

COVID-19

BOLETIM MATINAL

FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



**FACULDADE
DE MEDICINA**
• UFMG •

U F *m* G

Nº 413
10 de Junho



Agora estamos nas redes sociais!

Siga-nos para atualizações diárias em qualquer lugar

Não esqueça de deixar seu feedback e compartilhar com os amigos!



Twitter

@ufmgboletimcov2



Instagram

@ufmgboletimcovid



Telegram

t.me/ufmgboletimcovid



Toque nos ícones



Facebook

Página ufmgbolletimcovid



Google Groups

<https://bit.ly/UFMGBoletimCovid>

Disclaimer: este conteúdo é produzido por alunos da Universidade Federal de Minas Gerais sob orientação de professores da instituição. Não deve ser utilizado como recomendação. Esta publicação é de domínio público. É proibido o seu uso comercial.



FACULDADE
DE MEDICINA
• UFMG •

U F *m* G



DESTAQUES DA EDIÇÃO

- N° de casos confirmados: 17.122.877 (09/06)
- Editorial: Organização Mundial de Saúde: Recomendações provisórias para o uso da vacina de vírus inativo para COVID-19, CoronaVac.
- Notícias: Covid-19: Por que as pessoas não voltam para tomar a segunda dose da vacina | Meia dose da AstraZeneca produz mesma quantidade de anticorpos | Vacina brasileira é estrela de estudos contra COVID-19 na UFMG | África enfrenta terceira onda enquanto programas de vacinação emperram | Boris Johnson quer compromisso do G7 para vacinar o mundo até o final de 2022 | Estado da Flórida não irá mais publicar boletins diários sobre o coronavírus |
- Artigos: Resumo científico: Opções para reduzir a quarentena para contatos de pessoas com infecção por SARS-CoV-2 usando monitoramento de sintomas e testes de diagnóstico | Diretrizes Brasileiras para Tratamento Hospitalar do Paciente com COVID-19 – Capítulo 2: Tratamento Farmacológico | Nota técnica N° 7/2021-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/Ministério da Saúde

Destques da PBH

OBS: Até o fechamento desta edição, o site da PBH não havia atualizado os dados referentes à COVID-19. Seguem os últimos dados disponíveis:

- N° de casos confirmados: 215.897 | 1.404 novos casos (08/06)¹
- N° de óbitos confirmados: 5.243 | 31 novos óbitos (08/06)¹
- N° de recuperados: 203.276 (08/06)¹
- N° de casos em acompanhamento: 7.378 (08/06)¹

NÍVEL DE ALERTA GERAL: **VERMELHO**

Link1: <https://bit.ly/3fKAjSj>

ACOMPANHAMENTO DOS LEITOS

QUADRO 5 Leitos de UTI.

		LEITOS DE UTI - Dia 7/6		
	Rede	UTI Total	UTI COVID	UTI não COVID
SUS	N° de leitos	1.166	579	587
	Taxa de ocupação	89,4%	83,1%	95,6%
Suplementar	N° de leitos	900	466	434
	Taxa de ocupação	75,7%	68,5%	83,4%
SUS + Suplementar	N° de leitos	2.066	1.045	1.021
	Taxa de ocupação	83,4%	76,6%	90,4%

Notas: 1) Valores informados contemplam 100% dos 24 hospitais da Rede SUS-BH e 100% dos 23 hospitais da Rede Suplementar de Saúde de BH.

Fonte: Censo de Internações Hospitalares - GIS/SMSA-BH - 8/6/2021.

QUADRO 6 Leitos de enfermarias.

		LEITOS DE ENFERMARIAS - Dia 7/6		
	Rede	Enfermaria Total	Enfermaria COVID	Enfermaria não COVID
SUS	N° de leitos	4.648	1.260	3.388
	Taxa de ocupação	77,9%	59,3%	84,9%
Suplementar	N° de leitos	2.845	774	2.071
	Taxa de ocupação	74,0%	65,4%	77,2%
SUS + Suplementar	N° de leitos	7.493	2.034	5.459
	Taxa de ocupação	76,4%	61,6%	82,0%

Notas: 1) Valores informados contemplam 100% dos 24 hospitais da Rede SUS-BH e 100% dos 23 hospitais da Rede Suplementar de Saúde de BH.

Fonte: Censo de Internações Hospitalares - GIS/SMSA-BH - 8/6/2021.

INDICADORES DE MONITORAMENTO - COVID-19 - 8/6

FIGURA 1 Indicadores de Monitoramento.



*Refere-se à ocupação dos leitos destinados ao tratamento de COVID-19 da Rede SUS e da Rede Suplementar de Saúde do BH.
Fonte: IBH - atualizado em 8/6/2021.

Destaques da SES-MG

- N° de casos confirmados: 1.646.104 (09/06)²
- N° de casos novos (24h): 12.716 (09/06)²
- N° de casos em acompanhamento: 92.382 (09/06)²
- N° de recuperados: 1.511.722 (09/06)²
- N° de óbitos confirmados: 42.000 (09/06)²
- N° de óbitos (24h): 280 (09/06)²

Link²: <https://bit.ly/3v6JHDZ>

Destaques do Ministério da Saúde

- N° de casos confirmados: 17.122.877 (09/06)³
- N° de casos novos (24h): 85.748 (09/06)³
- N° de óbitos confirmados: 479.515 (09/06)³
- N° de óbitos (24h): 2.723 (09/06)³

Link³: <https://bit.ly/3hiPlud>

Destaques do mundo

- N° de casos confirmados: 174.243.152 (09/06)⁴
- N° de casos novos (24h): 368.310 (08/06)⁴
- N° de óbitos confirmados: 3.753.290 (09/06)⁴
- N° de óbitos (24h): 10.482 (08/06)⁴

Link⁴: <https://bit.ly/3eHwvAL>

INDICADORES DE IMUNIZAÇÃO - COVID-19 - 8/6

POSTOS DE IMUNIZAÇÃO	DOSES DESTINADAS A BH	DOSES RESERVADAS A PÚBLICOS-ALVO	DOSES DISTRIBUÍDAS	APLICAÇÕES DE 1ª DOSE	APLICAÇÕES DE 2ª DOSE
224	1.671.985*	1.671.985*	1.506.170*	909.135	403.963
CORONAVAC - SINOVAC/BUTANTAN					
224	808.565*	808.565*	808.565*	386.427	348.848
ASTRAZEMECA - OXFORD/FIOCRUZ					
224	700.676	700.676	539.301	380.249	55.115
COMIRNATY - PFIZER					
-	162.744	162.744	158.304	142.459	-
INDICADORES GERAIS					
POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE EM BH	POPULAÇÃO DE 18 ANOS OU MAIS - PÚBLICO ALVO DA VACINAÇÃO	% DE VACINADOS COM A 1ª DOSE EM RELAÇÃO AO PÚBLICO ALVO	% DE VACINADOS COM A 2ª DOSE EM RELAÇÃO AO PÚBLICO ALVO		
2.521.564	2.037.913	44,6%	19,8%		

Editorial

- Interim recommendations for use of the inactivated COVID-19 vaccine, CoronaVac, developed by Sinovac (World Health Organization, 24 May 2021)

(Recomendações provisórias para o uso da vacina de vírus inativo para COVID-19, CoronaVac, desenvolvida pela Sinovac - Organização Mundial da Saúde, 24 de maio de 2021)

Esse guia provisório foi elaborado pelo Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunizações da OMS, em uma reunião extraordinária em 29 de abril de 2021. Ele foi baseado em um documento de referência sobre a Sinovac-CoronaVac (COVID-19) e outros anexos disponíveis na página

<https://www.who.int/groups/strategic-advisory-group-of-experts-on-immunization/covid-19-materials>.

Objetivo geral e estratégia para uso da vacina Sinovac-CoronaVac

A Sinovac-CoronaVac é uma vacina de vírus inativado. Um grande estudo de fase 3, realizado no Brasil, mostrou que duas doses da vacina administradas com um intervalo de 14 dias têm eficácia de 51% (95% IC: 36–62%) contra a infecção sintomática por SARS-CoV-2, 100% contra a COVID-19 grave e 100% contra a hospitalização, 14 dias após a segunda dose. A eficácia se manteve nos grupos com ou sem comorbidades e independente de infecções anteriores pelo vírus.

Descobertas preliminares, e ainda não revisadas por pares de um estudo de coorte pós-introdução da vacina no Chile, envolveu cerca de 2,5 milhões de indivíduos que receberam duas doses da vacina e 2,1 milhões que receberam uma dose. Até o momento, o estudo sugere eficácia da vacina contra doenças sintomáticas a partir de 14 dias após a segunda dose de 67% (95% IC: 65-69%) contra infecção sintomática por SARS-CoV-2, 85% (95% IC: 83-87%) contra hospitalização e 80% (95% IC: 73 –86%) contra óbito. A proteção 14 dias após a primeira dose até a administração da segunda dose foi limitada.

Dados preliminares de estudos realizados na Indonésia mostrando uma eficácia de 65,3% (95% IC: 20.0–85.1%) contra a infecção sintomática, e um estudo realizado na Turquia mostrando eficácia de 83,5% (95% CI: 65.4–92.1%) indicam proteção existente em diferentes regiões do mundo. Outros dois estudos realizados em Manaus indicando eficácia de 49,6% (95% IC: 20.0–85.1%) após uma dose e em São Paulo indicando eficácia de 50,7% (95% IC: 33.3-62.5%) contra a doença sintomática, duas semanas após a segunda dose, mostraram a efetividade da vacina em um contexto de circulação de variantes, principalmente a P.1.

Nenhuma hipersensibilidade grave e reações de anafilaxia causadas pela vacina Sinovac-CoronaVac foram registradas em ensaios clínicos, mas foram ocasionalmente observadas. Como para todas as vacinas COVID-19, a Sinovac-CoronaVac deve ser administrada sob supervisão de um médico, com o tratamento médico apropriado disponível em caso de reações alérgicas. Como medida de precaução, deve ser assegurado um período de observação de 15 minutos após a vacinação.

O número de idosos acima de 60 anos nos estudos realizados até o momento é pequeno, no entanto, as taxas de soropositividade induzidas pela vacina nesse grupo de pacientes foram semelhantes às observadas em adultos mais novos, apesar da titulação de anticorpos neutralizantes ser menor. Dados preliminares observacionais do Chile sugerem efetividade também nesse grupo, e não há razões teóricas para acreditar que o perfil de segurança seja diferente. Esses dados observacionais, juntamente com os resultados de imunogenicidade, sugerem que a vacina provavelmente terá um efeito protetor em pessoas idosas, embora não se saiba ainda se em nível equivalente ao de adultos mais jovens. Com base nos dados apresentados, a OMS recomenda a vacinação desse grupo devido aos grandes riscos de doença grave e de morte que o envolvem.

A COVID-19 durante a gravidez está associada a partos prematuros e necessidade de UTI neonatal. Os dados disponíveis sobre a vacina em mulheres grávidas são insuficientes para avaliar a eficácia da vacina ou os riscos associados à vacina na gravidez. Apesar de os dados serem incompletos, estudos com animais sugerem segurança da vacina nessa população. A vacinação é recomendada pela OMS pela relação risco-benefício.

Até o momento, não há dados sobre os efeitos da vacinação de lactantes para seus bebês. Como não se trata de uma vacina de vírus vivo, não é esperado que haja um risco para as crianças. A OMS recomenda a aplicação da vacina em mulheres lactantes e não recomenda a interrupção da amamentação após a vacinação.

Pessoas imunossuprimidas estão sujeitas a maior risco de COVID-19 grave. Os dados disponíveis são atualmente insuficientes para avaliar a eficácia da vacina ou os riscos associados em pessoas gravemente imunocomprometidas, incluindo aquelas que recebem terapia imunossupressora. É possível que a resposta à vacina seja reduzida, o que reduziria a sua eficácia. Informações e, quando possível, aconselhamento sobre as limitações em torno dos dados em pessoas imunocomprometidas, devem ser fornecidas para informar a avaliação de risco-benefício individual.

Os testes de SARS-CoV-2 que utilizam a amplificação de ácido nucleico e os testes de antígenos para detectar infecção aguda não têm seus resultados afetados pela vacinação prévia. No entanto, os testes de anticorpos disponíveis utilizam os níveis de IgG ou IgM que podem indicar tanto infecção quanto vacinação anteriores. Os testes de anticorpos não são recomendados para avaliar imunidade após a aplicação da vacina Sinovac-CoronaVac.

Os dados revisados até o momento, apoiam a conclusão de que os benefícios conhecidos da vacina Sinovac-CoronaVac superam os riscos conhecidos ou considerados possíveis.

Link: <https://bit.ly/3uZhqPS>

Destaques do Brasil:

- **Covid-19: Por que as pessoas não voltam para tomar a segunda dose da vacina**

Até abril, aproximadamente 1,5 milhão de pessoas não compareceram para receber a segunda dose das vacinas contra a COVID-19. Segundo os especialistas, diversos motivos explicam o abandono, dentre elas, a escassez dos imunizantes, a confusão do intervalo correto (AstraZeneca e Pfizer são 12 semanas, já a Coronavac são 28 dias), o medo de reações adversas, a dificuldade de acesso aos locais de vacinação e as famosas "fake news". A falta de campanha nacional dificulta a uniformização da comunicação e a conseqüente desinformação.

Segundo Flavia Bravo, diretora da Sociedade Brasileira de Imunizações, "é importante tomar a dose mesmo com atraso, pois precisamos de uma cobertura em torno de 75% da população para conseguirmos controlar a pandemia da COVID-19".

Link: <https://bit.ly/35cfAOZ>

- **Meia dose da AstraZeneca produz mesma quantidade de anticorpos**

A cidade de Viana, no Espírito Santo, passará por um estudo no qual se avalia a aplicação de meia dose do imunizante da AstraZeneca. Essa abordagem já foi testada no Reino Unido e foram obtidos dados satisfatórios, apesar de ter sido utilizada uma amostra reduzida de participantes. Para os estudos de efetividade, a população vacinada com a meia dose, em duas aplicações com espaçamento de três meses, será comparada com outra amostra de pessoas que já receberam as duas doses cheias.

Também serão feitos estudos de imunogenicidade, que visam entender se a vacina provocou a produção de células do sistema imune capazes de guardar memória imunológica do novo coronavírus.

Link: <https://bit.ly/3x5jk2E>

Destaques do Brasil:

- Vacina brasileira é estrela de estudos contra COVID-19 na UFMG

Desde o início da pandemia, a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) se mobiliza e integra uma rede de pesquisadores dos Ministérios da Saúde e da Ciência, Tecnologia e Inovações que trabalham no enfrentamento do novo coronavírus. São mais de 200 estudos em andamento, relativos à COVID-19. Porém, vale o destaque para a vacina Spintec, que seguirá para o desenvolvimento das fases 1 e 2 (programadas para finalização no final do ano) dos testes clínicos em adultos saudáveis, sem exposição prévia à COVID-19. Em seguida, será dado início à fase 3, que realiza testagem em massa. O imunizante foi efetivo em camundongos, mas estão em andamento testes de tolerabilidade e imunogenicidade.

Link: <https://bit.ly/3cvmghm>

Destaques do mundo:

- **Africa faces third wave as vaccines rollout sputters**

(África enfrenta terceira onda enquanto programas de vacinação emperram)

A Organização Mundial de Saúde emitiu alerta na última quinta-feira (3), chamando atenção para o súbito aumento de casos de Covid-19 em diversas regiões da África, que pode significar o início de uma terceira onda no continente. O número de testes positivos aumentou em 14 países africanos na última semana, com oito nações reportando um aumento de novos casos superior a 30%. Em Uganda os hospitais estão lotados com pacientes de Covid-19, e as autoridades consideram um *lockdown*. Na África do Sul, quatro das nove províncias enfrentam uma terceira onda. Para a OMS, esse crescimento se deve à diminuição das restrições sociais, aumento de viagens e à chegada do inverno no sul do continente. Especialistas acreditam que a disseminação das novas variantes do SARs-CoV-2 também contribuiu para o avanço da doença.

Enquanto isso, a vacinação continua um grande desafio: de uma população continental de 1.3 bilhão de pessoas, apenas 31 milhões receberam ao menos uma dose, dos quais 7 milhões foram completamente vacinadas. No Quênia, uma das maiores economias do continente, com população de mais de 50 milhões, apenas 1.386 pessoas receberam duas doses. Países como Gana e Ruanda entregaram suas primeiras doses através do consórcio Covax. A República Democrática do Congo, em razão de incapacidade logística de imunização, foi obrigada a doar milhões de doses para outros países antes que elas perdessem a validade.

O aumento dos casos pode levar à falência dos sistemas de saúde locais, já sobrecarregados com números limitados de leitos de UTI, oxigênio e ventiladores. Neste contexto, a OMS solicita aos países que alcançaram uma cobertura vacinal significativa que doem vacinas urgentemente, para impedir o pior cenário de uma crise completa na saúde de todo o continente.

Link: <https://nyti.ms/3itp1LR>

Destaques do mundo:

- Boris Johnson quer compromisso do G7 para vacinar mundo até o final de 2022

O primeiro-ministro britânico, Boris Johnson, pediu no último sábado (6) que os líderes dos países do G7, grupo das sete maiores economias do globo, se comprometam a agir para que o mundo todo esteja vacinado até o final de 2022. A secretária do Tesouro dos EUA, Janet Yellen, em reunião em Londres, afirmou ser urgente que as nações mais ricas forneçam vacinas aos países mais pobres, e reafirmou a posição dos EUA de que os direitos de patente deveriam ser removidos para as vacinas. Especialistas em saúde seguem alertando que, a menos que a vacinação seja global, o vírus continuará a se espalhar e sofrer mutações. A cúpula do G7 terá início nesta sexta-feira, dia 11.

Link: <https://bit.ly/3zbLE5x>

- Florida will no longer publish daily coronavirus reports

(Estado da Flórida não irá mais publicar boletins diários sobre o coronavírus)

O Departamento de Saúde da Flórida (EUA) não irá mais atualizar seu painel de dados sobre Coronavírus e irá suspender boletins de números diários; ao invés, irá publicar boletins semanais. A informação foi confirmada nesta última sexta-feira, e é o primeiro estado dos EUA a adotar a prática, que faz parte de uma transição para a próxima fase da resposta ao Covid-19, que incluiu o fechamento de alguns postos governamentais de testagem para a doença. Nas últimas duas semanas, a Flórida observou uma queda de 43% nos casos e óbitos, e atualmente há uma taxa de positividade de 5%, sendo que 50% da população recebeu ao menos uma dose da vacina (consoante com uma média nacional de 51%).

Link: <https://nyti.ms/2T8B9iO>

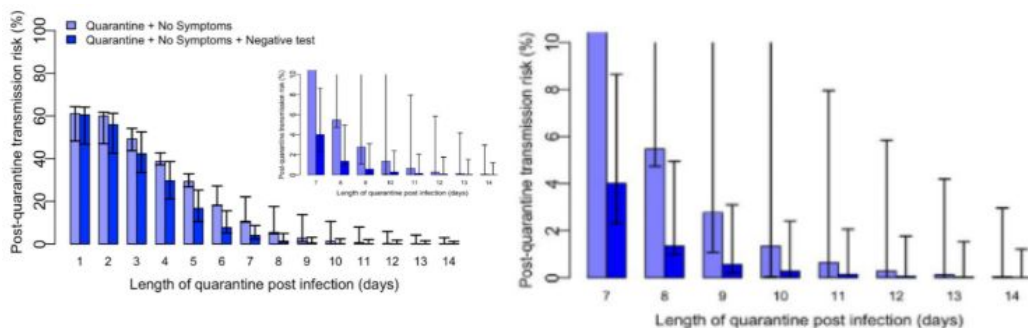
Artigos de revisão:

- Science Brief: Options to Reduce Quarantine for Contacts of Persons with SARS-CoV-2 Infection Using Symptom Monitoring and Diagnostic Testing

(Resumo científico: Opções para reduzir a quarentena para contatos de pessoas com infecção por SARS-CoV-2 usando monitoramento de sintomas e testes de diagnóstico)

Atualmente, é cientificamente aceito e recomendado uma quarentena de 14 dias a contar do dia de exposição ao vírus, sendo tal medida extremamente importante para controlar a transmissão do vírus. Foi notado, porém, que 14 dias de quarentena podem gerar efeitos negativos tanto às pessoas, afetando sua saúde mental, física e econômica, quanto ao sistema de saúde pública. Dessa forma, visando reduzir esses efeitos colaterais, um estudo do Centro de Controle e Prevenção (CDC) norte americano apresenta evidências para apoiar o encurtamento do período de quarentena, mas com ressalvas, uma vez que o próprio estudo afirma que “qualquer opção para reduzir os riscos de quarentena é menos eficaz do que a quarentena de 14 dias atualmente recomendada”.

Mas como o CDC chegou a essa conclusão? Os cientistas do CDC modelaram o risco residual de transmissão pós-quarentena, se a quarentena fosse interrompida naquele dia. O modelo também estimou o efeito de ter um teste diagnóstico negativo (RT-PCR e teste de antígeno) antes da descontinuação da quarentena, bem como opções sem qualquer teste. O modelo presumiu que a amostra diagnóstica seria coletada até 48 horas antes do dia da interrupção. Os resultados são mostrados nos gráficos abaixo:



Artigos de revisão:

Planned day after which quarantine is completed and can be discontinued	Residual post-quarantine transmission risk (%) with and without diagnostic testing of a specimen within 48 hours before time of planned discontinuation of quarantine					
	No testing		RT-PCR testing		Antigen testing	
	Median	Range	Median	Range	Median	Range
7	10.7	10.3-22.1	4.0	2.3-8.6	5.5	3.1-11.9
10	1.4	0.1-10.6	0.3	0.0-2.4	1.1	0.1-9.5
14	0.1	0.0-3.0	0.0	0.0-1.2	0.1	0.0-2.9

Com isso, nota-se que, embora o monitoramento diário tenha reduzido o risco estimado de transmissão durante a quarentena, a adição de testes de diagnóstico para uma pessoa que permaneceu assintomática reduziu substancialmente esse risco, especialmente após o 5º dia. Com base nisso, o estudo concluiu que a quarentena pode terminar após o 10º dia sem testes, e se nenhum sintoma tiver sido relatado durante o monitoramento (mediana do risco residual de transmissão 1,4%, variando de 0,1-10,6%). Quando os recursos de teste de diagnóstico estão disponíveis, a quarentena pode terminar após o 7º dia se um teste diagnóstico (RT-PCR) for colhido até 48 horas antes, tendo resultado negativo, e se nenhum sintoma for relatado durante o monitoramento diário (mediana do risco de transmissão 4%, variando de 2,3 a 8,6%). Em nenhuma situação a quarentena deve ser encerrada antes do 7º dia de isolamento.

O CDC ainda recomenda, entretanto, a quarentena de 14 dias, uma vez que essa opção reduz ao máximo o risco de transmissão e é a estratégia com maior experiência coletiva no mundo. Caso seja necessário o encurtamento, este só pode ser realizado nesses momentos citados acima se nenhuma evidência clínica de COVID-19 foi obtida pelo monitoramento diário dos sintomas até o dia da interrupção e, independente do dia interrompido, o monitoramento diário dos sintomas deve continuar até o dia 14. Além disso, o teste com o propósito de avaliar o encurtamento da quarentena não deve ser priorizado em razão daqueles que buscam confirmação inicial da infecção.

Link: <https://bit.ly/3x1EKh6>




Artigos de revisão:

- Diretrizes Brasileiras para Tratamento Hospitalar do Paciente com COVID-19

Em maio de 2021, o Ministério da Saúde publicou um relatório de recomendações referente ao tratamento hospitalar de pacientes com a COVID-19. Nessa diretriz foram contemplados adultos, de ambos os sexos, com suspeita ou diagnóstico confirmado de infecção por SARS-CoV-2, excluindo-se gestantes e pacientes em tratamento ambulatorial ou domiciliar.

Até o presente momento, acredita-se que a patogênese da Covid-19 ocorre por dois processos em duas etapas distintas: no início do curso clínico, através da replicação do SARS-CoV-2 e, mais tardiamente, devido à resposta imune e inflamatória desregulada ao SARS-CoV-2, levando a danos teciduais.

Nesse sentido, excetuando-se o uso de corticosteróides, em pacientes com uso de oxigênio suplementar, e do uso de anticoagulantes em dose de profilaxia para tromboembolismo venoso, segundo as diretrizes, não há outras terapias que mostraram benefício na prevenção de desfechos clinicamente relevantes, como mostrado abaixo:

 <p>Anticoagulantes (atentar ajuste para peso e função renal) <u>Preferencial:</u> Heparina não-fractionada 5000UI SC, 8/8hs <u>Alternativas:</u> Enoxaparina 40 mg SC, 1x/dia Foundaparinux 2,5 mg SC, 1x/dia</p> <p>Corticosteróides: em pacientes em uso de oxigênio <u>Preferencial:</u> Dexametasona, 6 mg IV ou VO, 1x/dia, por 10 dias <u>Alternativas:</u> Hidrocortisona, 50 mg IV, 6/6hs, por 10 dias Metilprednisolona, 40 mg IV, 1x/dia, por 10 dias</p>	 <p>Antimicrobianos (conforme protocolos institucionais) Somente na suspeita ou presença de infecção bacteriana associada</p> <p>Tocilizumabe 8 mg/kg (máx 800 mg) IV, em dose única Pacientes em VNI ou CNAF. Atualmente, não há aprovação em bula para essa indicação e há incertezas no acesso ao medicamento devido à indisponibilidade para suprir a demanda potencial (maio/2021)</p>  <p>Benefício clínico não justifica uso de rotina: rendesivir</p> <p>Sem evidência para benefício clínico no paciente hospitalizado: azitromicina, casirivimabe + imdevimabe, cloroquina, colchicina, hidroxicloroquina, ivermectina lopinavir/ritonavir e plasma convalescente</p> <p><small>Publicação: maio/2021</small></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Link: <https://bit.ly/3csfFEx>

Artigos de revisão:

- **NOTA TÉCNICA - Orientações e recomendações referentes ao Manejo Clínico e Notificação dos casos de Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) temporalmente associada à covid-19.**

O Ministério da Saúde divulgou em maio de 2021, nota técnica emitindo recomendações para o manejo de pacientes com a Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica temporalmente associada à Covid-19, no Brasil.

Quanto à decisão em relação à hospitalização e encaminhamento à UTI, deverão ser levados em conta diversos fatores, devendo ser considerada nos casos que apresentem sinais e sintomas moderados ou graves e naqueles com risco para complicações. As medidas de isolamento devem ser baseadas nas manifestações clínicas e nos resultados virológicos (RT-PCR para o SARS-CoV-2) e não nos resultados sorológicos.

Quanto ao tratamento, a nota ressalta que o mesmo deve ser individualizado, levando em conta as seguintes considerações:

- Antimicrobianos: nos casos que se apresentam com choque e com sinais de sepse, antibioticoterapia empírica deverá ser imediatamente iniciada.
- Imunoglobulina endovenosa (IGEV): Deve ser considerada nos casos com apresentações moderadas e graves e naqueles que preenchem critérios para a síndrome de Kawasaki e/ou síndrome de ativação macrofágica.
- Corticoesteróides: Seu uso deve ser considerado, junto com a IGEV, nos casos graves e nos que foram refratários à infusão da mesma, podendo ser administrada em forma de pulsoterapia.

Artigos de revisão:

- Anticoagulantes: O ácido acetil salicílico (AAS) deverá ser utilizado nos casos com manifestações da síndrome de Kawasaki e/ou plaquetose ($\geq 450.000/\mu\text{L}$). A enoxaparina deverá ser associada ao AAS nos casos com aneurismas coronarianos com z-score ≥ 10 , nos casos com evidência de trombose ou que apresentem disfunção ventricular, com fração de ejeção $< 35\%$.

- Suporte inotrópico: Inotrópicos estão indicados naqueles pacientes com sinais de baixo débito sistêmico ou insuficiência cardíaca e que apresentam disfunção ventricular.

- Antivirais e Imunomoduladores: Até então, seus papéis ainda não estão estabelecidos.

Por fim, a nota afirma que a SIM-P é uma nova condição clínica grave, potencialmente fatal e temporalmente relacionada à Covid-19, frequentemente associada à presença de choque e necessidade de suporte em UTI pediátrica. Dessa forma, se faz necessário mais estudos a fim de elucidar a base fisiopatológica da doença, a forma de tratamento mais eficaz e entender melhor suas possíveis sequelas.

Link: <https://bit.ly/3zahdwp>

Organização:
Professora Lilian Diniz
Alunos: Caio Aoki, Gabriel
Couto, Rodrigo Almeida e
Violeta Braga.

“Na vida, não existe nada a se temer,
apenas a ser compreendido.”

Marie Curie

15

10 de Junho

Disclaimer: Esta publicação é de domínio público. É proibido o seu uso comercial.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - FACULDADE DE MEDICINA

Produção

Ana Cláudia Froes
Andrei Pinheiro Moura
Bianca Curi Kobal
Caio Miguel dos Santos Lima
Caio Tavares Aoki
Daniel Belo Pimenta
Douglas Henrique Pereira Damasceno
Fernanda Julia Silva Wiik Amaral
Fernando Carvalho Pimenta Figueiredo
Gabriel Mendes Diniz do Couto
Gabriel Neves Azevedo
Germano Luis Marinho
Henrique Moreira de Freitas
Iara Paiva Oliveira
Igor Carley
Jean Felipe Cortizas Boldori
João Vitor Prado Rodrigues
Larissa Bastos Milhorato
Lauanda Carvalho de Oliveira
Leticia Costa da Silva
Marina Lirio Resende Cerqueira
Mariana Luchesi Faria de Melo Campos
Maykon José da Costa Souza
Murilo de Godoy Augusto Luiz
Paul Rodrigo Santi Chambi
Rafaela Teixeira Marques
Rodrigo de Almeida Freimann
Rachel Myrrha Ferreira
Violeta Pereira Braga
Wesley Araújo Duarte

Divulgação

Bruna Ambrozim Ventorim
João Gabriel Malheiros Andrade de Carvalho
Matheus Gomes Salgado
Rafael Valério Gonçalves

Coordenação Acadêmica

Bruno Campos Santos – Médico
Vitória Andrade Palmeira – DAAB
Gabriel Rocha – DAAB
Profa. Maria do Carmo Barros de Melo -
Pediatra

Editor

Prof. Unai Tupinambás - Infectologista

Coordenadores de Conteúdo

Profa. Maria do Carmo Barros de Melo -
Pediatra
Prof. Unai Tupinambás - Infectologista
Prof. Mateus Rodrigues Westin – Infectologista
Profa. Lilian Martins Oliveira Diniz - Pediatra
Profa. Priscila Menezes Ferri Liu – Pediatra
Dr. Shinfay Maximilian Liu – Patologista Clínico

Contato: boletimcovid@medicina.ufmg.br



**FACULDADE
DE MEDICINA**
• UFMG •

U F *m* G

