

FLUXOGRAMA DE MANEJO DA COVID 19

1.0 OBJETIVO

O objetivo destas Diretrizes é padronizar, atualizar e otimizar o Fluxo de Atendimento a pacientes de COVID-19 realizado nos serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Itapuranga.

2.0 INTRODUÇÃO

Estas diretrizes são voltadas para os profissionais de saúde da rede municipal de Itapuranga que deverão diagnosticar casos de síndrome gripal, estratificar quadros clínicos pela gravidade para o encaminhamento em tempo hábil de pacientes com sinais de alerta para os serviços de urgência, internação ou terapia intensiva. A atenção primária deverá absorver casos leves e promover o isolamento social de casos suspeitos e seus contatos domiciliares, diminuindo a propagação do vírus na população (1). Estas orientações são dinâmicas, podendo ser formalmente revisadas conforme evolução da epidemia no país e avanço do conhecimento sobre a doença.

3.0 DEFINIÇÕES (1,2):

3.1 Casos Suspeitos:

3.1.1 Síndrome Gripal (SG):

Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos (que não são obrigatórios) (2).

Observações:

- **Em crianças:** além dos itens anteriores considera-se também **obstrução nasal**, na ausência de outro diagnóstico específico.
- **Em idosos:** deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

Em caso de suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas podem ser calafrios, cefaléia e diarreia. Nesses casos deve-se considerar diagnósticos diferenciais, como gastroenterocolites e dengue. Nessa última, a presença de plaquetopenia junto a leucopenia pode ser fator confundidor, mas nessa patologia o aumento do hematócrito é **comum** após o terceiro dia na ausência de anemia prévia ou hemodiluição como em gestantes, por exemplo.

- Investigar história de contatos com sintomas de COVID-19(reforçará a hipótese).

- Relato de coriza ou dor de garganta leves na semana anterior podem fazer parte do quadro, sendo computadas como o início do quadro.
- O tempo de evolução da doença pode assim ser melhor considerado, por exemplo: dia 1 o primeiro dia de sintomas):D1,D2...

3.1.2 Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG):

Indivíduo com **SG** que apresente ainda: dispnéia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O² menor que 95% em ar ambiente (MS) OU coloração azulada dos lábios ou rosto.

Observações:

- **Em crianças:** além dos sintomas anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência;
- Para efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG, independente de hospitalização.
- A febre pode não estar presente em alguns casos, como: em pacientes imunossuprimidos ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antitérmico (4).
- Outras manifestações clínicas extrapulmonares podem estar associadas à infecção por SARS-CoV-2 □ Essas manifestações podem incluir, por exemplo: □ tromboembolismo; □ alterações cardíacas (arritmias cardíacas e isquemia miocárdica); □ alterações renais (hematúria, proteinúria e insuficiência renal); □ alterações gastrointestinais (diarreia, náuseas, vômitos, dor abdominal e anorexia); □ alterações neurológicas (cefaleia, tontura, encefalopatia, ageusia, anosmia e acidente vascular encefálico); □ alterações hepáticas (aumento de transaminases e bilirrubinas); □ alterações endócrinas (hiperglicemia e cetoacidose diabética); ou □ alterações dermatológicas (rash eritematoso, urticária, vesículas, petéquias e livedo reticular) (5).
- Hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente ou descompensação da doença de base, alteração do estado mental, diminuição da diurese, taquicardia, pulso fraco, extremidades frias em casos suspeitos de COVID-19 (4). Estas informações ajudam a garantir que os casos não deixem de ser reconhecidos, devido à provável apresentação de sintomas atípicos ou mínimos, não mencionados neste documento.

- Solicitar RT PCR para COVID 19, entre o 3º e 10º dia de sintoma, preferencialmente no 4º e 5º dia.

3.2 Casos Confirmados de COVID-19

- **Por Critério Clínico** Caso de SG ou SRAG, com confirmação clínica, associado a anosmia (disfunção olfativa) OU ageusia (disfunção gustatória) aguda, sem outra causa pregressa.

- **Por Critério Clínico-Epidemiológico** Caso de SG ou SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas com caso confirmado para COVID-19.
- **Por Critério Clínico-Imagem.** Caso de SG ou SRAG ou óbito por SRAG que não foi possível confirmar por critério laboratorial E que apresente pelo menos uma das seguintes alterações tomográficas:
 - **Opacidade em Vidro Fosco** periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação"), **ou**
 - **Opacidade em Vidro Fosco** multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação"), **ou**
 - **Sinal de Halo Reverso** ou outros sinais de pneumonia em organização (observados posteriormente).

Observação: Segundo o Colégio Brasileiro de Radiologia, quando houver indicação de tomografia, o protocolo é de uma Tomografia Computadorizada de Alta Resolução (TCAR), se possível com protocolo de baixa dose. O uso de meio de contraste endovenoso, em geral, não está indicado, sendo reservado a situações específicas a serem determinadas pelo Radiologista.

- **Por Critério Laboratorial**

Caso de SG ou SRAG com teste:

- **De Biologia Molecular:** resultado **Detectável** para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real. Deve ser solicitado a partir do 3º dia de sintoma (preferencialmente no 4º e 5º dia) podendo se estender até o 10º dia.

Por Critério Laboratorial em Indivíduo Assintomático

Indivíduo **Assintomático** com resultado de exame:

- **Biologia Molecular:** resultado **Detectável** para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real.
- **Imunológico:** hoje sabe-se que contribuem pouco no quadro agudo (5), sendo recomendadas apenas em inquéritos epidemiológicos ou situações específicas de acordo com a avaliação do CIEVS (6).

A sensibilidade varia com o tempo dos testes em relação à exposição. Um estudo de modelagem estimou a sensibilidade do RT-PCR em 62% no dia do início dos sintomas e 80% em três dias após o início dos sintomas (4) ou seja **um exame negativo para COVID-19 isoladamente não é suficiente para descartar um caso para COVID-19**. Testes falso-negativos podem ocorrer pela inadequada técnica de coleta de amostras, pela amostra insuficiente ou pelo tempo de exposição e coleta. **Por isso, recomenda-se a consideração do diagnóstico de COVID-19 em todo caso de SG.**

3.3 Caso de SG ou SRAG não Especificada

Caso de SG ou de SRAG para o qual não houve identificação de nenhum outro agente etiológico ou que não foi possível coletar/processar amostra clínica para diagnóstico laboratorial, ou que não foi possível confirmar por critério clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico.

3.4 Caso de SG Descartado para COVID-19

Caso de **SG** para o qual houve identificação de outro agente etiológico, confirmada por método laboratorial específico, excluindo-se a possibilidade de uma coinfeção, OU confirmação por causa não infecciosa, atestada pelo Médico responsável.

Observações:

- O registro de casos descartados de SG para COVID-19 deve ser feito no **e-SUS** notifica.

4.0 Alguns Fatores de Risco para Possíveis Complicações e Formas Graves da Doença (1;2;5)

- Idade igual ou superior a 60 anos;
- Miocardiopatias de diferentes etiologias (insuficiência cardíaca, miocardiopatia isquêmica ou outras);
- Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Pneumopatias graves ou descompensados (DPOC), a asma moderada e grave devem ser consideradas até melhor definição de seu papel;
- Tabagismo;
- Obesidade (IMC de 30 ou mais);
- Imunodepressão;
- Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5);
- Diabetes mellitus, (principalmente tipo II);
- Doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica;
- Neoplasia maligna;
- Gravidez, gestantes idosas, diabetes gestacionais e pre-eclâmpsia (5)..
- Doença cerebrovascular, demências, doenças mentais (5)
- O papel da genética na COVID-19 tem sido postulado (7) e ainda não está bem esclarecido, mas sugere-se maior cuidado com história de óbitos na família, independentemente se a causa seria por predisposição hereditária ou causas sociais e culturais comuns em grupos familiares.

Observações:

- Em gestantes, observar hipotensão e suas peculiaridades.
- Crianças, idosos e pessoas imunossuprimidas podem apresentar ausência de febre e sintomas atípicos.
- Em crianças, considerar:
 - Taquipneia: ≥ 70 rpm para menores do que 1 ano;
 - ≥ 50 rpm para crianças maiores do que 1 ano;
 - Hipoxemia;
 - Desconforto respiratório;
 - Alteração da consciência;
 - Desidratação;
 - Dificuldade para se alimentar;
 - Lesão miocárdica;
 - Elevação de enzimas hepáticas;
 - Disfunção da coagulação;
 - Rabdomiólise;

- Qualquer outra manifestação de lesão em órgãos vitais.

5.0 Alguns Exames Laboratoriais e Complementares Usuais na Covid 19

5.1 Laboratoriais:

Vários guidelines sugerem esses exames: hemograma completo, coagulograma (TP, TTPA), Proteína C Reativa sérica (PCR), AST (TGO), ALT (TGP), creatinina, uréia, glicemia, triglicérides, RT-PCR para SARS-CoV-2, sorologia ELISA IGM IGG para SARS-Cov-2, teste molecular rápido antigênico para coronavírus. Entre outros que não são realizados pelo município.

5.2 Complementares: Eletrocardiograma e raio x.

6. COMO SE CLASSIFICA OS CASOS DE COVID-19?

ESTÁGIO	CARACTERÍSTICAS
Assintomático ou pré-sintomático	Teste positivo para Sars-CoV2 sem sintomas
Doença leve	Febre, dor de garganta, tosse, mal estar, dor de cabeça, dor de cabeça, sem falta de ar ou alterações radiológicas.
Doença moderada	Evidência de pneumonia MAS saturação ≥ 94 .
Doença grave	Evidência de pneumonia saturando $< 94, >30$ respirações por minuto, $>50\%$ pulmão acometido, $PaO_2/FiO_2 < 300$ na gasometria.
Doença gravíssima	Insuficiência respiratória, choque séptico, falência de múltiplos órgãos.

7. COMO MANEJAR O PACIENTE COM SUSPEITA DE COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:

1. <60 anos ou sem comorbidades: monitoramento a cada 48 h
2. >60 anos e/ou com comorbidades ou gestante: monitoramento a cada 24 h

Prescrever anti-térmico e analgésico (paracetamol ou dipirona). Não prescrever ácido acetilsalicílico nem corticóide.

Antibioticoterapia não deve ser prescrita se não houver suspeita de infecção bacteriana associada (5). Não há evidências que o uso de Azitromicina de rotina traga benefícios no tratamento de pacientes ambulatoriais. O uso desse antibiótico se mostrou sem benefícios em pacientes que precisaram ser internados com COVID-19 (9).

Escores de risco de agravamento da COVID-19 estão em pesquisa até o momento (5). Não existem dados estabelecidos cientificamente para a quantificação de riscos segundo marcadores inflamatórios, com diferentes cortes em trabalhos sobre o assunto. Apesar da observação de vieses nos estudos sobre prognóstico, alguns marcadores têm sido apontados por muitos trabalhos como indicadores de gravidade na COVID-19 como linfocitopenia abaixo de 800 (8), aumento de proteína c reativa acima de 50 (21), relação neutrófilos/linfócitos (NLR) maior que 2,21 (11) dentre outros.

Portanto, sugere-se pedir exames laboratoriais plausíveis na atenção primária da rede pública entre o quinto dia/oitavo dia: hemograma, PCR, EAS (para diagnóstico diferencial – INCLUIR DENGUE). Caso se observe há queda de linfócitos, aumento da NLR o paciente deverá ser melhor avaliado.

7.1- CONSIDERAR CASO SEM AGRAVANTES SE:

1.>800 linfócitos, <50 pcr, NLR* < 2,21 e ausência de comorbidades / NAO GESTANTE / < 60 ANOS.

Monitoramento a cada 48 h. Orientar isolamento domiciliar até 10º dia do início dos sintomas e ausência de febre há pelo menos 24 horas, com melhora dos outros sintomas. Orientar isolamento de contato deles por 10 dias. • Fornecer atestado médico para pacientes e contatos domiciliares, se necessário. • Manter ambiente domiciliar ventilado. • Aumentar hidratação oral. • Retornar ao Centro de Saúde para reavaliação se febre alta não responsiva a anti-térmico, febre persistente (> 3 dias) ou se apresentar sinais de piora do estado clínico ou de gravidade. Orientar o paciente a retornar para casa utilizando máscara cirúrgica e, se possível, evitar transporte coletivo. • Notificar online através do link: <https://notifica.saude.gov.br/login>

7.2- CONSIDERAR CASO COM AGRAVANTES SE:

- <800 linfócitos,>50 pcr, NLR* > OU=2,21
 - Comorbidades do grupo de risco.
 - Gestantes
 - >60 ANOS
1. Monitoramento a cada 24 h.
 2. Observar saturação.
 3. Preventivamente: se cair abaixo de 95%: ENCAMINHAMENTO PARA HOSPITAL para procedimentos para melhor avaliação e/ou internação.

Em 21 de janeiro de 2021 a Organização Mundial de saúde (5) sugeriu possíveis benefícios (diagnóstico precoce da hipoxemia) do uso do oxímetro em pacientes sintomáticos que suplantariam os prejuízos (ansiedade e alarmes falsos) em pacientes com fatores de riscos para doença grave, não vendo seu benefício em pacientes assintomáticos (5).

ATENÇÃO

1. Se houver piora clínica - retorno ou agravamento de febre associado a tosse freqüente, dor torácica: repetir exames em RECLASSIFICAR o quadro em caso com ou sem agravantes. O paciente deverá ser informado sobre os sinais de agravamento. ENCAMINHAR PARA URGENCIA (HMI)
2. Se ocorrer aumento da frequência respiratória (acima de 20 irpm) ou sensação de dispnéia: (podem ocorrer principalmente entre 5º e 12º podendo estenderem-se até o 16º dia) encaminhar para HOSPITAL para realizar exames mais dirigidos. Se necessário, Fazer contato com SAMU para transporte até unidade de referência (HMI).

8-0 Medidas Clínicas nas Urgências

8.1 Casos Leves

Suspeitos

- Solicitar RT PCR para COVID 19, entre o 3° e 10° dia de sintoma, preferencialmente no 4° e 5° dia.

Suspeitos e Confirmados:

- Medidas Farmacológicas

- Prescrição de fármacos conforme diagnóstico clínico e sintomático.

- Medidas Clínicas

- Solicitar Hemograma, TGO, TGP, Uréia, Creatinina, PCR.
- Encaminhamento para Sentinela.
- Retorno imediato à Unidade de Urgência e Emergência na ocorrência de sintomas moderados ou graves.

8.2 Casos Moderados

- Suspeitos

- Solicitar **Teste Rápido Antigênico (TRA)**, até o 7° dia de sintoma (preferencialmente no 5° dia) para definir perfil do leito da AIH. Se negativo, solicitar RT PCR para Covid 19 e solicitar AIH para leito de paciente com suspeita de Covid 19, em enfermaria com suporte de O² para pacientes com saturação $\leq 94\%$. Se positivo, solicitar AIH para leito de caso confirmado de Covid 19 em enfermaria com suporte de O² nos casos com agravantes. Iniciar corticóides e anticoagulantes se até paciente ser encaminhado para internação.
- Caso a saturação esteja $\geq 95\%$ encaminhar para acompanhamento em Sentinela.

- Suspeitos e Confirmados

- Se confirmado: Internação Hospitalar em Enfermaria com suporte de O² em leito para paciente com Covid 19 nos casos com agravantes;
- Oxigenoterapia, se sat $< 95\%$ monitoração de Sat O²;
- Hidratação venosa, se necessário.
- Solicitar Hemograma, TGO, TGP, Uréia, Creatina, PCR .
- Solicitar Raio X, conforme indicação.

8.3 Casos Graves

- Suspeitos e Confirmados

- Suporte intensivo em leito de isolamento;
- Manejo de Ventilação Mecânica conforme diretrizes;
- Hidratação venosa cuidadosa / Ressuscitação Volêmica, se hipotensão;
- Vasopressor quando o choque persistir (PAS $< 90\text{mmHg}$ PAM $< 65\text{mmHg}$) durante ou após a ressuscitação volêmica;
- Antibiótico apenas se indícios de infecção bacteriana;
- Iniciar corticoterapia e anticoagulação de acordo com riscos individuais.
- Solicitar Hemograma, TGO, TGP, Uréia, Creatinina, PCR.

- Solicitar Teste Rápido Antigênico (TRA) para definir perfil do leito da AIH:
 - Se negativo, solicitar RT PCR para Covid 19 e solicitar AIH para leito de paciente suspeito de Covid 19 em Centro de Terapia Intensiva.
 - Se positivo, solicitar AIH para leito de paciente confirmado de Covid 19 em Centro de Terapia Intensiva.

ATENÇÃO: Todos os casos, suspeitos ou confirmados, devem permanecer isolados em casa bem como seus contatos por até 10 dias para assintomáticos e 10 dias mais 24 h sem sintomas em casos leves (5); isolados em leito de isolamento dentro da Unidade de Saúde até que recebam alta médica ou sejam transferidos pra Internação Hospitalar. Medidas de precaução para aerossóis e de contato devem ser adotadas por toda a equipe assistente, através do uso de EPIs e cuidados de manejo conforme protocolo.

Tabela 1-Resumo do acompanhamento paciente COVID-19 na rede pública

ESTÁGIO	CARACTERÍSTICA	ORIENTAÇÕES	CONDUTA
Assintomático	Teste positivo para Sars-CoV2 sem sintomas	Isolamento, atestado, orientações sobre higiene, uso de máscaras. Atestado por 10 dias se continuar assintomático.	Não tem indicação de medicamentos até o momento. Telemonitoramento/atendimento humanizado/atenção primária.
Doença leve	Febre, dor de garganta, tosse, mal estar, dor de cabeça, dor de cabeça, sem falta de ar ou alterações radiológicas.	Isolamento, atestado, orientações sobre higiene, uso de máscaras. Alta após 10 dias mais 24 h sem sintomas.	Exames: hemograma, PCR. Medicamentos sintomáticos para febre, dor no corpo, tosse. Não prescrever antibióticos, anticoagulantes ou corticóides. Sentinela/atendimento humanizado/atenção primária.
Doença Moderada sem agravantes	Evidência de pneumonia MAS saturação ≥ 94 sem fatores de risco para doença grave, >800 linfócitos, <50 pcr, $NLR^* < 2,21$ e ausência de comorbidades / NÃO GESTANTE / < 60 ANOS.	Isolamento, atestado, orientações sobre higiene, uso de máscaras.	Alta após 10 dias mais 24 h sem sintomas. Medicamentos sintomáticos para febre, dor no corpo, tosse. Sentinela TELEMONITORAMENTO MÉDICO A CADA 24 H
Doença Moderada com agravantes	Evidência de pneumonia MAS saturação ≥ 94 associada a <800 linfócitos, >50 pcr, ou $NLR^* > 2,21$ ou presença de comorbidades, gestantes e	INTERNAÇÃO COVID CLÍNICO EM HOSPITAIS CONVENIADOS.	TELEMONITORAMENTO MÉDICO SENTINELA A CADA 24H Se saturação cair: URGÊNCIAS

	>60 anos.		
Doença grave	Evidência de pneumonia satura < 94 e/ou > 30 respirações por minuto, > 50% pulmão acometido,	URGÊNCIAS encaminhamento para INTERNAÇÃO hospitalar com CONVENIADAS retaguarda.	ATÉ em UTI de Avaliar início de corticóide e anticoagulante de acordo com risco individual até sair a vaga de internação.
Doença gravíssima	Insuficiência respiratória, choque séptico, falência de múltiplos órgãos.	URGÊNCIAS encaminhamento para INTERNAÇÃO hospitalar com CONVENIADAS .	ATÉ em UTI de Avaliar início de corticóide e anticoagulante de acordo com risco individual a até sair a vaga de internação.

Adaptado de NIH GUIDELINES: Espectro da Severidade da COVID-19: Clinical management of COVID-19: interim guidance (8).

9.0- Quais medicamentos utilizar além de antitérmicos/analgésicos?

9.1 Antibioticoterapias

- Antimicrobianos não estão indicados de rotina frente o diagnóstico de COVID.
- Se suspeita de coinfeção bacteriana, iniciar terapia antimicrobiana.
- Considerar: Piora do estado geral, neutrofilia, aumento de PCR e imagens deconsolidação.
 - Amoxicilina + Clavulanato 500/125mg de 8/8h, por 7 dias, associado a
 - Azitromicina 500mg 1 cp/dia por VO, para os **casos mais leves**, com previsão de **alta e seguimento ambulatorial**.
 - Quinolonas respiratórias podem ser usadas, observando as indicações e efeitos colaterais.
 - Ceftriaxone 2g/dia + Azitromicina 500mg/dia ou Ceftriaxone 2g/dia +
 - Claritromicina 500mg de 12/12h, IV, após culturas, para os casos com indicação de internação.

9.2 Anticoagulação

- Considerar profilaxia com enoxaparina ou heparina não fracionada para **todos** os pacientes internados, para prevenção de eventos trombóticos.
- Contra-indicações: - plaquetas < 50.000; pacientes previamente em anticoagulação plena; sangramento ativo.
- Profilaxia : Enoxaparina 40mg 1x/dia (Dose pode ser titulada por peso – 0,7 mg/kg SC)
- Heparina sódica NF 5000u SC 8/8h (ou de 12/12h se peso<60kg)
- Anticoagulação plena ainda não encontra evidências científicas para ser adotada para todos os casos internados.
- **Para todas as situações, ponderar contraindicações ;**
- Pacientes de alto risco (internação em UTI, neoplasia em atividade, antecedente de doença trombótica, cirurgia recente, gestação, puerpério, O2 de alto fluxo , VNI ou IOT):
 - Enoxaparina - 1mg/kg /dia - dose máxima: 60mg 12/12
 - OU Heparina não fracionada 5.000 UI 8/8h (se > 100kg, 10.000 UI 12/12h)- em caso de DRC

- Se evidência de evento trombótico (considerar em caso de piora da hipoxia), anticoagulação plena:
- Enoxaparina 1mg/kg/dose de 12/12h SC

9.3 Corticóide

O estudo **RECOVERY da Universidade de Oxford** publica os resultados preliminares de estudo randomizado com grupo controle que comparou **dexametasona** x grupo controle que demonstrou que a dose de 6mg de dexametasona por via oral ou por via endovenosa 1x/dia por 10 dias que demonstrou:

- 1)redução de mortalidade (em 28 dias) de 1/3 (33,3%) nos pacientes com COVID-19 em ventilação mecânica (VM);
- 2)redução de mortalidade (em 28 dias) de 1/5 (20%) nos pacientes necessitando de oxigênio e que não estão em VM;
- 3)não houve diferença nos pacientes que não necessitam de oxigênio.

Conclusão prática: todo paciente com COVID-19 em ventilação mecânica e os que necessitam de oxigênio fora da UTI, devem receber dexametasona via oral ou endovenosa 6mg 1x/dia por 10 dias.

- Não deve ser prescrito antes do 7o dia de sintoma- risco de aumentar tempo de replicação viral, associado a pior prognostico
- Não deve ser indicado de rotina, apenas apos criteriosa avaliação clinica.
- Usar se indicado por outra condição clinica como, por exemplo, DPOC.
- O uso de corticóides deve ser considerado em:
- Pacientes com choque séptico refratário, devendo ser usada dose baixa (“shockreversal”):
- **Hidrocortisona 50mg EV 6/6h**
- Em pacientes com broncoespasmo severo ou DPOC exacerbada, devendo seu uso ser criteriosamente avaliado pela possibilidade de facilitar replicação viral.
- Pacientes sob ventilação mecânica com SDRA moderada a grave (PaO2/FiO2 <200) uso de corticóide deve ser considerado, principalmente naqueles com suspeita de Cytokine Storm/Síndrome hemofagocítica: Metilprednisolona 0,5-1,0mg/kg/dia.

9.4 Agente anti- viral – cloroquina/ ivermectina/ nitazoxanida

- **Oseltamivir:** não deve ser prescrito de rotina, mas apenas se houver suspeita do diagnóstico de H1N1.
- **COROQUINA/ IVERMECTINA/ NITAZOXANIDA** somente farão uso os pacientes em ensaios clínicos, ou por prerrogativas medica, com assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, contendo as fracas evidencias científicas e os potenciais efeitos colaterais das drogas.
- Ainda assim seu uso deve ser criterioso e com monitoramento do intervalo QT, de enzimas hepáticas e ajustes para quadros de insuficiência renal ou hepática.

Tabela 2 - Recomendações de instituições nacionais/internacionais de saúde e de sociedades médicas (5/6/2020).

Terapêuticas experimentais para COVID-19	OMS	CDC / NIH_a	NHS	IDSA	SCCM	AMIB / SBI
Hidroxicloroquina (ou Cloroquina)	Contra uso	Contra uso	Contra uso	Contra uso (Lacuna de conhecimento)	0	Contra uso de rotina (Frac)
Hidroxicloroquina (ou Cloroquina) + Azitromicina	Contra uso	Contra uso	Contra uso	Contra uso (Lacuna de conhecimento)	0	Contra uso de rotina (Frac)
Lopinavir/ritonavir	Contra uso	Contra uso	Contra uso	Contra uso (Lacuna de conhecimento)	Contra uso (Frac, baixa qualidade)	Contra uso de rotina (Frac)
Oseltamivir	Contra uso	-	-	Contra o uso	0	Contra o uso (Forte)
Tocilizumabe	Contra uso	0	Contra uso	Contra uso (Lacuna de conhecimento)	0	Contra uso de rotina (Frac)
Ivermectina						
Oseltamivir (suspeita de influenza em quadros graves ou fatores de risco)	A favor do uso	-	-	A favor do uso	-	A favor do uso (Frac)
Antibióticos (profiláticos)	Contra uso	Contra uso	Contra uso	-	A favor do uso (Frac, baixa qualidade)	Contra uso (Frac)
Antibacterianos (suspeita de infecção bacteriana)	A favor do uso	A favor do uso	A favor do uso	-	A favor do uso (Frac, baixa qualidade)	A favor do uso

OMS = Organização Mundial da Saúde; CDC = Centers for Disease Control and Prevention (EUA – Estados Unidos da América); NIH = National Institute of Health(EUA); NHS = National Health Service(Reino Unido); IDSA = Infectious Disease Society of America(EUA); SCCM = Society of Critical Care Medicine; AMIB = Associação de Medicina Intensiva Brasileira; SBI = Sociedade Brasileira de Infectologia; SBPT = Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Não há evidências atuais para recomendar qualquer tratamento anti-COVID-19 específico. Considere a inscrição de

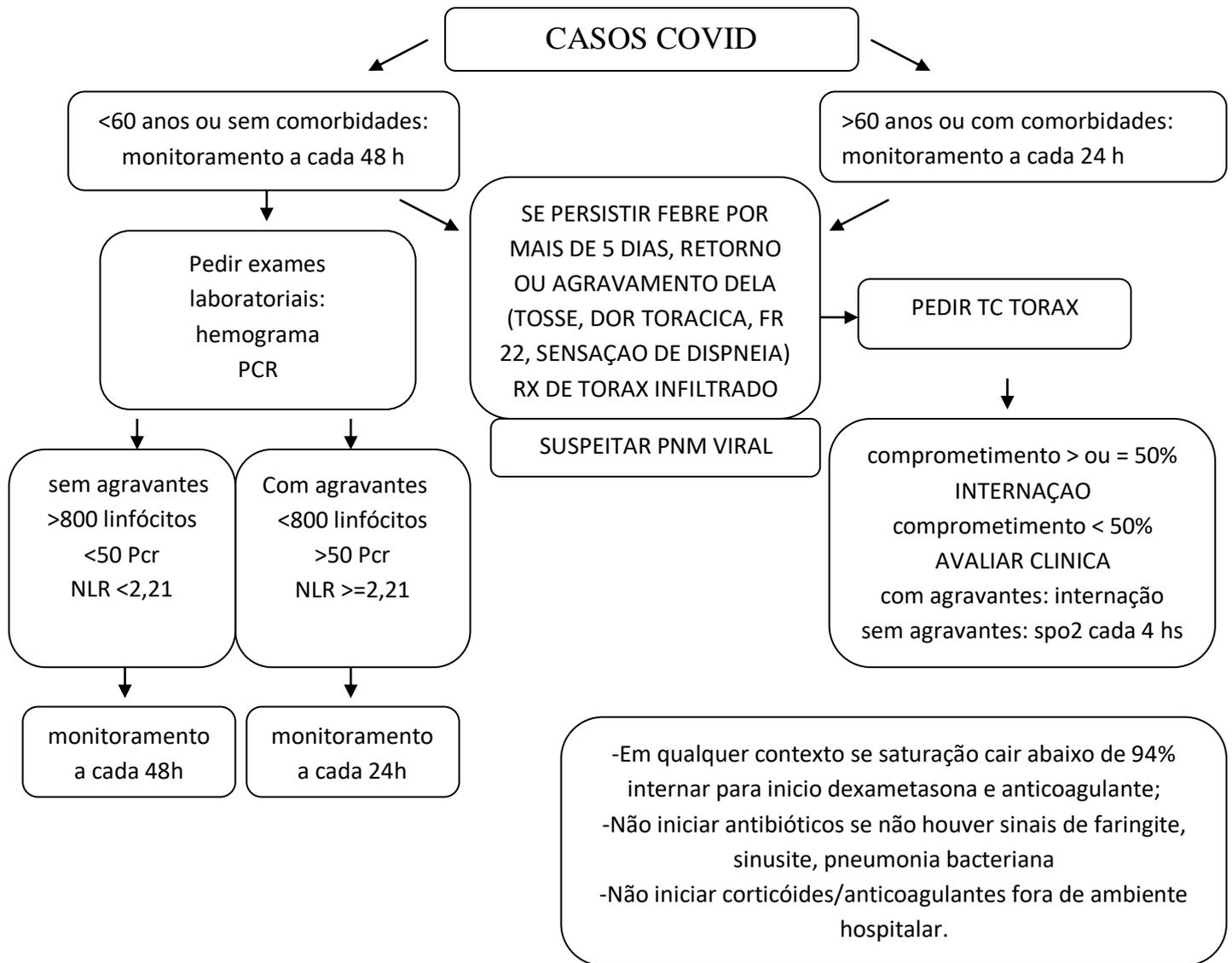
pacientes em cenários adequados de ensaios clínicos randomizados. Em casos de insuficiência respiratória e sob ventilação mecânica com COVID-19, recomenda-se o uso de antibacterianos empíricos (recomendação fraca, evidência de baixa qualidade). Observação: avaliar diariamente e reavaliar a duração da terapia e o espectro da cobertura com base nos resultados da microbiologia e o estado clínico do paciente.

- Não há descrição da referida terapêutica.

Dados insuficientes para recomendação a favor ou contra o tratamento.

Fonte: Adaptado dos autores por Telessaúde RS-UFRGS - Avaliação das Evidências Científicas sobre o uso de Hidroxicloroquina/ Cloroquina como terapia específica para COVID-19.

Fluxograma 1-Resumo do acompanhamento paciente COVID-19 na rede pública de Goiânia.





CONSTRUINDO UM GOVERNO PARTICIPATIVO E POPULAR

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ATENDIMENTO AOS PACIENTES COM SÍNDROME GRIPAL (SG) E SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) – ÊNFASE EM COVID-19 JULHO DE 2020 - VERSÃO 1.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À SRAG E COVID 19 – HCAMP. ATUALIZAÇÃO DIA 11/ 09 / 2020 - VERSÃO 05.

FLUXOGRAMA DE MANEJO DA COVID 19. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA. DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. GERÊNCIA DE URGÊNCIAS SFB.