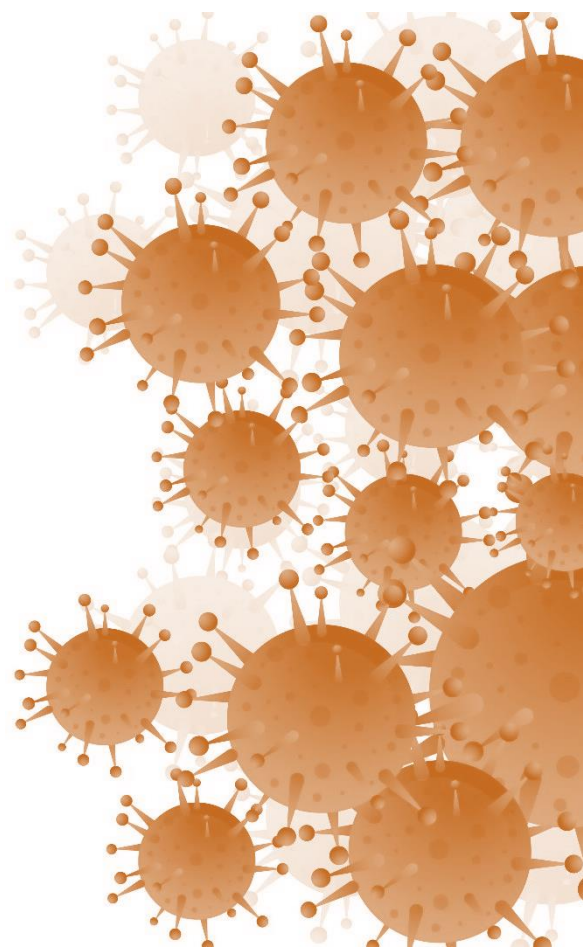




GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde
Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

**DIRETRIZES SOBRE O
DIAGNÓSTICO E
MANEJO CLÍNICO –
FARMACOLÓGICO DA
COVID-19**





GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

**DIRETRIZES SOBRE O DIAGNÓSTICO E MANEJO CLÍNICO – FARMACOLÓGICO
DA COVID-19**

FRANCISCO ARAÚJO FILHO

Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal

GUSTAVO BERNARDES

*Secretário Adjunto de Assistência à Saúde (SAA) Substituto
Subsecretário de Atenção Integral à Saúde (SAIS)*

SAMARA FURTADO CARNEIRO

*Coordenadora da Câmara Técnica de
Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19*

JULIA MOREIRA DE SOUZA DANTAS

Gerente de Assistência Farmacêutica Especializada

DAFNY OLIVEIRA DE MATOS

Referência Técnica Distrital (RTD) Colaboradora Assistência Farmacêutica

LIVIA VANESSA RIBEIRO GOMES PANSERA

Referência Técnica Distrital (RTD) Infectologia

CLARISSE LISBOA DE AQUINO ROCHA

Referência Técnica Distrital (RTD) Colaboradora Infectologia

ARILENE DE SOUZA LUIS

Diretora de Serviço de Internação

MILENA ZAMIAN DANILOW

Referência Técnica Distrital (RTD) colaboradora Pneumologia

MARCELO JORGE CARNEIRO DE FREITAS

Referência Técnica Distrital (RTD) Hematologia

RAQUEL VAZ CARDOSO

Gerência da Estratégia Saúde da Família

CAMILA MONTEIRO DAMASCENO

Referência Técnica Distrital (RTD) Medicina de Família e Comunidade

ROSANA COSTA OLIVEIRA

Referência Técnica Distrital (RTD) Cardiologia

EDNA MARIA MARQUES DE OLIVEIRA

Referência Técnica Distrital (RTD) colaboradora Cardiologia

MARJAN MARIA DE MEDEIROS RAULINO

Referência Técnica Distrital (RTD) Medicina de Emergência

ALESSANDRA PINHEIRO DE MEDEIROS

Referência Técnica Distrital (RTD) Patologia Clínica

COLABORADORES:

*Jorge Samuel Dias Lima
Eveline F. N. Vale
Lucila Annie B. Farias
Paulo G. Pinheiro Cortez*

*Wânia Romagueira Calixto
Flávia Oliveira Costa
Monique Coelho Belfort
João Ubiratã V. Nascimento*

*Cláudia N. G. Neves da Silva
José David Urbaz Brito
Sâmara Farias Costa Godeiro Carlos*



DIRETRIZES SOBRE O DIAGNÓSTICO E MANEJO CLÍNICO – FARMACOLÓGICO DA COVID-19

Sumário

1.	AGENTE ETIOLÓGICO:	5
2.	PERÍODO DE INCUBAÇÃO:	5
3.	TRANSMISSÃO:	5
4.	DEFINIÇÕES DE CASO:	5
4.1.	CASO SUSPEITO DE COVID-19	5
4.2.	CASO CONFIRMADO DE COVID-19	6
4.2.1.	POR CRITÉRIO LABORATORIAL	6
4.2.2.	POR CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO	6
4.3.	CASO DESCARTADO DE COVID-19	6
5.	PREVENÇÃO:.....	7
6.	PRECAUÇÕES RECOMENDADAS:	7
7.	RECOMENDAÇÃO DE TEMPO DE ISOLAMENTO:	8
7.1.	CASO SUSPEITO.....	8
7.2.	CASO CONFIRMADO.....	8
8.	PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA GRAVIDADE:	9
9.	EXAMES ESPECÍFICOS:	10
9.1.	RT-PCR: Detecta e amplifica o RNA viral.	10
9.2.	EXAME SOROLÓGICO (teste rápido, quimioluminescência ou ELISA): detecta presença de anticorpos IgG e IgM, ou totais.	10
10.	CLASSIFICAÇÃO: SINAIS, SINTOMAS E ACHADOS DE EXAMES COMPLEMENTARES.....	11
10.1.	CASOS LEVES:.....	11
10.2.	CASOS MODERADOS:	11
10.3.	CASOS GRAVES:.....	12
10.4.	CASOS CRÍTICOS:	13
11.	CONDUTA:	14
11.1.	CASOS LEVES:.....	14
11.2.	CASOS MODERADOS:	15
11.2.1.	Pacientes sem fatores de risco de gravidade.....	15
11.2.2.	Pacientes com fatores de risco de gravidade.....	16
11.3.	CASOS GRAVES (Sat. O ₂ < 94% em ar ambiente):	17



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

11.4. CASOS CRÍTICOS	18
12. ORIENTAÇÕES GERAIS PARA INTUBAÇÃO:	21
13. SEQUÊNCIA RÁPIDA DE INTUBAÇÃO:	22
13.1. SE PACIENTE JOVEM E/OU HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL:	22
13.2. SE PACIENTE IDOSO E/OU HEMODINAMICAMENTE INSTÁVEL (hipotensão/bradicardia):	22
14. VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA E MANEJO EM UTI:	23
14.1. PARÂMETROS INICIAIS NA VENTILAÇÃO MECÂNICA:	24
14.2. MANEJO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA EM CASOS GRAVES E REFRATÁRIOS:	25
14.3. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS:	27
14.4. RETIRADA DA VENTILAÇÃO MECÂNICA:	28
15. RECOMENDAÇÕES PARA RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP) DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO OU SUSPEITA DE COVID-19:	29
16. TERAPIA FARMACOLÓGICA RECOMENDADA	30
16.1. ANTIMICROBIANOS	30
16.1.1. INTERNAÇÃO HOSPITALAR:	30
16.2. ANTIVIRAL:	31
16.3. ANTICOAGULAÇÃO:	31
16.4. CORTICOIDES	34
16.5. HIDRATAÇÃO	35
16.6. OUTROS MEDICAMENTOS	36
17. CRITÉRIOS DE ALTA	36
17.1. UTI	36
17.2. HOSPITALAR E UPA	37
17.3. AMBULATORIAL	38
18. SITUAÇÕES ENVOLVENDO PROFISSIONAIS DE SAÚDE:	38
19. ATESTADO PARA AFASTAMENTO PARA PACIENTE SUSPEITO/CONFIRMADO DE COVID-19 E CONTACTANTES DOMICILIARES:	39
20. APÊNDICE	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
FLUXOGRAMA	45



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

1. AGENTE ETIOLÓGICO:

- SARS-CoV-2. RNA-Vírus da família Coronaviridae.

2. PERÍODO DE INCUBAÇÃO:

- 2-14 dias. Em média 4-5 dias.

3. TRANSMISSÃO:

- Gotículas + contato
- Aerossol + contato (procedimento gerador de aerossol)
- Fecal-oral (?)

Observações:

1. O intervalo em que o indivíduo com COVID-19 permanece com capacidade de transmitir o vírus ainda é incerto. Pesquisas mais recentes indicam que após o décimo dia do início dos sintomas, nos pacientes com quadros leves e moderados, reduz-se a probabilidade de identificar vírus viáveis (com capacidade de replicação) no trato respiratório dos indivíduos que já estejam sem sintomas respiratórios. No entanto, ainda podem ser detectadas partículas não infectantes de material genético viral por metodologia RT-PCR por até 5 semanas (máximo descrito).
2. Nos pacientes imunossuprimidos ou com quadros críticos, admite-se que a transmissibilidade possa ocorrer por até 20 dias ou, após este período, enquanto persistirem a febre e sintomas respiratórios.

4. DEFINIÇÕES DE CASO:

4.1. CASO SUSPEITO DE COVID-19

- Síndrome gripal (SG): Febre (inclusive relatada) + sintomas respiratórios agudos (tosse, dispneia, rinorreia, dor de garganta, coriza).
- Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), sem outra etiologia identificada: Síndrome gripal + dispneia OU pressão persistente no tórax OU $\text{Sat.O}_2 < 94\%$ em a.a. OU coloração azulada dos lábios ou rosto.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

Considerações:

1. A febre pode não estar presente na admissão.
2. Outros sintomas não específicos podem estar presentes: anosmia, ageusia, astenia, cefaleia, fadiga e mialgia.
3. Em idosos deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

4.2. CASO CONFIRMADO DE COVID-19

4.2.1. POR CRITÉRIO LABORATORIAL

Caso suspeito de SG ou SRAG com teste:

- **Biologia molecular** (RT-PCR, detecção do vírus SARS-CoV2) com resultado detectável para SARS-CoV2. Amostra clínica coletada, preferencialmente entre o 3º e o 7º dia de início de sintomas.
- **Imunológico** (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos para o SARS-CoV2) com resultado positivo para anticorpos IgM e/ou IgG ou anticorpos totais. Em amostra coletada a partir do 8º dia de início dos sintomas (melhor sensibilidade a partir do 10º dia).

4.2.2. POR CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO

Caso suspeito de SG ou SRAG com:

- **Histórico de contato próximo ou domiciliar**, nos últimos 14 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19 e para o qual não foi possível realizar investigação laboratorial específica.

4.3. CASO DESCARTADO DE COVID-19

Caso suspeito de SG ou SRAG com resultado laboratorial não detectável para SARS-COV-2 pelo método de RT-PCR, considerando coleta com técnica adequada entre o 3º e 7º dia do início dos sintomas OU confirmação laboratorial para outro agente etiológico.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

→ Observação:

1. Na persistência de suspeita clínica de COVID-19 em pacientes com SRAG, poderá ser discutido com NCIH/Infectologia local a coleta de nova amostra para RT-PCR (preferencialmente de trato respiratório inferior) e/ou realização de teste sorológico (este último, apenas a partir do 8º dia do início dos sintomas).
2. Nos pacientes em ventilação mecânica invasiva, optar por coletar preferencialmente amostra de trato respiratório inferior em sistema fechado, por equipe treinada.

5. PREVENÇÃO:

- Medidas de higiene de mãos frequentes com água e sabão ou álcool em gel a 70%;
- Limpeza rotineira de superfícies;
- Distanciamento social;
- Máscara facial para circulação em qualquer ambiente fora do domicílio (cirúrgica ou de tecido);
- Uso racional de EPI pelos profissionais de saúde, conforme exposição.

6. PRECAUÇÕES RECOMENDADAS:

- **Precauções de Contato e Gotículas: Assistência direta ao paciente em consultório, enfermaria de coorte ou leito de isolamento.**

EPI para assistência direta: Máscara cirúrgica, luvas, óculos de proteção (ou protetor facial) e avental de mangas longas.

- **Precauções de Contato + Aerossóis: Durante procedimentos de intubação e aspiração de vias aéreas, ventilação mecânica não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual e coletas de amostras nasotraqueais, bem como outras atividades que possam gerar aerossol. Em ambiente segregado destinado ao atendimento de pacientes com COVID-19 (UTI, box de emergência, sala vermelha), os profissionais envolvidos na assistência direta devem estar completamente paramentados durante todo o plantão.**



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

EPI para assistência direta: Manter os EPI de precauções para gotículas e contato, porém substituindo a máscara cirúrgica por N95 ou equivalente (ex: PFF2), e adicionar gorro e avental impermeável.

7. RECOMENDAÇÃO DE TEMPO DE ISOLAMENTO:

7.1. CASO SUSPEITO

- Manter em coorte de casos suspeitos, preferencialmente até a alta.
- Na necessidade de suspensão do isolamento antes da alta:
 - Suspender após 10 dias do início dos sintomas, desde que haja resolução da febre (sem o uso de antitérmicos) e melhora dos sintomas respiratórios nas últimas 24h. Na persistência da febre ou dos sintomas respiratórios além de 10 dias, manter isolamento até 24h afebril (sem o uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas respiratórios.
 - **Pacientes críticos ou imunossuprimidos:** A precaução deve ser estendida para no mínimo 20 dias do início dos sintomas, desde que haja resolução da febre (sem o uso de antitérmicos) e melhora dos sintomas respiratórios nas últimas 24h. Pacientes que persistam sintomáticos após 20 dias do início dos sintomas, especialmente os imunossuprimidos, deverão ser reavaliados caso a caso pela equipe assistencial e médico Infectologista do Hospital de Referência para definição quanto a extensão do prazo.

7.2. CASO CONFIRMADO

- Manter em coorte de casos confirmados, preferencialmente até a alta
- Na necessidade de liberação do isolamento antes da alta:
 - Suspender após 10 dias do início dos sintomas, desde que haja resolução da febre (sem o uso de antitérmicos) e melhora dos sintomas respiratórios nas últimas 24h. Na persistência da febre ou dos sintomas respiratórios além de 10 dias, manter isolamento até 24h afebril (sem o uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas respiratórios.
 - **Pacientes críticos ou imunossuprimidos:** A precaução deve ser estendida para no mínimo 20 dias do início dos sintomas, desde que haja resolução da febre (sem o uso de antitérmicos) e melhora dos sintomas respiratórios nas últimas 24h. Pacientes que persistam sintomáticos após 20 dias do início dos sintomas, especialmente os imunossuprimidos, deverão ser reavaliados caso a caso pela equipe assistencial e médico Infectologista do Hospital de Referência para definição quanto a extensão do prazo.



→ **Observação:**

Atendendo temporariamente ao número crescente de casos de COVID-19 e de pacientes suspeitos e confirmados que necessitam de internação hospitalar, na ausência de espaço físico separado na mesma UTI ou enfermaria que comporte apenas casos suspeitos, poderá ser admitido o isolamento por coorte de pacientes com SRAG.

8. PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA GRAVIDADE:

- Febre persistente > 39° ou com duração > 3 dias
- Idade > 60 anos
- Doenças cardiovasculares
 - Insuficiência cardíaca;
 - Doença arterial coronariana;
 - Arritmias malignas ou arritmias em pacientes com doença cardíaca estrutural;
 - Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Diabetes
- Obesidade
- Doença pulmonar crônica
- Transtornos neurológicos que comprometam a função respiratória
- Neoplasias
- Doença renal crônica
- Hepatopatia crônica
- Imunodepressão (inclusive Doença falciforme)
- Gravidez (possibilidade de complicações para o binômio mãe-feto) e puerpério (até 2 semanas após o parto)
- Pessoa em situação de vulnerabilidade ou vulnerabilizada (como: pessoa em situação de rua, privada de liberdade, indígena, portadora de necessidade especial, pessoa permanente ou transitória em unidades de acolhimento, dentre outras) ou com outros fatores que dificultem o autocuidado e/ou o acesso aos serviços de saúde)
- Coinfecção com tuberculose (qualquer forma)
- Coinfecção com Influenza (especialmente H1N1)



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

- Coinfecção com Dengue

Considerações:

1. Caso não necessitem de internação hospitalar, após o atendimento inicial, devem ser encaminhados para isolamento domiciliar e monitorados regularmente pela atenção primária até a alta. (vide item 17.3)
2. Caso surjam sinais de alerta ou exacerbação de sinais e sintomas de condições de base, devem ser direcionados novamente aos Hospitais de referência para COVID-19.

9. EXAMES ESPECÍFICOS:

9.1. RT-PCR: Detecta e amplifica o RNA viral.

- Indicação: Pacientes com suspeita de COVID-19 que necessitem de internação, além de pessoas pertencentes aos grupos de risco e profissionais de saúde que apresentem sintomas respiratórios ou febre sem etiologia definida.
- Período de coleta: Deve ser coletado durante o período sintomático, **entre o 3º e o 7º dia do início dos sintomas**;
 - Não é recomendada a coleta fora deste período pois acarreta em menor acurácia do teste, além de maior sobrecarga dos laboratórios.
- Sensibilidade estimada: nasofaringe (63%), escarro (72%), lavado broncoalveolar (93%).
- Nos pacientes em ventilação mecânica invasiva, optar preferencialmente por amostra de trato respiratório inferior, em sistema de aspiração fechado, por equipe treinada.
- Local de coleta: Hospitais, UPAs e UBSs.

9.2. EXAME SOROLÓGICO (teste rápido, quimioluminescência ou ELISA): detecta presença de anticorpos IgG e IgM, ou totais.

- Indicação: paciente com quadro clínico de COVID-19 com mais de 7 dias do início dos sintomas, ou que persista com suspeita mesmo após RT-PCR não detectável (com mais de 7 dias do início dos sintomas).
 - Período de coleta: a partir do 8º dia de início dos sintomas (melhor sensibilidade a partir do 10º dia).
- Sensibilidade estimada: 80%.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

- Local de coleta: Hospitais, UPAs e UBSs.

→ Observação:

1. Não se recomenda a realização deste exame em pacientes assintomáticos para tentar identificar uma possível imunidade ao SARS-CoV-2. O valor preditivo negativo destes testes é baixo, portanto resultados negativos não descartam diagnóstico de COVID-19.
2. É documentada reação cruzada de sorologia para SARS-COV2 com dengue, vacina para influenza e infecção por outros coronavírus.

10. CLASSIFICAÇÃO: SINAIS, SINTOMAS E ACHADOS DE EXAMES COMPLEMENTARES.

10.1. CASOS LEVES:

- Síndrome gripal (febre, tosse, cefaleia, rinorreia, dor de garganta)
- Fadiga
- Mialgia
- Anorexia
- Perda de paladar (ageusia)
- Perda de olfato (anosmia)
- Tontura
- Sintomas gastrointestinais
- Sat. O₂ ≥ 94% em ar ambiente (para gestantes considerar Sat. O₂ ≥ 95%)
- Outros sintomas menos comuns: rash/lesões cutâneas

Observação:

1. Não há necessidade de oxigenioterapia.

10.2. CASOS MODERADOS:

- Sintomas sistêmicos e respiratórios acima, mais intensos;
- Pneumonia leve, clinicamente sugerida por: febre, tosse, dispneia, FR>23 irpm, presença de estertores crepitantes ou roncos;
- Sat. O₂ ≥ 94% em a.a. (para gestantes considerar Sat. O₂ ≥ 95%)



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

Considerações:

1. Embora o diagnóstico possa ser feito com o quadro clínico, a realização de exame de imagem de tórax (preferencialmente TC) pode auxiliar o diagnóstico, identificando extensão do acometimento pulmonar e podendo descartar outros diagnósticos diferenciais.
2. Há necessidade de avaliação em unidade de referência para COVID-19 (consultar plano de contingência vigente) no intuito de realizar exame de imagem, exames laboratoriais, suporte de O₂ e internação hospitalar (se necessário).

10.3. CASOS GRAVES:

- Hipoxemia (Sat. O₂ < 94% em ar ambiente) associada ou não a sintomas respiratórios
- Sepses
- Pneumonia com comprometimento pulmonar > 25% em imagem de TC.

Principais alterações laboratoriais: Plaquetopenia, elevação discreta de lactato arterial, transaminases e marcadores inflamatórios (ferritina, PCR, D-dímero, DHL).

Considerações:

1. A hipoxemia frequentemente é maior do que a percebida pelo paciente.
2. Há necessidade de internação hospitalar para monitorização contínua, suporte de O₂ e reavaliação médica frequente.
3. Atentar para fatores externos que podem interferir na medida da Sat. O₂ como esmalte, unhas artificiais, extremidades frias/sudoreicas, mau posicionamento, tempo adequado para estabilizar a medida da Sat. O₂. Algumas doenças como anemia crônica, DPOC e doenças pulmonares estruturais também podem alterar o valor de referência da Sat. O₂. É importante conhecer a Sat. O₂ basal do paciente com doença pulmonar pré-existente para individualizar o critério de queda de Sat. O₂.
4. Paciente poderá se apresentar taquicárdico, com tiragem intercostal ou sinais de rebaixamento de nível de consciência.



10.4. CASOS CRÍTICOS:

- Síndrome respiratória aguda grave
 - Leve: $200\text{mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300\text{ mmHg}$
 - Moderada: $100\text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200\text{ mmHg}$
 - Grave: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 100\text{ mmHg}$
- Choque séptico: Hipotensão persistente a despeito de ressuscitação volêmica adequada, necessitando de vasopressores para manter PAM $> 65\text{mmHg}$, com lactato arterial $> 2\text{ mmol/L}$
- Disfunção de múltiplos órgãos
- Principais achados laboratoriais:
 - Linfopenia (83,2%), trombocitopenia (36,2%), leucopenia (33,7%)
 - Elevação de PCR, ferritina, dímero-D ($>1\text{ mcg/mL}$), DHL, transaminases, troponina, CPK;
 - Piora da função renal;
 - Gasometria arterial: $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$, $\text{pCO}_2 > 50\text{ mmHg}$, $\text{pH} < 7,35$;
 - Leucocitose com desvio à esquerda (quando associado a pneumonia bacteriana).
- Exames de imagem:
 - TC de tórax (preferencialmente TCAR):
- Distribuição periférica, podendo haver opacidades reticulares/vidro fosco e padrão de pavimentação em mosaico;
- Consolidação em até 60% dos casos;
- Envolvimento bilateral.

Considerações:

1. Há necessidade de suporte avançado.
2. Embora mais frequente em idosos, pode ocorrer em qualquer faixa etária.
3. Outras complicações descritas em pacientes com COVID-19 incluem condições agudas com risco de vida, como: Tromboembolismo Pulmonar (TEP), síndrome coronariana aguda (SCA), Insuficiência Renal Aguda (IRA) e Acidente Vascular Encefálico (AVE). As suspeitas para tais complicações devem ser elevadas nos pacientes com COVID-19 e quadro clínico



Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19 sugestivo, devendo submeter os pacientes aos protocolos adequados para cada condição.

- Na história clínica é importante revisar o período do início dos sintomas, comorbidades, passado de eventos trombóticos, medicamentos em uso e presença de fatores de risco. São importantes diagnósticos diferenciais de COVID-19: Influenza/H1N1, pneumocistose, dengue, hantavirose, outras pneumonias virais, bacterianas e fúngicas.

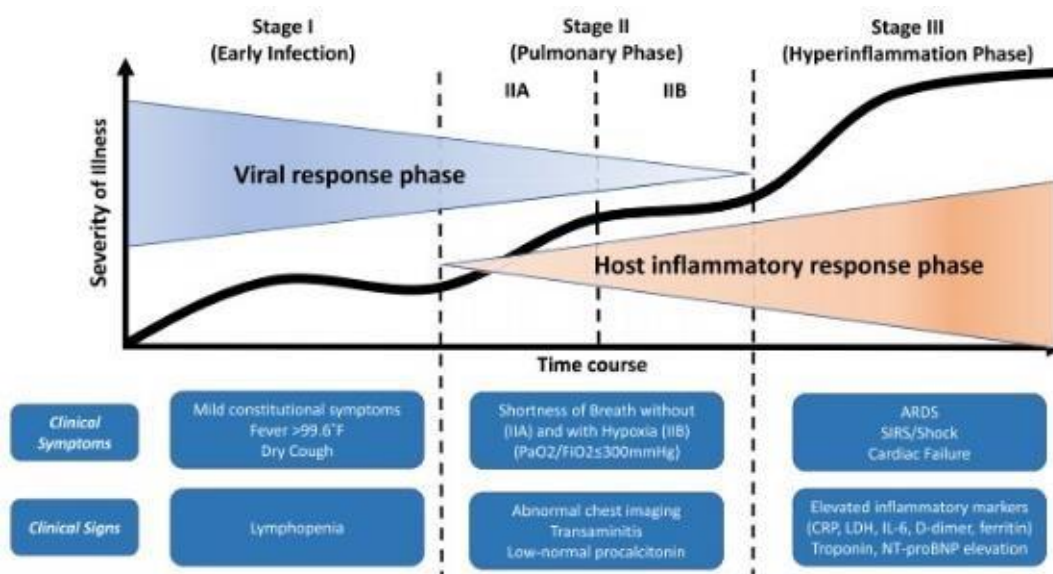


Figura 1: Evolução da COVID-19, didaticamente segmentada em 3 estágios, onde é possível observar a transição entre a fase I de sintomas leves, que pode ser auto-limitada, ou seguir para o estágio II (IIa – sintomas moderados, IIb- sintomas graves) e finalmente o estágio III (crítico).

Adaptado de: Siddiqi HK and Mehra MR. COVID-19 Illness in Native and Immunosuppressed States: A Clinical-Therapeutic Staging Proposal. JOURNAL OF HEART AND LUNG TRANSPLANTATION

11.CONDUTA:

11.1. CASOS LEVES:

- Máscara cirúrgica;
- Antitérmicos e analgésicos se necessário (preferencialmente dipirona ou paracetamol);
- Evitar iniciar corticoides, exceto em caso concomitante de broncoespasmo (neste caso, evitar uso de nebulização, optar por broncodilatadores inalatórios com espaçadores)- (Vide Item 16.4)



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

- Garantir o manejo adequado de comorbidades;
- Exame específico para COVID-19 conforme data de início dos sintomas (*vide item 9 acima*);
- Repouso e bom aporte nutricional;
- Isolamento domiciliar e acompanhamento pela APS por 10 dias após o início dos sintomas, desde que afebril (sem o uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas respiratórios nas últimas 24h. Na persistência dos sintomas além de 10 dias, manter isolamento e acompanhamento até 24h afebril (sem o uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas respiratórios;
- Reforçar medidas de higiene de mãos, cuidados com contactantes domiciliares e orientar sinais e sintomas de alarme (persistência de febre > 72h ou febre > 39°C, tosse persistente, dispneia, taquicardia, alteração do nível de consciência);
- Na presença de dispneia ou alteração de nível de consciência, o paciente deve ser encaminhado para atendimento na Rede de Urgência e Emergência (RUE). Caso o paciente apresente algum dos demais sinais e sintomas de alarme deverá ser reavaliado na UBS de sua região;
- Telemonitoramento pela APS, preferencialmente a cada 48h e, para pacientes com condições de risco, a cada 24h.
 - Instruir os pacientes que entrem em contato com a equipe de referência com qualquer sinal ou sintoma de alarme.
 - A frequência do telemonitoramento também pode ser determinada pela segurança do profissional da equipe quanto à capacidade do paciente de relatar piora dos sintomas.

11.2. CASOS MODERADOS:

11.2.1. Pacientes sem fatores de risco de gravidade

- Máscara cirúrgica;
- Antitérmicos e analgésicos conforme a necessidade (preferencialmente dipirona ou paracetamol);
- Evitar iniciar corticoides, exceto em caso concomitante de broncoespasmo (neste caso, evitar uso de nebulização, optar por broncodilatadores inalatórios com espaçadores)- (*Vide Item 16.4*)
- Encaminhamento para avaliação na RUE. Caso não haja necessidade de internação após avaliação clínico-laboratorial e radiológica, encaminhar para isolamento domiciliar e acompanhamento pela APS por 10 dias após o início dos sintomas, desde que afebril (sem o uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas nas últimas 24h. Para transferência de cuidados - consultar Circular n.º 10/2020 - SES/SAIS/COAPS Doc. SEI/GDF 42769596;



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

- Exames laboratoriais: RT-PCR ou exame sorológico para COVID-19 (de acordo com início dos sintomas, *vide item 9*), painel viral (conforme disponibilidade) hemograma, função renal e hepática, transaminases, ferritina, PCR, DHL;
- TC de tórax (preferencialmente) ou Radiografia.
- Repouso e bom aporte nutricional;
- O médico assistente poderá avaliar necessidade de profilaxia para tromboembolismo venoso (TEV) em domicílio caso paciente não seja internado e possua fatores de risco também para TEV. (*Vide item 16.3 abaixo e Nota Técnica N.º 2/2020 de 22 de junho de 2020*);
- Reforçar medidas de higiene de mãos, cuidados com contactantes domiciliares e orientar sinais e sintomas de alarme (persistência de febre ou febre > 39°C, tosse persistente, dispneia, taquicardia, alteração do nível de consciência);
- Na presença de dispneia ou alteração de nível de consciência, o paciente deve retornar para reavaliação na RUE. Caso o paciente apresente algum dos demais sinais e sintomas de alarme deverá ser reavaliado na UBS de sua região;
- Telemonitoramento pela APS, preferencialmente a cada 48h e, para pacientes com condições de risco, a cada 24h.
 - Instruir os pacientes que entrem em contato com a equipe de referência com qualquer sinal ou sintoma de alarme.
 - A frequência do telemonitoramento também pode ser determinada pela segurança do profissional da equipe quanto à capacidade do paciente de relatar piora dos sintomas.
- Caso haja necessidade de internação, conduzir como descrito no item 11.2.2.

11.2.2. Pacientes com fatores de risco de gravidade

- Máscara cirúrgica;
- Hidratação parcimoniosa;
- Antitérmicos e analgésicos conforme a necessidade (preferencialmente dipirona ou paracetamol);
- Evitar corticoides, exceto em caso concomitante de broncoespasmo (neste caso, evitar uso de nebulização, optar por broncodilatadores inalatórios com espaçadores);
- Exames específicos: RT-PCR ou exame sorológico para COVID-19 de acordo com início dos sintomas (*vide item 9*);
- Exames laboratoriais (RUE): Hemograma, função renal e hepática, transaminases, ferritina, PCR, DHL, glicemia, lactato arterial, gasometria arterial (conforme disponibilidade);



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

- TC de tórax (preferencialmente) ou radiografia;
- Monitorar oximetria e sinais vitais;
- Internação em enfermaria para adequada compensação de patologias de base e observação clínica. Se atendimento ocorrer em Hospital, UPA ou Unidade de Saúde que não seja referência para COVID-19, solicitar transferência para hospital de referência (coorte de suspeitos de COVID-19, segregada de coorte de confirmados);
- Avaliar início de antimicrobiano se indícios de pneumonia bacteriana (critérios clínicos e radiológicos, *vide item 16.1*);
- Sintomas respiratórios altos (coriza, espirros, rinorreia, tosse): solicitar também painel viral (conforme disponibilidade) e considerar início tratamento antiviral para Influenza. (*Vide item 16.2*);
- Iniciar profilaxia para tromboembolismo venoso (*vide item 16.3*).

11.3. CASOS GRAVES (Sat. O₂ < 94% em ar ambiente):

- **Máscara cirúrgica sobre cateter nasal** (fluxo ajustado conforme saturação);
- Oxigenioterapia sob CN até 5L/min para manter Sat.O₂ ≥ 94%:
 - Resposta insatisfatória: necessidade de mais de 5 L/min de O₂ sob CN para manter SpO₂ ≥ 94% e/ou FR > 28 irpm ou retenção de CO₂ (PaCO₂ > 50 mmHg e/ou pH < 7,35) ☑ **conduzir como CASO CRÍTICO**;
 - Resposta satisfatória: suporte clínico em enfermaria. Caso atendimento ocorra em hospital, UPA ou Unidade de Saúde que não seja referência para COVID-19, solicitar remoção para hospital de referência através do SISLEITOS;
- Antitérmico e analgésico, se necessário (preferencialmente dipirona ou paracetamol);
- Hidratação parcimoniosa;
- Exames específicos: RT-PCR ou exame sorológico para SARS-CoV2 (conforme início dos sintomas, *vide item 9*);
- Exames laboratoriais (RUE): hemograma, função renal, transaminases, bilirrubinas, ferritina, PCR, DHL, glicemia, lactato arterial, gasometria arterial, troponina, dímero-D, procalcitonina;
- TC de tórax;
- Monitorar oximetria e sinais vitais;
- Internação em enfermaria de coorte para casos suspeitos de COVID-19 (segregada de casos confirmados);



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

- Avaliar início de antimicrobiano se indícios de pneumonia bacteriana (critérios clínicos e radiológicos, *vide item 16.1*);
- Sintomas respiratórios altos (coriza, espirros, rinorreia, tosse): solicitar também painel viral e considerar início de tratamento antiviral (Influenza/H1N1) (*vide item 16.2*);
- Profilaxia para tromboembolismo venoso (*vide 16.3*);
- Iniciar corticóide (*vide item 16.4*)

Considerações:

1. Em geral a mudança da fase grave para a crítica é rápida (em torno do 8° ao 10° dia) e é caracterizada por:
 - Piora súbita do quadro respiratório;
 - Piora da relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ mmHg. Quando a PaO_2 não estiver disponível, $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 315$ sugere Insuficiência respiratória Hipoxêmica;
 - Linfopenia, intensa elevação de Ferritina, D-dímero e PCR.

11.4. CASOS CRÍTICOS

- Internação inicial em sala de emergência de coorte para COVID-19;
- Oxigenioterapia sob máscara facial com reservatório (não-reinalante) acoplada a face, sem ventilação manual, e proceder intubação orotraqueal por sequência rápida (*vide item 12*) por médico experiente;
- Monitorização contínua de sinais vitais e oximetria;
- Solicitar vaga em UTI, sinalizando suspeita de COVID-19;



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO DE SUPORTE INTENSIVO (é necessário apresentar pelo menos 01 dos parâmetros abaixo):

- Insuficiência respiratória aguda com necessidade de ventilação mecânica invasiva;
- Insuficiência respiratória aguda com necessidade de $FiO_2 > 50\%$ para manter o $SpO_2 \geq 94\%$ ou $FR \leq 24$ irpm ;
- $PaCO_2 \geq 50$ mmHg e $pH \leq 7,35$.
- Pacientes com instabilidade hemodinâmica ou choque, definidos como hipotensão arterial ($PAS < 90$ mmHg ou $PAM < 65$ mmHg) ou sinais de má perfusão orgânica ou periférica (alteração do nível de consciência, oligúria, lactato arterial ≥ 4 mMol/L), com ou sem utilização de vasopressor.
- Sepses com hipotensão arterial, necessidade de vasopressor ou lactato arterial ≥ 4 mMol/L.
- Choque séptico.

CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO DE SUPORTE DE UNIDADES DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS E LEITOS COM SUPORTE VENTILATÓRIO (é necessário apresentar pelo menos 01 dos parâmetros abaixo):

- Pacientes com necessidade de oxigênio suplementar (cateter nasal $O_2 > 3,0$ L/min) para manter o $SpO_2 \geq 94\%$ ou $FR \leq 24$ irpm.
- Pacientes que necessitam de suporte ventilatório não invasivo para manter $SpO_2 \geq 94\%$ ou $FR \leq 24$ irpm.

- Exames laboratoriais: RT-PCR ou exame sorológico para SARS-CoV2 (caso ainda não tenham sido coletados, *vide item 9*), Hemograma, função renal, bilirrubinas totais e frações, transaminases, ferritina, VHS, PCR, DHL, glicemia, gasometria arterial, lactato arterial, troponina, dímero-D, procalcitonina, painel para vírus respiratórios;
- TC de tórax preferencialmente à radiografia, quando houver estabilidade clínica;
- Hemoculturas e cultura de secreção traqueal (se paciente intubado, neste caso solicitar o RT-PCR para SARS-CoV2 em aspirado traqueal, caso necessário);
- Avaliar início de tratamento antiviral para Influenza (*Vide item 16.2*);
- Avaliar início de tratamento antimicrobiano (*Vide item 16.1*);



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

- Iniciar Profilaxia para tromboembolismo venoso (*Vide item. 16.3*);
- Iniciar corticoide (*Vide item 16.4*);

Deve-se levar em consideração os demais diagnósticos diferenciais pertinentes e os seus adequados manejos clínicos.

Considerações:

1. O uso de **máscara com reservatório de O₂** (FiO₂ entre 65 a 90%, fluxo de 12-15 L/min) e **ventilação não-invasiva (VNI)** pode ser feito em situação de **quarto isolado ou ambiente de coorte de pacientes confirmados**, em pacientes com hipoxemia grave sem esforço, admitindo-se o uso obrigatório de EPI para procedimento gerador de aerossóis durante todo o tempo que os profissionais permanecerem no local;
2. Aparelhos de VNI do tipo CPAP ou BIPAP com circuito único, que usam máscaras com orifícios para vazamento, são contraindicados devido à alta aerossolização gerada no ambiente;
3. No caso de iniciar a VNI, ajustar com parâmetros pressóricos baixos: até 10 cm H₂O de EPAP e no máximo 10 cm H₂O de delta de IPAP para manter SpO₂ > 93% e < 96% com FiO₂ ≤ 50% e frequência respiratória ≤ 24 irpm. Manter o paciente nesses parâmetros por no máximo 1 hora;
4. Se o paciente apresentar melhora clínica e da gasometria arterial, poderá ser descontinuado e voltar para cateter nasal de baixo fluxo (até 5 L/min). Monitorar a evolução;
5. Caso não haja melhora ou ainda haja piora durante o uso da VNI esta deve ser interrompida e o paciente prontamente intubado para ventilação mecânica invasiva.



12. ORIENTAÇÕES GERAIS PARA INTUBAÇÃO:

INDICAÇÕES PARA IOT

- Falência respiratória;
- Pacientes que falharam na tentativa de manter $\text{SatO}_2 \geq 94\%$ ou $\text{FR} \leq 24$ irpm: Com utilização de máscara com reservatório de O_2 (não-reinalante) OU
 - $\text{CN O}_2 > 5$ L/min OU
 - VNI com $\text{FiO}_2 > 50\%$ ou PP com $\text{delta} > 10$ cmH₂O ou EPAP > 10 cmH₂O;
- Pacientes que não se adaptaram ou não toleraram a interface de VNI;
- Pacientes dependentes de VNI.

- Material deve ser preparado e checado previamente;
- Equipe deve limitar-se ao médico experiente em intubação e ao menor número possível de pessoas;
- Paramentação: luvas, máscara N95 (ou equivalente), óculos ou protetor facial, gorro e avental impermeável;
- O ventilador deve estar com os parâmetros programados previamente e ser acoplado de imediato após a intubação;
- O circuito de aspiração fechado deve ser previamente acoplado ao circuito de ventilação mecânica, para evitar desconexões, quando for necessária aspiração de vias aéreas inferiores;
- Dispositivos para evitar a dispersão de aerossóis no ambiente (caixa de acrílico, saco plástico transparente) podem ser utilizados, desde que não posterguem ou dificultem a intubação.

Considerações:

1. Evitar a ventilação com bolsa-valva-máscara (BVM ou ambu) para oxigenação. Caso não haja alternativa, utilizar BVM com instalação de filtro HEPA, HMEF ou HME com filtragem para vírus.
2. Em Hospitais de referência preferencialmente formar equipes de intubação rápida por médicos experientes (anestesiologistas, emergencistas, entre outros).



13. SEQUÊNCIA RÁPIDA DE INTUBAÇÃO:

13.1. SE PACIENTE JOVEM E/OU HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL:

- Pré oxigenar paciente sob máscara facial acoplada manualmente por 3 minutos, em baixo fluxo (2 L/min), evitando escapes, para manter SpO₂ > 93%;
- Fentanil (2µg/Kg);
- Propofol (2mg/Kg) ;
- Suxametônio (1,5mg/Kg) .

Exemplo de posologia: *Paciente de 70Kg = 150µg fentanil (3ml) + 150mg de propofol (15ml, se a 1%) + 100mg de Suxametônio (1 frasco-ampola).*

Considerações:

1. A fim de prevenir evento incomum de tosse induzida pelo Fentanil, pode-se optar por administrá-lo por 2 minutos antes do procedimento.

13.2. SE PACIENTE IDOSO E/OU HEMODINAMICAMENTE INSTÁVEL (hipotensão/bradicardia):

- Pré oxigenar paciente sob máscara facial acoplada manualmente por 3 minutos, em baixo fluxo (2 L/min), evitando escapes ;
- Lidocaína sem vasoconstrictor (1,5mg/Kg) ;
- Dextrocetamina (2mg/kg) ;
- Suxametônio (1,5mg/Kg) ;

Exemplo de posologia: *Paciente de 70Kg = 100mg de lidocaína (5ml se a 2%, ou 10 ml se a 1%) + 150mg de Dextrocetamina (3ml) + 100mg de Suxametônio (1 frasco-ampola).*

Considerações:

1. Disponibilizar vasopressores e cristalóides pelo risco de hipotensão após a intubação. A epinefrina e a norepinefrina podem ser utilizadas em veias



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19 periféricas quando diluídas, pelo menor tempo necessário para viabilizar acesso venoso central;

2. Fentanil e midazolam podem ser utilizados para a sedação e analgesia imediatas após intubação, porém é importante lembrar do seu potencial de bradicardia e hipotensão;
3. Pode ser feito dextrocetamina em bolus até as infusões estarem prontas;
4. Considerar a punção venosa profunda e arterial (para medida de Pressão arterial invasiva), após a intubação, pela mesma equipe;
5. Laringoscopia sob visualização direta:
 - I. Introdução do tubo seguida de clampamento distal com pinça reta sem dentes.
 - II. Evitar aspirações e mobilizações durante o procedimento.
 - III. Insuflar o Cuff.
 - IV. Conectar o tubo ao filtro e circuito ventilatório;
 - V. Soltar o clamp.
 - VI. Acionar o ventilador
6. A confirmação da posição da cânula pode se dar pela capnografia, mas na ausência desta, pode ser feita pela inspeção da expansibilidade da caixa torácica de forma proporcional, pela ausculta pulmonar ou pela radiografia. Se insucesso, ventilar sob máscara para oxigenação e realizar nova tentativa (aspiração pode ser necessária).
7. Se insucesso novamente, introduzir máscara laríngea e considerar via aérea cirúrgica.

14. VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA E MANEJO EM UTI:

Pacientes que apresentarem choque, necessidade de fluxos de O₂ por cateter nasal maiores que 5L/min, ou novas disfunções orgânicas, têm indicação para internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Os parâmetros de frequência respiratória (FR), oximetria de pulso e uso de musculatura acessória devem ser reavaliados pelo menos a cada 2 horas pela equipe multiprofissional.

Pacientes que apresentem necessidade de fluxos de O₂ via CN > 5 L/minuto para manter SpO₂ > 93% e/ou apresentarem frequência respiratória > 28 irpm ou retenção de CO₂ (PaCO₂ > 50 mmHg e/ou pH < 7,25) deverão ser prontamente intubados e ventilados mecanicamente.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

14.1. PARÂMETROS INICIAIS NA VENTILAÇÃO MECÂNICA:

- Modo ventilatório: volume controlado ☐se bloqueio neuromuscular (BNM) ou ausência de esforço inspiratório☑ ou pressão controlada (se sem BNM e esforço respiratório leve e sem assincronia);
- Volume corrente de 6 mL/kg de peso predito;
- Frequência respiratória entre 20 a 28 ciclos por minuto;
- Manter Pressão de platô < 28 – 30 cmH₂O;
- Pressão de distensão alveolar (driving pressure) < 15 cmH₂O e > 13 cmH₂O;
- Pressão positiva expiratória final (PEEP) de 10 cm H₂O;
- FiO₂ 100%.

Após instituição da ventilação mecânica invasiva, deve-se priorizar a adoção da estratégia protetora para minimizar o risco de ocorrência de lesão pulmonar induzida pela ventilação mecânica. Caso o paciente não seja prontamente admitido em ambiente de Terapia Intensiva ou em unidades de leitos com Suporte Ventilatório recomenda-se:

- Cálculo da mecânica respiratória.
- Emprego do modo de ventilação controlada a volume (VCV) ou ventilação controlada a pressão (PCV), com volume corrente ajustado em 6 ml/Kg, ou inferior se possível.
- Manutenção de *driving pressure* < 15 cmH₂O.
- Elevação dos níveis de PEEP, de forma a reduzir os níveis de *driving pressure* e que garantam uma oxigenação compatível com a vida (PaO₂ ≥ 60 mmHg, com FiO₂ ≤ 60%). (*tabela ARDSNET - 2017*).

Tabela ARDSNET (Lower PEEP/ Higher FiO ₂)													
FiO ₂	0.3	0.4	0.4	0.5	0.5	0.6	0.7	0.7	0.7	0.8	0.9	0.9	1.0
PEEP	5	5	8	8	10	10	10	12	14	14	14	18	18 - 24

- Tolerância à hipercapnia permissiva para pH > 7,2.
- Se houver piora da complacência e/ou da oxigenação ao se elevar a PEEP (segundo a tabela ARDSNET), voltar atrás no nível de PEEP.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

- Dados preliminares sugerem pouca resposta a PEEP e recrutamento nestes pacientes.
- PEEP média entre 10 a 15 cmH₂O (dados preliminares).
- Alternativamente, pode ser avaliada a estratégia de reduzir a PEEP progressivamente, a partir de 18 cmH₂O, calculando a complacência – manter a PEEP que resulte na melhor complacência.
- A frequência respiratória deverá ser estabelecida entre 20 e 35 respirações por minuto para manter ETCO₂ entre 30 e 45 e/ou PaCO₂ entre 35 e 50 mmHg.

14.2. MANEJO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA EM CASOS GRAVES E REFRATÁRIOS:

Relação PaO₂/FiO₂ < 150, ou impossibilidade de manter ventilação protetora, ou presença de assincronias ou hipercapnia grave (pH < 7,2).

- Sedação e bloqueio neuromuscular contínuo (reduzir drive respiratório e manter parâmetros protetores), caso ainda não estiver em uso;
- **Fentanil** e **Midazolam** podem ser utilizados para a sedação e analgesia imediatas pós-IOT, porém é importante lembrar do seu potencial de bradicardia e hipotensão. Podem ser feitos bolus de Dextrocetamina até as infusões estarem prontas.
- A associação de **Propofol** (máx 3,0 mg/kg/h) com **Fentanil** (25-50 mcg - máx 100 mcg/h em casos específicos) é a primeira escolha para sedação/analgesia de pacientes submetidos a VM por COVID-19.
- Quando **Propofol** estiver em dose > 3mg/kg/h, recomenda-se a associação de **Midazolam** na dose de 0,02 a 0,2 mg/kg/h (concentração de 0,6 mg/ml – diluição padrão de 150 mg (30 mL) em SG 5% 250 mL)
- Alvo sedação durante as primeiras 48 horas de VM: RASS – 5
- Alvo sedação após as primeiras 48 horas de VM:
 - Relação PaO₂/FiO₂ > 250 e PEEP ≤ 15 cmH₂O e FiO₂ ≤ 50%: RASS -3 a 0
 - Relação PaO₂/FiO₂ ≤ 250 e PEEP ≥ 15 cmH₂O: RASS -4 a -5.
- Controle de agitação extrema:
 - **Propofol**: 10 a 40 mg em bolus
 - **Midazolam**: 3 a 5 mg em bolus
- Controle de dor (analgesia)
 - **Fentanil em bolus**: 50 mcg
 - Associação com analgésico comum com objetivo de poupar opióide
- Rever diariamente a possibilidade de diminuição da sedação, se pH > 7,3 e:



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

- Relação $PO_2/FiO_2 > 200$, tentar trocar **Midazolam** por **Propofol**, caso esteja com **Midazolam**.
- Relação $PO_2/FiO_2 > 300$ tentar trocar **Propofol** por **Dexmedetomidina** (0,3 a 1,3 mcg/kg/h)
- Tentar reduzir progressivamente **Fentanil** concomitantemente.
- **Indicação de uso de bloqueador neuromuscular (BNM)**
 - Assincronia grave persistente, caracterizada por piora da oxigenação e da ventilação após ajuste da VM e ajuste de sedação, em pacientes com relação PO_2/FiO_2 entre 150 e 200 **OU**
 - Relação $PO_2/FiO_2 < 150$ com PEEP $> 15\text{cmH}_2\text{O}$

ATENÇÃO:

- A utilização de BNM está condicionada a uma sedação profunda e a monitorização adequada do nível de consciência.
- Recomenda-se utilização de **cisatracúrio** 0,15 mg/kg em bolus seguido de infusão em BIC de 1-4 mcg/kg/min.
- Se iniciar BNM, manter por até 48h OU
- Se relação $PO_2/FiO_2 > 200$ e PEEP $< 20\text{cmH}_2\text{O}$, retirar bloqueador neuromuscular e reavaliar em 24 horas.

● **Pronação**

- A posição prona está indicada para pacientes com relação $PaO_2/FiO_2 < 150\text{ mmHg}$, devendo ser realizada por equipe multiprofissional devidamente treinada, e mantida por 16 a 20 horas, caso o paciente apresente resposta satisfatória (aumento de 10 mmHg na PaO_2 , ou 20 na relação PaO_2/FiO_2). A posição prona deverá ser repetida quando observada uma relação $PaO_2/FiO_2 < 150\text{ mmHg}$ após 6 (seis) horas em posição supina. Será considerado como critério de interrupção a redução de 20% na relação PaO_2/FiO_2 , após duas tentativas consecutivas de pronação;
- Toda a equipe que irá realizar a rotação do paciente deve usar EPI (precauções de contato e aerossóis);
- Indicação da manobra de recrutamento alveolar em situações de hipoxemia refratária, não responsiva a outras intervenções, como forma de resgate;
- Retirar o espaço morto desnecessário do ventilador mecânico, checando reduções de tubos e conexões;
- Manter filtro HME pelo risco de disseminação de aerossóis.



14.3. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS:

- Em cenários de escassez de recursos e insumos farmacêuticos, as alternativas para sedoanalgesia e bloqueadores neuromusculares poderão ser consultadas na Nota Técnica N.º 6/2020 - SES/SAIS/CAT-COVID19, [44520696](#).
- Considerando que o tempo de ventilação mecânica na COVID-19 tem se mostrado maior do que em outras condições que causam SRAG, deve ser avaliado com cautela o momento adequado para extubação.
- Evitar desconexões para não aumentar a geração de aerossóis. Caso seja necessário, deve-se realizar com tubo clampeado.
- Uso de sistema fechado de aspiração em todos os casos. Em situações de necessidade de aspiração aberta, sugerimos utilizar quando disponível a função “stand by” e não o dispositivo de “aspiração assistida” para minimizar a disseminação de aerossóis.

ATENÇÃO: A aspiração de vias aéreas deve ser realizada com a avaliação criteriosa do profissional, devido a geração de aerossóis. Quando o procedimento for necessário deve-se utilizar os EPIs para isolamento de contato e para aerossóis (máscara N95 ou equivalente), além de face shield. Sempre que possível esses procedimentos devem ser realizados em leitos com pressão negativa e isolamento de aerossóis.

- Para minimizar ou abolir o reflexo de tosse durante o procedimento de aspiração, recomenda-se a utilização de Midazolam (0,1 a 0,3mg/Kg) ou Propofol (0,1mg/Kg) associado ao BNM de ação rápida como Cisatracúrio (0,5mg/kg) ou Rocurônio (0,6mg/Kg) antes da aspiração orotraqueal, posicionamento de TOT ou outro procedimento de rotina na via aérea.
- Usar filtro HME (com filtragem para vírus), não usar umidificação ativa. Substituição dos filtros trocadores de calor e umidade quando observada alteração da sua função, quando sujo, ou a cada intervalo regular de 5 a 7 dias.
- Uso de filtro de barreira na extremidade distal do ramo expiratório do circuito ventilatório, antes da válvula exalatória do ventilador mecânico;
- Se necessário medicação inalatória, usar spray com espaçador;
- Para o teste de respiração espontânea no desmame da VM, utilizar a modalidade pressão de suporte com parâmetros mínimos (não utilizar tubo T);
- Manutenção do paciente com cabeceira do leito elevada a 30-45°.
- É importante manter a pressão do cuff entre 20-30 cmH₂O ou 25-35 mmHg, com pressão suficiente para que não ocorra vazamentos e disseminação de aerossóis. A rotina de mensuração do cuff deverá ser mantida conforme preconizada pela instituição.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

- O manejo da hidratação deve ser conservador, evitando-se um balanço hídrico positivo.

14.4. RETIRADA DA VENTILAÇÃO MECÂNICA:

CRITÉRIOS PARA INÍCIO DO DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA

- Causa da falência respiratória resolvida ou controlada;
- Paciente capaz de iniciar esforços inspiratórios;
- Balanço hídrico zerado ou negativo nas últimas 24 horas;
- Equilíbrio ácido-básico e eletrolítico normais;
- PEEP AJUSTADA ESTÁVEL por 24h e $PO_2/FiO_2 > 300$: Tentar reduzir a PEEP de 1 em 1 cmH_2O a cada 8 horas. (Se hipoxêmico crônico, utilizar $PO_2/FiO_2 > 250$ para reduzir PEEP);
- Caso suporte a diminuição da PEEP: Mudar modo ventilatório de controlado para espontâneo (apenas com $PEEP \leq 15 \text{ cmH}_2O$ e $FiO_2 < 50\%$ e $RASS > -4$).

É preciso assegurar-se da melhora clínica que permita uma superficialização da sedo-analgesia visando a realização de um Teste de Respiração Espontânea (TRE) adequado.

CRITÉRIOS PARA O INÍCIO DO TRE

- Permanecer por 24 horas em modo PSV com $PEEP = 10 \text{ H}_2O$, $FiO_2 < 40\%$ e $PS \leq 10 \text{ cmH}_2O$ e manter $Sat.O_2 \geq 94\%$ (colher gasometria arterial).
- Nível de consciência adequado: $RASS 0-2$ ou próximo ao basal ou Escala de Coma de Glasgow (ECG) > 8
- Estabilidade hemodinâmica: sem ou com noradrenalina $< 0,2 \text{ mcg/kg/min}$; dobutamina dose estável ou em desmame e marcadores de perfusão tecidual adequados.
- Após as 24 horas com parâmetros acima e adequada troca gasosa ($pH > 7,3$ com $PaCO_2 < 55 \text{ mmHg}$; $PaO_2 \geq 60 \text{ mmHg}$ com $FiO_2 \leq 40\%$, $PEEP \leq 10 \text{ cm H}_2O$; $PO_2/FiO_2 \geq 250$; $SpO_2 \geq 90\%$), fazer TRE.
- Não fazer cuffleak test antes de extubar devido risco de aerossolização



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

- Não é recomendável o uso de Tubo em T, devido à aerossolização gerada neste método. Deve-se usar o modo de Pressão de Suporte (PSV). Caso o paciente tenha sucesso no TRE, deverá ser extubado (ou desconectado do ventilador, se traqueostomizado) e colocado em suplemento de O₂. Neste caso, recomenda-se usar CN de O₂ a no máximo 5L/min para evitar a aerossolização.
- No caso de traqueostomizados, deve-se priorizar filtro HME apropriado (com filtragem para vírus), com entrada lateral para fluxo de O₂ suplementar, evitando a máscara tipo “tenda” devido à aerossolização.
- Em casos específicos, a critério clínico e em ambiente isolado, pode-se optar pelo uso da VNI, como já relatado anteriormente.

15. RECOMENDAÇÕES PARA RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP) DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO OU SUSPEITA DE COVID-19:

- Nenhum procedimento deve ser realizado sem a paramentação completa da equipe (EPI para contato e aerossóis), incluindo compressões torácicas e procedimentos em vias aéreas;
- Disponibilizar kits individuais de EPI adequados para assistir à RCP;
- Deve-se evitar a ventilação com BVM ou bolsatubo endotraqueal, pelo elevado risco de aerossolização e contaminação da equipe, além da efetividade não ser superior à da ventilação mecânica, em acordo com as evidências disponíveis atuais.

ATENÇÃO: No caso de absoluta necessidade de ventilação com BVM, a técnica de selamento da máscara deve sempre envolver dois profissionais e deve-se utilizar uma cânula orofaríngea (Guedel). Além disso, preconiza-se a instalação de filtros (HEPA) entre a máscara e a bolsa.

- Quando a RCP ocorrer em pacientes sob ventilação mecânica, deve-se manter o paciente conectado ao ventilador em circuito de ventilação fechado, com fração inspirada de oxigênio a 100%, modo assíncrono, frequência respiratória em torno de 10 a 12 irpm. Alguns ventiladores apresentam a função “RCP/PCR”, que ajusta automaticamente os limites de alarme e aciona os parâmetros alinhados acima;
- Identificar e iniciar tratamento para quaisquer causas reversíveis (5H e 5T) antes de considerar interromper a RCP, com especial consideração para hipóxia, acidemia e trombose coronária, causas citadas como frequentes nas publicações atuais sobre COVID-19;
- Restringir o número de funcionários no local do atendimento.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

Considerações:

- Quaisquer superfícies de trabalho usadas para posicionar equipamentos de vias aéreas / ressuscitação precisarão ser limpas de acordo com as orientações publicadas para COVID-19;
- VERIFICAR se equipamentos usados nas intervenções das vias aéreas (por exemplo, laringoscópio, máscaras faciais) não foram deixados no leito do paciente – procure deixá-los sobre uma bandeja;
- VERIFICAR se a cânula de aspiração também não foi deixada no leito do paciente - descarte a extremidade contaminada dentro de uma luva descartável.

16. TERAPIA FARMACOLÓGICA RECOMENDADA

Atualmente não existe tratamento específico eficaz contra o SARS-CoV-2. A seguir, detalhamos as principais medidas terapêuticas que demonstraram benefício no manejo do paciente com COVID-19 até o momento, conforme a classificação clínica (vide item 10).

16.1. ANTIMICROBIANOS

Não devem ser utilizados de rotina, apenas para os pacientes que apresentarem suspeita ou confirmação de pneumonia bacteriana associada.

16.1.1. INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

- Pneumonia bacteriana da comunidade:
 - 1ª. OPÇÃO:
 - **Ceftriaxona:** 2g EV 1x ao dia, OU
 - **Ampicilina-sulbactam:** 3g, EV, de 6/6h, por 7 dias; E
 - **Azitromicina:** 500mg, 1 vez ao dia, por 5 dias:
 - Alternativa:
 - **Levofloxacino:** 750mg, EV, 1x ao dia, por 7 dias.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

- Pneumonia bacteriana nosocomial:
 - **Piperacilina-Tazobactam:** 4.5g, EV, de 6/6h
 - Adequar esquema de acordo com perfil microbiológico do hospital (NCIH)*. Caso haja histórico de uso recente de antimicrobianos, colonização por bactéria multirresistente ou outras situações especiais, consultar Infectologista do hospital.

16.2. ANTIVIRAL:

- Tratamento para Influenza:
 - **Oseltamivir** 75mg, VO, de 12/12hs, por 5 dias.

Considerações:

1. Recomendado em casos de SRAG ou para pacientes com risco de complicações do vírus Influenza (doenças crônicas, imunossupressão, idade \geq 65 anos, gestantes) e início de sintomas gripais até 48h.
2. Suspender logo que painel viral seja negativo para Influenza.

16.3. ANTICOAGULAÇÃO:

Baseada na Nota Técnica N.º 2/2020 de 22/junho/2020
(endereço SEI! [42234921](#)):

16.3.1. Profilaxia para TEV:

Indicação:

- Pacientes internados com suspeita ou confirmados de COVID-19.

Posologia:

- **Enoxaparina** 40mg ou 60mg (> 80kg), SC, 1x ao dia OU
- **Heparina não-fracionada** 5.000UI, SC, de 12/12hs, ou 8/8hs (>



80kg)

Observação:

Sugere-se os seguintes ajustes para pacientes com:

- IMC > 30 kg/m² :
 - Dose profilática de enoxaparina: 60mg SC ao dia
 - Dose profilática de heparina (não fracionada): 5000UI de 8/8h SC
- IMC > 40 kg/m² :
 - Dose profilática de enoxaparina: 40mg SC de 12/12h
 - Dose profilática de heparina (não fracionada): 7500UI de 8/8h SC
- IMC > 50 kg/m² :
 - Dose profilática de enoxaparina: 60mg SC de 12/12h
 - Dose profilática de heparina (não fracionada): 7500UI de 8/8h SC

16.3.3. Anticoagulação terapêutica

Indicação:

- Paciente confirmado para COVID-19 e TEV
- Paciente confirmado para COVID-19 e alta suspeição clínica para TEV, porém com restrição para realização de exame confirmatório.

Posologia:

- **Enoxaparina** 1mg/kg SC de 12/12h (preferencialmente) ou 1,5mg/kg SC ao dia; OU
- **Heparina (não-fracionada)#**: 250UI/kg SC de 12/12h ou 80UI/kg (max 10.000UI)bolus e 18UI/kg/h (max. 2.000UI/h) EV

#TTPa a cada 6h para ajuste e manter relação paciente/controle entre 1,5 e 2,5.

Observação:



- Pacientes internados com insuficiência renal e depuração de Creatinina <30ml/min devem receber preferencialmente profilaxia e tratamento com heparina não-fracionada.

16.3.4. Uso do Anticoagulante após a alta de internação:

- Pacientes com baixo risco* para TEV:
 - Enoxaparina de 40mg SC ao dia, por 7 dias.
- Pacientes com alto risco* para TEV:
 - Enoxaparina de 40mg SC ao dia, por 14 dias.

***Estratificação de risco para TEV (alto risco \geq 4 pontos):**

- Câncer ativo (exceto cutâneos localizados): +3 pontos
- TVP prévia: +3 pontos
- Redução de mobilidade (> 50% do período de vigília acamado): +3 pontos
- Trombofilia: +3 pontos
- Cirurgia ou trauma há 1 mês (com comprometimento da mobilidade): +2 pontos
- Idade \geq 70 anos: +1 ponto
- ICC ou DPOC: +1 ponto
- IAM ou AVC recente (1 mês): +1 ponto
- Infecção aguda e/ou doença reumatológica: +1 ponto
- Obesidade (IMC \geq 30kg/m²): +1 ponto
- Contraceptivo, reposição ou terapia de reposição hormonal: +1 ponto

Fonte: Adaptado - the Padua Prediction Score.

- Pacientes internados com TEV associada ao COVID-19 ou anticoagulação prévia:
 - Enoxaparina 1,5mg/kg SC ao dia, por pelo menos 14 dias. Após este período avaliar substituição para anticoagulante oral.



16.4. CORTICOIDES

Um grande estudo randomizado com grupo controle (Estudo RECOVERY), coordenado pela Universidade de Oxford na Inglaterra, demonstrou que o corticoide aumenta a sobrevivência em pacientes com COVID-19 que necessitam de oxigênio suplementar ou ventilação mecânica. **Não deve ser utilizado em pacientes que não necessitem de suplementação de oxigênio.**

Posologia:

- Dexametasona 6 mg/dia, EV, com duração até 10 dias ou até a alta (o que for menor)

16.4.1. Outras situações:

1. Pacientes usuários crônicos de corticoides por comorbidades:

Corticoides não devem ser suspensos abruptamente;

Se indicados, devem ser utilizados na menor dose possível para controlar a doença independentemente do seu estágio;

2. Pacientes com Asma ou DPOC exacerbada:

Posologia conforme indicação clínica, avaliando os demais riscos e benefícios frente à infecção pelo COVID-19.

3. Diagnóstico de linfocitose hemofagocítica secundária

A síndrome hemofagocítica, secundária a forma grave da tempestade de citocinas, tem sido descrita como complicação de formas críticas na COVID-19.

- OPÇÃO TERAPÊUTICA:
- Dexametasona 6mg/dia, EV, por 10 dias

→ OBSERVAÇÃO:

- Alguns pacientes podem necessitar de suporte transfusional: Concentrado de hemácias ou plaquetas, plasma fresco ou crioprecipitado (de acordo com necessidade).

Observação: Utilizar HScore (acessível em <http://saintantoine.aphp.fr/score/>) para diagnóstico de síndrome hemofagocítica - atentar para baixa sensibilidade desse escore na



COVID-19.

4. **Choque séptico refratário ou SRAG refratária:**

Ainda existe pouca evidência científica sobre o benefício do uso de corticoide para choque séptico e/ou SRAG refratários por COVID-19. Porém, devido à gravidade do doente, à experiência em outras pneumonias virais, ao racional teórico envolvendo liberação excessiva de citocinas nestes pacientes (“cytokine storm syndrome”) e aos resultados favoráveis de pesquisas recentes, a recomendação do Surviving Sepsis Campaign de Junho/2020 permanece favorável ao uso. Caso o paciente apresente outra infecção grave e sem controle concomitante, deve ser avaliada a indicação de corticoides com cautela, somada a outras intervenções que se façam necessárias.

- **Hidrocortisona** 200 mg/dia, EV, fracionado em 4x/dia até resolução do choque.

16.5. HIDRATAÇÃO

A estratégia de hidratação deve ser individualizada para cada paciente, considerando também comorbidades existentes. Recomenda-se hidratação parcimoniosa com cristalóides, utilizando parâmetros dinâmicos como: temperatura da pele, tempo de enchimento capilar e lactato arterial.

16.5.1 Hidratação em UTI

FASE DE RESGATE (PA SISTÓLICA < 90mmHg)

META: PAM alvo: 60 - 65mmHg

Reposição volêmica rápida com cristalóides (Ringer com Lactato de preferência): 20ml/kg

ATENÇÃO: Infundir de 250ml até um volume total de 20ml/kg/peso. Em seguida, associar noradrenalina simultaneamente à reposição volêmica. Ao atingir a dose de noradrenalina de 0,5mcg/kg/min, considerar a possibilidade de associar Vasopressina (0,01 a 0,04 UI/min).

A vasopressina deve ser evitada nos casos com evidência de disfunção miocárdica.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

FASE DE OTIMIZAÇÃO

Avaliar perfusão/fluxo através do tempo de enchimento capilar (TEC) (normal ≤ 3 seg), lactatemia, gradiente veno-arterial de PCO₂ (Delta PCO₂), saturação venosa mista de oxigênio (SvO₂) ou saturação venosa central de oxigênio (ScvO₂).

ATENÇÃO:

- Na ausência de resposta a reposição volêmica, considerar a disfunção miocárdica e uso de inotrópico (dobutamina).
 - Em locais com poucos recursos, recomenda-se utilizar como referência o delta PCO₂ acima de 8 para caracterizar disfunção miocárdica.
- *Observação: Delta PCO₂ = PvCO₂ – PaCO₂ (é a diferença entre a pressão parcial de CO₂ venoso (PvCO₂) e a pressão parcial de CO₂ arterial (PaCO₂)).*
- Corticoides podem ser utilizados, se persistir a necessidade de vasopressor em até 6h.

FASE DE ESTABILIZAÇÃO

- Recomenda-se um BH equilibrado (zero) após a otimização (correção da hipoperfusão).

16.6. OUTROS MEDICAMENTOS

- **Inibidores de ECA e BRA:** Não há evidência para que os usuários crônicos destes medicamentos interrompam o uso.
- **Antiinflamatórios não-esteroidais:** Não há evidência que sejam benéficos ou prejudiciais, porém devem ser utilizados com cautela.

17. CRITÉRIOS DE ALTA

17.1. UTI

- ATENÇÃO: Os critérios de alta da UTI devem ser similares aos critérios de admissão em unidades de cuidados intermediários (UCI) ou leitos com suporte ventilatório.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

O estado clínico do paciente admitido à UTI deve ser continuamente revisado a fim internação, como:

- Estabilidade hemodinâmica sem uso de drogas vasoativas de qualquer natureza.
- Estabilidade respiratória com dependência de ventilação mecânica invasiva, traqueostomizado, sem modificações constantes nos parâmetros de ventilação.
- Quando a necessidade de monitorização e cuidados intensivos não se fizer mais obrigatória.
- A morte encefálica devidamente documentada em não doador de órgão;
- Pacientes com redução no perfil de complexidade podem ser transferidos para unidade de menor complexidade, como UCI e leitos com suporte ventilatório. Na falta destes leitos, deverão ser transferidos para a enfermaria ou para o Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade, quando houver indicação e viabilidade de transferência.
- Necessidade de promoção apropriada dos cuidados paliativos e ortotanásia, dentro dos valores e preferências dos pacientes e familiares.
- Caso paciente apresente critérios de alta de UTI após período de 20 dias de isolamento, estando 24h sem febre e com melhora dos sintomas respiratórios, poderá ser encaminhado para enfermaria de Hospital regional ou enfermaria de especialidades para seguimento.
- O paciente egresso de UTI de coorte para COVID-19 com história de SRAG, sem confirmação por RT-PCR para SARS-CoV-2 ou sorologia para SARS-CoV-2, deverá permanecer em precauções de contato e gotículas por mais 10 dias (coorte de egressos).

17.2. HOSPITALAR E UPA

- Melhora clínica importante;
- Ausência de febre por mais de 24h (sem uso de antitérmicos);
- Melhora considerável dos sintomas respiratórios;
- Sinais vitais normais;
- Melhora dos exames laboratoriais e de imagem (**não é necessária normalização, especialmente de marcadores inflamatórios**);
- **Não há necessidade de RT-PCR negativo para SARS-COV-2 para alta;**



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

- Após o período de internação por COVID-19, caso paciente apresente necessidade de internação por outras causas, poderá ser encaminhado para enfermaria de Hospital Regional ou enfermaria de especialidades para seguimento.
- O paciente egresso de enfermaria de coorte para COVID-19 com história de SRAG, sem confirmação por RT-PCR para SARS-CoV-2 ou sorologia para SARS-CoV-2, deverá permanecer em precauções de contato e gotículas por mais 10 dias (coorte de egressos).

17.3. AMBULATORIAL

- Mais de 10 dias após o início dos sintomas, desde que o paciente esteja sem febre (sem uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas respiratórios nas últimas 24h. Na persistência dos sintomas além de 10 dias, manter acompanhamento até ausência de febre (sem uso de antitérmicos) e melhora dos sintomas respiratórios nas últimas 24h;

Alguns pacientes podem persistir com sintomas constitucionais após período de isolamento, como alterações do trato respiratório, anosmia, ageusia e fadiga, com tempo de recuperação total variando entre 2 a 6 semanas do início dos sintomas e outros pacientes com quadros graves e críticos podem evoluir com sequelas secundárias ao quadro de COVID-19. Tais pacientes devem ser avaliados individualmente quanto a necessidade de manutenção do seguimento clínico na Atenção primária ou ambulatorios de egressos/especialidades na atenção secundária.

- **Não há necessidade de RT-PCR para SARS-COV-2 negativo para alta.**

18. SITUAÇÕES ENVOLVENDO PROFISSIONAIS DE SAÚDE:

Os profissionais de saúde que possuam fatores de risco devem ser realocados para atividades que não envolvam contato direto com pacientes, incluindo atividades administrativas, teletrabalho e/ou telemedicina enquanto durar a pandemia. Caso o servidor que esteja em teletrabalho seja acometido pela COVID-19, documentada por RT-PCR ou sorologia (quimioluminescência ou ELISA), o retorno ao trabalho presencial poderá ser considerado após avaliação clínica por médico da especialidade relacionada à condição de risco e pela medicina do trabalho, conforme necessidade do serviço.

O Fluxo para Manejo de Servidores a ser aplicado a toda SES/DF e servidores estatutários cedidos ao Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal-IGESDF, está detalhado no Plano de trabalho central, elaborado pelo Comitê saúde do Servidor desta SES-DF.



19. ATESTADO PARA AFASTAMENTO PARA PACIENTE SUSPEITO/CONFIRMADO DE COVID-19 E CONTACTANTES DOMICILIARES:

- CID U07.1 - Diagnóstico de COVID-19 confirmados por exames laboratoriais;
- CID U07.2 - Diagnóstico clínico ou epidemiológico de COVID-19, quando a confirmação laboratorial é inconclusiva ou não está disponível.
- CID Z20.9 - Contato com exposição à doença transmissível não especificada.
- Paciente deve relatar nome completo de seus contactantes domiciliares e se responsabilizar pela veracidade das informações.

As recomendações presentes neste documento têm o intuito de padronizar definições e condutas na prática clínica das Unidades de Saúde da SES-DF, frente a suspeita ou confirmação de COVID-19. No entanto, ressaltamos que cada caso deve ser avaliado de forma individualizada e, conforme julgamento clínico, pode se encaixar ou não nas orientações desta nota técnica. O intuito desta diretriz é guiar, e não substituir o raciocínio clínico.

Situações não contempladas neste documento devem ser preferencialmente discutidos com o infectologista do hospital, ou demais especialidades envolvidas a depender do caso.

Tratamentos experimentais devem ser prioritariamente utilizados dentro de protocolos de pesquisa, seguindo padrões metodológicos adequados, e as boas práticas de pesquisa clínica.

O uso rotineiro de tratamentos sem eficácia comprovada pode provocar danos ao paciente e levar ao entendimento errôneo que determinado medicamento leva à cura da COVID-19, quando de fato, a doença apresenta resolução ESPONTÂNEA em 85% dos casos e tem taxa de letalidade estimada de 0,5-3%.

Os tratamentos com eficácia comprovada por estudos científicos, até o presente momento, estão contemplados nesta Nota técnica

Estamos em um momento de contínua construção do conhecimento a respeito do COVID-19, portanto é possível que alterações nesta nota técnica sejam necessárias em breve.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

20. APÊNDICE

MEDICAMENTOS EM FASE DE PESQUISA

Diante da ausência de tratamentos efetivos contra o SARS-CoV-2 até o presente momento, e da indisponibilidade de vacina contra o vírus, diversos medicamentos utilizados para outras doenças vêm sendo propostos para tratar o COVID-19. Apesar de muitos apresentarem efeito antiviral e/ou imunomodulador in vitro, a maioria não foi capaz de reproduzir o resultado satisfatoriamente em pesquisas clínicas.

- **Cloroquina/Hidroxicloroquina:** Os análogos da cloroquina são bases fracas que podem penetrar e se concentrar em endossomos e lisossomos, resultando em uma potencial inibição precoce da replicação viral in vitro. Além disso, parecem interferir na glicosilação terminal da expressão do receptor ACE2, o que impediria a ligação ao receptor SARS-CoV-2 e a subsequente disseminação da infecção.

Os estudos clínicos atuais sobre estes medicamentos, associados ou não à Azitromicina, permitem concluir que até o momento não foi evidenciado benefício clínico na profilaxia e no tratamento de COVID-19 e, portanto, não são recomendados em nenhuma fase da doença. Além disso, alguns estudos mostraram seu potencial malefício, podendo causar prolongamento do intervalo QT, que está associado a uma maior chance de arritmias ventriculares, potencialmente fatais.

Se o médico desejar prescrever tais medicamentos, é recomendado que seja realizado exame oftalmológico e ECG antes do início da droga (manter monitoramento durante o uso), e que sejam observadas possíveis interações medicamentosas e principais contra-indicações para o uso das drogas, além de compartilhar com o paciente a falta da evidência científica de sua eficácia à luz dos conhecimentos atuais e seu potencial risco de dano. (Vide Nota técnica Nº 3/2020 - SES/SAIS/CAT-COVID19 42522769)

- **Nitazoxamida:** Seu metabólito ativo Tizoxanida bloqueia seletivamente a maturação e o movimento intracelular de hemaglutinina viral do vírus Influenza, além de potencializar a produção de IFN do tipo I. Atividade potencial in vitro, porém sem comprovação de benefício in vivo. Existem estudos em andamento, principalmente em associação com outros medicamentos. Não é recomendado o uso de rotina para tratamento de COVID-19, apenas em pesquisa clínica.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

- **Ivermectina:** É uma lactona macrocíclica utilizada amplamente como tratamento antiparasitário. Possui atividade potencial in vitro contra SARS-CoV2, porém sem comprovação de benefício in vivo. Estudos em andamento, principalmente em associação com outros medicamentos. Não é recomendado o uso de rotina para COVID-19, apenas em pesquisa clínica.
- **Soro de convalescentes de COVID-19:** Proposta de transferência de imunidade passiva na tentativa de restaurar o sistema imunológico e neutralizar o vírus. Estudos em desenvolvimento em vários locais do mundo, inclusive no Brasil. O Hemocentro de Brasília está recrutando voluntários no momento. Ainda não há evidência significativa de eficácia, devendo ser utilizado apenas em pesquisa clínica.
- **Tocilizumabe:** Anticorpo monoclonal aprovado para Síndrome de liberação de Citocinas induzida por células T, além de artrite reumatoide e outras doenças auto-imunes. Liga-se aos receptores da IL-6 diminuindo a sinalização celular e efetivamente regulando a resposta inflamatória. Atualmente encontra-se em pesquisa em diversos países para pacientes graves e críticos que desenvolvem resposta inflamatória exacerbada. Contra-indicado no caso de infecção bacteriana não controlada. Ainda não há evidência significativa de eficácia, portanto é recomendado uso apenas em pesquisa clínica.
- **Remdesivir:** É um pró-fármaco que é convertido em um metabólito ativo de análogo de adenosina que possui atividade contra vírus de RNA. Em pesquisa em diversos países, com resultados preliminares promissores. Apresenta como principais efeitos adversos: elevação de transaminases, complicações gastrointestinais, insuficiência renal, erupção cutânea e hipotensão. Ainda indisponível no Brasil.
- **Favipiravir:** É uma pró-droga inibidora da RNA polimerase que interrompe a replicação viral. Encontra-se em pesquisa em alguns países, com a proposta de aumento da depuração viral. Apresenta como principal efeito adverso a possibilidade de aumento do intervalo Q-T. Não disponível no Brasil.
- **Lopinavir/Ritonavir:** Antirretrovirais inibidores de protease, já amplamente utilizados para o tratamento da Infecção pelo HIV. Evidências mais recentes indicam ausência de benefício significativo contra SARS-CoV-2.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Grupo Força Colaborativa Covid-19 Brasil. *Orientações sobre Diagnóstico, Tratamento e Isolamento de Pacientes com COVID-19. Versão 01, 13/04/2020.*
- 2 – Secretaria De Estado De Saúde Do DF. *Plano de Contingência do Distrito Federal para Infecção Humana pelo novo Coronavírus | COVID-19. Versão 5, Abril/2020.*
- 3 – Associação De Medicina Intensiva Brasileira. *Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para a abordagem do COVID-19 em medicina intensiva. 16/04/2020.*
- 4 - Secretaria De Ciência, Tecnologia, Inovação E Insumos Estratégicos Em Saúde – SCTIE. *Diretrizes para diagnóstico e tratamento da COVID-19. Versão 2, 08/04/2020.*
- 5 - AMIB/ABRAMEDE/AMB. *Protocolo de suplementação de oxigênio em paciente com suspeita ou confirmação de COVID-19. 2020.*
- 6 -AMIB/ABRAMEDE/AMB. *Coronavírus e Medicina de Emergência: Recomendações para o atendimento inicial do Médico Emergencista pela Associação Brasileira de Medicina de Emergência.*
- 7 - World Health Organization. *Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. March 2020.*
- 8 - ASSOBRAFIR. *Indicação e uso da ventilação não-invasiva e da cânula nasal de alto fluxo, e orientações sobre manejo da ventilação mecânica invasiva no tratamento da insuficiência respiratória aguda na covid-19. Acessado em Março de 2020.*
- 9 - *Surviving Sepsis Campaign: Guidelines On The Management Of Critically Ill Adult Patients With Coronavirus 2019 Disease (COVID-19) 20 de março de 2020.*
- 10 - *Orientações para o manejo respiratório, oxigenioterapia e suporte ventilatório em pacientes com infecção suspeita ou confirmada pelo sars-cov-2 (covid-19), Hospital Sírio-Libanês, 20 de Março de 2020.*
- 11 - *Airway management Covid 19- European Society of Anesthesiology (rev1.2).*
- 12 - *POP Intubação orotraqueal em sequência rápida Hospital Regional da Asa Norte.*
- 13 - *Webinar Sociedade Brasileira de Anestesiologia Covid 19; Março de 2020.*
- 14 – Conselho Federal de Medicina. *Parecer nº 4/2020 - Tratamento de pacientes portadores de COVID-19 com cloroquina e hidroxicloroquina. 16/04/2020.*



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

15 - American Medical Association. *Management of Critically Ill Adults With COVID-19. JAMA Clinical Guidelines Synopsis. Março/2020.*

16 - N. Mehta, M. Mazer-Amirshahi, N. Alkindi, et al., *Pharmacotherapy in COVID-19; A narrative review for emergency providers, American Journal of Emergency Medicine (2020), <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.04.035>*

17 - Zhou, W., Liu, Y., Tian, D. et al. *Potential benefits of precise corticosteroids therapy for severe 2019-nCoV pneumonia. Sig Transduct Target Ther 5, 18 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41392-020-0127-9>*

18 - Siddiqi H.K., Mehra M.R. *COVID-19 illness in native and immunosuppressed states: a clinical-therapeutic staging proposal. J. Heart Lung Transplant. 2020*

19 - Rosenberg ES, Dufort EM, Udo T, et al. *Association of Treatment With Hydroxychloroquine or Azithromycin With In-Hospital Mortality in Patients With COVID-19 in New York State. JAMA. Published online May 11, 2020. doi:10.1001/jama.2020.8630*

20 - Awadhesh Kumar Singh et al. *“Hydroxychloroquine in patients with COVID-19: A Systematic Review and meta-analysis.”, Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews, Volume 14, Issue 4, 2020, Pages 589-596, <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.05.017>.*

21 - Bray, M., Rayner, C., Noël, F., Jans, D., Wagstaff, K., *Ivermectin and COVID-19: a report in Antiviral Research, widespread interest, an FDA warning, two letters to the editor and the authors' responses, Antiviral Research, <https://doi.org/10.1016/j.antiviral.2020.104805>*

22 - Leon Caly, Julian D. Druce, Mike G. Catton, et al. *The FDA-approved drug ivermectin inhibits the replication of SARS-CoV-2 in vitro. Antiviral Research, Vol 178, 2020.*

23 - Schmith, V.D., Zhou, J.(and Lohmer, L.R. (2020), *The Approved Dose of Ivermectin Alone is not the Ideal Dose for the Treatment of COVID-19. Clin. Pharmacol. Ther.. Accepted Author Manuscript. doi:[10.1002/cpt.1889](https://doi.org/10.1002/cpt.1889)*

24 - Padmanabhan S. 2020. *Potential dual therapeutic approach against SARS-CoV-2/COVID-19 with Nitazoxanide and Hydroxychloroquine.*

25 - Shio-Shin Jean & Po-Ren Hsueh (2020) *Old and re-purposed drugs for the treatment of COVID-19, Expert Review of Anti-infective Therapy, DOI: [10.1080/14787210.2020.1771181](https://doi.org/10.1080/14787210.2020.1771181)*

26 - Emerging Infectious Diseases Clinical Research Network (LaRed). *Efficacy and Safety of Nitazoxanide in Addition to Standard of Care for the Treatment of Severe Acute Respiratory Illness, Clinical Infectious Diseases, Vol 69, Issue 11, 1 December 2019, Pages 1903–1911,*

26–Falavigna M., Colpani V., Stein C. et al. *Diretrizes para o Tratamento Farmacológico da COVID-19. Consenso da Associação de Medicina Intensiva*



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

Brasileira, da Sociedade Brasileira de Infectologia e da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Maio, 2020.

27- Tang W., Xie Q. *Et al. Hydroxychloroquine in patients with mainly mild to moderate coronavirus disease 2019: open label, randomised controlled trial*

28- American College of Rheumatology. *COVID-19 Clinical Guidance for Adult Patients with Rheumatic Diseases. April 29, 2020.*

29- Cai Q, Yang M, Liu D, Chen J, Shu D, Xia J, et al. *Experimental Treatment with Favipiravir for COVID-19: An Open-Label Control Study. Engineering (Beijing). 2020. Epub 2020/04/30*

30- Sanders JM, Cutrell JB *Et al. Pharmacologic Treatments for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) a Review. JAMA, April 11, 2020.*

31- Mehra MP, Desai SS, Ruschitzka F, Patel AN. *Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis. The Lancet. May 22, 2020.*

32- Conselho Federal de Medicina. *Parecer CFM N° 04/2020. <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2020/4>*

33 - Horby, P.; Lim, W. S.; Emberson, J.; Mafham, M.; Bell, J.; Linsell, L.; Staplin, N.; Brightling, C.; Ustianowski, A.; Elmahi, E.; Prudon, B.; Green, C.; Felton, T.; Chadwick, D.; Rege, K.; Fegan, C.; Chappell, L. C.; Faust, S. N.; Jaki, T.; The RECOVERY Collaborative Group. *Dexamethasone in Hospitalized Patients with COVID-19: Preliminary Report. medRxiv, , NEJM, July 17, 2020. DOI:10.1056/NEJMoa2021436*

34- Skipper CP.; Pastick, KA.; Engen, NW.; Bangdiwala, MS; Abassi M.; Lofgren SM. Williams DA.; Hullsiek KH; Cheg MP; Luke, D; Lothar SA; Mackenzie LJ; Drobot G; Kelly, LE; Schwartz IS; Zarychanski, R; McDonald EG; lee, TC; Rajasingham R; Boulware DR. *Hydroxychloroquine in Nonhospitalized Adults with Early COVID-19. Annals of Internal Medicine, July 16, 2020. <https://doi.org/10.7326/M20-4207>*

35- Cavalcanti, AB; Zampieri, FG; Rosa, RG; Azevedo LCP; Veiga V.C., Avezum, A., Damiani LP.; Marcadenti A.; Kawano-Dourado L.; Lisboa, T.; Junqueira, DL at al. *COALITION COVID-19 Brazil I Investigators. Hydroxychloroquine with or without Azithromycin in Mild-to-Moderate Covid-19, NEJM, July 23, 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2019014*

36- Puja, M; Daniel, FM; Michael, B; Emilie, S; Rachel, ST; Jessica, JM et al. *COVID-19: consider cytokine storm syndromes and immunosuppression, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30628-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30628-0)*



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

FLUXOGRAMA

Vide página abaixo

Paciente: máscara facial cirúrgica

Paciente com sintomas respiratórios e febre relatada* CASO SUSPEITO DE COVID-19

Atenção: Febre pode não estar presente no momento da admissão.

PRECAUÇÃO - EPI
Gotícula+contato: assistência direta ao paciente.
Aerossol+contato: procedimentos aerossolizantes, UTI-COVID-19, sala vermelha e box de emergência.

SINAIS DE ALARME:
Febre >39
Febre > 3 dias
Dispneia
Tosse persistente
Taquicardia
Alt. de Consciência

Sat.O2 ≥ 94%



Sat.O2 < 94%

Notificar caso suspeito (notificar saúde.gov.br) ou adicionar V.E. local p/ notificação

LEVE
MODERADO
GRAVE
CRÍTICO

Febre, tosse, fadiga, mialgia, cefaleia, rinorreia, dor de garganta, anorexia, perda de paladar ou olfato e sintomas gastrointestinais

Pneumonia leve (febre, tosse, dispneia, FR>23, estertores crepitantes)

Dispneia, FR > 23, sepse, comprometimento pulmonar >25% em imagem de TC ou hipoxemia isolada

Síndrome respiratória aguda grave, choque séptico, disfunção de múltiplos órgãos

EXAME PARA COVID-19
Início dos sintomas:
* 3-7 dias: RT-PCR (nasofaringe ou preferencialmente de secreção traqueal)
* > 8 dias: teste sorológico

Teste sorológico negativo não descarta o diagnóstico de COVID-19.

Exame para COVID-19* se profissional da saúde ou grupo de risco

Grupo de risco ou sinais de alarme?

O2 sob CN de baixo fluxo, até 5l/min/ manter SatO2>93%. Colocar máscara sobre o CN.

Pré oxigenar sob máscara facial acoplada manualmente por 3 min, em baixo fluxo (5 L/min), evitando escapes, para manter SpO2>93%

Antitérmico / Analgésico + Hidratação + Repouso + isolamento domiciliar + Orientar sinais de alarme + Alta

Não

Sim

Sem resposta satisfatória

Intubação por sequência rápida por médico experiente

SEQUÊNCIA RÁPIDA DE INTUBAÇÃO

- 1 - Jovem e/ou hemodinamicamente estável:
- Fentanil (2µg/Kg)
 - Propofol (2mg/Kg)
 - Suxametônio (1,5mg/Kg)
- 2 - Idoso e/ou hemodinamicamente instável
- Lidocaína s/ vasoconstritor (1,5mg/Kg)
 - Dextrocetamina (2mg/kg)
 - Suxametônio (1,5mg/Kg)

Exame p/ COVID-19, TC (preferencialmente) ou RX de tórax, HMG, ferritina, PCR, DHL, U, Cr, ALT, AST

* Exame p/ COVID-19 conforme início dos sintomas
* HMG, glicemia, ALT, AST, U, Cr, gase, DHL, lactato, TAP, TTPA, ferritina, CPK, PCR, D-dímero, eletrólitos
* TC de tórax (preferencialmente)
* PCR-H1N1 (painel vírus respiratórios) para críticos e com risco para H1N1

TC e resultado de exame p/ COVID-19 não são obrigatórios para transferência do paciente.

Avaliar condições clínicas e sociais da necessidade de internação ou alta.

Internação em enfermaria de coorte para observação, compensação de doenças de base, monitorar oximetria =>Enoxaparina 40mg/dia =>ATB S/N =>Antiviral S/N

Internação em enfermaria de coorte, exames adicionais pertinentes, compensação de doenças de base, monitorar oximetria e transferência p/ Hosp. de Referência para COVID-19 via SISLEITOS =>Enoxaparina 40mg/dia => Dexametasona 6mg/d ou conforme condição clínica =>ATB S/N =>Antiviral S/N

Internação em sala vermelha, exames adicionais pertinentes, hemocultura, manejo clínico inicial de suporte intensivo e transferência p/UTI-COVID via SISLEITOS =>Enoxaparina 40mg/dia =>Dexametasona 6mg/d ou conforme condição clínica =>ATB S/N =>Antiviral



GRUPOS DE RISCO

- > 60 anos
- Febre >39
- Obesidade
- Doença cardiovascular
- Diabetes
- HAS
- Doença pulmonar crônica
- Neoplasia
- Hepatopatia crônica
- Doença renal crônica
- Imunodepressão
- Gestante
- Transtornos neurológico que comprometa função respiratória
- Pop. vulnerável
- Co-infecção TB, H1N1, dengue

ANTIMICROBIANOS

PNM comunitária: Ceftriaxona 2g/d ou Ampi/Sulbactam 3g 6/6h (D7) + Azitromicina 500mg/d (D5) OU apenas Levofloxacino 750mg (D7)
PNM nosocomial: Piper/Tazobactam 4,5g 8/8h (D7) + consultar NCH
Sd. gripal: Oseltamivir 75mg 12/12hs (D5) se crítico ou grupo de risco p/ H1N1

TEMPO DE ISOLAMENTO

1- Confirmados p/ COVID-19: 10 dias, desde que 24h afebrile melhora respiratória. Críticos e Imunossuprimidos: 20 dias, se afebril há 24h melhora respiratória.
2- Sem etiologia definida: 10 dias
3- Etiologia não-COVID: retirar do isolamento ou manter conforme recomendação específica.

ANTICOAGULAÇÃO TERAPÊUTICA

TEV confirmado ou com alta suspeição => Enoxaparina 1mg/kg 12/12h ou 1,5mg/kg SC ao dia

Paciente internado sem suspeita clínica de COVID-19 que evolui com SG ou SRAG: seguir fluxograma de caso suspeito e isolar contactantes da enfermaria por 14 dias (pode ser por coorte - solicitar RT-PCR para COVID-19, caso apresentem sintomas respiratórios).

CRITÉRIOS DE ALTA

- => Melhora clínica importante
- => Ausência de febre por mais de 24h (s/ antitérmicos)
- => Melhora considerável dos sintomas respiratórios
- => Sinais vitais normais
- => Melhora dos exames laboratoriais e de imagem (não é necessária normalização)
- *Orientar sinais de alarme!



Fluxograma atendimento paciente suspeito COVID-19 (versão 2)