

PROTOCOLO DE TRATAMENTO DO NOVO CORONAVÍRUS

Secretaria de Estado da Saúde
Pública do Rio Grande do Norte
2020



**RIO GRANDE
DO NORTE**
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE PÚBLICA – SESAP

#RNCONTRACOV19

RIO GRANDE DO NORTE
**FORTE NO COMBATE
AO CORONAVÍRUS**

© 2020. Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte.

Av. Marechal Deodoro da Fonseca, 730 - Centro, Natal/RN.
CEP: 59025-600. Site: <http://www.saude.rn.gov.br/>

Cipriano Maia de Vasconcelos

Secretário de Estado da Saúde Pública do RN

PROTOCOLO DE TRATAMENTO DO NOVO CORONAVÍRUS. VERSÃO 2 (Casos suspeitos/confirmados)

Elaboração: Comitê Técnico Assistencial para enfrentamento à pandemia de COVID – 19, instituído por Portaria-SEI Nº 873, DE 07 de abril de 2020.

Autores: André Luciano de Araújo Prudente (Diretor Geral do Hospital Giselda Trigueiro – Médico Infectologista); Fernando da Costa Carriço Neto (Médico Intensivista e Presidente da Sociedade Norte Riograndense de Terapia Intensiva);

Igor Thiago Borges de Queiroz e Silva (Presidente Sociedade Riograndense do Norte de Infectologia); Manoella do Monte Alves (Departamento de Infectologia/URFN - Médica Infectologista); Fellipe Costa de Andrade Marinho (Médico pneumologista - Sociedade Norte Riograndense de Pneumologia).

Coordenação: Ricardo Augusto Garcia Volpe – Médico da COHUR/SESAP

Colaboradora: Samara Pereira Dantas – Redes de Atenção à Saúde/CPS/SESAP

Capa: Kalianny Bezerra de Medeiros - Assessoria de Comunicação/SESAP

Natal/RN

Mai de 2020.

SUMÁRIO

1. OBJETIVO	3
1.1 Objetivos Específicos	3
2. SUPLEMENTAÇÃO DE OXIGÊNIO NA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA	4
3. EXAMES ADMISSIONAIS	5
4. ROTINA PARA PARAMENTAÇÃO	6
5. ROTINA PARA DESPARAMENTAÇÃO	7
6. ORIENTAÇÕES QUANTO À PRESCRIÇÃO - ADULTOS / GESTANTES / PUÉRPERAS	8
6.1 Oseltamivir	8
6.2 Antimicrobianos	8
6.3 Corticoide: não deve ser usado de forma rotineira;	9
6.4 Heparina: pelo risco elevado de eventos trombóticos em micro e macrocirculação, todos deverão receber anticoagulação:	9
6.5 Cloroquina / Hidroxicloroquina:	9
6.6 Interrupção da gestação	10
7. ORIENTAÇÕES QUANTO À PRESCRIÇÃO - CRIANÇAS E LACTENTES	11
7.1 Oseltamivir:	11
7.2 Antimicrobianos	11
7.3 Corticoide:	12
8. ORIENTAÇÕES QUANTO À PRESCRIÇÃO - RECÉM-NASCIDOS (< 28 DIAS).....	13
8.1 Oseltamivir:	13
8.2 Antimicrobianos:	13
9. MANEJO DE VIA AÉREA/ OXIGENAÇÃO	14
ANEXOS	20
REFERÊNCIAS.....	23

1. OBJETIVO

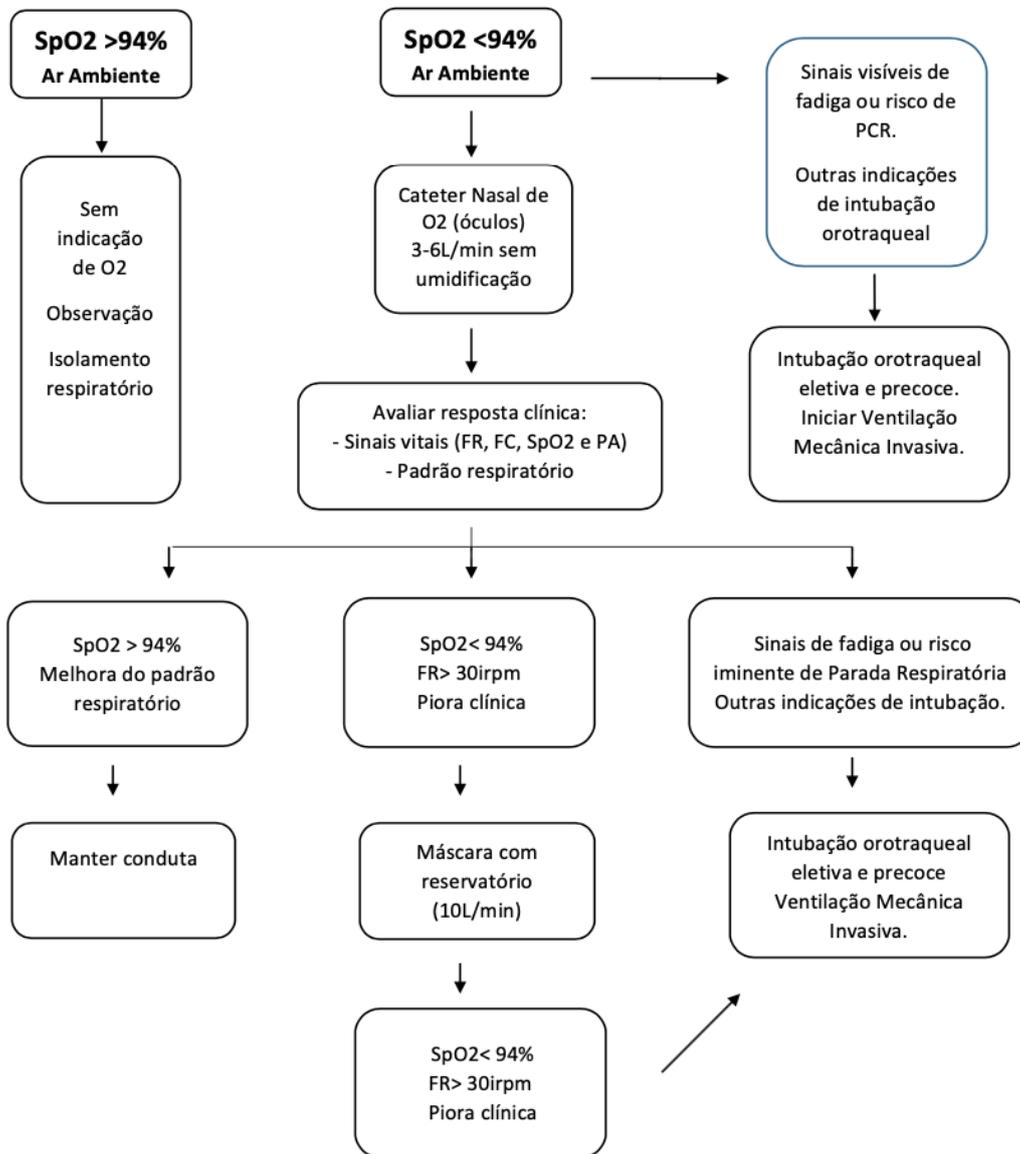
- Orientar a Rede de Serviços de Atenção à Saúde, pública e privada do Estado do Rio Grande do Norte, no manejo oportuno de casos suspeitos ou confirmados de infecção humana por COVID-19.

1.1 Objetivos Específicos

- Atualizar os serviços de saúde com base nas evidências técnicas e científicas sobre tratamento para COVID-19.
- Orientar os profissionais de saúde quanto ao manejo clínico da infecção humana pelo novo coronavírus.
- Apresentar os fluxos de manejo clínico e operacional da Covid-19 com ênfase nos serviços de atenção especializada.

2. SUPLEMENTAÇÃO DE OXIGÊNIO NA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA

A hiper oferta de oxigênio pode ser deletéria para os pacientes com Covid-19, pela possibilidade de fabricação de radicais livres. Por outro lado, não instituir ventilação mecânica oportunamente pode reduzir as chances de sobrevivência nos pacientes que evoluem para grave hipoxemia. Sugerimos o seguinte fluxo para ajuste da oferta de oxigênio suplementar:



Se houver gasometria arterial disponível, deve ser solicitada para pacientes com saturação abaixo de 94%. Exames de imagem do pulmão podem ser solicitados de acordo com critério médico.

3. EXAMES ADMISSIONAIS

Recomenda-se que os exames laboratoriais de hematologia e bioquímica e o ECG devam ser realizados na admissão e conforme clinicamente indicado para monitorar as possíveis complicações.

Hemograma	Proteína C Reativa	CPK
Uréia	Creatinina	Sódio
Potássio	Cálcio	Magnésio
TGO	TGP	ECG
Gasometria arterial (se disponível)		
RX tórax (de preferência aparelho portátil)		

A Tomografia Computadorizada (TC) tórax pode ser solicitada pela equipe que acompanhará o paciente nos casos em que enriquecerá o diagnóstico diferencial ou mudará conduta terapêutica.

4. ROTINA PARA PARAMENTAÇÃO

1. Higienize as mãos com Álcool gel ou lave com água e sabão.
2. Coloque o avental apropriado*.
3. Coloque a máscara apropriada ao local (N95 ou cirúrgica).
4. Coloque o gorro.
5. Coloque o *face shield* ou os óculos de proteção.
6. Coloque 1 par de luvas.
7. Entre no quarto do paciente.

*Avental impermeável deve ser usado para procedimentos que possam gerar fluidos corporais.

5. ROTINA PARA DESPARAMENTAÇÃO

1. Ainda dentro do quarto do paciente, retire o par de luvas.
2. Higienize as mãos com álcool gel.
3. Retire o avental e despreze em local próprio dentro do quarto.
4. Higienize as mãos com álcool gel.
5. Saia do quarto.
6. Coloque 1 par de luvas.
7. Retire o *face shield* ou óculos de proteção e os limpe em local apropriado.
8. Retire o par de luvas
9. Higienize as mãos com álcool gel.
10. Retire o gorro.
11. Higienize as mãos com álcool gel.
12. Retire a máscara e destine a local especificado.
13. Higienize as mãos com álcool gel ou lave com água e sabão.

6. ORIENTAÇÕES QUANTO À PRESCRIÇÃO - ADULTOS / GESTANTES / PUÉRPERAS

6.1 Oseltamivir

Para todos os pacientes com quadro pulmonar que demandar internação e que não tenham COVID-19 confirmada.

Posologia: Oseltamivir 75 mg - 01 COM, VO, 12/12h (05 dias)

*existe correção para insuficiência renal

Prescrever para grupos de risco que sigam para tratamento ambulatorial:

Gestantes	Pessoas > 59 anos
Puérperas (até 2 sem após o parto)	Crianças < 5 anos
Pneumopatas	Pessoas < 19 anos em uso prolongado de AAS
Tuberculose de todas as formas	Obesidade
Cardiovasculopatias	Nefropatias
Hepatopatias	Doenças hematológicas
Dist. metabólicos (incluindo Diabetes)	Transtornos neurológicos que comprometam função respiratória ou aumento de risco de aspiração
Imunossupressão	População indígena aldeada

6.2 Antimicrobianos

✓ Macrolídeo:

Azitromicina: para todos os pacientes com quadro pulmonar que demandarem internação.

AZITROMICINA 500 mg - 01 COM, VO, 1 X DIA (05 dias)

* A apresentação EV também pode ser prescrita, se disponível.

✓ Beta-lactâmicos:

Caso pneumonia bacteriana não possa ser descartada, considerar a associação de beta-lactâmico (amoxicilina ou cefalosporina de terceira geração).

6.3 Corticoide: não deve ser usado de forma rotineira;

Pacientes em UTI, sob ventilação mecânica ou instabilidade hemodinâmica poderão receber:

METILPREDNISOLONA 40 mg - EV, 1X DIA (07 dias)

Ou

HIDROCORTISONA 200MG/DIA em 24 horas

OU

PREDNISONA 20mg – 02 comprimidos VO ou SNE 1 X DIA (7 dias)

Desmame do corticoide – após 7 dias completos, reduzir dose para 50% no D8 e 25% no D9

6.4 Heparina: pelo risco elevado de eventos trombóticos em micro e macrocirculação, todos deverão receber anticoagulação:

HEPARINA NÃO FRACIONADA 5000 UI/0,25 mL - 01 AMP, SC, 8/8h

*Não usar em paciente com plaquetopenia (< 70.000)

OU

ENOXAPARINA - 40mg/d ou 1mg/kg/d – se clearance de creatinina > 30ml/h,

6.5 Cloroquina / Hidroxicloroquina:

Ainda não existe recomendação científica para a prescrição dessas drogas. Há dezenas de estudos clínicos nacionais e internacionais em andamento, avaliando a eficácia e a segurança de cloroquina/hidroxicloroquina para infecção pela Covid-19, bem como outros medicamentos, e, portanto, essa medida poderá ser modificada a qualquer momento, a depender de novas evidências científicas. No entanto, podem ser prescritas para os pacientes internados sob suspeita de COVID-19, de acordo com orientações do Ministério da Saúde que seguem:

Dispnéia, freq respiratória > 30 ipm, SpO2 < 93%, PaO2/FiO2 < 300 e/ou infiltrado pulmonar 50% dentro das 24-48h OU casos críticos de COVID-19 (falência respiratória, choque séptico e/ou disfunção de múltiplos órgãos).

Hidroxicloroquina - posologia sugerida:

	50-79 Kg	≥ 80 Kg
Hidroxicloroquina 400mg - 01 com 12/12h	Dia 1 – total 02 doses	Dias 1 e 2 – total 04 doses
Hidroxicloroquina 400mg - 01 com 24/24h	Dia 2 a 7 – total 06 doses	Dias 3 a 7 – total 05 doses
Se Clearance de Creatinina < 30mL/min e ou insuficiência hepática		
Hidroxicloroquina 400mg - 01 com 24/24h	Dia 1 – total 01 doses	Dias 1 e 2 – total 02 doses
Hidroxicloroquina 400mg - meio com 24/24h	Dia 2 a 7 – total 06 doses	Dias 3 a 7 – total 05 doses

Cloroquina - posologia sugerida:

Dia 1 - CLOROQUINA 150 mg - 03 COM, VO, 12/12h (ataque)

Dia 2 a 5 - CLOROQUINA 150 mg - 03 COM, VO, 1x/DIA (manutenção)

*Caso o médico decida prescrever cloroquina ou hidroxicloroquina, deve solicitar ECG antes de iniciar a medicação e observar o QTc diariamente. Ver Anexo I para informações adicionais sobre a prescrição e avaliação do risco cardíaco relacionado à cloroquina/hidroxicloroquina.

6.6 Interrupção da gestação

Deverá ser feita de acordo com as indicações e condutas obstétricas, sendo avaliado caso a caso, devendo levar em consideração a idade gestacional acometida, comorbidades da gestação e estado de saúde fetal.

7. ORIENTAÇÕES QUANTO À PRESCRIÇÃO - CRIANÇAS E LACTENTES

7.1 Oseltamivir:

Para todos os pacientes com quadro pulmonar que demandar internação. Deve-se diluir sempre para que fique 15 mg/mL com ABD.

- 30mg em 2mL
- 45mg em 3mL
- 75mg em 5mL

***existe correção para insuficiência renal; dose será conforme peso**

Prescrever para grupos de risco que sigam para tratamento ambulatorial:

Gestantes	Pessoas > 59 anos
Puérperas (até 2 sem após o parto)	Crianças < 5 anos
Pneumopatas	Pessoas < 19 anos em uso prolongado de AAS
Tuberculose de todas as formas	Obesidade
Cardiovasculopatias	Nefropatias
Hepatopatias	Doenças hematológicas
Dist. metabólicos (incluindo Diabetes)	Transtornos neurológicos que comprometam função respiratória ou aumento de risco de aspiração
Imunossupressão	População indígena aldeada

7.2 Antimicrobianos

✓ Macrolídeo:

Azitromicina: para todos os pacientes com quadro pulmonar que demandarem internação.

10mg/Kg/24h por 05 dias (oral ou venoso)

✓ Beta-lactâmico:

Caso pneumonia bacteriana não possa ser descartada, considerar a associação de beta-lactâmico para esquema terapêutico (preferencialmente amoxicilina ou cefalosporina de 3ª geração).

7.3 Corticoide:

Não deve ser usado de forma rotineira; em caso de broncoespasmo associado e laringite, utilizar corticóide conforme peso.

8. ORIENTAÇÕES QUANTO À PRESCRIÇÃO - RECÉM-NASCIDOS (< 28 DIAS)

8.1 Oseltamivir:

Conforme peso (ver diluição acima no protocolo para crianças).

8.2 Antimicrobianos:

Considerar esquema com ampicilina e gentamicina, caso pneumonia por etiologia bacteriana não puder ser afastada.

9. MANEJO DE VIA AÉREA/ OXIGENAÇÃO

✓ Circuito Ventilatório

Todo paciente em ventilação mecânica invasiva deve utilizar no circuito respiratório: (1) sistema de aspiração fechado (*Trach Care*), (2) filtro bacteriológico HMEF próximo ao paciente, e (3) filtro de barreira na extremidade distal do ramo expiratório do circuito ventilatório, antes da válvula exalatória do ventilador mecânico (filtro HEPA).



Filtros HMEF e HEPA

✓ O2 suplementar por máscara

Permitido usar **cateter nasal de O2**, e **máscara de Hudson com reservatório de O2**, mantendo o reservatório sempre insuflado, **não colocar ABD no humidificador**.

Na falta da máscara com reservatório de O2, caso haja a utilização da máscara de *Venturi*, a mesma deve ser utilizada **sem umidificação** e com o menor fluxo de oxigênio possível para obter a saturação de O2 adequada.

Não usar máscara *Venturi*, pois pode aumentar a disseminação do vírus no ar.



Máscara de Hudson (com reservatório de O2)

✓ **Broncoespasmo**

Não fazer nebulizações. Para administração de broncodilatador inalatório em paciente não intubado, fazer **salbutamol spray com espaçador**. Nos casos de pacientes intubados, fazer **salbutamol spray com conector para aerossol conectado na via inspiratória do respirador**.



Espaçador, para uso de broncodilatador em paciente não intubado.



Conector para aerossol, para uso de broncodilatador em paciente intubado.

✓ **Ventilação não-invasiva**

A ventilação não-invasiva (VNI) pode disseminar o vírus pelos orifícios exalatórios presentes na máscara facial e no circuito respiratório. Para que isso não ocorra e seja possível o uso em pacientes com Covid-19, a VNI deve ser instalada com máscara facial não ventilada (sem orifícios para exalação) e deve-se colocar filtro bacteriológico HMEF entre a válvula exalatória e o paciente. Não colocar ABD no umidificador.

Sempre respeitar a sequência: (1) máscara facial não ventilada, (2) filtro bacteriológico HMEF, (3) válvula exalatória, (4) aparelho de VNI, (5) não colocar ABD no umidificador

Pode-se usar a ventilação não-invasiva com uma máscara facial não ventilada (sem orifícios para exalação) conectada a um circuito específico de ventilação mecânica invasiva e um ventilador mecânico (colocar filtros HMEF e filtro HEPA, assim como na ventilação invasiva).

Durante uso da VNI não poderá haver escape de ar na máscara facial. Se houver escape, deve ser imediatamente ocluído/ resolvido.

Quando optar por colocar o paciente em VNI preferir ambiente isolado como quarto ou box individualizado.

Se não for possível oferecer as condições acima citadas deve-se evitar o uso de VNI.



Exemplo de máscara facial não ventilada (sem orifícios para exalação)

✓ **Ventilação mecânica invasiva**

Recomenda-se que a intubação endotraqueal **seja realizada por um médico experiente** (aquele com maior probabilidade de intubação na primeira tentativa), sempre utilizando as medidas apropriadas de precauções de contato, de gotícula e de via aérea.

Não postergar a intubação se sinais de insuficiência respiratória ($FR > 30\text{rpm}$, $SpO_2 < 92\%$, uso de musculatura acessória) estiverem presentes apesar da suplementação de O_2 (cateter nasal, VNI, cateter nasal de alto fluxo).

A ventilação mecânica invasiva protetora deverá ser instituída assim que a decisão de intubar for tomada sendo indicados os modos volume ou pressão controlada (VCV ou PCV) com volume

corrente igual a 6 mL/kg de peso predito e pressão de platô menor que 30cmH₂O, com pressão de distensão ou *driving pressure* (diferença entre pressão de platô e PEEP) menor que 15 cmH₂O.

✓ **Cuidados na intubação:**

Oxigenação pré-intubação: o ato de ambuzar antes de intubar pode disseminar o vírus. Para que isso não ocorra ou seja minimizado, sugere-se as seguintes estratégias:

- Fazer a oxigenação pré-intubação com a máscara do ambu conectada diretamente ao circuito do respirador com filtro HMEF, exercendo-se pressão adequada para não ocorrer vazamento pela máscara facial. Esta estratégia é altamente eficaz e recomendamos como a primeira escolha, colocando respirador em modo PC, VC ou PSV com FiO₂ a 100%. Em pacientes que estavam em uso de VNI, a máscara facial não ventilada da VNI pode ser usada no lugar da máscara do ambu.
- Oxigenar com ambu, mas sem ambuzar (ventilar). Observa-se que esta estratégia não é eficaz em muitos pacientes com Covid-19, que em geral apresentam hipoxemia severa. Será eficaz em pacientes com hipoxemia menos grave.
- Caso necessite ambuzar, colocar filtro bacteriológico HMEF entre a máscara facial e o ambu.
- Em pacientes que estão em uso de VNI e conseguem boa saturação com a mesma, o paciente pode permanecer na VNI até o momento da intubação.

* Após intubar, evitar ambuzar, colocar logo no respirador. Caso precise ambuzar, fazer com o filtro bacteriológico HMEF entre o tubo e o ambu.

* Sempre intubar com curarização, para não ocorrer tosse e disseminação do vírus.

* Intubação é um procedimento com exposição a alta carga viral. O profissional deve colocar o escudo facial (face shield) e uma avental descartável por cima do avental cirúrgico. Ao final do procedimento, descartar a bata e trocar a luva.

Sequência intubação: (1) primeiro cheque todo o seu **EPI** (colocar avental descartável e escudo facial); (2) se disponíveis: pegar **acessórios para via aérea difícil** (máscara laríngea, bougie); (3) confirmar que o **respirador** está pronto para uso com filtro HMEF e FiO₂ 100%; (4) fazer a **oxigenação pré-intubação**, preferencialmente máscara ambu conectada no filtro HMEF + circuito + respirador; (5) fazer a **sedação** que habitualmente você faz (fentanil, midazolam, etomidato, propofol,

quetamina) e, em seguida, obrigatoriamente **curarizar** (succinilcolina diluir 1 ampola para 10 mL e fazer 1 mL para cada 10 Kg, se tiver 70 Kg, fazer 7 mL; ou rocurônio 1,2 mL para cada 10 Kg; na falta de succinilcolina e rocurônio usar o curare que tiver disponível (cisatracúrio, atracúrio, pancurônio); (6) logo após intubar colocar no respirador com **FiO2 100%**.

* **O uso de pinças retas fortes é importante para clampear o tubo quando houver necessidade de mudança de circuitos/ventiladores**, com o objetivo de minimizar a aerossolização. Pelo mesmo motivo, caso esteja disponível, deve-se considerar a conexão direta ao ventilador de transporte que use o mesmo circuito dos ventiladores da unidade de terapia intensiva de referência.

* Deixar **vasopressores e cristalóides** prontos pelo potencial de hipotensão pós intubação, além de questões logísticas de impossibilidade de busca rápida de material, tendo em vista as precauções de contaminação. A epinefrina e a norepinefrina podem ser utilizadas com segurança em veias periféricas quando diluídas, por um período limitado de tempo.

Sugestão de material de prontidão:

- 5 kits EPI completos
- Bougie + Fio guia
- Laringoscópio comum (lâmina reta 4 - lâmina curva 3-4)
- Tubo orotraqueal 7-0, 7- 5, 8-0, 8-5
- Filtro HEPA X2
- Pinça reta forte
- Kosher ou Kelly
- Cuffômetro
- Rocuronio - 10 mg/mL ou Succinilcolina – 100 mg
- Cetamina, Midazolam, Etomidato e Fentanil
- Cristalóide 500 mL
- Norepinefrina 8mg/4mL

✓ **Pronação:**

Paciente em suplementação de O2(cateter nasal, cateter nasal de alto fluxo, máscara com reservatório de O2 ou VNI) que não consegue atingir saturação de O2 maior ou igual a 92% sugerimos

colocar em **decúbito ventral (posição prona)** por períodos de 2-6 horas conforme adaptação e conforto do paciente.

Pacientes submetidos a VMI que persistirem gravemente hipoxêmicos com relação PaO_2/FiO_2 menor que 150 poderá ser colocado em posição prona.

Após 16-18h, despronar e reavaliar os parâmetros de oxigenação, se relação PaO_2/FiO_2 maior que 150 manter em posição supina, se inferior, programar nova pronação nas próximas 8 horas.

Sempre realizar a pronação e despronação com cuidado máximo para evitar extubação acidental, desconexão de acesso venoso profundo e linha arterial. Realizar a manobra sempre acompanhado por, no mínimo, 5 profissionais.

ANEXOS

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS/RELATIVAS AO USO DA COMBINAÇÃO CLOROQUINA/AZITROMICINA

1. Síndrome Congênita do QT longo
2. QTc > 500 milisegundos (ou > 530-550 ms se QRS > 120 ms)
3. Escore de risco > 10 + impossibilidade de monitorização com ECG

ESCORE DE RISCO PARA O PROLONGAMENTO DO QTc ASSOCIADO A DROGAS

FATORES DE RISCO	PONTOS	FATORES DE RISCO	PONTOS
Idade > 68 anos	1	QTc admissão > 450 ms	2
Sexo feminino	1	IAM	2
Uso de diurético de alça	1	> 1 droga que prolonga QTc	3
K ⁺ < 3,6 mEq/L	2	Sepse	3
1 droga que prolonga QTc	3	ICC	3

NÍVEIS DE RISCO PARA O PROLONGAMENTO DO QTc ASSOCIADO A DROGAS

BAIXO RISCO	< 7 PONTOS
MÉDIO RISCO	7 – 10 PONTOS
ALTO RISCO	> 10 PONTOS

DROGAS QUE AUMENTAM O QTc

Amiodarona	Lopinavir/ritonavir	Propofol	Metoclopramida
Antifúngicos azólicos	Macrolídeos	B-2 agonistas	Psicotrópicos
Fluorquinolonas	Anti-histamínicos	Ondasentrona	Cilostazol
Efavirenz	Drogas antineoplásicas	Domperidona	

ORIENTAÇÕES QUANTO A PRESCRIÇÃO DE CLOROQUINA OU HIDROXICLOROQUINA

Ao prescrever CLOROQUINA ou HIDROXICLOROQUINA o médico deve estar atento aos possíveis eventos adversos destas medicações, sendo os principais a arritmia cardíaca, hipoglicemia e anemia hemolítica. Sendo assim, deve-se:

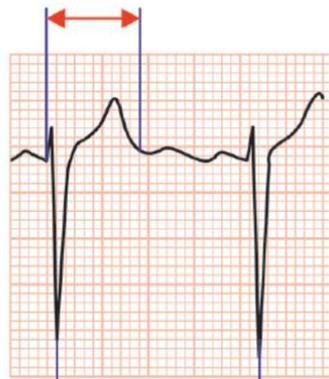
Fazer ECG diário, INCLUSIVE AVALIAR ECG ANTES DE INICIAR A MEDICAÇÃO
Coletar diariamente K⁺ e Mg⁺⁺
Coletar hemograma

AValiação DO INTERVALO QTc: <https://www.mdcalc.com/corrected-qt-interval-qt-c>

Homens – QTc normal entre 340 ms e 450 ms

Mulheres – QTc normal entre 340 ms e 470 ms

$$10 \times 0,04 \text{ s} = 0,4 \text{ s}$$



$$22 \times 0,04 \text{ s} = 0,88$$

Fórmula de Bazett

$$\begin{aligned} QTc &= QT \text{ (s)} / \sqrt{RR \text{ (s)}} \\ QTc &= 10 \times 0,04 / \sqrt{22 \times 0,04} \\ QTc &= 0,4 / 0,9380 \\ QTc &= 0,426 \text{ s} = 426 \text{ ms} \end{aligned}$$

SE QTc aumentar 60 milissegundos em relação ao basal e se maior 500 ms, discutir retirar azitromicina e/ou cloroquina e chamar cardiologia.

REFERÊNCIAS

- 1 Alhazzani w. *et al.* Surviving Sepsis Campaign: Guidelines on the Management of Critically Ill Adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 2020. Critical Care Medicine journal.
- 2 ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para a abordagem do COVID-19 em medicina intensiva. 2020.
- 3 ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. PROTOCOLO DE INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL P/ CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE COVID-19. 2020.
- 4 AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 05/2020:ORIENTAÇÕES PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE INFECÇÕES PELO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2) EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI). 2020.
- 5 Sanders JM *et al.* Pharmacologic Treatments for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. *Jama*. 2020; 13.
- 6 Joseph T, Moslehi MA. INTERNATIONAL PULMONOLOGIST'S CONSENSUS ON COVID-19. 2020.
- 7 Bhimraj A *et al.* Infectious Diseases Society of America Guidelines on the Treatment and Management of Patients with COVID-19. Disponível em: www.idsociety.org/COVID19guidelines. 2020.
- 8 Edelson DP *et al.* Interim Guidance for Basic and Advanced Life Support in Adults, Children, and Neonates With Suspected or Confirmed COVID-19: From the Emergency Cardiovascular Care Committee and Get With the Guidelines®-Resuscitation Adult and Pediatric Task Forces of the American Heart Association in Collaboration with the American Academy of Pediatrics, American Association for Respiratory Care, American College of Emergency Physicians, The Society of Critical Care Anesthesiologists, and American Society of Anesthesiologists:

Supporting Organizations: American Association of Critical Care Nurses and National EMS Physicians. *Circulation*. 2020.

- 9 Magagnoli J. *et al.* Outcomes of hydroxychloroquine usage in United States veterans hospitalized with Covid-19. *Disponible en: <
<https://doi.org/10.1101/2020.04.16.20065920>>*. 2020.
- 10 Cortegiani A. *et al.* A systematic review on the efficacy and safety of chloroquine for the treatment of COVID-19. *Journal of critical care*. 2020.
- 11 Tang N, Bai H, Chen X, Gong J, Li D, Sun Z. Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy. *J Thromb Haemost* doi: 10.1111/JTH.14817. [*in press*]