




**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020
			Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020

**PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO
PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS**

1. INTRODUÇÃO

A infecção pelo agente SARS-CoV-2 foi identificada primeiramente na China em dezembro de 2019. Desde então se tem observado rápida disseminação do agente com decretação de pandemia em 11/03/2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Em 20 de março de 2020, através da Portaria número 454, o Ministro da Saúde decretou, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária pelo SARS-CoV-2. Diante disso, qualquer cidadão brasileiro, independente de histórico de viagem nacional ou internacional, é considerado como “caso suspeito de COVID-19” se apresenta sintomas respiratórios.

Pelo “Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na atenção especializada” sintomas como: febre, tosse, fadiga, dispneia, mal estar, mialgia e sintomas do trato respiratório superior associado ou não a sintomas gastrointestinais, fazem parte do perfil clínico da infecção pelo SARS-COV-2, embora ainda não se possa fazer uma completa caracterização desta nova doença.


Diante disso, a Secretaria de Saúde do Estado de Rondônia preparou este documento com orientações sobre manejo de casos suspeitos e confirmados de COVID-19.

2. FORMAS CLÍNICAS

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde do Brasil em “Protocolo de Manejo da COVID-19 na atenção especializada” é possível identificar as seguintes formas clínicas:



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020 Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020


Estadiamento

Características

<ul style="list-style-type: none"> • Doença branda 	Presença de infecção de vias aéreas superiores e na ausência de : <ul style="list-style-type: none"> • Desidratação • Dispneia • Sepse • Disfunção de órgãos
<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonia sem complicações 	Infecção do trato respiratório inferior do adulto sem sinais de gravidade.
<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonia severa 	Adolescente ou adulto com infecção do trato respiratório inferior associado a um dos : <ul style="list-style-type: none"> • Frequência respiratória > 30ipm • Esforço respiratório severo • SpO2<93%em ar ambiente • Cianose • Disfunção orgânica
<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA) 	Sintomas respiratórios presentes associada a importante comprometimento da oxigenação: <ul style="list-style-type: none"> • SARA leve : PaO2 / FiO2< ou igual a 300 e > 200 em paciente não ventilado ou com PEEP ou CPAP > ou igual a 5 cmH2O • SARA moderada: PaO2 / FiO2 < ou igual a 200 e maior que 100 em paciente não ventilado ou com PEEP > ou igual a 5 cmH2O • SARA grave: PaO2 / FiO2 < ou igual a 100 em paciente não ventilado ou com PEEP > ou igual a 5 cmH2O



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020
			Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020


	<ul style="list-style-type: none">Se PaO2 não estiver disponível a presença de SpO2/FiO2 < ou igual a 315 sugere SARA
<ul style="list-style-type: none">Sepse	<p>Síndrome da resposta inflamatória sistêmica na presença de infecção presumida ou confirmada associada à disfunção orgânica evidenciada por:</p> <ul style="list-style-type: none">Alteração do nível de consciênciaOligúriaTaquipneia e/ou dispneiaBaixa SpO2TaquicardiaPulso débilExtremidades friasCoagulopatiaPlaquetopeniaAcidoseElevação da bilirrubinasHiperlactatemia
<ul style="list-style-type: none">Choque séptico	<p>Sepse acompanhada de hipotensão (PAM < ou igual a 65 mmHg) a despeito de ressuscitação volêmica adequada.</p>

3. ATENDIMENTO DE CASO SUSPEITO DE COVID-19

Segundo “Protocolo de Manejo da COVID-19 na atenção especializada” todo paciente com quadro respiratório agudo é considerado caso suspeito de COVID-19 devido atual situação epidemiológica brasileira de “transmissão comunitária”. O atendimento nas unidades de saúde poderá ser dividido conforme a classificação síndrômica da infecção respiratória aguda: síndrome gripal (SG) e síndrome respiratória aguda grave (SRAG).



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020
			Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020

A SG é definida pela presença de febre, mesmo que referida, associada a tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos seguintes : cefaleia, artralgia ou mialgia. Já SRAG se traduz pela presença de dispneia associada ou não aos seguintes critérios de gravidade : saturação periférica de oxigênio menor que 95%, sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória avaliada de acordo com a idade, piora nas condições clínicas de base, hipotensão em relação à pressão habitual do paciente, quadro de insuficiência respiratória.

Após reunião com os principais profissionais médicos especialistas envolvidos no atendimento de casos de COVID-19 no Estado de Rondônia foram definidos, com base em orientações do Ministério da Saúde e em protocolos internacionais (Organização Mundial de Saúde e *Centers for Disease Control and Prevention*), critérios para internação e manejo hospitalar dos quadros respiratórios agudos suspeitos de COVID-19. **O principal objetivo é aumentar a sensibilidade de critérios já existentes e, desta forma prevenir deterioração clínica fora do ambiente hospitalar e da assistência médica especializada.**


Assim deverão ser encaminhados para internação hospitalar todo paciente com sintomas respiratórios que apresentem frequência respiratória acima de 24 incursões respiratórias por minuto ou que apresentem fatores de risco para complicações associado a frequência respiratória entre 20 e 24 incursões respiratórias por minuto (para informações mais detalhadas, veja anexo 1).

4. ATENDIMENTO DE QUADRO SUSPEITO DE COVID-19 SEM SINAIS DE GRAVIDADE

Neste caso, paciente apresenta taquinéia leve, mas sem evidência de hipoxemia ou esforço respiratório ou ainda instabilidade hemodinâmica. À admissão o médico deve avaliar o paciente seguindo “check list de admissão hospitalar” descrito no anexo 2 e solicitar exames iniciais (tabela abaixo). A frequência de avaliação clínica posterior será baseada nos critérios de NEWS 2 (anexo 3).



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020
			Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020

O objetivo da realização dos exames é obter uma avaliação do estado “basal” do paciente para que, ao longo da internação, se possa identificar se há piora clínica além de observar fatores prognósticos. **Pacientes que evoluem com piora importante da linfopenia e /ou piora de função hepática tendem a ter desfecho clínico desfavorável.**

A pesquisa de SARS-COV-2 deve ser realizada, preferencialmente, com swab nasofaríngeo devido rendimento da amostra ser superior ao orofaríngeo. Caso haja tosse produtiva, escarro também deve ser obtido para testagem. Não se deve induzir o escarro pela possibilidade de gerar aerossol. Pela possibilidade de coinfeção de COVID-19 com outros vírus respiratórios, estes devem ser pesquisados independentes do resultado da pesquisa de SARS- Cov-2.


À admissão devem ser introduzidas terapias empíricas com **oseltamivir** (75 miligramas a cada 12 horas por 5 dias), **ceftriaxona** (2 gramas a cada 24 horas por 5 dias), **azitromicina** (1 grama no primeiro dia e 500 miligramas a cada 24 horas nos 4 dias) e **hidroxicloroquina** (400 miligramas a cada 12 horas no primeiro dia e 400miligramas a cada 24 horas nos 4 dias restantes). Caso o paciente seja proveniente da comunidade e não tenha comorbidades. O inibidor de neuraminidase (oseltamivir) deve ser suspenso de forma precoce, se no painel viral a pesquisa de Influenza for negativa.

O antimalárico (hidroxicloroquina) também deve ser suspenso se a pesquisa de SARS-COV-2 for negativa e seu início está condicionado à avaliação eletrocardiográfica prévia (anexo 4). Além disso, interações medicamentosas devem ser monitoradas (disponível em <https://www.covid19-druginteractions.org/>), bem como a possibilidade de retinopatia e hipoglicemia, principalmente em pacientes diabéticos.

Em um cenário em que o paciente é oriundo da comunidade, mas apresenta pneumopatias, além do uso de **oseltamivir e antimalárico (hidroxicloroquina)**, deve-se considerar início de **antimicrobianos com atividade anti-pseudomonas (ceftazidima, cefepime ou levofloxacino) associado a azitromicina (verificar anexo 5 para maiores informações)**. Caso haja opção pelo uso da levofloxacino, a



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020
			Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020


azitromicina deve ser suspensa. Considere avaliação da comissão de infecção hospitalar para descalonamento dos antimicrobianos, caso haja melhora clínica importante. Se o paciente apresentar relato de internação hospitalar nos últimos 30 dias, os antimicrobianos citados devem ser trocados por **piperacilina-tazobactam** (4,5 gramas via endovenosa a cada 6 horas por 7 dias), mantendo-se azitromicina e antiviral e antimalárico.

Exames que devem solicitados á admissão de pacientes com quadro respiratório agudo

• Hemograma	• Triglicérides
• Provas inflamatórias : PCR e ferritina	• Testes rápidos (HIV, hepatite B e C)
• DHL	• PP
• CPK	• Sorologia para Dengue se mais de 7 dias de síndrome febril
• Lactato	• Pesquisa de NS1 se menos de 7 dias de síndrome febril
• Eletrólitos: sódio, potássio, magnésio, cálcio, fosforo.	• Hemoculturas (2 amostras) para os paciente com febre documentada
• Creatinina	• Gasometria Arterial para os pacientes com diminuição da SpO2
• Uréia	• TRM-TB* e BAAR para pacientes com tosse produtiva (escarro induzido não pode ser realizado)*se tiver fluxo laminar. Se não aguardar resultado covid 19.
• Transaminases (TGO eTGP)	• ECG
• TAP	• Radiografia de tórax
• Bilirrubinas	• D-dímero (caso haja indicação de internação em UTI há admissão)
• Proteínas totais e frações	



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020
			Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020

Durante a internação pacientes que evoluírem com broncoespasmo devem ser conduzidos de acordo com anexo 7 e anticoagulação profilática deve ser avaliada de acordo com anexo 8.

5. ATENDIMENTO DE CASO SUSPEITO DE COVID-19 – FORMA CLÍNICA:
PROVÁVEL PNEUMONIA SEVERA

Na pneumonia severa associada ao SARS-CoV-2, há deterioração clínica importante evidenciada pela necessidade de suplementação de oxigênio. Esta fase é caracterizada pela sua dinamicidade. Em outras palavras, instabilidade hemodinâmica e/ou necessidade de ventilação invasiva pode ocorrer de forma rápida. Desta forma, pacientes admitidos serão avaliados pelo “check list de admissão hospitalar” descrito no anexo 2 .A frequência de avaliação clínica posterior será baseada nos critérios de NEWS 2 (anexo 3).


Os exames descritos para os casos de pneumonia não-grave á admissão, também devem ser realizados nesta fase de doença, podendo ser adicionada a dosagem de D-dímero em pacientes que evoluem com piora clínica, necessitando de internação em UTI.

A pesquisa de SARS-COV-2 deve ser realizada, preferencialmente, com swab nasofaríngeo devido rendimento de a amostra ser superior ao orofaríngeo. Caso haja tosse produtiva, escarro também deve ser obtido para testagem. Não se deve induzir o escarro pela possibilidade de gerar aerossol. Pela possibilidade de coinfeção de COVID-19 com outros vírus respiratórios, estes devem ser pesquisados independentes do resultado da pesquisa de SARS- Cov-2.

Imagem de tórax, através da **tomografia computadorizada**, também deve ser obtida para avaliação da extensão de doença pulmonar, diagnóstico diferencial com outras patologias respiratórias e avaliação de possíveis complicações. No COVID-19 os achados mais comuns são opacidade em vidro fosco e infiltrado reticular de distribuição periférica acometendo principalmente os lobos inferiores.



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020
			Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020

Devido a associação da infecção pelo SARS-COV-2 com estados hiperinflamatórios como Síndrome da Linfoshistiocitose Hemofagocitária e Síndrome da Tempestade das Citocinas, deve-se utilizar o HScore (descrito no anexo 6) em pacientes que evoluem com febre incessante, associada a piora da hipoxemia, citopenias e aumento da ferritina.

Durante a internação pacientes que evoluírem com broncoespasmo devem ser conduzidos de acordo com anexo 7 e anticoagulação profilática deve ser avaliada de acordo com anexo 8.

O manejo de fluidos endovenosos deve ser conservador pelo risco de congestão pulmonar. O potencial desta complicação deve ser sempre monitorada dada a frequência de pacientes com comorbidades vistos nesta forma clínica. Além disso, colóides e albumina devem ser evitadas porque estão mais associados a risco de complicações.


À admissão devem ser introduzidas terapias empíricas com **oseltamivir** (75 miligramas a cada 12 horas por 5 dias), **ceftriaxona** (2 gramas a cada 24 horas por 5 dias), **azitromicina** (1 grama no primeiro dia e 500 miligramas a cada 24 horas nos 4 dias) e **hidroxicloroquina** (400 miligramas a cada 12 horas no primeiro dia e 400miligramas a cada 24 horas nos 4 dias restantes), caso o paciente seja proveniente da comunidade e não tenha comorbidades. O inibidor de neuraminidase(oseltamivir) deve ser suspenso de forma precoce, se no painel viral a pesquisa de Influenza for negativa.

Os antimaláricos (hidroxicloroquina) também devem ser suspensos se a pesquisar de SARS-COV-2 for negativa e seu início está condicionado á avaliação eletrocardiográfica prévia (anexo 4). Além disso, interações medicamentosas devem ser monitoradas (disponível em <https://www.covid19-druginteractions.org/>), bem como a possibilidade de retinopatia e hipoglicemia, principalmente em pacientes diabéticos.

Em um cenário em que o paciente é oriundo da comunidade, mas apresenta pneumopatias, além do uso de **oseltamivir e antimalárico**, deve-se considerar início de **antimicrobianos com atividade anti-pseudomonas (ceftazidima, cefepime ou**



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020
			Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020

levofloxacino) associado à azitromicina (verificar fluxograma 5 para maiores informações). Caso haja opção pelo uso da levofloxacino, a azitromicina deve ser suspensa. Considere avaliação da comissão de infecção hospitalar para descalonamento dos antimicrobianos, caso haja melhora clínica importante. Se o paciente apresentar relato de internação hospitalar nos últimos 30 dias, os antimicrobianos citados devem ser trocados por **piperacilina-tazobactam** (4,5 gramas via endovenosa a cada 6 horas por 7 dias), mantendo-se azitromicina e antiviral e antimalárico.

6. ATENDIMENTO DE CASO SUSPEITO DE COVID-19- FORMA CLÍNICA CRÍTICA (PROVÁVEL SARA, SEPSE OU CHOQUE SÉPTICO).

Os pacientes com síndrome da angústia respiratória aguda (SARA) apresentam hipoxemia classificada de acordo com a gravidade, conforme descrito abaixo, associado a opacidade bilateral evidenciado por imagem de tórax.


- Leve: $PaO_2/FiO_2 < \text{ou igual a } 300 \text{ e } > 200$ em pacientes não ventilados ou presença de PEEP > ou igual a 5 cmH₂O.
- Moderada: $PaO_2/FiO_2 < \text{ou igual a } 200 \text{ e } > 100$ em pacientes não ventilados ou presença de PEEP > ou igual a 5 cmH₂O.
- Severa: $PaO_2/FiO_2 < \text{ou igual a } 100$ em pacientes não ventilados ou presença de PEEP > ou igual a 5 cmH₂O.

A SARA é uma evolução indesejada no manejo da COVID-19 e deve ser diagnosticada de forma precoce. Assim, paciente com pneumonia severa e com comorbidades deverão ter seu padrão respiratório monitorados frequentemente, podendo ser utilizado a razão da $SaPo_2/FiO_2$ para avaliação rápida. Se o resultado for menor ou igual a 315, isso sugere SARA.

Pacientes com quadro de SARA devido COVID-19 dificilmente respondem a estratégia ventilatória não invasiva, devendo ser manejados através de ventilação



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020
			Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020

mecânica invasiva. A intubação deve ser realizada com equipamento de proteção individual compatível para precaução por aerossol.

Em pacientes submetidos a intubação orotraqueal, a pesquisa de SARS-COV-2 deve ser realizada em aspirado traqueal. Pela possibilidade de coinfeção de COVID-19 com outros vírus respiratórios, estes devem ser pesquisados independentes do resultado da pesquisa de SARS- Cov-2.

Os exames descritos para os casos de pneumonia não-grave á admissão, também devem ser realizados nesta fase de doença, devendo ser adicionada a dosagem de D-dímero, pois níveis elevados (> 1000ng/ml) deste teste estão associados a pior prognóstico.


Devido a associação da infecção pelo SARS-COV-2 com estados hiperinflamatórios como Síndrome da Linfoshistiocitose Hemofagocitária e Síndrome da Tempestade das Citocinas, deve-se utilizar o HScore (descrito no anexo 6) em pacientes que evoluem com febre incessante ,associada a piora da hipoxemia,citopenias e aumento da ferritina.

Estratégias ventilatórias aconselhadas deverão incluir o uso de volume corrente baixo(6ml/kg de peso predito) e pressão de platô menor que 30 cmH20., com *driving pressure* menor que 15 cmH20. A PEEP deve ser a de menor valor necessária para manter saturação de oxigênio de 90-95% com FiO2 menor que 60%. Considerar pronação nos casos de PaO2/FiO2 < 150.

O manejo de fluidos endovenosos deve ser conservador pelo risco de congestão pulmonar. O potencial desta complicação deve ser sempre monitorado dada a frequência de pacientes com comorbidades vistos nesta forma clínica. Além disso, colóides e albumina devem ser evitados porque estão mais associados a risco de complicações. Drogas vasoativas devem ser utilizadas quando a pressão arterial média não puder ser atingida ou mantida acima de 65 mmHG.



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020
			Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020

Edema pulmonar e aeração pulmonar podem avaliados através da ultrassonografia de tórax, evitando transporte de pacientes graves durante internação em UTI. Essa é uma medida que também possibilita controle de infecção.

Corticóides também devem ser evitados devido ao potencial fator para descompensação de doença de base além de prolongar a viremia e diminuir o clearance do patógeno das vias respiratórias. Estas medicações devem utilizadas apenas para manejo de pneumopatias crônicas e devem ser consideradas nos casos de choque de origem infecciosa com resposta inadequada às drogas vasoativas.


À admissão devem ser introduzidas terapias empíricas com **oseltamivir** (75 miligramas a cada 12 horas por 5 dias), **ceftriaxona** (2 gramas a cada 24 horas por 5 dias), **azitromicina** (1 grama no primeiro dia e 500 miligramas a cada 24 horas nos 4 dias) e **hidroxicloroquina** (400 miligramas a cada 12 horas no primeiro dia e 400miligramas a cada 24 horas nos 4 dias restantes), caso o paciente seja proveniente da comunidade e não tenha comorbidades. O inibidor de neuraminidase (oseltamivir) deve ser suspenso de forma precoce, se no painel viral a pesquisa de Influenza for negativa.

O antimalárico (hidroxicloroquina) também deve ser suspenso se a pesquisar de SARS-COV-2 for negativa e seu início está condicionado á avaliação eletrocardiográfica prévia (anexo 4). Além disso, interações medicamentosas devem ser monitoradas (disponível em <https://www.covid19-druginteractions.org/>), bem como a possibilidade de retinopatia e hipoglicemia, principalmente em pacientes diabéticos.

Em um cenário em que o paciente é oriundo da comunidade, mas apresenta pneumopatias, além do uso de **oseltamivir e antimalárico**, deve-se considerar início de **antimicrobianos com atividade anti-pseudomonas (ceftazidima, cefepime ou levofloxacino) associado a azitromicina (verificar fluxograma 5 para maiores informações)**. Caso haja opção pelo uso da levofloxacino, a azitromicina deve ser suspensa. Considere avaliação da comissão de infecção hospitalar para descalonamento dos antimicrobianos, caso haja melhora clínica importante. Se o paciente apresentar relato de internação hospitalar nos últimos 30 dias, os



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020
			Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020

antimicrobianos citados devem ser trocados por **piperacilina-tazobactam** (4,5 gramas via endovenosa a cada 6 horas por 7 dias), mantendo-se azitromicina e antiviral e antimalárico.

12. MONITORAMENTO ELETROCARDIOGRÁFICO DE PACIENTES COM CASO CONFIRMADO DE COVID-19 E EM USO DE HIDROXICLOROQUINA.

A hidroxicloroquina atua alterando o pH celular e por consequência diminuindo a glicosilação de receptores da enzima de conversão da angiotensina. Tais receptores são necessários para entrada de SARS-COV-2 nas células.

Tais drogas também bloqueiam canais de potássio podendo prolongar o intervalo QT no eletrocardiograma, aumentando a chance de eventos adversos como torsades de points e morte súbita. Desta forma, monitorização eletrocardiográfica é necessária (ver fluxograma em anexo 4).

14. CRITÉRIOS PARA SUSPENSÃO DE PRECAUÇÕES PARA PACIENTES BASEADAS EM RISCO DE TRANSMISSÃO


Para a suspensão de precaução por gotículas ou aerossóis em um cenário de sintomas respiratórios agudos, pode-se utilizar uma estratégia baseada em RT- PCR ou não. A estratégia escolhida vai depender da disponibilidade do exame.

Para a estratégia baseada em teste para COVID-19 é necessário resolução da febre, melhora dos sintomas respiratórios e 2 “swabs” negativos de nasofaringe coletados com espaço de tempo de 24 horas.

Caso não haja disponibilidade de testes moleculares, deve-se estabelecer a suspensão de precauções baseada somente em critérios clínicos, como a ausência de febre e melhora dos sintomas respiratórios por pelo menos 3 dias e . Além disso, deve-se ter passados pelo menos 1 semana desde o início dos sintomas.




GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020
			Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020

A estratégia baseada em teste molecular deve ser priorizada em caso de pacientes imunocomprometidos, hospitalizados e àqueles que necessitam ser transferidos para instalações de cuidados em longo prazo, devido evidência de eliminação viral mais prolongada. Caso o RT-PCR não esteja disponível, é possível utilizar o método não baseado em testes, contudo deve-se considerar o prolongamento do período de isolamento.



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020
			Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020

ANEXO 1 – FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Paciente apresentando sintomas respiratórios agudos



Há fatores de risco para complicações?

1. Grávidas em qualquer idade gestacional e puérperas até 2 semanas de pós-parto, abortamento ou perda fetal. *
2. Adultos com idade superior a 60 anos
3. Crianças menores de 5 anos *
4. População indígena aldeada ou com dificuldades de acesso
5. Indivíduos menores de 19 anos em uso prolongado de AAS
6. Pneumopatas (incluindo asma)
7. Tuberculose em tratamento, independente da forma clínica.
8. Cardiovasculopatias (incluindo HAS)
9. Nefropatias
10. Hepatopatias
11. Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme)
12. Distúrbios metabólicos (incluindo DM)
13. Neuropatias (disfunção cognitiva, lesão medular ,epilepsia,paralisia cerebral, síndrome de Down,AVE,doenças neuromusculares.
14. Imunossupressão desencadeada pelo uso de corticoide, quimioterápicos, inibidores de TNF-alfa, portadores de neoplasias e de HIV (independente de CD4)


Se **SIM**, ASSOCIADA A FR DE 20-24 IRPM :
encaminhar para internação hospitalar

Se **NÃO**, MAS FR > OU IGUAL A 24 irpm :
encaminhar para internação hospitalar

* Gestantes e crianças menores de 5 anos devem ser internadas, mas seu manejo deve ser decidido conforme avaliação do obstetra e pediatra, respectivamente.



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020
			Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020

Nome: _____ Idade: _____

• **Sintomas:**

- ☐ Febre – Data início _____ ☐ Aferida Temp _____ ☐ não aferida
- ☐ Tosse – Data início _____ ☐ Seca ☐ Produtiva
- ☐ Odinofagia – Data início _____
- ☐ Congestão Nasal – Data início _____
- ☐ Cefaleia – Data início _____
- ☐ Mialgia ou Artralgia – Data início _____
- ☐ Diarréia – Data início _____
- ☐ Vômitos – Data início _____
- ☐ Dor abdominal – Data início _____
- ☐ Coriza – Data início _____

• **Sintomático Respiratório:** ☐ Sim ☐ Não


- Se sim, Já notificado: ☐ Sim ☐ Não
- Já realizada Coleta Diagnóstica: ☐ Sim ☐ Não
- **Observação: Caso paciente preencha critérios de Internação realizar nova coleta**

• **Comorbidades a serem reavaliadas no ato da admissão do paciente**

- ☐ Idade ≥60 anos
- ☐ Doença pulmonar Pré-existente (Asma, DPOC, Tabagismo, Tuberculose)
- ☐ Lesão Renal Crônica
- ☐ Diabetes Melitus
- ☐ História de Hipertensão Arterial Sistêmica Descompensada
- ☐ Uso Imunobiológico
- ☐ História de Transplante
- ☐ História de Cardiopatia prévia (doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca)
- ☐ Uso de Imunossupressor (incluindo quimioterápicos e corticosteroides)



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE


 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020
			Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020

☐ Diagnóstico de HIV (independente de Nível de CD4)

- **Medicamentos Utilizados:** _____
- **Sinais Vitais**
 - Frequência Respiratória: _____
 - Frequência Cardíaca: _____
 - Temperatura: _____
 - Pressão Arterial: _____
 - Saturação de O₂: _____
- **Exame Físico:**
 - Nível de Consciência ☐ Glasgow _____
 - Ausculta Pulmonar: _____
 - Acianótico
 - Cianose Central
 - Cianose Periférica
 - Uso de musculatura acessória
 - Ausculta Cardíaca: _____
 - Abdome: _____
 - Tempo de Enchimento Capilar: _____
- **Classificação de gravidade da COVID-19 (assinale alternativa referente ao quadro)**
 - Pneumonia leve ou ausente
 - Sem dispneia
 - SpO₂ ≥ 95% em ar ambiente
 - FR: ≤ 20 irpm
 - Moderado (presença de 2 ou mais critérios)
 - FR ≥ 21 ipm
 - SpO₂ < 95% em ar ambiente
 - PaO₂/FiO₂ < 350
 - Infiltrado Pulmonar ou Presença de Creptos
 - Vômitos Incoercíveis
 - Desidratação Severa



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020
			Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020


- Presença de comorbidade
 - Grave (presença de ao menos 1)
 - Dispneia com tiragem intercostal
 - $FR \geq 30$ irpm
 - $SpO_2 \leq 90\%$ em ar ambiente
 - $PaO_2/FiO_2 < 300$
 - Infiltrado pulmonar $\geq 50\%$
 - $PAM \leq 65$ mmHg
 - Escala de coma de Glasgow < 15
 - Cianose
 - Disfunção orgânica

Exames que devem solicitados á admissão de pacientes com quadro respiratório agudo

• Hemograma	• Triglicérides
• Provas inflamatórias : PCR e ferritina	• Testes rápidos (HIV, hepatite B e C)
• DHL	• PP
• CPK	• Sorologia para Dengue se mais de 7 dias de síndrome febril
• Lactato	• Pesquisa de NS1 se menos de 7 dias de síndrome febril
• Eletrólitos: sódio, potássio, magnésio, cálcio, fosforo.	• Hemoculturas (2 amostras) para os paciente com febre documentada
• Creatinina	• Gasometria Arterial para os pacientes com diminuição da SpO_2
• Uréia	• TRM-TB* e BAAR para pacientes com tosse produtiva (escarro induzido não pode ser realizado)*Se tiver fluxo laminar caso não aguardar resultado de exame de covid 19.
• Transaminases (TGO eTGP)	• ECG
• TAP	• Radiografia de tórax
• Bilirrubinas	• D-dímero (caso haja indicação de internação em UTI há admissão)
• Proteínas totais e frações	



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020
			Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020

ANEXO 3 - SISTEMA DE AVALIAÇÃO DE GRAVIDADE DO “NATIONAL EARLY WARNING SCORE” (NEWS 2) PARA COVID-19.


- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• O paciente tem idade maior ou igual a 65 anos ?<ul style="list-style-type: none">○ () sim – 3 pontos○ () não – 0 pontos | <ul style="list-style-type: none">• Qual é a frequência cardíaca do paciente?<ul style="list-style-type: none">○ () menor ou igual a 40 – 3 pontos○ () entre 41 e 50 – 1 ponto○ () entre 51 e 90 – 0 pontos○ () entre 91 e 110 – 1 ponto○ () entre 111 e 130 – 2 pontos○ () maior ou igual a 131 – 3 pontos |
| <ul style="list-style-type: none">• Como está a frequência respiratória do paciente?<ul style="list-style-type: none">○ () menor ou igual a 8 - 3 pontos○ () entre 9 e 11 – 1 ponto○ () entre 12 e 20 – 0 pontos○ () entre 21 e 24 – 2 pontos○ () maior ou igual a 25 – 3 pontos | <ul style="list-style-type: none">• Como está a pressão arterial sistólica?<ul style="list-style-type: none">○ () menor que 90 – 3 pontos○ () entre 91 e 100 – 2 pontos○ () entre 101 e 110 – 1 ponto○ () entre 111 e 219 – 0 pontos○ () maior ou igual a 220 – 3 pontos |
| <ul style="list-style-type: none">• Como está a saturação periférica de O2 pela oximetria de pulso ?<ul style="list-style-type: none">○ () menor ou igual a 91% - 3 pontos○ () 92 ou 93 % - 2 pontos○ () 94 ou 95% - 1 ponto○ () maior ou igual a 96% - 0 ponto | <ul style="list-style-type: none">• Qual é o nível de consciência do paciente ?<ul style="list-style-type: none">○ () alerta – 0 pontos○ () apresenta déficit nos chamados verbais, no estímulo algico ou ainda apresenta –se inconsciente ou novo quadro confusional – 3 pontos |
| <ul style="list-style-type: none">• Paciente necessita de suplementação de oxigênio ?<ul style="list-style-type: none">○ () sim – 2 pontos○ () não – 0 pontos | <ul style="list-style-type: none">• Qual é a temperatura do paciente?<ul style="list-style-type: none">○ () menor que 35 – 3 pontos○ () entre 35,1 e 36 – 1 ponto○ () entre 36,1 e 38 – 0 pontos○ () entre 38,1 e 39 – 1 ponto○ () maior ou igual a 39,1 – 2 pontos |

FREQUÊNCIA DE AVALIAÇÃO BASEADA NA PONTUAÇÃO

0 pontos	Avaliação a cada 12 horas
1 a 4 pontos	Avaliação de enfermagem a cada 6 horas e avisar ao médico dos parâmetros alterados e considerar aumento da avaliação
5 ou 6 pontos ou parâmetro 3	Avaliação a cada 1 ou 2 horas e solicitar avaliação médica



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020
			Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020

ANEXO 4 - AVALIAÇÃO ELETROCARDIOGRÁFICA DE PACIENTES CANDIDATOS A USO DE
ANTIMALÁRICOS PARA COVID-19



Proceder com:

1. Cálculo do QT (medir em ms o intervalo do início da onda Q até o final da onda T, utilizando para as medidas o D2 ou V5)
2. Se paciente bradicárdico ou taquicárdico corrigir o cálculo do QT com a fórmula linear de Hodge:
 $QT_{\text{corrigido}} = QT_{\text{medido}} (\text{ em ms}) + 1,75 (\text{Frequência cardíaca} - 60)$
3. Avaliação de fatores de risco para prolongamento de QT (lista abaixo)
4. Avaliação de medicamentos concomitantes que têm o potencial de prolongar QT (lista abaixo)
5. Avaliação de eletrólitos recentes (potássio, magnésio e cálcio)



QT menor que 450 ms



Iniciar antimalárico

+

Solicitar acompanhamento do caso pela cardiologia com as informações listadas acima contidas no parecer.



QT maior ou igual a 450 ms




Não iniciar antimalárico

+

Solicitar avaliação do caso pela cardiologia para considerar início da droga com as informações listadas acima contidas no parecer.



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020 Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020

Fatores de risco para prolongamento de QT

1. Idade maior que 65 anos
2. Mulheres
3. Distúrbios hidroeletrólitos (hipocalemia, hipomagnesemia , hipocalcemia)
4. Insuficiência coronariana aguda
5. ICC
6. Cardiomiopatia hipertrófica
7. Síndrome do QT longo congênito
8. DM
9. DRC dialítica
10. Anorexia
11. Hipoglicemia
12. Pós – parada cardiorrespiratória recente
13. Pós – hemorragia subaracnoidea, AVC ou trauma craniano (1ª semana)

Medicamentos que potencialmente prolongam o QT

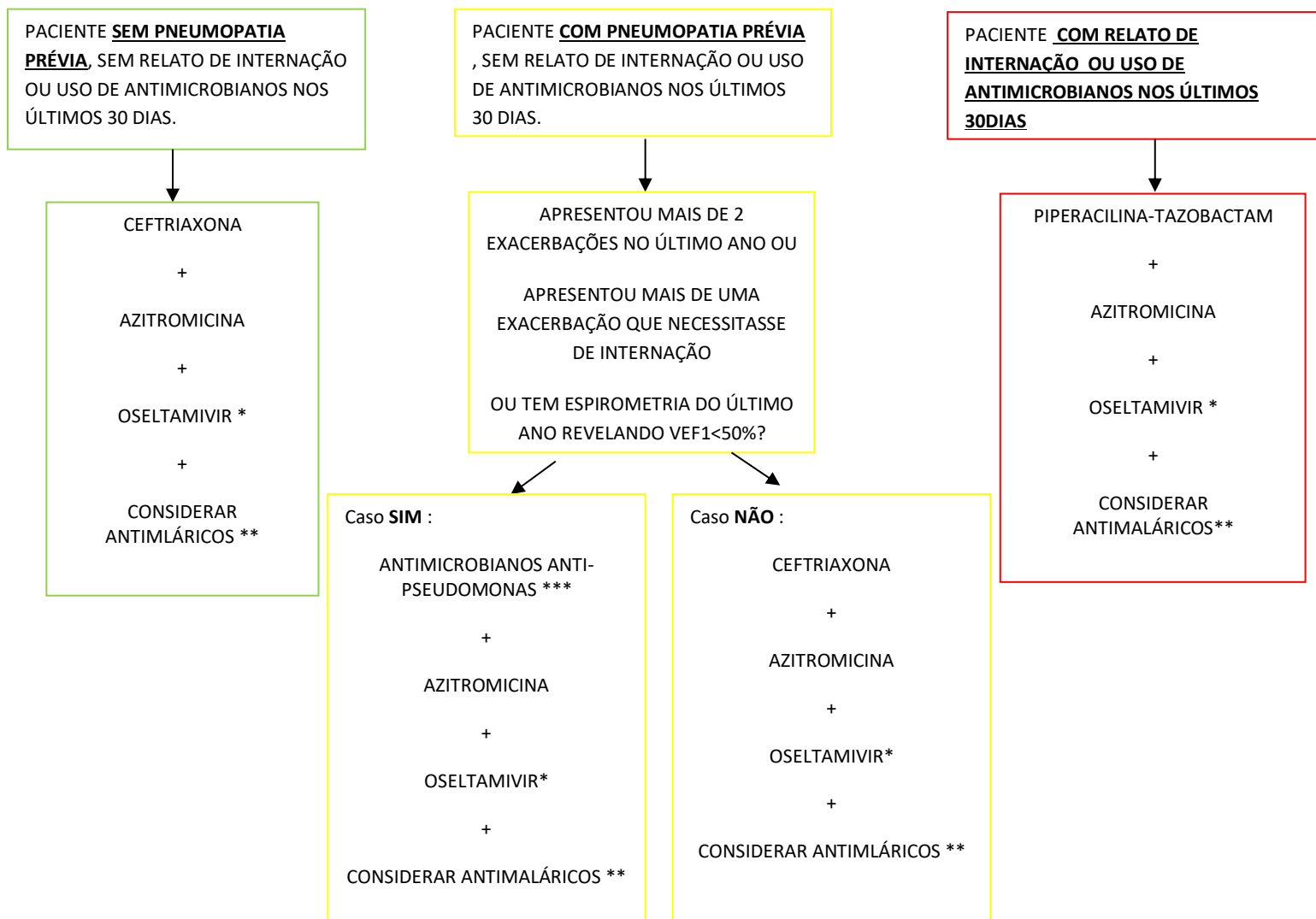
ALTO RISCO	MODERADO RISCO	
Amiodarona	Propafenona	Salbutamol
Sotalol	Risperidona	Fenoterol
Haloperidol	Quetiapina	Formoterol
Clorpromazina	Prometazina	Terbutalina
Levomopromazina	Olanzapina	Fluoxetina
Propofol	Dexmedetomidina	Paroxetina
Ondasentrone	Cimetidina	Tricíclicos
Domperidona	Metoclopramida	Sertralina
Bromoprida	Piperacilina- tazobactam	Venlafaxina
Cisaprida	Sulfametoxazol + trimetoprim	Loperamida
Quinolonas	Anfotericina	Difenidramina
Fluconazol	itraconazol	
Cloroquina	Voriconazol	
Azitromicina	Pantoprazol	
Donepezila	Esomeprazol	
Citalopram	Omeprazol	
Escitalopram	Lansoprazol	
Cilostazol	Prometazina	
Metadona e tramadol	Hidroxizina	



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020
			Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020

ANEXO 5 – ANTIBIOTICOTERAPIA PARA PACIENTES COM QUADRO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE




* Osetamivir deve ser suspenso se PCR para vírus respiratórios não revelar presença de vírus Influenza.

** Para uso de hidroxiquina ou cloroquina, observar avaliação eletrocardiográfica (anexo 4), interações medicamentosas(<https://www.covid19-druginteractions.org/>), efeitos adversos (prolongamento de QT, hipoglicemia e retinopatia em diabéticos) e fornecer tais informações ao paciente e/ou familiares. Suspender uso, caso a pesquisa de SARS-cov-2 seja negativa.

*** Ceftazidima, cefepime ou levofloxacino. Se optar pelo último, suspender azitromicina.



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020
			Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020


ANTIMICROBIANOS	DOSE	VIA	INTERVALO	HORÁRIO PADRÃO
CEFTRIAXONA	2G	EV	24/24H	14H
AZITROMICINA	500MG	EV	24/24H	18H
OSELTAMIVIR	75MG	SNE/VO	12/12H	10 – 22H
HIDROXICLOROQUINA	400MG (1ºDIA) 400MG (2-5ºDIAS)	SNE/VO SNE/VO	12/12H 24/24H	10 – 22H 10H
***CLOROQUINA	450MG (1ºDIA) 450MG(2-5ºDIAS)	SNE/VO SNE/VO	12/12H 24/24H	10 – 22H 10H
PIPERACILINA/TAZOBACTAN	4,5G	EV	6/6 H	06H – 12H-18H-24H
LEVOFLOXACINO	750MG	EV	24/24H	14H
CEFEPIME	1GRAMA	EV	8/8 H	06-14-22H
CEFTAZIDIMA	1 GRAMA	EV	8/8 H	06-14-22H

***CLOROQUINA:

- Optar pelo uso da cloroquina apenas na falta da hidroxicloroquina;
- Solicitar o acompanhamento da cardiologia;
- Realizar controle eletrocardiográfico diário pelo risco de desenvolver “qt” longo;
- Atentar para os níveis de potássio, magnésio e cálcio;
- Para paciente com peso < 60kg recalcular a dose para 7.5mg/kg;
- Em casos de insuficiências renal ou hepática graves reduzir a dose pela metade.



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020
			Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020

ANEXO 6 – ESCORE PARA LINFOHISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA SECUNDÁRIA *


TEMPERATURA <ul style="list-style-type: none">• <38.4 : 0 PONTOS• 38.4 -39.4 : 33 PONTOS• > 39.4 : 45 PONTOS	FERRITINA <ul style="list-style-type: none">• < 2000 NG/ML : 0 PONTOS• 2000-6000 NG/ML : 35 PONTOS• >6000 NG/ML :50 PONTOS
ORGANOMEGALIA <ul style="list-style-type: none">• NENHUM : 0 PONTOS• HEPATOMEGALIA OU ESPLENOMEGALIA: 23PONTOS• HEPATOMEGALIA E ESPLENOMEGALIA : 38 PONTOS	TGO <ul style="list-style-type: none">• < 30 : 0 PONTOS• > OU IGUAL A 30 : 19 PONTOS
CITOPENIAS ** <ul style="list-style-type: none">• UMA LINHAGEM: 0 PONTOS• 2 LINHAGENS : 24 PONTOS• 3 LINHAGENS :34 PONTOS	HEMOFAGÓCITOS NO ASPIRADO DE MEDULA ÓSSEA <ul style="list-style-type: none">• NÃO: 0 PONTOS• SIM : 35 PONTOS
TRIGLICÉRIDES <ul style="list-style-type: none">• < 150 MG/DL : 0 PONTOS• 150-350 MG/DL : 44 PONTOS• >350 MG/DL: 64 PONTOS	CONHECIDA IMUNOSSUPRESSÃO <ul style="list-style-type: none">• NÃO : 0 PONTOS• SIM: 18 PONTOS
FIBRINOGENIO <ul style="list-style-type: none">• > 2.5 G/I : 0 PONTOS• < OU IGUAL A 2.5G/L : 30 PONTOS	

* Pontuação maior ou igual a 169 sugere Síndrome Linfocitose Hemofagocítica secundária

** É considerada citopenia : Hb< 9.2, leucócitos < 5000, plaquetas < 110.000



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020
			Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020

ANEXO 7 – TRATAMENTO DE BRONCOESPASMO EM PACIENTE COM QUADRO SUSPEITO DE COVID-19

PACIENTE COM SUSPEITA CLÍNICA DE COVID-19 E APRESENTANDO BRONCOESPASMO

Utilizar:

1. Salbutamol 100mcg 4-10 jatos por inalador dosimetrado a cada 20 minutos por 3 vezes
2. Considerar corticoide sistêmico (hidrocortisona 100 miligramas a cada 8 horas)
3. Oferta de O2 para manter SpO2 93-95 % (níveis menores de SpO2 podem ser tolerados em pacientes portadores de DPOC)

Caso não haja melhora:

1. Ipratrópio por MDI + espaçador 4-10 jatos a cada 2-4 horas
2. Manter SpO2 > ou igual a 94%
3. Considerar avaliação do intensivista
4. Ofertar cateter O2

Melhora parcial + SpO2 maior ou igual a 94%

Manter salbutamol a cada hora até estabilização adicionado ou não a ipatrópio, ambos por MDI+ espaçador

Sem melhora ou se SpO2 < 92%


Iniciar sulfato de magnésio 10% + soro fisiológico 200 mililitros via endovenosa em 20 minutos

Terbutalina 0,5 – 1ml subcutâneo

Solicitar vaga de UTI



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020
			Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020

ANEXO 8 – AVALIAÇÃO DE ANTICOAGULAÇÃO PROFILÁTICA EM PACIENTES COM SUSPEITA DE COVID -19

Critérios de Padua *	
• Câncer ativo ou tratado com quimioterapia ou radioterapia nos últimos 6 meses	• 3 pontos
• História de doença venosa trombótica (não incluso trombose superficial)	• 3 pontos
• Mobilidade ausente ou reduzida com pelo menos 3 dias de duração	• 3 pontos
• Estado de hipercoagulabilidade pré-existente	• 3 pontos
• Trauma ou cirurgia há menos de 30 dias	• 2 pontos
• Idade maior de 70 anos	• 1 ponto
• Insuficiência cardíaca ou respiratória	• 1 ponto
• AVC ou IAM	• 1 ponto
• Doença infecciosa aguda ou reumática	• 1 ponto
• Obesidade com IMC > ou igual a 30	• 1 ponto
• Tratamento de reposição hormonal atual	• 1 ponto


* - Baixo risco (0-3 pontos): estimular deambulação precoce podendo ou não associar métodos mecânicos

- Alto risco (4-20 pontos): considerar anticoagulação profilática medicamentosa (heparina não fracionada ou heparina de baixo peso molecular) de acordo com risco de sangramentos.

- Contraindicações absolutas: sangramento ativo, hemorragia intracraniana, possibilidade de planejamento cirúrgico nas próximas 6-12 horas, moderada a severa coagulopatia, plaquetopenia < 50.000 ou < 100.000 associado a outro fator de risco para sangramento, sangramento nos últimos 3 meses.



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020
			Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020

ANEXO 9 – RESUMO DO MANEJO DE PACIENTES SUSPEITOS DE COVID-19 (QUADRO LEVE)

1. Preenchimento de “check list de avaliação na admissão hospitalar” (anexo 2)
2. Solicitação de exames (anexo 2).
3. Solicitação de pesquisa de SARS-cov-2 através de swab nasofaríngeo e/ou em amostra de escarro (caso haja tosse produtiva; indução de escarro não é permitida).
4. Definição de monitoramento pela equipe de enfermagem conforme NEWS 2 (anexo 3).
5. Início de antimicrobianos e antiviral conforme anexo 5.
6. Avaliação de início de antimaláricos conforme anexo 4.
7. Avaliação de anticoagulação conforme anexo 8.
8. Utilizar manejo conservador de fluidos. Preferindo uso de cristaloides.
9. Evitar uso de nebulização para pneumopatas crônicos, utilizando preferencialmente nebulizadores dosimetrados. Considere avaliação da pneumologia.
10. Monitorar possibilidade de síndrome da linfocitose hemofagocítica secundária conforme anexo 6.
11. Se broncoespasmo, manejar conforme anexo 7.
12. Reavaliar diariamente indicação de internação em UTI.



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**


 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020
			Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020

ANEXO 10 – RESUMO DO MANEJO DE PACIENTES SUSPEITOS DE COVID-19 (QUADRO DE PNEUMONIA SEVERA)

1. Preenchimento de “check list de avaliação na admissão hospitalar” (anexo 2)
2. Solicitação de exames (anexo 2).
3. Solicitação de pesquisa de SARS-cov-2 através de swab nasofaríngeo e/ou em amostra de escarro (caso haja tosse produtiva; indução de escarro não é permitida).
4. Considerar avaliação tomográfica do tórax.
5. Definição de monitoramento pela equipe de enfermagem conforme NEWS 2 (anexo3).
6. Início de antimicrobianos e antiviral conforme anexo 5.
7. Avaliação de início de antimaláricos conforme anexo 4.
8. Avaliação de anticoagulação conforme anexo 8.
9. Utilizar manejo conservador de fluidos. Preferindo uso de cristaloides.
10. Evitar uso de nebulização para pneumopatas crônicos, utilizando preferencialmente nebulizadores dosimetrados. Considere avaliação da pneumologia.
11. Acessar necessidade de suplementação de O2 para manter SpO2 94-96%. Caso suplementação por cateter de O2 não consiga atingir tal meta, considere avaliação do intensivista, já que uso ventilação não invasiva e cateter nasal de alto fluxo não estão bem estabelecidas neste contexto.
12. Monitorar possibilidade de síndrome da linfocitose hemofagocítica secundária conforme anexo 6.
13. Se broncoespasmo, manejar conforme anexo 7.
14. Reavaliar diariamente indicação de internação em UTI.



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE


 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020
			Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020

ANEXO 11 – RESUMO DO MANEJO DE PACIENTES SUSPEITOS DE COVID-19 (QUADRO CRÍTICO:
SARA SEPSE, CHOQUE SÉPTICO)

1. Preenchimento de “check list de avaliação na admissão hospitalar” (anexo 2), caso o paciente venha de outra unidade hospitalar. Se o paciente vier da mesma unidade, proceder com a admissão padrão de UTI associada a SOFA de entrada
2. Solicitação de exames (anexo 2), incluindo D-dímero e lactato.
3. Solicitação de pesquisa de SARS-cov-2 em aspirado traqueal, além de culturas.
4. Discussão de início ou troca de antimicrobianos após discussão com comissão de infecção hospitalar.
5. Avaliação de início de antimaláricos conforme anexo 4.
6. Avaliação de anticoagulação conforme anexo 8.
7. Utilizar manejo conservador de fluidos. Preferindo uso de cristaloides balanceados.
8. Iniciar drogas vasoativas para manter PAM > 65mmHg, se necessário.
9. Usar corticoterapia apenas para manejo de pneumopatias crônicas ou em caso de choque séptico sem resposta adequada a drogas vasoativas.
10. Considerar estratégia ventilatória com: volume corrente baixo(6ml/kg de peso predito) e pressão de platô menor que 30 cmH2O., com *driving pressure* menor que 15 cmH2O. A PEEP deve ser a de menor valor necessária para manter saturação de oxigênio de 90-95% com FiO2 menor que 60%. Considerar pronação nos casos de PaO2/FiO2 < 150.
11. Considerar ultrassonografia de tórax em detrimento de tomografia para evitar transporte de paciente e grave e estabelecer controle de infecção.
12. Monitorar possibilidade de síndrome da linfocitose hemofagocítica secundária conforme anexo 6.



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE


 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020
			Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020

REFERÊNCIAS

1. ALHAZZANI, W. et al. Surviving Sepsis Campaign : guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). **Intensive Care Medicine**, Londres, p1-34, mar.2020
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. NOTA INFORMATIVA Nº 5/2020-DAF/SCTIE/MS.
3. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Known or Patients Under Investigation for 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) in a Healthcare Setting, 2020**. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control.html>. Acesso em: mar. 2020.
4. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Interim Clinical Guidance for Management of Patients with Confirmed Coronavirus Disease (COVID-19),2020**. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>. Acesso em: mar.2020.
5. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Information for Clinicians on Investigational Therapeutics for Patients with COVID-19**.Disponível em : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/therapeutic-options.html>. Acesso em: abr.2020.
6. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Discontinuation of Transmission-Based Precautions and Disposition of Patients with COVID-19 in Healthcare Settings (Interim Guidance)**. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/disposition-hospitalized-patients.html>. Acesso em : mar.2020
7. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings**. Disponível em: [dc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-controlrecommendations.html?Cdc_aa_refval=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhospitals%2Fdisposition-hospitalized-patients.html](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-controlrecommendations.html?Cdc_aa_refval=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhospitals%2Fdisposition-hospitalized-patients.html)



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE


 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020
			Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020

onavirus%2F2019-ncov%2Finfection-control%2Fcontrol-recommendations.html.
Acesso em : abr.2020.

8. Ding Q, Lu P, Fan Y, Xia Y, Liu M. The clinical characteristics of pneumonia patients coinfecting with 2019 novel coronavirus and influenza virus in Wuhan, China. **J Med Virol.** 2020;1–7. <https://doi.org/10.1002/jmv.25781>.
9. GIUDICESSI, J.R. et al. Urgent Guidance for Navigating and Circumventing the QTc Prolonging and Torsadogenic Potential of Possible Pharmacotherapies for COVID-19. **Mayo Clinic Proceedings**, Rochester, v95, n1, p1-20, mar.2020.
10. GUAN, W. et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. **New england Journal of Medicine**, 2020. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2002032?articleTools=true>. Acesso em: mar. 2020.
11. HUANG, C. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The Lancet**, London, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736\(2020\)2930183-5](https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736(2020)2930183-5). Acesso em: mar. 2020.
12. Ministério da Saúde do Brasil. **Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada**. Brasília, 2020.
13. Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba. **Protocolo clínico de Condutas do Paciente Hospitalizado com COVID-19**. João Pessoa, 2020.
14. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Advice on the use of masks the community, during home care and in health care settings in the context of the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak Interim guidance, 29 Jan. 2020**. WHO/nCov/IPC_Masks/2020.1. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>. Acesso em: mar. 2020.
15. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: Interim guidance**. Mar. 2020. V. 1.2. Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected). Acesso em: mar. 2020.



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

 GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA	Responsável pela elaboração: Fernanda Oliveira, Maiara Soares, Tatiana Baldez, Ana Carolina Terra Cruz, Maria Beatriz M.B.L. Rodrigues, Sérgio Paulo de Mello Mendes Filho	Responsável pela aprovação: Ester Aita	Data da 1ª Versão: 28/03/2020
			Versão número: 5ª
Título: PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE INFECÇÃO PELO SARS-CoV-2 (COVID -19) EM ADULTOS	Responsável pela revisão: Ester Aita Sérgio Basano	Número do Documento:	Data da Atualização: 21/04/2020

16. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Novel Coronavirus (2019-nCoV) technical guidance. 2020.** Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em: mar. 2020