

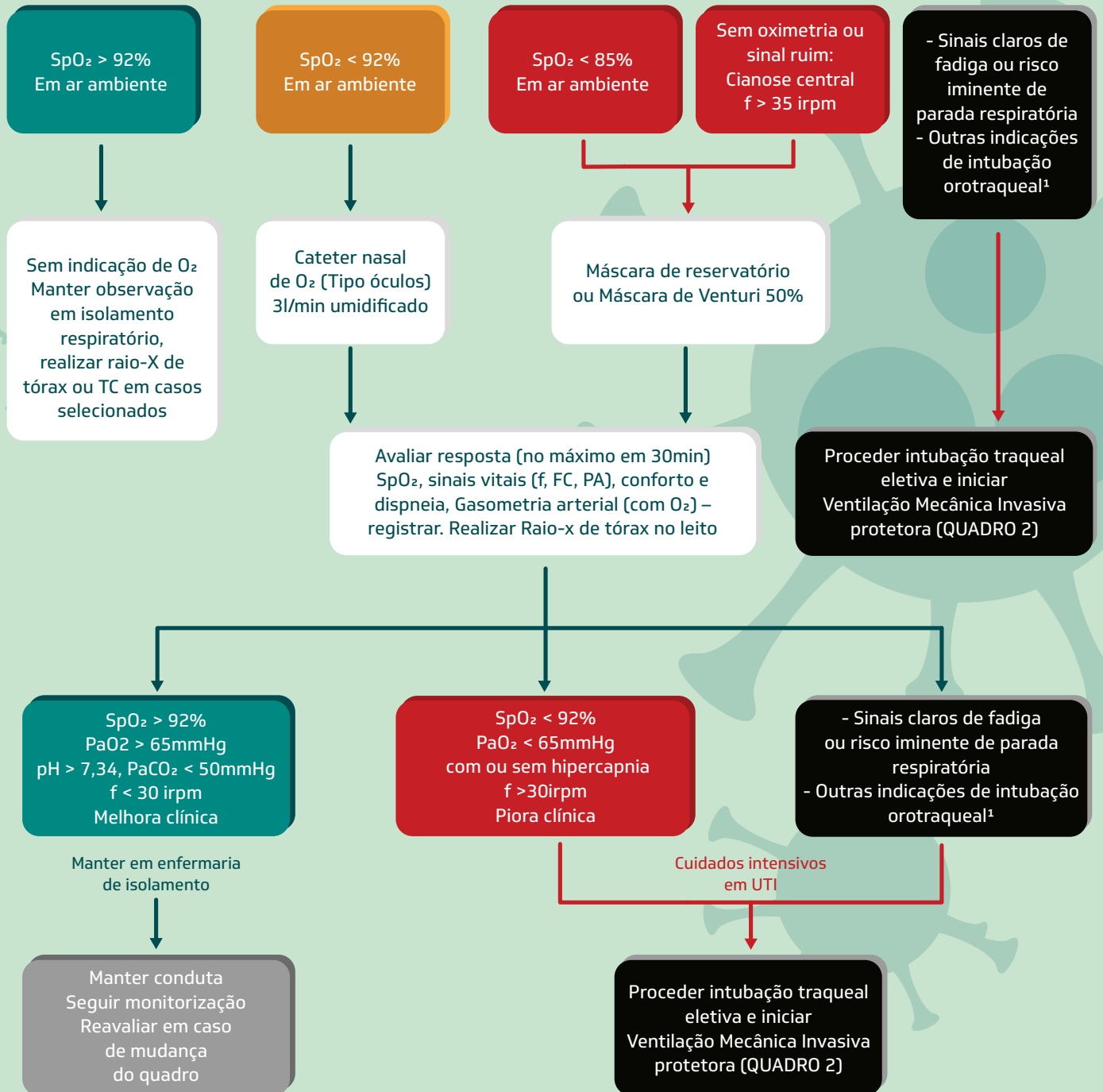
CORONAVÍRUS

COVID-19

Insuficiência Respiratória Aguda pelo COVID-19

QUADRO 1

PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO DE INFECÇÃO PELO COVID-19
AVALIAR ENVOLVIMENTO RESPIRATÓRIO



Obs.: O uso de Ventilação Não-Invasiva (VNI) ou de Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo não é recomendado na rotina. Casos especiais devem ser discutidos com equipe multiprofissional com experiência em suporte ventilatório mecânico.

1. Escore de Coma de Glasgow < 8 pontos, proteção de via aérea prejudicada, choque ou arritmias graves, hemorragia digestiva alta

QUADRO 2

**PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO DE COVID-19 INTUBADO
INICIAR VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA (VMI) PROTETORA****AJUSTES INICIAIS DA VMI APÓS
A INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL (IOT)**

1. Ventilação mecânica controlada (esforços musculares respiratórios devem ser inibidos com sedação adequada, com ou sem BNM a critério)
2. VC 6mL/kg/peso previsto (estimar ou medir altura, usar fórmula ARDSNET*)
3. f controlada de 15 a 20irpm
4. Tempo inspiratório ao redor de 1.0s (+/- 0,2s)
5. PEEP 5cmH₂O (8cmH₂O se obesidade mórbida)
6. FIO₂ inicial de 60% e rapidamente titulada para uma SpO₂ entre 93 a 97%
7. Sensibilidade para um valor mais sensível, evitando autodisparo
8. Modo VCV - alarme de pressão máx 10cmH₂O acima do pico de pressão
9. Modo PCV - alarme de VC (min e máx) +/- 20% do programado
10. Medir pressões de platô e de distensão

Acessórios: circuito fechado para aspiração de via aérea, umidificação passiva (filtro HME), filtro de barreira na válvula exalatória (HEPA), inaladores pressurizados dosimetrados com adaptador para administração de broncodilatadores, pressão do balonete do tubo traqueal entre 25-32cmH₂O, checar e zerar vazamentos.

Após 30 min a 1 h



Obs.: O raio-X de tórax pode mostrar apenas opacidades focais tipo vidro fosco de visualização difícil nas fases iniciais, TC de tórax pode ser necessária em casos selecionados.

Colher gasometria arterial
Medir relação PaO₂/FIO₂ (P/F)
Fazer Raio-X de tórax pós IOT.

**DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DA ANGÚSTIA
RESPIRATÓRIA AGUDA (SARA)****SARA LEVE (P/F 200 - 300)**

Manter estratégia protetora
(p. platô < 28cmH₂O e
driving pressure < 15cmH₂O)

SARA MODERADA A GRAVE (P/F <200)

Manter estratégia protetora
(p. platô < 28cmH₂O e driving pressure < 15cmH₂O)
Permitir hipercapnia desde que pH > 7,20
Titular PEEP até 10-12cmH₂O

Posição prona (por 16h) se P/F < 150 após titulação da PEEP
Considerar oxigenação por membrana extracorpórea – ECMO
se relação P/F < 80 por mais de 6h

Considerar consultoria multiprofissional experiente em suporte ventilatório

Medidas adjuvantes: monitorização com PAM invasiva, evitar balanço hídrico positivo se possível, não administrar de rotina corticoesteróides, não proceder manobras de recrutamento alveolar máximo, evitar assincronias do tipo duplo-disparo e solicitar consultoria de equipe experiente no manejo de pacientes com SARA.