



Prefeitura de SOROCABA



PROTOCOLO DE CONDUITA EM UNIDADES DE EMERGÊNCIA COVID-19 7ª EDIÇÃO



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FEVEREIRO 2022

Considerações

- Este protocolo visa padronizar condutas nas unidades de INTERNAÇÃO - SUS para tratamento de COVID-19 em Sorocaba.
- As recomendações presentes neste documento se baseiam nas observações científicas recentes sobre evolução clínica de pacientes acometidos por COVID-19, em protocolos de instituições de referência e nas diretrizes de conduta do Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde e CDC.

Definição de Síndrome Gripal

Ao menos 1(um) dos seguintes sinais e sintomas:

tosse, dor de garganta ou coriza; seguido ou não de um dos seguintes sinais e sintomas: sensação febril, febre, calafrios, tremores, mialgia, cefaleia, distúrbios olfativos ou do paladar (anosmia ou ageusia), distúrbios gastrointestinais (náusea, vômito ou diarreia).

Definição de Síndrome Respiratória Aguda Grave

Indivíduo com SG que apresenta, pelo menos, 1 (um) dos seguintes sinais e/ou sintomas:

- Falta de ar (dispneia, desconforto respiratório); ou
- Sensação de pressão persistente no peito (tórax); ou
- Saturação de O₂ menos que 95% em ar ambiente (medida em oxímetro de pulso; ou
- Coloração azulada da face (lábios ou rosto).

Classificação Clínica dos Pacientes

Classificação dos sinais e sintomas por grupo	Leve	Moderado	Grave
Adultos e gestantes	<p><i>Síndrome gripal:</i> tosse, dor de garganta ou coriza seguido ou não de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anosmia (disfunção olfativa) - Ageusia (disfunção gustatória) - Coriza - Diarreia - Dor abdominal - Febre - Calafrios - Mialgia - Fadiga - Cefaleia 	<ul style="list-style-type: none"> - Tosse persistente + febre persistente diária OU - Tosse persistente + piora progressiva de outro sintoma relacionado à COVID-19 (adina-mia, prostração, hiporexia, diarreia) OU - Pelo menos um dos sintomas acima + presença de fator de risco 	<p>Síndrome respiratória aguda grave</p> <ul style="list-style-type: none"> - síndrome gripal que apresenta: Dispneia/desconforto respiratório OU - Pressão persistente no tórax OU - Saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU - Coloração azulada de lábios ou rosto <p>*Importante: em gestantes, observar hipotensão.</p>
Crianças			<ul style="list-style-type: none"> - 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



Indicações de internação

- Dispneia.
- SatO₂ < 95% em ar ambiente.
- Desconforto respiratório.
- Piora das condições clínicas de base.

Casos Graves

Indicação de internação em UTI

- Choque (hipotensão sem resposta a fluidos);
- Insuficiência respiratória:
 - ✓ Necessidade de O₂ > 5L/min (para SatO₂ 92%);
 - ✓ FR > 28 irpm;
 - ✓ Retenção de CO₂ (PaCO₂ > 50 mmHg e/ou pH < 7,25).

Conduta inicial em pacientes moderados

- Acompanhamento clínico em leito de isolamento privativo ou em coorte;
- Oxigenoterapia, se sat < 95% monitoração de SatO₂;
- Exames complementares (HMG, PCR, ureia, creatinina, TGO, TGP, Dímero D, Na, K, Ca, Mg, CPK, CKMB, DHL, gasometria arterial, coagulograma completo, Rx de tórax e ECG)
- Hidratação venosa, se necessário.

Conduta inicial em pacientes graves

- Suporte intensivo em leito de isolamento privativo ou coorte;
- Manejo de VENTILATÓRIO;
- Hidratação venosa, se hipotensão;
- Exames complementares (HMG, PCR, ureia, creatinina, TGO, TGP, Dímero D, Na, K, Ca, Mg, CPK, CKMB, DHL, gasometria arterial, coagulograma completo, Rx de tórax e ECG; CT de tórax se possível)
- Vasopressor quando o choque persistir (PAS < 90mmHg PAM < 65mmHg) durante ou após a ressuscitação volêmica;
- Antibiótico apenas se indícios de infecção bacteriana.

**SOROCABA
CONTRA O
CORONAVÍRUS**



**Prefeitura de
SOROCABA**

ORIENTAÇÕES SOBRE FISIOTERAPIA, OTIMIZAÇÃO DO USO DE OXIGÊNIO E SUPORTE VENTILATÓRIO EM PACIENTES COM COVID-19



INDICAÇÕES DE FISIOTERAPIA

- Pacientes com sintomas **leves** / pneumonia confirmada com **evidência de consolidação exsudativa e dificuldade na eliminação da secreção**;
- Pacientes com sintomas **leves** / pneumonia confirmada com **comorbidade respiratória ou neuromuscular coexistente**;
- Pacientes com sintomas respiratórios **graves**: sinais de desconforto respiratório e necessidade de oxigênio superior a 5L/min para SpO2 \geq 90%;
- Pacientes frágeis ou com múltiplas comorbidades impactando sua independência funcional.

OBS: Pacientes devem usar máscara cirúrgica durante a sessão de fisioterapia

**SOROCABA
CONTRA O
CORONAVÍRUS**



**Prefeitura de
SOROCABA**

OTIMIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO DO OXIGÊNIO CONFORME OS RESULTADOS DA OXIMETRIA DE PULSO E/OU DA GASOMETRIA ARTERIAL

**SOROCABA
CONTRA O
CORONAVÍRUS**



**Prefeitura de
SOROCABA**

TOXICIDADE DO OXIGÊNIO

“Quando administrado em altas doses e por tempos prolongados, o oxigênio (O₂) pode gerar efeitos deletérios, como atelectasia de absorção, edema alveolar intersticial, e modificações na função e na estrutura celular.

A administração de altas doses de O₂, além de ser potencialmente prejudicial ao paciente, eleva os custos da internação, uma vez que o O₂ é um suplemento de custo elevado.”

**SOROCABA
CONTRA O
CORONAVÍRUS**



**Prefeitura de
SOROCABA**

META DE SATURAÇÃO PERIFÉRICA DE OXIGÊNIO (SPO2)

- Manter a SpO2 igual ou acima de 90% até o máximo de 94%;
- Reduzir a suplementação de oxigênio se SpO2 acima de 94%.

SOROCABA
CONTRA O
CORONAVÍRUS



Prefeitura de
SOROCABA

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

$PaO_2 < 55\text{mmHg}$ ou $SaO_2 < 88\%$, ou

$PaO_2 = 56\text{-}59\text{mmHg}$ ou $SaO_2 = 89\%$, associado a:

- 1) edema por insuficiência cardíaca
- 2) evidência de *cor pulmonale*
- 3) hematócrito $> 56\%$.

META DE SATURAÇÃO PERIFÉRICA DE OXIGÊNIO (SPO2) : 88 - 90%

**SOROCABA
CONTRA O
CORONAVÍRUS**



**Prefeitura de
SOROCABA**

IDOSOS

PaO₂=109- (0,43 x idade)

Ex:

20 anos : PaO₂= 100,4

60 anos : PaO₂= 83,2

90 anos: PaO₂= 70,3

**SOROCABA
CONTRA O
CORONAVÍRUS**



**Prefeitura de
SOROCABA**

APROXIMAÇÃO FIO2 OFERTADA SOMADA AO AR AMBIENTE

I Catéter Nasal

1L/MIN	21-24%
2L/MIN	25-28%
3L/MIN	29-32%
4L/MIN	33-36%
5L/MIN	37-40%
6L/MIN	41-44%

Máscara Não Reinalante

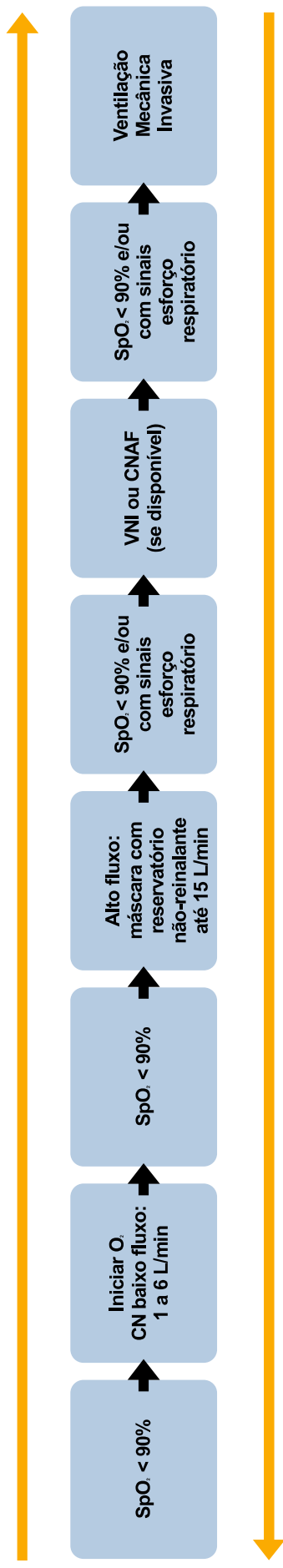
6L/MIN	60%
7L/MIN	70%
8L/MIN	80%
9L/MIN	+80%
10-15L/MIN	+80%



**Prefeitura de
SOROCABA**

Figura 1: Algoritmo de uso de oxigênio e suporte ventilatório na COVID-19

Meta de SpO₂: 90% a 94%



Manter conduta se SpO₂ entre 90% e 94% e paciente sem sinais de desconforto respiratório.

Reduzir suporte de oxigênio (fluxo de O₂ ou voltar aos níveis de suporte anteriores) caso SpO₂ > 94%.

Assistência Ventilatória INICIAL

- Manter $SpO_2 \geq 94\%$ (considerar valores menores em pacientes com patologias de base) utilizando cateter nasal O_2 até 5L/min ou máscara com reservatório de 10 a 15 L/min.
- SE muito esforço respiratório considerar teste de VNI 30 min (máscara não ventilada, filtro HMEF, conectada ao ventilador).

Teste de Ventilação Não Invasiva (VNI)

Parâmetros MÁXIMOS

- Fração inspirada de oxigênio (FIO₂) 50%
- EPAP - pressão positiva expiratória máxima de 10cmH₂O
- IPAP - delta de pressão positiva inspiratória máxima de 10 cmH₂O (reavaliar em 30 a 60 min)

RESPOSTA POSITIVA

Tolerou interface e obteve melhora do desconforto respiratório (FR < 24 rpm e SpO₂ ≥ 94% com FIO₂ < 50%)

Falência de VNI Indicação de IOT

- Necessidade de parâmetros ventilatórios além dos MÁXIMOS
- desconforto respiratório
- taquipneia
- uso de musculatura respiratória acessória
- dessaturação
- hipertensão
- hipotensão
- taquicardia
- agitação psicomotora

**SOROCABA
CONTRA O
CORONAVÍRUS**



**Prefeitura de
SOROCABA**

PREPARO PARA INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

- Paramentação toda equipe - avental impermeável e protetor facial;
- Preparar material necessário para IOT e drogas para reanimação e para sequência rápida de intubação;
- Procedimento deverá ser realizado por profissional mais experiente e ter segundo profissional de apoio;
- Em casos de desaturação poderá ser optado por máscara de oxigênio com reservatório com menor fluxo de ar possível para atingir FiO2 de 95 -100%;
- **EVITAR** ventilação com máscara + ambu antes da intubação pelo aumento de produção de aerossóis;
- EPI deverá ser descartado após o procedimento (excluído protetor facial);

**SOROCABA
CONTRA O
CORONAVÍRUS**



**Prefeitura de
SOROCABA**

VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA (VMI)

- Hipoxemia ou sinais desconforto respiratório refratários ao manejo não-invasivo (taquipneia, uso de musculatura respiratória acessória, dessaturação)
- Hipertensão / hipotensão / taquicardia
- Agitação psicomotora
- Falência ventilatória por parada cardiorrespiratória iminente
- Rebaixamento do nível de consciência importante
- Choque



AJUSTES INICIAIS DO VENTILADOR MECÂNICO

Ventilação a volume controlado

- Volume corrente de 6 ml/kg de peso predito (tabela deverá ser anexada no setor de emergência)
- PEEP inicial de 10 cmH2O
- Ajuste da FR para manter volume minuto (VM) entre 7 – 10 L/min
- Pressão de platô < 30cmH2O
- Driving pressure (pressão de platô menos PEEP) \leq 15 cmH2O
- Alvo inicial de SpO2 entre 93 e 96%
- Alvo inicial de ETCO2 entre 30 e 45 mmHg
- Gasometria arterial após IOT para eventuais ajustes nos parâmetros iniciais.

**SOROCABA
CONTRA O
CORONAVÍRUS**



**Prefeitura de
SOROCABA**

VENTILAÇÃO MECÂNICA: AJUSTES INICIAIS COVID 19	
MODO: V-ACV	
VC: 6ml/kg (peso predito) – VIDE TABELA ABAIXO	
PEEP: 10 cmH2O	
FR: 22-25 rpm	
FiO2: 100%	
Pmáx (limite de alarme): 35	
Ajustar o Fluxo 40 a 50 L/min e Ti 0,8 a 1s até atingir relação I:E = 1:2 ou 1:3	

Altura (m)	HOMENS	MULHERES
1,50	286,8	259,8
1,55	313,10	287,19
1,60	341,49	314,49
1,65	368,7	341,79
1,70	396,09	369,09
1,75	423,4	396,4
1,80	450,69	423,69
1,85	477,9	450,9
1,90	505,29	478,29

Cálculo peso predito:

$50 + 0,91 \cdot (\text{altura} - 152,4)$ homens
 $45,5 + 0,91 \cdot (\text{altura} - 152,4)$ mulheres

AJUSTES NA PCR

PEEP: 0 ou desl.

FiO2: 100%

FR: 10 rpm

Ti: 1s

Sequência rápida de intubação

Propostas de drogas para a sequência rápida de intubação, mediante disponibilidade das medicações:

	Pré anestésico	Analgesia e sedação	Bloqueado muscular
Proposta 1	Lidocaína 2%	Cetamina	Rocurônio
Proposta 2	Lidocaína 2%	Morfina/ etomidato	Rocurônio
Proposta 3	Lidocaína 2%	Fentanil/ midazolam	Rocurônio

DROGAS PARA USO EM SEQUÊNCIA RÁPIDA DE INTUBAÇÃO- COVID-19**PROPOSTA 1**

Lidocaína 2%	Cetamina	Rocurônio
Dose 1,5 mg/kg	1,5 mg/kg	1 mg/kg
Apresentação 1ml=20 mg	Apresentação 50mg = 1 ml	Apresentação 10mg/ml

DROGAS PARA USO EM SEQUÊNCIA RÁPIDA DE INTUBAÇÃO- COVID-19**PROPOSTA 2**

Lidocaína 2%	Morfina	Etomidato	Rocurônio
Dose 1,5 mg/kg	0,2mg/kg máx 15 mg)	0,3mg/kg (máx-60mg)	1 mg/kg
Apresentação 1ml=20 mg	10mg/ml	10ml= 20 mg	10mg/ml

DROGAS PARA USO EM SEQUÊNCIA RÁPIDA DE INTUBAÇÃO- COVID-19**PROPOSTA 3**

Lidocaína 2%	Fentanil	Midazolam	Rocurônio
Dose 1,5 mg/kg	2 mcg/kg (máx 150 mcg)	0,05mg/kg/dose (máx 7,5 mg)	1 mg/kg
Apresentação 1ml=20 mg	50mcg/ml	5 mg/ ml	10mg/ml

Cuidados após intubação

- É comum a queda de SatO₂ < 70% imediatamente após a IOT
- Prescrição de sedação/ analgesia com fentanil, midazolam OU cetamina (avaliar bradicardia e hipotensão);
- Após verificação do adequado posicionamento do tubo oro-traqueal e insuflação do balonete o paciente poderá ser conectado ao ventilador, com colocação de filtro HMEF (entre o tubo e o Y);
- Instalação do sistema fechado de aspiração (*Trach Care n° 12*);
- Passagem de Sonda nasointestinal ou sonda orogástrica;
- Solicitar RX de tórax e gasometria arterial;
- Se não estiver em UTI solicitar transferência via CROSS

Ventilação na parada cardiorrespiratória

- Paciente com via aérea avançada - IOT:
 - Manter conexão com o respirador (não desconectar o tubo orotraqueal para realização de ventilação com AMBU);
 - Imediatamente colocar em modo volume controlado (6ml/kg), alarme de pressão: 60 cmH₂O, FiO₂: 100%, PEEP: 0, Ti: 1,0, FR: 10 ipm e ajustar a sensibilidade o menos sensível possível.
- Paciente sem IOT:
 - Priorizar sequência rápida de intubação
 - Realizar somente as compressões torácicas.
 - EVITAR realizar ventilação com AMBU.

Protocolo de posicionamento de pacientes com respiração espontânea

Protocolo de posicionamento de pacientes em respiração espontânea

OBJETIVOS

- Propiciar ventilação homogênea e redistribuição de fluxo sanguíneo, melhorando oxigenação
- Redução shunt intrapulmonar e compressão alveolar
- Recrutar segmentos pulmonares posteriores
- Melhorar *clearance* de secreções

Protocolo de posicionamento

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Pacientes com suspeita ou confirmação de COVID 19 e necessidade de suplementação de oxigênio
- Estabilidade hemodinâmica
- Monitorização contínua de oximetria de pulso
- Acordado, orientado e colaborativo
- Capaz de seguir as instruções
- Capaz de tolerar mudanças de decúbito
- Capaz de pedir ajuda
- Capaz de se auto-pronar ou mudar de posição com o mínimo de assistência

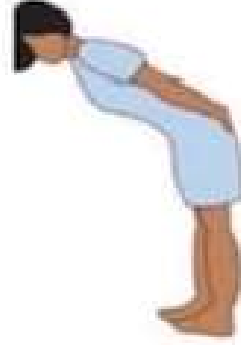
1. 30 min a 2 horas em posição prona



2. 30 min a 2 horas em DL direito



3. 30 min a 2 horas sentado



4. 30 min a 2 horas em DL esquerdo



5. Retorna para posição prona



Fonte: Self Positioning Guide - Elmhurst Hospital



**Prefeitura de
SOROCABA**

Protocolo de posicionamento de pacientes em respiração espontânea

- Considerar ausculta pulmonar, RX de tórax e se necessário permanecer por mais tempo no decúbito contralateral ao pulmão mais acometido.
- Não realizar posição prona logo após as refeições.

Interromper o posicionamento se:

- O paciente não tolerar devido ao desconforto (ex: dor, tontura);
- O paciente evoluir com instabilidade hemodinâmica ou piora do estado respiratório;

Cidadãos e controles durante a internação

Controles de Sinais Vitais

- Controles FR, FC, PA, Sat O2 e nível de consciência mínimo de acordo com a classificação de MEWS - *responsabilidade do técnico de enfermagem*
- Controle de glicemia capilar 1x/ dia ou a critério médico
- Aplicar Classificação de Mews modificada após cada controle; aplicar código de gravidade se apresentar pontuação- *responsabilidade da enfermagem*
- Se em leito de estabilização realizar controles de 2/2 horas (não é necessário reaplicar MEWS)

Escore de Alerta Precoce Modificado Modified Early Warning Score (MEWS)

	3	2	1	0	1	2	3
PA Sistólica(mmHg)	≤70	71 – 80	81 – 100	101 – 199		> 200	
Frequência cardíaca (bpm)		< 40	41 – 50	51 – 100	101 – 110	111 – 129	≥ 130
Frequência Respiratória (ipm)		< 9		9 – 14	15 – 20	21 – 29	≥ 30
Temperatura (°C)		< 35		35 – 38,4		≥ 38,5	
Vigília				Alerta	Confuso	Resposta à dor	Irresponsivo

MEWS = 0 – 1



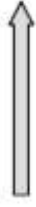
Acompanhamento dos sinais vitais de 6/6h ou quando necessário

MEWS = 2 – AVISAR ENFERMEIRA



Acompanhamento dos sinais vitais de 4/4h

MEWS = 3 – AVISAR ENFERMEIRA



Acompanhamento dos sinais vitais de 2/2h

MEWS = 4 – 5 – AVISAR ENFERMEIRA + MÉDICO



Acompanhamento dos sinais vitais de 2/2h

MEWS ≥ 6 – ENCAMINHAMENTO URGENTE À UTI

Checagem admissional

- Realizar anamnese e exame físico
- Avaliar exames realizados nas UPHs e anotar em ficha própria
- Se não tiver sido coletado exames na UPH **coletar:** HMG, PCR, ureia, creatinina, TGO, TGP, Dímero D, Na, K, Ca, Mg, CPK, CKMB, DHL, gasometria arterial, coagulograma completo, Rx de tórax e ECG
- Checar se realizado notificação e coleta de swab nasal
- Prescrição médica admissional
- Avaliar junto à equipe de fisioterapia necessidade de suplementação de O2 e programação de posicionamento no leito

Tratamento medicamentoso

Rating of Recommendations: A = Strong; B = Moderate; C = Optional

Rating of Evidence: I = One or more randomized trials without major limitations; IIa = Other randomized trials or subgroup analyses of randomized trials; IIb = Nonrandomized trials or observational cohort studies; III = Expert opinion

Prescrição Farmacológica PROPOSTA

- Corticóide sistêmico
- Anticoagulação profilática ou terapêutica
- Antimicrobianos a partir de avaliação clínica e laboratorial
- Se hipertenso – inibidor de angiotensina e aldosterona (*losartana*)
- Medicacões necessárias, de acordo com a condição clínica de base de cada paciente
- Oseltamivir- 75 mg de 12/12 hs por 5 dias - *iniciar uso em pacientes suspeitos de influenza, com Quadro clínico com rápida deterioração (nas primeiras 48 horas) a partir da data de início dos sintomas*



Corticóides sistêmicos

Recomendações OMS/CDC

- Recomendado corticosteroides sistêmicos em vez de nenhum corticosteróide para o tratamento de pacientes com COVID-19 grave e crítica (AII).
- Sugerido não usar corticosteroides no tratamento de pacientes com COVID-19 não grave (CIII).

Corticóides sistêmicos

Esquema proposto

- **Esquema de 6 mg de dexametasona uma vez ao dia**
equivalente a:
 - ✓ 160mg de hidrocortisona (por exemplo, 50 mg a cada 8 horas ou 100 mg a cada 12 horas)
 - ✓ 40 mg de prednisona
 - ✓ 32 mg de metilprednisolona (por exemplo, 8 mg a cada 6 horas ou 16 mg a cada 12 horas)
- **Duração: até 7–10 dias.**
- **Introdução após o período de viremia) após 6 dias da doença.**
- **Monitoramento:** os níveis de glicose devem ser monitorados, independentemente de o paciente ter diabetes ou não, e complicações infecciosas.

Corticóides inalados

Até o momento, não há evidência científica que suporta o uso de CE inalados em pacientes com COVID-19.



www.covid19treatmentguidelines.nih.gov

An official website of the National Institutes of Health



Prefeitura de
SOROCABA

Anticoagulação

Rating of Recommendations: A = Strong; B = Moderate; C = Optional

Rating of Evidence: I = One or more randomized trials without major limitations; IIa = Other randomized trials or subgroup analyses of randomized trials; IIb = Nonrandomized trials or observational cohort studies; III = Expert opinion

Adultos hospitalizados com BAIXO fluxo de O₂ (não gestantes)

- Dose TERAPÊUTICA para pacientes com dímero-D acima do limite e sem risco de sangramento (contra-indicações).
- Dose PROFILÁTICA para pacientes com dímero-D normal.
- Manter tratamento por 14 dias ou até a alta (o que vier primeiro).
- Não é indicado para pacientes hospitalizados anticoagulante oral.

Adultos hospitalizados com ALTO fluxo de O2 (não gestantes)

- Recomendação de dose PROFILÁTICA (AI).
- Não é recomendado doses intermediárias ou de tratamento.
- Pacientes que estavam em regime de dose de tratamento na enfermaria e dão entrada em UTI passar para dose profilática; manter dose de tratamento apenas nos casos com evidência de tromboembolia.

Gestantes

Recomendação de dose PROFILÁTICA (BIII).



www.covid19treatmentguidelines.nih.gov

An official website of the National Institutes of Health



Prefeitura de
SOROCABA

Recomendações Gerais

- Orientar os pacientes que realizem movimentações passivas de suas pernas enquanto deitados evitando imobilização total.
- Evitar desidratação, orientando hidratação oral ou endovenosa, individualizando caso a caso.
- Pacientes com rápida deterioração pulmonar, cardíaca, neurológica sempre considerar fenômenos tromboembólicos (AIII)



www.covid19treatmentguidelines.nih.gov

An official website of the National Institutes of Health

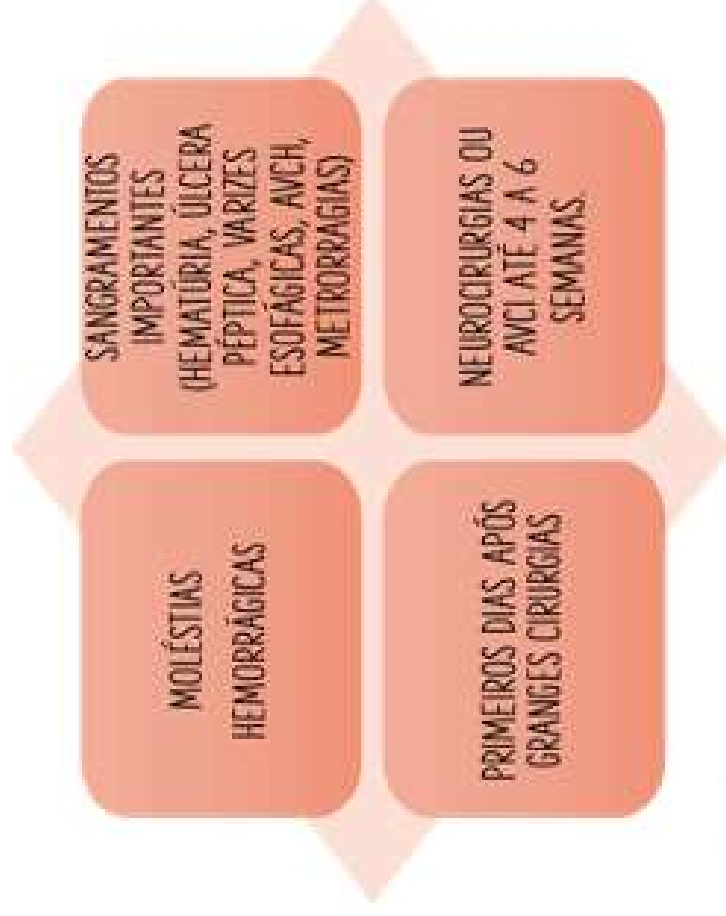


Prefeitura de
SOROCABA

Dose ENOXAPARINA

	ENOXAPARINA
Dose PROFILÁTICA	40 mg/kg/dia ou 0,5mg/kg
Dose INTERMEDIARIA	1 mg/kg/dia
Dose TRATAMENTO	1 mg/kg de 12/12 horas

Contra indicações



- Pacientes com insuficiência renal devem ter seus casos individualizados sobre risco/benefício e ajuste de doses anticoagulantes.
- Não usar heparina se plaquetas < 50.000/mm³ se proposta de anticoagulação terapêutica ou < 30.000/mm³ se proposta de anticoagulação profilática.



Doses na alta hospitalar

Pacientes com diagnóstico de TEP/TVP

PACIENTES EM USO DE ANTICOAGULAÇÃO*

- XARELTO 15mg 1 comprimido via oral de 12/12h nos primeiros 21 dias + XARELTO 20mg 1 comprimido via oral 1x/dia a partir do 21º, por 6 meses. ou
- MAREVAN 5mg 1 comprimido via oral 1x/dia (Se INR mantiver entre 2-3).

Transição de heparina para marevan Pacientes com TVP/TEP

- Pacientes com diagnóstico de Tromboembolismo Venoso (TEP ou TVP) devem receber anticoagulação com dose plena por pelo menos 6 meses.
- Para iniciar o uso de Marevan, o paciente deve já estar em uso de Heparina, e esta associação Marevan + Heparina deve ser mantida até que o coagulograma atinja o alvo de INR entre 2-3. Quando o INR atingir tal faixa, a Heparina deve ser suspensa e o Marevan mantido para a alta hospitalar.
- A dose inicial de Marevan é de 5mg/dia, mas que pode ser otimizada se necessário para 7,5mg ou 10mg/dia.
- LEMBRAR QUE O MAREVAN TEM INÚMERAS INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS QUE PODEM POTENCIALIZAR OU INIBIR SEU EFEITO.

Uso de antimicrobiano

O uso de antimicrobiano empírico deve ser avaliado a partir da condição clínica, laboratorial e radiológica do paciente.

Tratamento proposto para pacientes internados:

- Azitromicina 500 mg/dia por 5-10 dias
- Ceftriaxona- 1 grama de 12/12 horas por 5-10 dias

Sempre avaliar DESCALONAMENTO

Valerie M Vaughn, Tejal N Gandhi, Lindsay A Petty, Payal K Patel, Hallie C Prescott, Anurag N Malani, David Ratz, Elizabeth McLaughlin, Vineet Chopra, Scott A Flanders, Empiric Antibacterial Therapy and Community-onset Bacterial Coinfection in Patients Hospitalized With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Multi-hospital Cohort Study, *Clinical Infectious Diseases*, 2020; ciaa1239,

Exames laboratoriais e de imagem

Investigação laboratorial específica

- Todos os pacientes serão submetidos à coleta de SWAB (rt-PCR a partir do primeiro dia de sintomas e até o 14º d em casos internados)
- Casos confirmados - teste swab positivo - rt PCR ou teste Ag
- Casos suspeitos – teste negativo; avaliar confirmação por critério epidemiológico ou radiológico

Durante todo o período de internação os casos serão mantidas todas as medidas de isolamento de contato e respiratório.

Seguimento Laboratorial e radiológico

Para facilitar operacionalizar as atividades padronizamos os pedidos de exames em MÓDULOS

Exames de admissão (complementar aos exames encaminhados da UPH)
MÓDULO 1- HMG, PCR, ureia, creatinina, TGO, TGP, Dímero D, Na, K, Ca, Mg, CPK, CKMB, gasometria arterial, troponina DHL, coagulograma completo, ECG e Rx de tórax

Exames de seguimento (a cada 48 horas)

Para pacientes SEM esquema de anticoagulação plena:

MÓDULO 2- HMG, PCR, DHL, dímero D

Para pacientes COM esquema de anticoagulação plena:

MÓDULO 3 - HMG, PCR, DHL, dímero D e coagulograma completo

Raio x de tórax , gasometria arterial e outros - realização a critério médico



Alta Hospitalar

Critérios de Alta da UTI

- Paciente que tenha seu quadro clínico controlado e estabilizado (extubação > 24h, sem DVA > 24h, pouca necessidade de aspirações de VA);
- Paciente para o qual tenha se esgotado todo arsenal terapêutico curativo/ restaurativo e que possa permanecer no ambiente hospitalar fora da UTI de maneira digna.

Critérios de alta hospitalar

Melhora clínica e laboratorial, com Sat O₂ acima de 93% (considerar patologias de base) em ar ambiente, afebril e FR < 22 ipm **por 24 horas**

Orientações na alta hospitalar

- Todos os pacientes que receberem alta após uso esquema com **doses de anticoagulação plena** devem ser encaminhados para o Ambulatório de Cirurgia Vasculiar da Policlínica de Sorocaba para seguimento clínico e otimização terapêutica. Preencher guia de referência e encaminhar para equipe de administrativo.
- O paciente deve ser orientado quanto ao risco de sangramentos na vigência do fármaco anticoagulante. Caso isso ocorra, o mesmo deve procurar imediatamente a Unidade Pré-hospitalar (UPH) mais próxima de seu domicílio e informar sobre o uso do fármaco.

Prescrição na Alta Hospitalar

- Antibióticos

Avaliar necessidade de manutenção no domicílio para completar 7 dias de tratamento;

1ª opção - amoxicilina - 1 grama de 12/12 hs

2ª opção- claritromicina (alérgicos a betalactâmicos) 500 mg de 12/12 horas

3ª opção - levofloxacina 500mg - 1 cp/dia

- Anticoagulantes (vide apontamento anterior)



Orientações na alta hospitalar

- Fornecer atestado médico até completar 20 dias de ISOLAMENTO após início dos sintomas (tempo de isolamento indicado para casos graves) E relatório de alta qualificada COVID-19;
- Orientar familiares sobre seguimento médico após alta e medidas de isolamento dentro do domicílio.

Óbitos

Declaração de óbito

Ofício circular DVE 15/2020

- Todos os óbitos que sejam decorrentes de suspeita ou confirmação de COVID 19, e/ou de SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave) deverão ser informados *de forma imediata* para a Vigilância Epidemiológica.
- digitalizar todas as declarações de óbito, e enviar no e-mail: simsinasc@sorocaba.sp.gov.br
- Entregar a primeira via original das declarações de óbito, semanalmente na Vigilância Epidemiológica.

Orientações para preenchimento das declarações de óbitos

- Casos **SUSPEITOS** de COVID-19
 - Casos com síndrome respiratória aguda grave sem diagnóstico etiológico
 - Qualquer caso suspeito de COVID-19 sem confirmação
- Check-List
 - ✓ Checar se há exame de COVID-19 em andamento
 - ✓ Se não houver: Coletar SWAB nasal / orofaríngeo post-mortem (até 24 horas)
 - ✓ Preencher a D.O. com “As informações coletadas do quadro sintromico na Autopsia Verbal e Aguarda exames”
 - ✓ Sempre incluir as comorbidades na PARTE II do Bloco V !!!

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:					
37) A morte ocorreu		38) Microscópio?					
1) <input type="checkbox"/> Na gravidez	3) <input type="checkbox"/> No abortamento	1) <input type="checkbox"/> Sim	2) <input type="checkbox"/> Não	3) <input type="checkbox"/> Ignorado			
2) <input type="checkbox"/> No parto	4) <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação	5) <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos	6) <input type="checkbox"/> Sim	7) <input type="checkbox"/> Não	8) <input type="checkbox"/> Ignorado		
8) CAUSAS DA MORTE		ASSISTÊNCIA MÉDICA					
PARTE I		39) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?					
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		1) <input type="checkbox"/> Sim				2) <input type="checkbox"/> Não	3) <input type="checkbox"/> Ignorado
CAUSAS ANTECEDENTES		Tempo decorrido entre o início da doença e a morte					
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		CID					
PARTE II		Insuficiência Respiratória a esclarecer					
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entram, porém, na causa acima.		Aguardando exames laboratoriais Swab Naso/Orofaringeo					
		Diabetes / Hipertensão Arterial					
		Não realizada autópsia conforme Res SS-32 de 20/03/2020					

Referências

1. Manejo Novo Coronavírus- COVID-19. Documento do SCIH do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo-SP, versão de 13 de abril de 2020
2. Diretrizes para diagnóstico e tratamento da COVID-19. Ministério da Saúde, versão de 17 de abril de 2020
3. Infecção pelo COVID-19, como devemos proceder?; documento da Sociedade Paulista de Terapia Intensiva (SOPATI)
4. Manejo Clínico de pacientes internados por Síndrome Respiratória Aguda Gave COVID-19. Instituto de Infectologia Emílio Ribas. Atualizado em 30/05/2020
5. Anticoagulação na Covid-19: quais as recomendações mais recentes de guidelines e sociedades? Disponível em: pebmed.com.br, acesso em 31/05/2020
6. Tang, Ning, et al. "Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy." *Journal of Thrombosis and Haemostasis* (2020)
7. Raef Fadel, D.O, et al. Early Short Course Corticosteroids in Hospitalized Patients with COVID-19. Oxford University Press for the Infectious Diseases Society of America. may 20- 2020
8. Jiang LG, LeBaron J, Bodnar D, et al. "Conscious proning: An introduction of proning protocol for non-intubated, awake, hypoxic Emergency Department COVID 19 patients" [published online ahead of print, 2020 May 27]. *Acad Emerg Med*
9. Caputo, ND, Strayer, RJ, Levitan, R. Early Self-Prone in Awake, Non-intubated Patients in the Emergency Department: A Single ED's Experience during the COVID-19 Pandemic. *Academic Emergency Medicine* 2020 doi: <https://doi.org/10.1111/acem.13994>

Referências

10. Intensive Care Society. ICS Guidance for Prone Positioning of the Conscious COVID Patient 2020. Disponível em: <https://emcrit.org/wp-content/uploads/2020/04/2020-04-12-Guidance-for-conscious-proning.pdf>
11. Orientação para manejo de pacientes com COVID-19 – Ministério da Saúde 2020
12. Therapeutic Management of Adults With COVID-19, NIH Last Updated: February 11, 2021
13. Ghazy RM, et al. A systematic review and meta-analysis on chloroquine and hydroxychloroquine as monotherapy or combined with azithromycin in COVID-19 treatment. *Sci Rep.* 2020 Dec 17;10(1):22139.
14. Kashour Z et al. Efficacy of chloroquine or hydroxychloroquine in COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. *J Antimicrob Chemother.* 2021 Jan 1;76(1):30-42.
15. Thoguluva Chandrasekar V et al. Systematic review and meta-analysis of effectiveness of treatment options against SARS-CoV-2 infection. *J Med Virol.* 2021 Feb;93(2):775-785. doi: 10.1002/jmv.26302. Epub 2020 Jul 22.
16. Padhy BM, Mohanty RR, Das S, Meher BR. Therapeutic potential of ivermectin as add-on treatment in COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *J Pharm Pharm Sci.* 2020;23:462-469.
17. Thoguluva Chandrasekar V, Venkatesalu B, Patel HK, Spadaccini M, Manteuffel J, Ramesh M. Systematic review and meta-analysis of effectiveness of treatment options against SARS-CoV-2 infection. *J Med Virol.* 2021 Feb;93(2):775-785. doi: 10.1002/jmv.26302. Epub 2020 Jul 22.
18. Comparative efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of COVID-19: A systematic review against SARS-CoV-2 infection. *J Med Virol.* 2021 Feb;93(2):775-785. doi: 10.1002/jmv.26302. Epub 2020 Jul 22.

Referências

19. Lan SH, Lai CC, Huang HT, Chang SP, Lu LC, Hsueh PR. Tocilizumab for severe COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Int J Antimicrob Agents*. 2020 Sep;56(3):106103.
20. Ssentongo AE, Ssentongo P, Heilbrunn ES, Lekoubou A, Du P, Liao D, Oh JS, Chinchilli VM. Renin-angiotensin-aldosterone system inhibitors and the risk of mortality in patients with hypertension hospitalized for COVID-19: systematic review and meta-analysis. *Open Heart*. 2020 Nov;7(2):e001353.
21. Valerie M Vaughn, Tejal N Gandhi, Lindsay A Petty, Payal K Patel, Hallie C Prescott, Anurag N Malani, David Ratz, Elizabeth McLaughlin, Vineet Chopra, Scott A Flanders, Empiric Antibacterial Therapy and Community-onset Bacterial Coinfection in Patients Hospitalized With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Multi-hospital Cohort Study, *Clinical Infectious Diseases*, 2020
22. Coronavirus disease 2019 (COVID19), Treatment Guideline; <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/> download em 07/02/2022