicos e antitérmicos.
- Iniciar Oseltamivir, para pessoas com comorbidades, até 48h de sintomas.
- O uso inadequado de drogas bacterianas deve ser evitado. As evidências encontradas até o momento não suportam a utilização de antibioticoterapia em pacientes com COVID-19 sem evidência de infecção bacteriana.
- De acordo com as manifestações clínicas dos pacientes, se a infecção bacteriana associada não puder ser descartada, pacientes com quadros leves podem receber medicamentos antibacterianos contra pneumonia adquirida na comunidade: betalactâmico, macrolídeo ou fluorquinolona (evitar).
- Não recomendamos utilização de antibiótico apenas pela persistência de febre, sem sinais de

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.07 – 2020 – Página 7/27	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO PARA COVID 19	Emissão: 29/04/2020	Próxima revisão:
		Versão:02/2020	

agravamento. A febre pode persistir por período prolongado, pela infecção viral (após o 5º dia de doença).

– Tomografia de tórax, nos casos com alterações radiológicas sugestivos de pneumonia para acompanhamento clínico.

8.2.2. Orientação quanto aos sinais e sintomas de agravamento da doença

- Persistência ou recrudescência da febre; dor pleurítica, taquicardia, fadiga, dispneia.

Caso surjam, procurar imediatamente atendimento médico.

8.2.3. Doença Grave

Todos os pacientes suspeitos serão internados em isolamento em leitos individuais e com barreiras específicas. Todos deverão ter os exames solicitados.

Sinais de agravamento

- FC >100 bpm
- FR ≥ 22 irpm
- PAS ≤ 100 mmHg
- Saturação de O₂ < de 95%
- Enchimento capilar > 2 segundos.
- Diminuição do volume urinário.
- Glasgow < 15
- Dispneia/taquipneia
- Alteração da ausculta pulmonar (crépitos)
- Cianose
- Tontura/ Confusão mental/agitação psicomotora/ torpor
- Diminuição da movimentação fetal

Sinais de choque

- PAM < 65 mmHg
- Lactato > 2 mMol/L
- Insuficiência respiratória (SO₂ < 95%, PaO₂ < 70, PCO₂ > 50, pH < 7,35)
- Oligúria < 0,5 ml/kg/h

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.07 – 2020 – Página 8/27	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO PARA COVID 19	Emissão: 29/04/2020	Próxima revisão:
		Versão:02/2020	

Quadro 1. Exames a serem solicitados na internação de casos suspeitos de COVID-19

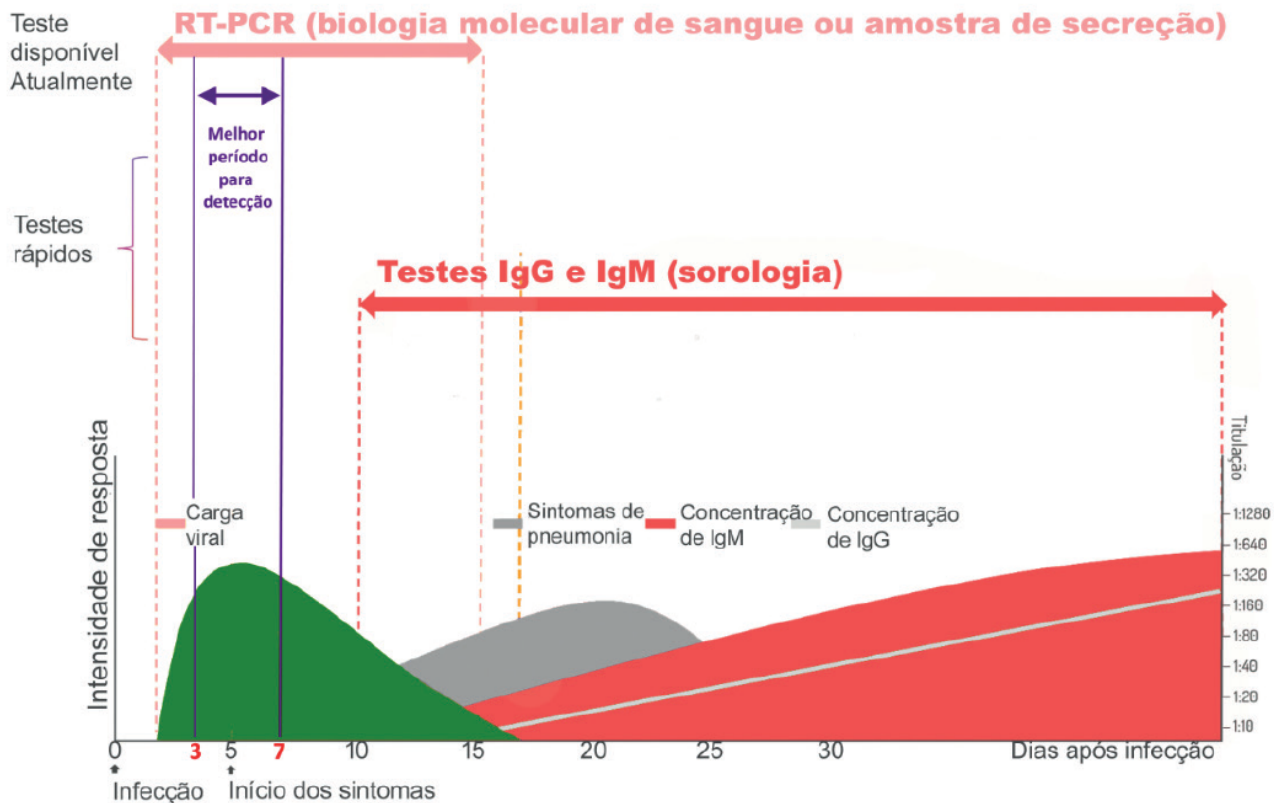
Unidade de Terapia Intensiva HC/UFG/EBSERH	
Exames solicitados na internação COVID-19	
Hemograma	Na ⁺
Ureia	K ⁺
Creatinina	Ca
TGO	Mg
TGP	Fósforo
Bilirrubinas	Gasimetria arterial e/ou venosa central
CPK	Lactato sérico
CKMB	PCR
Troponina	D-dímero
Proteínas totais	Ferritina
LDH	Coagulograma
BNP	PCR: COVID-19, Painel viral (inclui Influenza, VSR, metapneumo etc) Sorologias: não solicitar antes de 7-10 dias de sintomas
ECG	Se dor torácica Obrigatório se uso de cloroquina / hidroxicloroquina
TC de tórax	Casos moderados/graves Sem contraste, protocolo de baixa radiação
Rx tórax	Pacientes leves, com comorbidades Controle
Ecocardiograma	Sinais de insuficiência cardíaca descompensada, Arritmias graves, Alterações eletrocardiográficas significativas, Derrame pericárdico moderado/importante na TC

Exames diagnósticos para infecção por SARS-CoV-2

- Pesquisa por RT-PCR de vírus influenza + painel viral incluindo SARS-CoV-2
 - Colher preferencialmente entre 3º e 7º dias do início de sintomas.
 - Se > 7 dias, avaliar coleta de amostra de trato respiratório inferior (aspirado nasofaríngeo, escarro, aspirado traqueal, lavado broncoalveolar etc)
 - Notificação CIEVS (checar com Vigilância se já realizada)

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.07 – 2020 – Página 9/27	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO PARA COVID 19	Emissão: 29/04/2020	Próxima revisão:
		Versão:02/2020	

Teste sorológico: deve ser colhido após 8º dia de sintomas, preferencialmente após o 10º.



Referência: Cellular immune responses to severe acute respiratory syndrome coronavirus infection insenescent BALB/c Mice:CD4+T cells are important in control of SARD-CoV infection.

Sugestão de testes e amostras de acordo com tempo de sintomas

1º e 2º dias: não colher

3º ao 7º dias: RT-PCR por swab nasofaríngeo. Se quadro pulmonar, amostra TRI

7º ao 10º dias: RT-PCR amostra TRI.

> 10º dia: com quadro respiratório grave: RT-PCR amostra TRI + teste sorológico

> 10º dia: em convalescência, sem quadro respiratório grave - teste sorológico (avaliar colher após 15º dia),

Amostra TRI: escarro, aspirado nasofaríngeo, aspirado traqueal, lavado broncoalveolar (LBA), mini-LBA

Exames de cultura (em caso de sepse)

- Hemoculturas para bactérias e fungos (2 frascos).
- Urocultura, somente se queixa urinária. Não tratar bacteriúria assintomática.
- Cultura de aspirado traqueal, se em ventilação mecânica (VM)

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.07 – 2020 – Página 10/27	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO PARA COVID 19	Emissão: 29/04/2020	Próxima revisão:
		Versão:02/2020	

ROTINA DE CULTURA DE VIGILÂNCIA PARA PACIENTES PROCEDENTES DE OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE	
Quando coletar?	Na admissão do paciente
De quem coletar?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pacientes transferidos de outros serviços de saúde que estejam portando dispositivos invasivos (urinário, vascular central, respiratório) e/ou com feridas drenantes não contidas, independente do tempo de internação; 2. Pacientes transferidos de outros serviços de saúde com tempo de permanência igual ou superior à 48h. 3. Pacientes provenientes de outras UTI, independente do tempo de internação.
Sítios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mucosa nasal (1 swab). 2. Pele e mucosa retal/perianal (1 swab). 3. Urina: em paciente com Sonda Vesical de Demora (SVD) (urocultura); 4. Aspirado traqueal: em paciente em Ventilação Mecânica (VM) (cultura).
Observação:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Manter paciente em precaução de contato até resultados dos exames. Esta precaução somente será suspensa quando dos resultados negativos. 	

8.2.4. Terapia Inicial

Oxigenoterapia e Monitorização

➤ Fornecer oxigenoterapia imediatamente a pacientes com desconforto respiratório, hipoxemia ($SpO_2 \leq 93\%$) ou choque, através de cateter O₂, 3 -6 L/min (cateter posicionado em nasofaringe, quando fluxo > 3 L/min)) ou máscara facial com reservatório 10 a 15 L/min

➤ Alvo: $SpO_2 \geq 94\%$

➤ Monitorização para sinais de deterioração clínica (insuficiência respiratória rapidamente progressiva, choque)

➤ Ideal: Monitorização de oximetria de pulso contínua durante oxigenoterapia (pode haver deterioração rápida e pouco sintomática)

Obs: Este protocolo não engloba o uso de ventilação não-invasiva; a abordagem apresentada consiste em intubação precoce em caso de falência da oxigenoterapia por cateter e/ou máscara facial com reservatório

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.07 – 2020 – Página 11/27	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO PARA COVID 19	Emissão: 29/04/2020	Próxima revisão:
		Versão:02/2020	

Manejo de Fluidos: Estratégia Conservadora

- Se não houver sinais de hipoperfusão/choque, manter mínima infusão de fluidos intravenosos –estimar hidratação por via oral, sempre que possível (ou via SNE, se for o caso)
- Ressuscitação volêmica agressiva pode piorar a oxigenação, aumentando a necessidade de ventilação mecânica
- Em pacientes já sob ventilação mecânica, estratégia conservadora no manejo de fluidos está associada a menor tempo de ventilação
- Promover balanço hídrico negativo de 500 a 1 000 ml/dia, se viável (diurético poderá ser utilizado, com critério)

8.2.5. Triagem e identificação de fatores de risco (Ministério da Saúde)

Estratificar todo paciente no primeiro atendimento de acordo com:

1) Sintomas Respiratórios

a) Trato respiratório superior

i- Tosse, coriza, dor de garganta ou febre

ii- Ausência dos critérios atribuídos ao trato respiratório

b) Trato respiratório inferior i- SatO₂ < 92% e/ou FR >22

2) Fatores de risco para complicações clínicas

i) Idade ≥ 65 anos

ii) Presença de comorbidades (hipertensão, diabetes, doença pulmonar prévia, doença cardiovascular, doença cerebrovascular, imunossupressão, câncer).

iii) Uso de corticoide ou imunossupressores

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.07 – 2020 – Página 12/27	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO PARA COVID 19	Emissão: 29/04/2020	Próxima revisão:
		Versão:02/2020	

Fluxograma para atendimento de paciente com sintomas respiratórios (Elaboração: Hospital Alemão Oswaldo Cruz)

Fatores de risco para complicações clínicas	Sintomas respiratórios	
	Trato respiratório superior	Trato respiratório inferior
Alto risco	Grupo B	Grupo D
Baixo risco	Grupo A	Grupo C

GRUPO B

Alto risco /Trato respiratório superior

- Oximetria de pulso
- TC de Tórax
- Solicitar teste rápido para influenza
- RT-PCR para SARS-CoV2
- Se alta hospitalar fornecer orientações sobre sinais de alarme para retorno.
- Se internação hospitalar solicitar exames: hemograma, PCR, glicemia,, ureia, creatinina, bilirrubina total e frações, troponina, D-dímero, DHL, coagulograma

GRUPO D

Alto risco/ Trato respiratório inferior

- Avaliar oximetria de pulso
- TC de Torax
- Solicitar teste rápido para influenza
- RT-PCR para SARS-CoV2
- Solicitar hemograma, PCR, glicemia,, ureia, creatinina, bilirrubina total e frações, troponina, D-dímero, DHL, coagulograma
- Iniciar oseltamivir se pesquisa viral não disponível ou aguardando resultado;
- Antibiótico se sinais de sepse.
- Internação hospitalar recomendada

GRUPO A

Baixo risco/ Trato respiratório superior

- Avaliar oximetria de pulso
- Se alta hospitalar fornecer orientações sobre sinais de alarme para retorno.
- Se internação hospitalar solicitar exames: hemograma, PCR, glicemia,, ureia, creatinina, bilirrubina total e frações, troponina, D-dímero, DHL, coagulograma

GRUPO C

Baixo Risco/ Trato respiratório inferior

- Avaliar oximetria de pulso
- TC de Torax
- Solicitar teste rápido para influenza
- RT-PCR para SARS-CoV2
- Solicitar hemograma, PCR, glicemia,, ureia, creatinina, bilirrubina total e frações, troponina, D-dímero, DHL, coagulograma
- Iniciar oseltamivir se pesquisa viral não disponível ou aguardando resultado;
- Antibiótico se sinais de sepse
- Internação hospitalar recomendada

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.07 – 2020 – Página 13/27	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO PARA COVID 19	Emissão: 29/04/2020	Próxima revisão:
		Versão:02/2020	

8.3. TRATAMENTO DE COINFEÇÕES

- Não iniciar antibioticoterapia imediata em casos leves, sem sepse, se definido apenas quadro pneumônico viral. Verificar se há suspeita de influenza e se oseltamivir está indicado. Avaliar evolução.
- Pneumonia adquirida na comunidade (PAC) sem gravidade, utilizar apenas betalactâmico.
- Associar macrolídeo em PAC grave, sepse ou choque séptico.
 - Iniciar terapia antimicrobiana empírica para tratar todos os possíveis patógenos causadores de infecção respiratória aguda grave e sepse, o mais rápido possível (dentro de uma hora da identificação da sepse). Quadro 2.
 - Terapia antimicrobiana empírica deve ser baseada no diagnóstico clínico (pneumonia comunitária, pneumonia hospitalar), nos dados locais de epidemiologia e suscetibilidade, nos *guidelines* oficiais de tratamento
- A febre em COVID-19 por persistir por longo período, sem necessariamente representar complicação infecciosa.
- Descalonamento de acordo c/ resultados de microbiologia e julgamento clínico
- Toda prescrição de antimicrobiano necessita de formulário de controle específico.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.07 – 2020 – Página 14/27	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO PARA COVID 19	Emissão: 29/04/2020	Próxima revisão:
		Versão:02/2020	

Quadro 2 – Terapia antimicrobiana para COVID-19.

Terapia antimicrobiana	Drogas	Doses
Se não recebeu dose prévia de ATB, deve ser iniciada dentro de 1 hora do diagnóstico, em sepse. EM CASOS ORIUNDOS DA COMUNIDADE, iniciar esquema com betalactâmico apenas, se quadro leve a moderado. Se grave ou sepse/choque, utilizar esquema com macrolídeo. Antiviral para influenza, de acordo com tempo de evolução de sintomas	Amoxicilina-Clavulanato	1g + SF 100 ml IV de 8/8h (por 5 a 7 dias ou até resultados de exames).
	Ceftriaxona	2 g + SF 100 ml IV (dose de ataque). Seguido de 1 g + SF 100 ml IV 12/12 horas (por 5 a 7 dias ou até resultados de exames).
	Macrolídeo	Se for possível: Azitromicina 500 mg VO/SNE (solução): 1x/dia por 5 dias. Se não for possível VO/SNE: Azitromicina 500 mg + SF 100 ML IV 1x/dia por 5 dias. Na falta de Azitromicina, prescrever Claritromicina 500 mg + SF 250 ml IV 12/12 h (em 1 hora) por 5 a 7 dias.
	Oseltamivir	75 mg VO 12/12 horas (por 5 dias ou até exclusão de Influenza) Iniciar em até: - 48 horas do início dos sintomas em quadros leves, - até 72h em pacientes moderados e - em até 5 dias em pacientes graves. Não prescrever tardiamente. Não dobrar dose, nem estender tempo de tratamento.

8.4. Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA/ARDS)

A. Intubação traqueal – A intubação traqueal não deve ser postergada, devendo ser realizada com indução anestésica e intubação em sequência rápida com toda a paramentação da equipe e em ambiente adequado. Quadro 2. Vide protocolo específico da unidade.

Intubação Traqueal	
Indicações	PaO ₂ /FiO ₂ < 150 Piora nos sintomas/sinais de desconforto respiratório dentro de 1 a 2 horas de oxigenoterapia com cateter O ₂ 3 -6 L/min (cateter posicionado em nasofaringe, quando fluxo > 6 L/min) ou máscara facial com reservatório 10 a 15 L/min
Intubação endotraqueal deve ser realizada por médico treinado	Equipe mínima: Médico + Enfermeiro + Fisioterapeuta Realizada por médico mais experiente
Vasopressor/Cristalóides	Noradrenalina e cristalóides (SF ou Ringer Lactato) devem ser preparados e mantidos prontos para início de infusão, pelo potencial

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.07 – 2020 – Página 15/27	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO PARA COVID 19	Emissão: 29/04/2020	Próxima revisão:
		Versão:02/2020	

Intubação sequência rápida (após avaliação excluindo via aérea difícil)	risco de hipotensão após a intubação a. Paciente pode dessaturar rapidamente durante a intubação (crianças, obesos e grávidas têm maior risco) b. Pré oxigenar c/ FiO ₂ 100% por 5 minutos via máscara facial c/ reservatório (fluxos 10 a 15 L/min; FiO ₂ 60 a 95%) NÃO PROMOVER VENTILAÇÃO ASSISTIDA COM MÁSCARA + AMBU c. Atentar para o calibre do tubo endotraqueal: Evitar TET < 8,0
	Fentanil 50 a 100 ug IV e/ou Lidocaína 1mg/kg Etomidato 0,3 mg/kg IV em 30 a 60" (3 minutos após infusão do Fentanil) Bloqueador neuromuscular (para facilitar a intubação e evitar que o paciente tussa durante o procedimento) ➤ Succinilcolina 1 mg/kg IV ➤ Rocurônio 1,2 mg/kg IV

B. Ventilação mecânica

- ❖ Implementar ventilação mecânica protetora
- ❖ Modo : Volume controlado
- ❖ Volume corrente : Iniciar com 6 mL /kg peso corporal predito
- ❖ Aumentar até 8 mL /kg PCP em caso de efeitos colaterais indesejáveis (assincronia, pH <
- ❖ O uso de sedação profunda pode ser necessário, para controle do drive respiratório e obtenção do volume corrente desejado
- ❖ Todos os pacientes devem ter o cálculo do Peso Corporal Predito (PCP) realizado no momento da admissão à UTI ou à Enfermaria, independente de estarem ou não intubados, através das seguintes fórmulas:
 - Masculino: $50 + 0,91 \times (\text{altura em cm} - 152,4)$
 - Feminino: $45,5 + 0,91 \times (\text{altura em cm} - 152,4)$
- ❖ Pressão de platô : < 30 cmH₂O
- ❖ Driving pressure (= pressão de platô - PEEP): < 15 cmH₂O
- ❖ Frequência respiratória : 18 a 25 ipm (manter volume minuto entre 7 e 10 L/min)

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.07 – 2020 – Página 16/27	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO PARA COVID 19	Emissão: 29/04/2020	Próxima revisão:
		Versão:02/2020	

- ❖ PEEP inicial : 10 cmH₂O
- ❖ Alvo inicial de SpO₂ : 93 a 96% (evitar hipóxia e evitar hiperoxia)
- ❖ Realizar gasometria arterial dentro de 30 a 60 minutos da instalação da ventilação mecânica, com ajustes de parâmetros ventilatórios de acordo com a necessidade
- ❖ Na SDRA/ARDS moderada (PaO₂ /FiO₂ ≤ 200) ou grave (PaO₂ /FiO₂ ≤ 100), maiores níveis de PEEP podem ser necessários. PEEP será definido de acordo com titulação individual ou de acordo com tabela PEEP/FiO₂ ARDSNet)
- ❖ Manobras de recrutamento alveolar não estão, a priori , indicadas
- ❖ Na SDRA/ARDS grave (PaO₂ /FiO₂ ≤ 100), ventilação em posição prona por 12 a 16 horas por dia
Obs : Pacientes grávidas podem se beneficiar de serem posicionadas em decúbito lateral esquerdo
- ❖ Protocolo de desmame específico
- ❖ Bloqueador neuromuscular contínuo: Não usar de rotina. Considerar uso nos casos de:
 - Assincronia a despeito de sedação profunda, comprometendo a limitação do volume corrente
 - Hipoxemia ou hipercapnia refratárias
- ❖ Evitar desconectar o paciente do ventilador
- ❖ Usar sistema fechado de aspiração traqueal
- ❖ Clampeamento do tubo endotraqueal quando for necessária desconexão do ventilador (transporte)
- ❖ Filtro de barreira na saída do circuito expiratório do ventilador para o ambiente
- ❖ Filtro HME entre o tubo endotraqueal e o Y

Medicamentos inalatórios

- se houver necessidade de inalação com broncodilatadores, evitar uso de nebulizadores convencionais utilizar novos dispositivos inalatórios com menor geração de aerossóis
 - em caso de ventilação mecânica será necessário o uso de espaçador específico para aplicação de aerossol dosimetrado diretamente no circuito do ventilador

Obs : Evitar corticosteroides, inclusive inalatórios.

8.5. Choque séptico: Diagnóstico precoce

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.07 – 2020 – Página 17/27	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO PARA COVID 19	Emissão: 29/04/2020	Próxima revisão:
		Versão:02/2020	

8.5.1. Abordagem da Infecção

➤ Infecção suspeita ou confirmada com necessidade de vasopressores para manter PAM \geq 65 mmHg + lactato $>$ 36 mg/ dL (ou $>$ 2 mmol/ L), na ausência de hipovolemia

Na ausência de lactato, usar PAM + sinais clínicos de hipoperfusão para a definição de choque: livedos, perfusão periférica, enchimento capilar, frequência cardíaca e nível de consciência.

➤ Terapia antimicrobiana

Imediata, iniciada dentro de 1 hora do diagnóstico. Em casos oriundos da comunidade, iniciar esquema triplo. Quadro 1

➤ Hemoculturas (duas amostras): coletar antes de iniciar e de alterar esquema antimicrobiano

➤ Ampliação do espectro antibacteriano a critério médico

8.5.2. Ressuscitação volêmica

➤ Estratégia conservadora de reposição de fluidos

➤ Fluidos: 250 a 500 mL cristalóide (SF ou Ringer lactato) em bolus nos primeiros 15 a 30 minutos + avaliação p/ sinais de sobrecarga de volume após cada bolus (distensão venosa jugular, estertores à ausculta pulmonar, edema pulmonar ao RX)

➤ Alvos:

1.PAM $>$ 65 mmHg (em pacientes \geq 65 anos, PAM 60 a 65 mmHg é

2.Débito urinário $>$ 0,5 ml /kg/h

3.Melhora nos sinais de hipoperfusão: Livedos , perfusão periférica, enchimento capilar, frequência cardíaca, nível de consciência

4.Redução do lactato Choque séptico: Ressuscitação volêmica

➤ Determinar necessidade de bolus adicionais baseado na resposta clínica

Obs : Em pacientes grávidas, compressão da veia cava inferior pode causar redução do retorno venoso e pré carga cardíaca, podendo resultar em hipotensão. Por essa razão, grávidas em sepse ou choque séptico podem se beneficiar de posicionamento em decúbito lateral esquerdo

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.07 – 2020 – Página 18/27	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO PARA COVID 19	Emissão: 29/04/2020	Próxima revisão:
		Versão:02/2020	

8.5.3. Vasopressores e inotrópicos

Vasopressores : Indicados quando o choque persiste durante ou após a ressuscitação volêmica. Usar a mínima dose necessária para manter perfusão e prevenir efeitos adversos

- Noradrenalina
- Vasopressina

Inotrópicos : nos casos de persistência de sinais de má perfusão tecidual e disfunção cardíaca , mesmo após a obtenção da PAM alvo com fluidos e vasopressores (doença cardíaca prévia, injúria miocárdica associada à COVID 19). Usar Dobutamina

8.5.4. Dispositivos invasivos

- Todos os pacientes que necessitarem de vasopressores devem ter acesso venoso central
- Se ainda não houver acesso venoso central, vasopressores podem ser iniciado sem acesso venoso periférico, veia de grosso calibre (monitorização para sinais de extravasamento e necrose tecidual local)
- Passar acesso venoso central o mais rápido possível preferência por veia jugular interna esquerda (preservar veia jugular interna direita para eventual necessidade de hemodiálise). Utilizar Ultrasonografia para punção.
- Todos os pacientes que necessitarem de vasopressores devem ter pressão arterial invasiva preferência por artéria radial
- Todos os pacientes que necessitarem de vasopressores devem ter sonda vesical de demora instalada
- Para reduzir o acesso ao box/quarto/leito do paciente, organizar para fazer os procedimentos no mesmo tempo

8.6. Corticosteroide

- Não prescrever corticosteroides sistêmicos para o tratamento de pneumonias virais, a menos que indicado por outras razões, tais como, crise asmática, DPOC descompensado , choque séptico refratário (que persiste a despeito de expansão volêmica + vasopressores).
- Sem benefício na morbi /mortalidade.
- Associado a possíveis riscos: necrose avascular, psicose, hiperglicemia, hipernatremia, hipocalcemia,

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.07 – 2020 – Página 19/27	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO PARA COVID 19	Emissão: 29/04/2020	Próxima revisão:
		Versão:02/2020	

clearance viral retardado, infecções secundárias

- Enquanto alguns estudos sugerem benefícios em subpopulações específicas, outros sugerem piora com aumento de carga viral, aumento do tempo de internação e aumento do risco de infecção secundária. Corticosteroides poderão ser considerados no tratamento de pacientes graves, com SRAG, internados e dentro de num contexto de pesquisa clínica.

8.7. Heparina sódica

- ✓ O uso de heparina de baixo peso molecular em doses de 40-60 mg não foi associado a diminuição da mortalidade em estudo retrospectivo conduzido em Wuhan com 449 pacientes (30.3% vs 29.7%, P=0.910) exceto em pacientes com SIC (*sepsis-induced coagulopathy*) > ou = 4 ou aumento de D Dímero acima de 6x o valor de referência. TANG, *et al.*
- ✓ A incidência de eventos tromboembólicos em pacientes internados é elevada mesmo em uso de doses profiláticas. KLOK, FA *et al.*
- ✓ Microtromboses pulmonares são achados comuns em necropsias (Pacientes do HC-USP 8/10 e New Orleans 2/4).
- ✓ Recomendações (*International Society on Thrombosis and Haemostasis - ISTH*):
 - Manter Heparina em doses profiláticas para pacientes com contagem plaquetária >50.000/mm³ pelo elevado risco de TEV (TVP/TEP).
 - Caso SIC >4 ou D Dímero elevado acima de 6 x o valor de referência (VR), manter heparina enquanto plaq>25.000/mm³ e ausência de sangramento. Em caso de D dímero alto (acima de 3x o VR), a admissão hospitalar do paciente deve ser considerada, mesmo na ausência de outros critérios de gravidade (ISTH).
- ✓ Profilaxia com Enoxaparina 40 mg 1x/dia para Cl Cr >30 e com Heparina comum 5000 UI 12/12h para Cl Cr<30, sempre que plaquetas >50.000/mm³.
 - peso ≤ 60 kg: 5000 UI, SC, a cada 12 horas;
 - se peso > 60 kg ou qualquer peso e elevado risco para TVP/TEP: 5000 UI, SC, a cada 8 horas.
 - Considerar TEP em caso de rápida deterioração da Sat O₂.
 - Em pacientes em uso de novos anticoagulantes ou Varfarina fazer a troca para Enoxaparina para facilitar o manejo clínico.
 - Pacientes com fibrinogênio elevado (acima de 400 mg/dl) e D Dímero acima de 6x o valor de

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.07 – 2020 – Página 20/27	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO PARA COVID 19	Emissão: 29/04/2020	Próxima revisão:
		Versão:02/2020	

referência devem ter risco de sangramento avaliado (história prévia e comorbidades). Caso risco de sangramento baixo, iniciar anticoagulação plena com Enoxaparina 1mg/Kg de 12/12h.

- Não está recomendado o uso de doses intermediárias, principalmente administrações 2x ao dia, pois ainda não há estudo randomizado, e realizar esse regime aumenta a exposição da equipe (JACC).

<i>ISTH SIC Score System</i>		
Item	Score	Variação
Plaquetas ($\times 10^9/L$)	1	100-150
	2	< 100
TP-INR	1	1,2-1,4
	2	>1,4
SOFA score	1	1
	2	≥ 2
Score total SIC	≥ 4	

ISTH: *International Society on Thrombosis and Haemostasis*

SIC: *sepsis-induced coagulopathy*;

INR: International normalized ratio;

SOFA: sequential organ failure assessment

9. DROGAS ESPECÍFICAS ESPECIAIS

- Estas drogas somente serão utilizadas em protocolos de estudo, não sendo autorizadas prescrição de rotina.
- Não há disponível um medicamento que tenha demonstrado eficácia e segurança no tratamento de pacientes com infecção por SARS-CoV-2. Estudos estão em andamento e quaisquer medicamentos utilizados com o objetivo de tratamento devem ser administrados sob protocolo clínico mediante aplicação de termo de consentimento livre e esclarecido.
- Não há estudos que possam recomendar quaisquer medicamentos para profilaxia de doença por SARSCoV-2.

9.1. Cloroquina e o seu análogo hidroxicloroquina associado ou não à azitromicina

O Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência (SCIRAS) não recomenda o uso indiscriminado destes agentes, fora de ensaio clínico devidamente autorizado. Conforme o documento

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.07 – 2020 – Página 21/27	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO PARA COVID 19	Emissão: 29/04/2020	Próxima revisão:
		Versão:02/2020	

DIRETRIZES PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA COVID-19, de 17/04/2020, sobre o uso da Cloroquina ou o seu análogo hidroxicloroquina como terapia adjuvante no tratamento de formas graves da COVID-19, considerando a pandemia declarada pela OMS e a situação epidemiológica brasileira, orienta-se o uso da cloroquina e o seu análogo hidroxicloroquina, com as seguintes orientações:

- O uso dos antimaláricos não é isento de riscos e efeitos adversos como retinopatia, distúrbios cardiovasculares incluindo aumento do intervalo QT. São descritos também náuseas, vômitos, dor abdominal, rash cutâneo e alterações neurológicas.
- Em casos leves a moderados, não se recomenda o uso dessas medicações pela diretriz.
 - Em caso de opção de uso pela equipe assistente, avaliar criteriosamente o início empírico desta medicação, considerando-se a limitação diagnóstica atual e risco benefício.
 - Sugere-se documentação da indicação clínica pelo médico assistente prescritor em prontuário, de forma clara, acompanhada de consentimento de familiares por escrito.
 - Nos casos graves da COVID-19, a diretriz sugere, até novas evidências, o uso da medicação, preferencialmente com diagnóstico confirmado, no primeiro dia de internação e manter por cinco dias, conforme Quadro 2.
 - Em caso de associação com a azitromicina, a dose seria 500mg no primeiro dia, seguida de 250mg do segundo ao quinto dias.
 - A monitorização do ritmo cardíaco com ECG é imprescindível antes e após início da terapia, especialmente quando em associação com azitromicina, devido ao aumento do intervalo AT induzido por ambas. A monitorização contínua por meio de monitor eletrônico está indicada.
 - Na presença de insuficiência renal ou insuficiência hepática graves, reduzir a dose de cloroquina para 50%.
 - Não devem ser usados antimaláricos nas seguintes situações:
 - a. Pacientes que saibam ser alérgicos à medicação, tenham diagnóstico de porfiria, miastenia gravis ou arritmia não controlada no momento da admissão.
 - b. Pacientes em uso de digoxina, amiodarona, verapamil ou metoprolol.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.07 – 2020 – Página 22/27	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO PARA COVID 19	Emissão: 29/04/2020	Próxima revisão:
		Versão:02/2020	

Quadro 3 - Recomendação de uso da cloroquina - Indicações na terapia adjuvante nas formas graves.

SITUAÇÃO CLÍNICA	RECOMENDAÇÃO	CONSIDERAÇÕES
Pacientes hospitalizados com formas graves da COVID-19* Casos críticos da COVID19**	<p>Cloroquina (***): 3 comprimidos de 150 mg 2x/dia no primeiro dia (900 mg de dose de ataque), seguidos de 3 comprimidos de 150 mg 1x/dia no segundo, terceiro, quarto e quinto dias (450 mg/dia).</p> <p>OU</p> <p>Hidroxicloroquina: 1 comprimido de 400 mg 2x/dia no primeiro dia (800 mg de dose de ataque), seguido de 1 comprimido 400 mg 1x/dia no segundo, terceiro, quarto e quinto dias (400 mg/dia).</p>	Verificar o eletrocardiograma (ECG) antes do início da terapia, pois há risco de prolongamento do intervalo QT. O risco é maior em pacientes em uso de outros agentes que prolongam o intervalo QT. Manter monitoramento do ECG nos dias subsequentes.
<p>*Dispneia, frequência respiratória >30/min, SpO2 ≤ 93%, PaO2/FiO2 < 300 e/ou infiltração pulmonar > 50% dentro das 24 a 48 h.</p> <p>**Falência respiratória, choque séptico e/ou disfunção de múltiplos órgãos.</p> <p>***Para pacientes abaixo de 60 Kg, fazer ajuste de 7,5 mg/Kg peso.</p>		

9.2. Outras drogas experimentais especiais

Até este momento, não recomendamos drogas experimentais fora de estudos clínicos bem delineados.

São exemplos destas:

- Remdesivir
- Interferon
- Ribavirina
- Fabiravir
- Lopinavir/Ritonavir
- Tocilizumabe
- Imunoglobulina hiperimmune Humana
- Plasma de pacientes curados de COVID-19
- Ivermectina
- Nitazoxanida

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.07 – 2020 – Página 23/27	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO PARA COVID 19	Emissão: 29/04/2020	Próxima revisão:
		Versão:02/2020	

- Outros sem comprovação de evidência

10. GERENCIAMENTO DE EXPOSTOS

10.1. Contatos próximos

As pessoas que podem ter sido expostas a indivíduos confirmados para COVID-19 (incluindo profissionais de saúde), em ambiente domiciliar, devem permanecer em isolamento por 14 dias, a partir do último dia de possível contato. Devem, ainda, procurar orientação médica imediata se desenvolverem algum sintoma, particularmente febre, sintomas respiratórios, como tosse ou falta de ar, ou diarreia (sintoma menos frequente). Seguir POP HC/UFG – EBSERH – SCIRAS 09/2020.

10.2. Viajantes

Os viajantes que retornam de áreas afetadas devem monitorar seus sintomas por 14 dias e seguir os protocolos locais do país.

10.3. Paciente contactante intra-hospitalar de caso suspeito ou confirmado

Exposição intra-hospitalar é definida como:

- Internar em enfermaria coletiva, sem distância de pelo menos 2 metros entre leitos .
- Receber cuidados por profissional que utilizou mesmo avental e luvas entre procedimento em situações de precauções padrão ou de contato
- Receber cuidados por profissional que não realizou higiene de mãos entre pacientes
- Permanecer em mesmo ambiente em que foram realizados procedimentos geradores de aerossóis em pacientes suspeitos ou confirmados

Conduta:

- Instituir precauções preemptivas de contato e gotículas/aerossóis até definição da fonte ou término do período de monitoramento.
- Notificar somente na presença de sintomas.
- Coletar RT-PCR somente na presença de sintomas e preferencialmente do 3º ao 7º dia de sintomas.
- Permanecer em observação de sintomas por 14 dias, a partir do último dia de possível contato.
- Não internar novos pacientes na mesma enfermaria.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.07 – 2020 – Página 24/27	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO PARA COVID 19	Emissão: 29/04/2020	Próxima revisão:
		Versão:02/2020	

- Se necessário, manter distância mínima de 2 metros entre os leitos e proibir presença de acompanhantes e visitantes (exceto em situações exigidas por lei).

- Em caso de alta, manter isolamento domiciliar até resultado do exame da fonte de exposição e fornecer orientações por escrito.

- Se resultado da fonte negativo, suspender monitoramento.

- Se resultado da fonte positivo

- Manter isolamento e monitoramento de sintomas até 14 dias

- Não coletar RT-PCR em expostos assintomáticos, visto à baixa sensibilidade e risco de falso negativo durante período de incubação.

- Avaliar coleta de teste sorológico após 14 dias da exposição.

OBS: os profissionais expostos deverão informar a chefia sobre a exposição, seguir definições do SOST e recomendações contidas no POP HC/UFG – EBSERH – SCIRAS 09/2020.

11. CRITÉRIOS PARA RETIRADA DE PRECAUÇÕES PARA PACIENTES SUSPEITOS COVID-19

Seguir POP HC/UFG – EBSERH – SCIRAS 07/2020.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019-nCoV)**. Brasília (DF), 2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTEs-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Para Diagnóstico E Tratamento da COVID-19**. Brasília (DF), 2020.
- Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment**. The First Affiliated Hospital (FAHZU), Zhejiang University School of Medicine. Compiled According to Clinical Experience. 2020
- Hunt B, Retter A, Mc Clintock C. **Practical guidance for the prevention of thrombosis and management of coagulopathy and disseminated intravascular coagulation of patients infected with COVID-19**. British Society of Haematology . 2020 epublished.
- Lippi G, Plebani M, Michael Henry B. **Thrombocytopenia is associated with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19) infections: A meta-analysis**. Clin Chim Acta. 2020 Mar 13. pii: S0009-8981(20)30124-8.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.07 – 2020 – Página 25/27	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO PARA COVID 19	Emissão: 29/04/2020	Próxima revisão:
		Versão:02/2020	

6. Renê Donizeti Ribeiro de Oliveira; Paulo Louzada Júnior. **Proposta de tratamento farmacológico imunomodulador para casos internados com SARS-CoV-2** – Disciplina de Reumatologia , USP Ribeirão Preto
7. Tang N, et al. **Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy.** J Thromb Haemost. 2020 epublished.
8. Tang N, Li D, Wang X, Sun Z. **Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia.** J Thromb Haemost. 2020 epublished.
9. Thachil J, et al. **ISTH interim guidance on recognition and management of coagulopathy in COVID-19.** J Thromb Haemost. 2020 epublished.
10. WHO. World Health Organization. **Risk assessment and management of exposure of health care workers in the context of COVID-19: Interim guidance.** Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331496/WHO-2019-nCov-HCW_risk_assessment-2020.2-eng.pdf. Acesso: 19/03/2020.
11. WHO. World Health Organization. **Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID- 2019 disease is suspected. Interim Guidance.** 13 mar. 2020b. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1272156/retrieve>.

ANEXOS

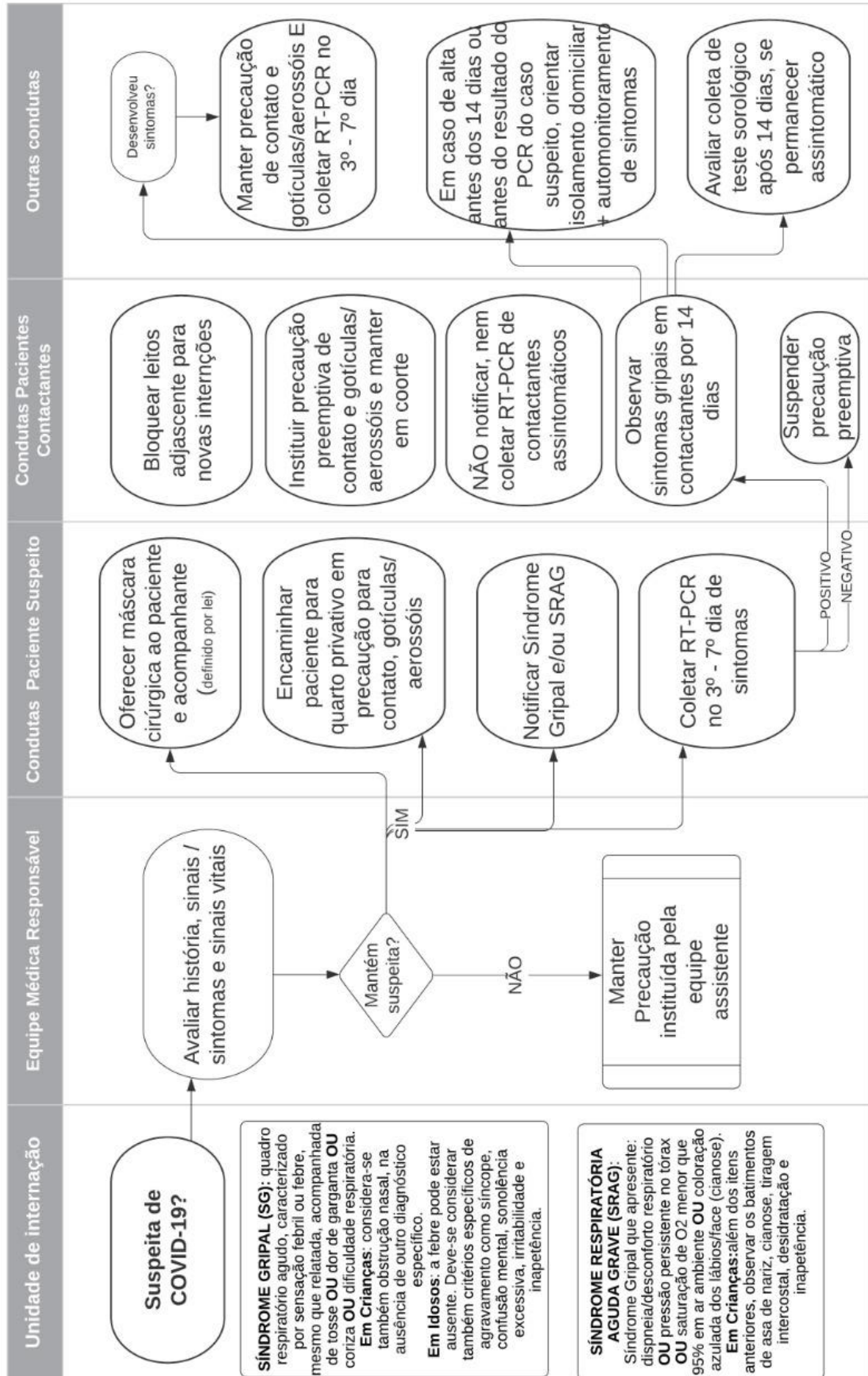
Quadro 4 Códigos de CID-10 contemplados nas Diretrizes de COVID-19.

CID-10	Descrição
U07.1	Diagnóstico de COVID-19 confirmado por exames laboratoriais.
U07.2	Diagnóstico clínico ou epidemiológico de COVID-19, quando a confirmação laboratorial é inconclusiva ou não está disponível.

Fonte: OMS, 2020

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.07 – 2020 – Página 26/27	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO PARA COVID 19	Emissão: 29/04/2020	Próxima revisão:
		Versão:02/2020	

CONDUTAS FRENTE À DETECÇÃO INTRA-HOSPITALAR DE CASO SUSPEITO PARA COVID-19



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.07 – 2020 – Página 27/27	
Título do Documento	MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO PARA COVID 19	Emissão: 29/04/2020	Próxima revisão:
		Versão:02/2020	

1. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	09/04/2020	Publicação da versão 01/2020
02	29/04/2020	Ajustes de tabelas, atualização de uso de medicamentos. Separação do conteúdo dos POPs de Afastamento de Profissionais e Retirada de Isolamento. Alteração de conduta quanto a exposição hospitalar.

Validação	Data: 29/04/2020
Serviço de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde – SCIRAS	Data: 29/04/2020
Divisão Médica	Data: 29/04/2020

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte