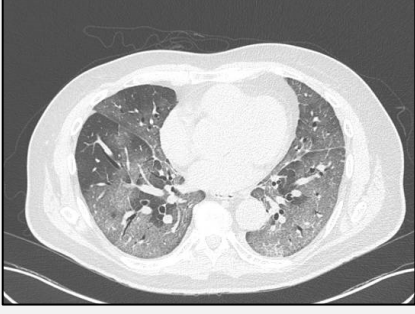
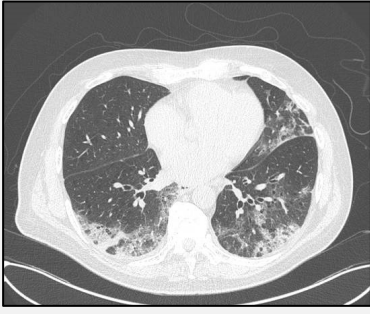
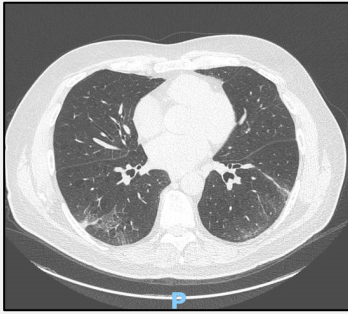




Manejo Clínico  
Tópicos Importantes

Primeira Semana				Segunda Semana				
4º Dia de Doença	5º Dia de Doença	6º Dia de Doença	7º Dia de Doença	8º Dia de Doença	9º Dia de Doença	10º Dia de Doença	11º Dia de Doença	A partir do 12º dia de Doença
		INÍCIO DO PERÍODO CRÍTICO	INÍCIO DO PERÍODO CRÍTICO	PERÍODO CRÍTICO – FALÊNCIA RESPIRATÓRIA				

PADRÃO  
TOMOGRÁFICO



DIAGNÓSTICO

E

EXAMES  
COMPLEMENTARES

- **RT-PCR** para SARS-COV2 (swab de nasofaringe)

*\*Período de maior excreção viral, mas ainda com sensibilidade do RT-PCR de 60-70%.*

- **RT-PCR** para SARS-COV2 (swab de nasofaringe)

*\*Período de diminuição da excreção viral e concomitante aumento no infiltrado pulmonar típico.*

- **RT-PCR** para SARS-COV2 (swab de nasofaringe)

Risco de superinfecção associada

- Não existem, até o momento, evidências contundentes de que a tomografia de tórax seja preditora de gravidade ou que seja indicada para avaliação sequencial ou ainda como critério de alta hospitalar.

- A duração da excreção viral desconhecida. Alguns estudos indicam RT-PCR positivo, de forma intermitente, por períodos superiores a 27 dias. Porém, não se sabe o que isto pode representar em termos de transmissibilidade.

- **Considerar tomografia de tórax** para aqueles pacientes com saturação de O<sub>2</sub><94% e/ou sinais clínicos de desconforto respiratório.

- **Coletar à admissão:** Hemograma, coagulograma, função renal e eletrólitos, perfil hepático (TGO/TGP), CPK, DHL, Troponina e D-Dímero.

Considerar **Internação Hospitalar:**

- Necessidade de oxigenioterapia suplementar\*
  - Pacientes com SatO<sub>2</sub> em ar ambiente ≤ 92%
- Acometimento pulmonar significativo\*\*
  - Aspecto tomográfico com acometimento pulmonar igual ou superior a 50%, levando-se em consideração o tempo de doença.
- Necessidade de terapia parenteral (antibioticoterapia, controle de sintomas intensos com medicações endovenosas);
- Descompensação clínica de comorbidades pré-existentes;
- Disfunção orgânica ou piora clínica com necessidade provável ou real de suporte avançado de vida

É preciso atenção, porque o **acometimento pulmonar pode evoluir com piora até o 10º dia de evolução de doença.**

Pacientes sem critérios para internação, mas pertencentes **ao grupo de risco** não precisarão ser internados desde que seja garantido seguimento periódico para detecção de possível deterioração respiratória (telemedicina e oximetria de pulso domiciliar podem ser ferramentas utilizadas para este fim).

**Crítérios de Alocação de Pacientes nas Unidades Dedicadas:**

- 1) Unidades de Internação
  - Oxigenioterapia suplementar de baixo fluxo (CN até 3L/min, Venturi≤25%)
  - Necessidade de Terapia Parenteral (antibioticoterapia, controle de sintomas intensos – ex. cefaleia, dor abdominal, náuseas, vômitos, desidratação)
  - Descompensações clínicas leves de comorbidades

Obs: Os pacientes costumam apresentar piora respiratória com rápida evolução. Está disponível telemetria com monitoramento da oxigenação na UCG e em leitos do 17º andar. Deve-se permanecer alerta às quedas de saturação superiores a 3% do valor basal. Muito comumente, a dispneia referida pelo paciente é desproporcional (inferior) à saturação mensurada.

- 2) Unidades Semicríticas
  - Descompensações moderadas de comorbidades clínicas;
  - Necessidade de vigilância em pacientes de risco;
  - Transição de cuidado (UTI – UI).

- 3) Unidades de Terapia Intensiva
  - Disfunção orgânica com necessidade de suporte avançado de vida (incluindo IOT);
  - Piora clínica significativa com provável necessidade de suporte avançado de vida;
  - Necessidade de oxigenioterapia de alto fluxo (*optiflow*, VNI, p. ex.).

VER ANEXO 7.2 – CARD MANEJO DA VENTILAÇÃO

**TERAPIA INALATÓRIA**

- recomendamos não utilizar nebulização como método inalatório, exceto em casos em que se faça necessária inalação contínua ou pacientes com importantes quadros de broncoespasmo. Deve-se preferir dispositivos inalatórios para aplicação de broncodilatadores, evitando dispersão de aerossóis, originados na nebulização.

Quando necessário:

- ✓ Para pacientes internados e sem necessidade de uso de ventilação mecânica, bem como para aqueles ambulatoriais, sugere-se o uso de Anoro® (umeclidino + vilanterol) 1x ao dia por 30 dias.
- ✓ Para pacientes com necessidade de ventilação mecânica, sugere-se tiotropio 5mcg 2x ao dia, associado a salbutamol spray 200mcg 4x ao dia em circuito de ventilação, com “aeropuff”. Atenção: pacientes idosos e portadores de cardiopatia podem requerer redução de dose do salbutamol.

**VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA**

- Não se deve utilizar ventilação não invasiva em pacientes internados nas unidades de internação ou semicríticas, pela geração de aerossóis nestas unidades. Caso necessário maior aporte de oxigênio – situações de intercorrência – utilizar máscara não reinalante até breve manejo e encaminhamento à unidade crítica.

ANTIBIOTICOTERAPIA

- Considerar Azitromicina para os casos ambulatoriais
- Considerar Ceftriaxone + Azitromicina para os casos com indicação de internação, se suspeita de superinfecção bacteriana.

- Considerar ampliação de esquema antimicrobiano, se evidência de deterioração por infecção hospitalar. Consultar protocolos e recomendações institucionais da CCIH.

**Alterações de hemostasia em pacientes críticos**

- Para pacientes críticos preferir o uso da heparina não fracionada 5000UI SC a cada 8 horas;
- Para pacientes críticos com suspeita de CIVD, considerar coleta de tromboelastograma para apoio diagnóstico e o uso de heparina não fracionada endovenosa em bomba de infusão contínua para manutenção de R entre 1,5 e 2. Pacientes com eventos tromboembólicos devem ser submetidos à anticoagulação terapêutica. Para todas as situações ponderar contraindicações.

ANTICOAGULAÇÃO

- Considerar quimioprofilaxia para tromboembolismo venoso com enoxaparina ou heparina não fracionada para todos os pacientes internados.
- Estar atento às contraindicações.

CORTICOIDE

- Não usar, exceto se indicado por outra condição clínica como, por exemplo, doença pulmonar obstrutiva crônica

- Pode-se considerar o uso de metilprednisolona 0,5-1mg/kg EV 1x ao dia por 5 dias (seguida de desmame progressivo, conforme acompanhamento clínico) para pacientes com piora radiológica significativa, piora de hipoxemia e ausência de TEP ou infecção secundária, a partir da segunda semana de doença.

Considerar como terapia adjuvante para formas graves\* de doença em pacientes hospitalizados (sem que outras medidas de suporte sejam preteridas em seu favor):

- **Hidroxicloroquina** 200mg 8/8 horas por 5 dias ou
- **Hidroxicloroquina** 400 de 12/12 por um dia e 400mg uma vez ao dia por 5 dias.

Monitorar periodicamente alargamento do intervalo QT (alto risco de alargamento, sobretudo quando associada a azitromicina) e de enzimas hepáticas a cada 3 dias. Deve-se ajustar a dose quando insuficiência renal ou hepática (reduzir 50%), ou ainda para pacientes com peso inferior a 60kg (7,5mg/kg)

\*Entende-se por forma grave de COVID-19 pacientes em insuficiência respiratória, com dispneia, frequência respiratória igual ou superior a 30irpm; queda de saturação abaixo ou igual a 93%, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> inferior a 300 e/ou infiltração pulmonar a 50% dentro de 24 a 48 horas. Pacientes críticos são aqueles em falência respiratória, choque séptico e/ou disfunção de múltiplos órgãos (Ministério da Saúde, 27 de março de 2020)

**Outras drogas**, como Kaletra ou Remdesivir ou Tocilizumabe estão destinadas para pesquisas clínicas. O Sírío Libanês está envolvido, via IEP, com alguns dos principais protocolos nacionais e internacionais para testes com esses medicamentos. Acompanhe os boletins para atualizações.

AGENTE ANTIVIRAL

