

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE



ORIENTAÇÕES PARA
A REDE ASSISTENCIAL
MANEJO CLÍNICO DO
PACIENTE COM COVID-19



Atualizado em Dezembro/2022

EXPEDIENTE

Governador do Estado
Paulo Henrique Saraiva Câmara

Vice - governadora
Luciana Barbosa de Oliveira Santos

Secretário Estadual de Saúde
André Longo Araújo de Melo

Secretária Executiva de Atenção à Saúde
Cristina Valença Azevedo Mota

Secretária Executiva de Regulação em Saúde
Giselle Fonseca de Carvalho

Secretária Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Fernanda Tavares de Sousa Araújo

Secretário Executivo de Gestão Estratégica e Participativa
Humberto Maranhão Antunes

Secretário Executivo de Administração e Finanças
Caio Eduardo Silva Mulatinho

Secretária Executiva de Vigilância em Saúde
Patrícia Ismael de Carvalho

ELABORAÇÃO

Giselle Fonseca de Carvalho
Raphael Ferreira dos Anjos

CONTRIBUIÇÕES

Demétrius Montenegro
George Dimech
Marcos Antônio Cavalcanti Gallindo

REVISÃO

Cristina Valença Azevedo Mota

APRESENTAÇÃO

O *Manejo Clínico do Paciente com Covid-19* objetiva apresentar orientações para o manejo e condução clínica de pacientes suspeitos ou com diagnóstico de COVID-19, a fim de auxiliar os profissionais de saúde nos processos de trabalho durante a ocorrência da pandemia, garantindo assistência adequada aos pacientes e segurança para os profissionais de saúde.

Essa versão 3.0, traz atualizações de acordo com os critérios utilizados em meios científicos e comitês técnicos, por existir a necessidade constante de atualização ao longo do curso da pandemia, em razão de se tratar de uma enfermidade nova e pouco conhecida. Esse esforço busca garantir que as unidades da rede estadual de saúde de Pernambuco, prestem o correto atendimento aos pacientes acometidos pela COVID-19, e demonstra o compromisso veemente da gestão com o que há de mais adequado em termos de cuidados assistenciais para o cenário da pandemia.

SUMÁRIO

1. COVID-19 - Síndromes Clínicas.....	5
2. Sinais de Alerta e Fatores de Risco.....	6
3. Síndromes Clínicas – Conduta	7
4. Fluxograma de Atendimento Paciente com de COVID- 19	9
5. Intubação para caso suspeito ou confirmado e COVID-19.....	10
6. VNI em caso suspeito ou confirmado de COVID-19	11
7. Indicações de Internamento em UTI - COVID-19.....	13
8. Perfil de Pacientes para internamento em leitos de retaguarda COVID-19.....	14
9. Critérios para alta hospitalar	15
10. Orientações gerais para pacientes em condições de alta hospitalar.....	16
11. Medidas de prevenção e controle de infecção em casos de diagnóstico ou suspeita de infecção por COVID-19.....	18
12. Bibliografia.....	19

MANEJO CLÍNICO PACIENTE COVID-19

SÍNDROME CLÍNICA	SINAIS E SINTOMAS
RESFRIADO COMUM OU SÍNDROME GRIPAL	RESFRIADO COMUM OU SÍNDROME GRIPAL – DOENÇA NÃO COMPLICADA Quadro compatível com infecção de vias aéreas superiores, sem sinais de desidratação, dispneia, sepse ou disfunção de órgãos. Os sinais e sintomas mais comuns são: febre, tosse, dificuldade para respirar, dor na garganta, congestão nasal, cefaleia, mal-estar e mialgia. Podem ocorrer diarreia, náuseas e vômitos.
PNEUMONIA VIRAL SEM COMPLICAÇÕES	PNEUMONIA VIRAL SEM COMPLICAÇÕES Infecção do trato respiratório inferior sem sinais de gravidade.
Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) Febre ainda que referida associada a tosse OU dor de garganta E dispneia OU saturação de O2 abaixo de 95%	PNEUMONIA GRAVE Adolescente ou adulto: infecção do trato respiratório inferior com algum dos seguintes sinais de gravidade: frequência respiratória >30 incursões por minuto; dispneia; SpO2 < 90% em ar ambiente; cianose; disfunção orgânica. <u>Crianças com tosse ou dificuldade de respirar associado a sinais de gravidade:</u> cianose central ou SpO2 <92%; uso de musculatura acessória para respiração; incapacidade ou recusa de se amamentar ou de ingerir líquidos; gasping, gemido, sibilância ou estridor em repouso; vômitos incoercíveis; alteração do sensorio (irritabilidade ou sonolência); convulsões. A frequência respiratória que denota gravidade em crianças dependerá da idade, a saber: <2meses: ≥ 60irpm; 2 a 11 meses: ≥ 50irpm; 1 a 5 anos: ≥ 40 ipm. O diagnóstico é clínico. Exames de imagens podem excluir complicações.
	SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO (SDRA) Início ou agravamento dos sintomas respiratórios, até 1 semana após um evento desencadeante. Pode ainda apresentar: alterações radiológicas (opacidades bilaterais não completamente explicadas por derrame, atelectasia lobar/pulmonar ou nódulos); edema pulmonar não explicado por insuficiência cardíaca ou hiper-hidratação. Avaliação do edema pulmonar/sobrecarga hídrica: insuficiência respiratória não totalmente explicada por insuficiência cardíaca ou sobrecarga de líquidos. Necessita de avaliação objetiva (por exemplo, ecocardiografia) para excluir a causa do edema se nenhum fator de risco estiver presente. Avaliação da Oxigenação (adultos): <ul style="list-style-type: none">• SDRA leve: PaO2 <PaO2 / FiO2 ≤ 300 mmHg (com PEEP ou CPAP ≥5 cmH2O, ou não ventilado)• SDRA moderada: 100 mmHg <PaO2 / FiO2 ≤200 mmHg com PEEP ≥5 cmH2O, ou não ventilado)• SDRA grave: PaO2 / FiO2 ≤ 100 mmHg com PEEP ≥5 cmH2O, ou não ventilado)• Quando a PaO2 não está disponível, SpO2 / FiO2 ≤315 sugere SDRA (inclusive em pacientes não ventilados) Avaliação da Oxigenação (crianças): (Obs.: IO = Índice de Oxigenação e IOS = Índice de Oxigenação usando SpO2): <ul style="list-style-type: none">• VNI de dois níveis ou CPAP ≥5 cmH2O por máscara facial: PaO2 / FiO2 ≤ 300 mmHg ou SpO2 / FiO2 ≤264• SDRA leve (invasivamente ventilado): 4 ≤ IO <8 ou 5 ≤ IOS <7,5• SDRA moderada (ventilação invasiva): 8 ≤ IO <16 ou 7,5 ≤ IOS <12,3• SDRA grave (ventilação invasiva): IO ≥ 16 ou IOS ≥ 12,3
	SEPSE Adulto: disfunção orgânica ameaçadora à vida causada por uma resposta desregulada do hospedeiro a uma infecção suspeita ou comprovada. Disfunções orgânicas podem ser quantificadas pelo escore SOFA e incluem: alteração do estado mental, respiração difícil ou rápida, baixa saturação de oxigênio, redução do débito urinário, aumento da frequência cardíaca, pulso fraco, extremidades frias, queda da pressão arterial, livedo reticular, evidência laboratorial de coagulopatia, trombocitopenia, acidose, elevação do lactato e hiperbilirrubinemia. Crianças: infecção suspeita ou confirmada e dois ou mais critérios de SIRS, dos quais um deve ser temperatura anormal ou contagem anormal dos leucócitos.
	CHOQUE SÉPTICO Adultos: hipotensão refratária à ressuscitação volêmica, com necessidade de uso de vasopressores para manter pressão arterial média (PAM) ≥ 65 mmHg E lactato sérico > 2 mmol/L. <u>Crianças:</u> qualquer hipotensão (PAS <percentil 5 ou > 2 Desvios padrão abaixo do normal para a idade) ou 2-3 dos seguintes: estado de confusão mental; taquicardia ou bradicardia (FC < 90 bpm ou > 160 bpm em bebês e FC < 70 bpm ou > 150 bpm em crianças); enchimento capilar lentificado (> 2 s) ou vasodilatação quente com pulsos delimitadores; taquiplnéia; pele mosqueada; erupção petequial ou purpúrica; lactato aumentado; oligúria; hipertermia ou hipotermia.

SINAIS DE ALERTA E FATORES DE RISCO

Sinais de Alerta

CLÍNICOS	RADIOLÓGICO	LABORATORIAIS
SaO ₂ < 93% SaO ₂ < 90% em ar ambiente Dispneia ou FR > 20 ipm PAM < 65 mmHg PAS < 90mmHg FC > 125 bpm Febre (>37,8 ° C) persistente por mais de 72h Roncos ou sibilos na ausculta pulmonar	RX com Infiltrado heterogêneo bilateral Tomografia com imagem em vidro fosco bilateral	Leucopenia Linfopenia PCR > 100 DHL > 245 U/L D dímero > 1000 CPK > 2x o valor de referência Ferritina > 300 ug/L

Fatores de risco associados a pior prognóstico

Idosos >60 anos, diabetes, hipertensão, pneumopatia, hepatopatia, obesidade, doença renal crônica, doença cardiovascular, doença cerebrovascular, imunossupressão, doença oncológica ou história de transplante, gestante e puérpera até 42 dias após o parto. População indígena ou quilombola.

Situações associadas a imunossupressão:

1. Neutropenia;
2. Neoplasias hematológicas com ou sem quimioterapia;
3. HIV positivo com CD4 <350;
4. Asplenia funcional ou anatômica;
5. Transplantados;
6. Quimioterapia nos últimos 30 dias;
7. Uso de corticosteróides por mais do que 15 dias (prednisona >40 mg/dia ou hidrocortisona >160 mg/dia, metilprednisolona >32 mg/dia ou dexametasona >6 mg/dia);
8. Outros imunossupressores;
9. Doenças autoimunes;
10. Imunodeficiência congênita.

MANEJO CLÍNICO PACIENTE COVID-19

SÍNDROME CLÍNICA	CONDUTA
RESFRIADO COMUM, SÍNDROME GRIPAL OU PNEUMONIA VIRAL	<ul style="list-style-type: none">- Isolamento em domicílio por 07 dias.- Avaliar presença de fatores de risco - Idosos (>60 anos), diabetes, hipertensão, pneumopatia, hepatopatia, obesidade, doença renal crônica, doença cardiovascular, doença cerebrovascular, imunossupressão, doença oncológica ou história de transplante, gestante e puérpera (até 42 dias após o parto).- Avaliar terapia empírica um inibidor da neuraminidase (Fosfato de Oseltamivir), conforme protocolo de tratamento da influenza disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_tratamento_influenza_2017.pdf- Não há evidências de benefício do uso de corticóides para as formas leves ou moderadas da doença, nas quais não há indicação de oxigenioterapia, nem para prevenção. Logo, não devem ser usados nestas situações. https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2020/06/SBI_Informe-15_Medicamentos-2.pdf- Prestar orientações sobre o isolamento domiciliar e em caso de sinais de alerta retorno ao serviço de saúde.- Internar pacientes com fatores de risco que se encontram sintomáticos após o 5º dia de início dos sintomas. Se o paciente possuir fator de risco e no momento da avaliação tiver menos de 5 dias de sintomas, retornar no 5º dia para reavaliação clínica e internamento. <p>Para pacientes imunocomprometidos com idade ≥ 18 anos e pessoas com idade ≥ 65 anos é recomendado, conforme nota técnica CGAFME/DAF/SCTIE/MS Nº 266 de 26 de Outubro de 2022, o uso do nirmatrelvir/ritonavir para o tratamento de Covid-19 nos seguintes grupos de pacientes com sintomas leves a moderados</p> <p>A posologia recomendada pelo Guia do MS aos pacientes não hospitalizados e de alto risco é de 300 mg de Nirmatrelvir (dois comprimidos de 150 mg) com 100 mg de Ritonavir (um comprimido de 100 mg), administrados simultaneamente por via oral duas vezes ao dia (12h/12h), durante 5 dias. Para pacientes com Insuficiência Renal moderada, com TGFϵ ≥ 30 a < 60 mL/min, deve-se realizar o ajuste da dose para Nirmatrelvir 150 mg (1 comprimido), administrado simultaneamente com o Ritonavir 100 mg (1 comprimido), 2 vezes ao dia, por 5 dias. Para o tratamento com nirmatrelvir/ritonavir, independentemente do status vacinal, o paciente além de se enquadrar em um dos grupos supracitados deve cumprir todos os pré-requisitos a seguir :</p> <ul style="list-style-type: none">a) Apresentar quadro de COVID-19 confirmado por teste rápido de antígeno (exceto autoteste) ou por teste de biologia molecular;b) Estar entre o 1º e o 5º dia do início dos sintomas;c) Apresentar quadro clínico leve ou moderado (COVID-19 não grave);d) Não requerer uso de oxigenioterapia suplementar.

MANEJO CLÍNICO PACIENTE COVID-19

SÍNDROME CLÍNICA	CONDUTA
SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG):	<ul style="list-style-type: none">• Administrar oxigenoterapia suplementar imediatamente a pacientes com SRAG e dificuldade respiratória, hipoxemia ou choque. Observações: Iniciar oxigenoterapia a 4-5L/min para atingir a SpO2 alvo $\geq 92-94\%$ - Evitar hiperóxia. Pode ser ofertado oxigênio através de máscara com bolsa reservatório (vazões de 10-15L /min, que normalmente é o fluxo mínimo necessário para manter a inflação da bolsa; FiO2 0,60-0,95).• A administração de broncodilatadores ou esteróides para pacientes em broncoespasmo, sejam usuários crônicos ou agudos, deve ser mantida. Devem-se evitar nebulizações. Recomenda-se utilizar estes medicamentos com aerossol dosimetrado. Avaliar necessidade de uso de espaçadores.• Pacientes com COVID-19 em ventilação mecânica e os que necessitam de oxigênio fora da UTI devem receber dexametasona via oral ou endovenosa 6 mg 1x/dia por 10 dias.• Recomenda-se evitar máscara do tipo VENTURI ou tipo “tenda” devido à aerosolização produzida por este recurso.• Monitorar de perto os pacientes com SRAG quanto a sinais de complicações clínicas como piora da insuficiência respiratória e sepse de progressão rápida e aplicar intervenções de suporte imediatamente.• Paciente consciente e em ventilação espontânea, com necessidade de suporte de O2 considerar pronação (awake prone position) por pelo menos 2h a cada 8h. Em caso de falta de resposta, não protelar intubação.• Não retardar o início da ventilação mecânica em pacientes com insuficiência respiratória hipoxêmica persistente (apesar da oxigenoterapia, prona e VNI). O procedimento deve ser realizado por um profissional treinado e experiente utilizando precauções para aerossóis. Recomenda-se utilizar sequência rápida de intubação. O retardo na intubação e o uso prolongado de altas frações inspiradas de oxigênio pode contribuir para lesão alveolar induzida pelo oxigênio.• Implementar ventilação mecânica usando volumes correntes mais baixos (4-8 ml/ kg de peso corporal previsto, PBW) e pressões inspiratórias mais baixas (pressão de platô < 30 cmH2O). Ajustar a menor PEEP suficiente para manter SpO2 entre 90-95%, com FiO2 $< 60\%$ (em casos de necessidade de FiO2 acima de 60%, utilizar tabela PEEP/FiO2 da ARDSNet para PEEP baixa. Alguns pacientes parecem não tolerar PEEPs altas. Se após o início da ventilação mecânica protetora, com adequada sedação e eventual bloqueio neuromuscular e controle volêmico, o índice de oxigenação se mantiver menor que 150, há indicação de posição prona (o estudo PROSEVA – NEJM 2013 – sugere 16 h em prona e 8 h em supino até IO>150).• Usar tratamento conservador de fluidos (evite sobrecarga hídrica) em pacientes com SRAG quando não houver evidência de choque, pois a ressuscitação agressiva pode piorar a oxigenação, especialmente em locais onde a disponibilidade de ventilação mecânica é limitada. Usar exame clínico, laboratorial e exames complementares disponíveis para avaliar volemia.• Se suspeita de Influenza, avaliar terapia empírica com um inibidor da neuraminidase (Fosfato de Oseltamivir), conforme protocolo de tratamento da influenza disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_tratamento_influenza_2017.pdf• Se suspeita de infecção bacteriana secundária ou sepse bacteriana, iniciar antibioticoterapia empírica baseada no diagnóstico clínico. Não há indicação de antibióticos em infecções virais. Observações: Em caso de sepse bacteriana, os antimicrobianos empíricos indicados devem ser administrados na primeira hora a partir da identificação do quadro séptico.• Os pacientes devem receber profilaxia para TVP, resguardadas as contraindicações habituais. Elevações súbitas do D-dímero podem sugerir tromboembolismo que deve ser investigado e realizada avaliação individual da indicação de heparina em dose estendida ou plena (ajustar dose para meta de TTP 2x o normal).• Avaliação laboratorial e por imagem (vide quadro de sinais de alerta).• Desescalonar a antibioticoterapia empírica com base nos resultados da microbiologia e na condução clínica;
PNEUMONIA GRAVE,	
SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO (SDRA),	
SEPSE, OU CHOQUE SÉPTICO	
	<p>NOS CASOS DE CHOQUE SÉPTICO, ALÉM DAS CONDUTAS ACIMA:</p> <ul style="list-style-type: none">• Administrar pelo menos 30 ml/kg de cristalóide isotônico em adultos nas primeiras 3 horas para a ressuscitação do choque séptico em adultos.• Não utilizar soluções hipotônicas ou baseadas em amidos ou gelatinas para ressuscitação.• Administrar vasopressores quando o choque persistir durante ou após a ressuscitação hídrica. Considerar hidrocortisona intravenosa (até 200mg/dia) ou prednisolona (até 75mg/dia) nos pacientes com choque persistente que necessitam de doses crescentes de vasopressores.

MANEJO CLÍNICO PACIENTE COVID-19

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO – PACIENTE COM SUSPEITA DE COVID 19

PACIENTE COM SUSPEITA DE COVID 19

(Síndrome gripal, pneumonia viral, síndrome respiratória aguda grave - SRAG*)

HÁ FATOR DE RISCO * OU SINAL DE ALERTA **? HÁ NECESSIDADE DE INTERNAMENTO POR OUTRA PATOLOGIA?

NÃO

- Solicitar RT-PCR ou teste rápido sorológico para COVID-19:
 - RT-PCR SarsCOV2:** Preferencialmente até o 7º dia após o início dos sintomas, podendo realizar até o 10º dia se o paciente ainda tiver febre ou sintomas respiratórios.
 - Teste rápido sorológico:** indicada para os casos com sete ou mais dias completos desde o início da doença e que também estejam há, no mínimo, 72h sem sintomas.
- Notificar o caso *****

Para pacientes imunocomprometidos com idade ≥ 18 anos e pessoas com idade ≥ 65 anos é recomendado, conforme nota técnica CGAFME/DAF/SCTIE/MS Nº 266 de 26 de Outubro de 2022, o uso do nirmatrelvir/ritonavir para o tratamento de Covid-19 nos seguintes grupos de pacientes com sintomas leves a moderados:

- Isolamento domiciliar por 07 dias.
- Prestar orientações sobre o isolamento e orientar retorno à unidade de saúde em caso de aparecimento de sinais de alerta.
- Informar ao paciente sobre o Programa Atende em Casa que pode ser utilizado para orientação em caso de dúvidas, de novos sintomas ou permanência dos sintomas após o 5º dia do início da doença.
<https://www.atendeemcasa.pe.gov.br/login>

SIM

- Se SaO₂ < 92% administrar oxigenoterapia suplementar e realizar gasimetria arterial.
- Paciente consciente e em ventilação espontânea, com necessidade de suporte de O₂, considerar pronação (awake prone position) por 2 horas de 8/8h.
- Se necessidade de FiO₂ maior que 60 para manter SpO₂ > 93% e ou frequência respiratória > 28 incursões respiratórias por minuto ou retenção de CO₂ (PaCO₂ > 50mmHg e ou pH < 7,25) apesar de prona e VNI, realizar intubação e ventilação mecânica. Pacientes com COVID-19 em ventilação mecânica e os que necessitam de oxigênio fora da UTI devem receber dexametasona via oral ou endovenosa 6mg 1x/dia por 10 dias.
- Realizar avaliação laboratorial e por imagem (vide quadro de sinais de alerta).
- Se suspeita de pneumonia bacteriana iniciar antibioticoterapia empírica baseada no diagnóstico clínico (comunitário ou nosocomial). Iniciar Ceftriaxona 2g EV 24/24h e Azitromicina 500mg VO/IV 24/24H para infecção comunitária.
- Usar tratamento conservador de fluidos (evite sobrecarga hídrica).
- Em casos de sepse iniciar antibioticoterapia em até 1 hora e colher hemoculturas.
- Os pacientes devem receber profilaxia para TVP, resguardadas as contraindicações habituais. Em pacientes com elevação súbita do D-dímero avaliar de forma individualizada a dose da heparina e investigar tromboembolismo. Considerar Oseltamivir 75mg VO 12/12 até 48h do início dos sintomas ou até 5 dias em população de risco), conforme protocolo de tratamento da influenza disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_tratamento_influenza_2017.pdf

Notificar o caso *****

Coletar Swab para RT-PCR - SarsCOV 2 e para demais vírus respiratórios

Solicitar internamento à Central de Regulação de Leitos **** para leito COVID – UTI, sala vermelha ou enfermaria

INTERNAMENTO EM UTI *****

(QUALQUER UM DOS SINAIS ABAIXO):

- Insuficiência respiratória aguda com necessidade de aporte de O₂ quando:
 - FiO₂ > 50% para manter SaO₂ > 94%
 - PaCO₂ > 55 mmHg e pH < 7,3
- Sepse/choque séptico
- Instabilidade hemodinâmica OU choque (PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg) OU outros sinais clínicos de hipoperfusão (alteração do nível de consciência, oligúria, lactato sérico > 2)

INTERNAMENTO EM ENFERMARIA

(TODOS OS SINAIS ABAIXO):

- Ausência de Instabilidade hemodinâmica
- Paciente com SaO₂ 92-94% podendo haver necessidade de suporte de O₂ por cateter para manter saturação adequada. Bom padrão respiratório.
- FR < 24ipm

* SRAG: Febre ainda que referida associada a tosse ou dor de garganta e dispneia ou saturação de O₂ abaixo de 95%

*** Sinal de Alerta (qualquer um entre os itens abaixo):

Clinicos	Radiológico	Laboratoriais
SaO ₂ < 93% SaO ₂ < 90% em ar ambiente Dispneia ou FR > 20 ipm PAM < 65 mmHg PAS < 90mmHg FC > 125 bpm Febre (>37,8 ° C) persistente por mais de 72h Roncos ou sibilos na ausculta pulmonar	RX com Infiltrado heterogêneo bilateral Tomografia com imagem em vidro fosco bilateral	Leucopenia Linfopenia PCR > 100 DHL > 245 U/L D dímero > 1000 CPK > 2x o valor de referência Ferritina > 300 ug/L

** Fatores de risco (qualquer um entre os itens abaixo):

Idosos (>60 anos), diabetes, hipertensão, pneumopatia, hepatopatia, obesidade, doença renal crônica, doença cardiovascular, doença cerebrovascular, imunossupressão, doença oncológica ou história de transplante, gestante e puérpera até 42 dias após o parto. População indígena ou quilombola. Internar pacientes com fatores de risco que se encontram sintomáticos após o 5º dia de início dos sintomas. Se o paciente possuir fator de risco e no momento da avaliação tiver menos de 5 dias de sintomas, retornar no 5º dia para reavaliação clínica e internamento.

*****Solicitar internamento à Central de Regulação de Leitos para COVID-19:

Unidades de saúde que utilizam o sistema da regulação, acessar: regulacao.sau.gov.br/regulador

Unidades que não tem acesso ao sistema da regulação, ligar: 08002813555

IV Macrorregião de Saúde: ligar 74 3613 8126 / 74 3613 7604 / 74 3613 7606

***** Nota técnica SES nº21 /2020 disponível em https://12ad4c92-89c7-4218-9e11-0ee136fa4b92.filesusr.com/ugd/3293a8_6a8dc7b15bc24441b34feb9924bbe193.pdf

https://12ad4c92-89c7-4218-9e11-0ee136fa4b92.filesusr.com/ugd/3293a8_6a8dc7b15bc24441b34feb9924bbe193.pdf

INTUBAÇÃO PARA CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE COVID-19

Seguir as seguintes orientações:

- Preparar todo material para IOT incluindo medicamentos, drogas, fluidos e vasopressores antes do início do procedimento e fora do leito;
- O procedimento deve ser realizado por um profissional treinado e experiente utilizando precauções para aerossóis. Recomenda-se utilizar sequência rápida de intubação;
- Permanecer dentro do leito apenas os profissionais que participarão ativamente do procedimento;
- Utilizar sistema de aspiração fechado;
- Vasopressor (noradrenalina) e cristalóides devem ser preparados e mantidos prontos para infusão antes do início do procedimento pelo potencial risco de hipotensão pós intubação.

MATERIAIS

- Kits de EPI suficientes (rever sequência de paramentação e desparamentação);
- Laringoscópio testado lâminas 3 ou 4 ;
- Fio guia / bougie (maleta de via área difícil perto);
- Tubo orotraqueal (7/7,5/8/8,5) testado
- Filtro higroscópico HMEF/HEPA (ramo inspiratório);
- Filtro hidrofóbico (ramo expiratório)
- Bisturi nº22 + tubo orotraqueal 6 (crico de urgência);
- Ou kit crico de urgência
- Pinça reta forte (kosher ou kelly)
- Cuffmetro (ou seringa para insuflar o cuff);
- Estetoscópio;
- Sistema de aspiração fechado;
- Aerocâmara retrátil.

MEDICAMENTOS

- Rocurônio 10 mg/ml (2 amp) ou Succinilcolina 100 mg (2 amp) – verificar contraindicações;
- Cetamina 50 mg/ml (1 amp);
- Lidocaína 2% sem vasoconstrictor (1 amp);
- Midazolam 5 mg/ml 3 ml (1 amp);
- Fentanil 50 mcg/ml 2 ml (1 amp);
- Cristalóide (SF ou RL) 500 ml (2 frascos);
- SF 0,9% 100 e 250 ml (1 frasco de cada);
- SG 5% 100 e 250 ml (1 frasco de cada);
- Norepinefrina 8 mg/4 ml (5 amp) .

EQUIPAMENTOS

- Ventilador mecânico ou de transporte testado
- Circuito do ventilador conectado
- Bombas de infusão
- Monitor cardíaco ou monitor-desfibrilador

ATENÇÃO:

Pacientes com SDRA, especialmente crianças pequenas, pacientes obesos ou gestantes, podem dessaturar rapidamente durante a intubação. Pré-oxigenação com 100% de FiO2 por 5 minutos, e o uso de uma máscara facial com bolsa reservatório é o preferido. A intubação em sequência rápida é apropriada após uma avaliação das vias aéreas que não identifica sinais de intubação difícil.

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (VNI) EM CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE COVID-19

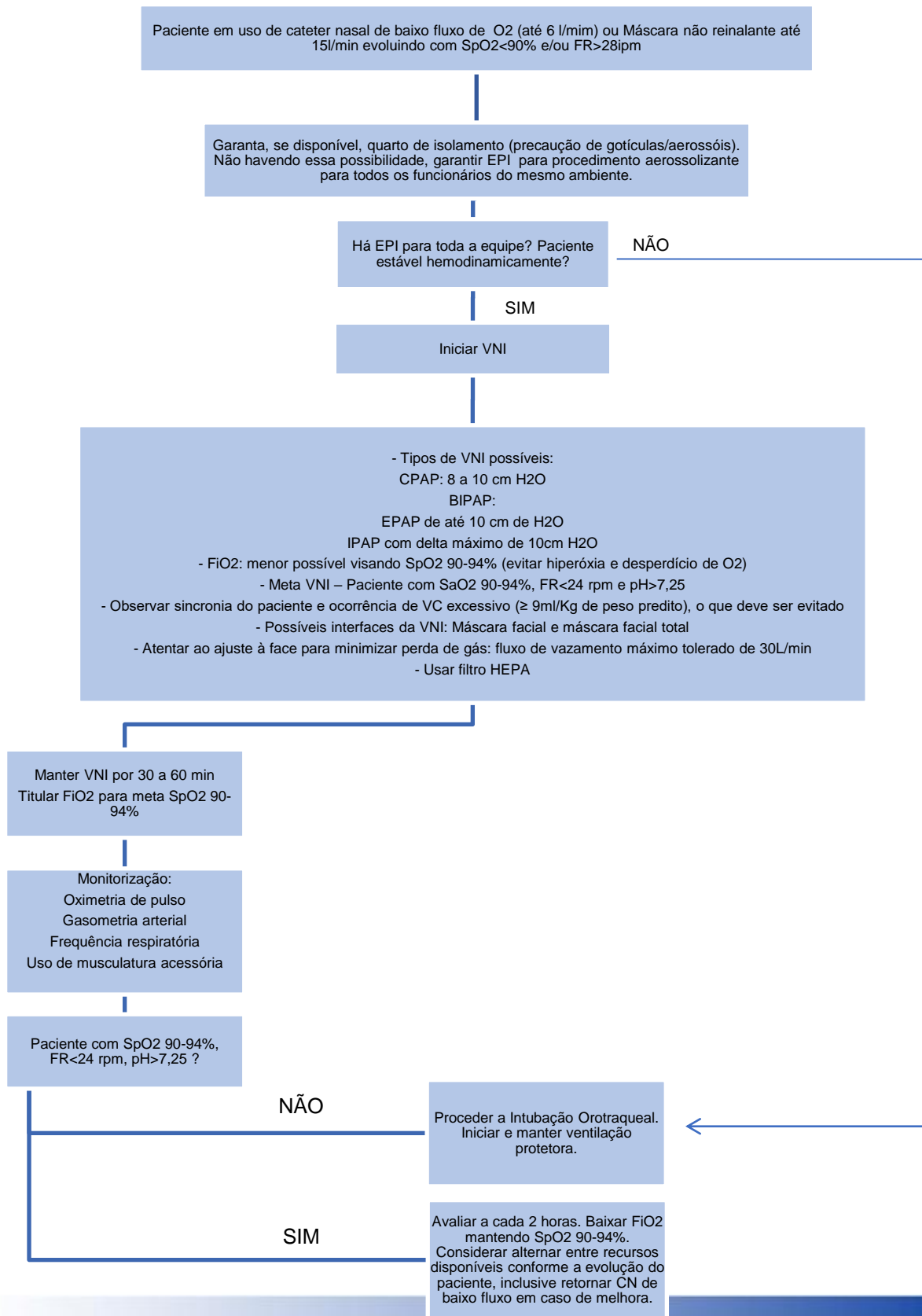
A VNI pode ser utilizada para pacientes dispneicos e hipoxêmicos apesar da suplementação com SpO₂ menor que 93% com cateter nasal de oxigênio a 5 litros/minuto, em unidades que contem com equipe multiprofissional experiente no uso de VNI e monitorização rigorosa do paciente, desde que sejam cumpridas as recomendações citadas a seguir:

- Realizar ventilação não-invasiva em quarto individual, se possível com pressão negativa.
- Realizar a ventilação não-invasiva com máscara conectada a dispositivo HME e circuito duplo do ventilador mecânico da UTI com software de ventilação não invasiva e com filtro HEPA no ramo expiratório, em ventilador convencional.
- Usar máscara totalmente vedada à face, com película protetora para evitar lesão de pele, e ajuste da interface com o mínimo vazamento de ar para o ambiente.
- Neste caso, ajustar com parâmetros pressóricos baixos: até 10cmH₂O de EPAP e no máximo 10cmH₂O de delta de IPAP para manter SpO₂ acima de 93% e abaixo de 96% com FIO₂ ≤ 50% e frequência respiratória < 28 incursões respiratórias por minuto.
- Reavaliar a resposta clínica em 30 a 60 minutos. Se o paciente apresentar melhora clínica e da gasometria arterial, a VNI poderá ser mantida. Caso não haja melhora ou ainda haja piora durante o uso da ventilação não invasiva, esta deve ser interrompida e o paciente prontamente intubado e ventilado mecanicamente.
- As sessões de ventilação não invasiva podem ser intercaladas com períodos de suporte por cateter nasal de baixo fluxo ou máscara de oxigênio com reservatório de O₂ (sempre com o devido isolamento e uso de EPI para aerossolização pela equipe). Pode-se manter esta estratégia se estiver sendo percebida melhora clínica entre uma sessão e outra. No entanto, em havendo piora clínica ou ainda situação de não-melhora, deve-se indicar a intubação orotraqueal.

Se não for possível atender a TODAS as condições acima listadas, associadas à disponibilidade de equipe multiprofissional treinada e experiente para este tipo de ventilação, deve-se EVITAR o uso de ventilação não-invasiva.

“Em situações onde não há ventilador mecânico disponível, em havendo aparelhos de CPAP ou BIPAP convencionais de ramo único e o paciente estiver com indicação de intubação, pode-se tentar o uso destes equipamentos de forma excepcional. Nesta situação, necessariamente, o paciente deve estar em quarto de isolamento (se possível com pressão negativa) ou em uma unidade dedicada a pacientes com coronavírus. Neste quadro, todos os profissionais de saúde deverão necessariamente estar utilizando equipamentos de proteção individual com paramentação para procedimentos aerossolizantes. Evitar manter essa modalidade de suporte ventilatório se não houver melhora clínica, indicando-se nesse caso a intubação orotraqueal.”

USO DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA COM PRESSÃO POSITIVA NO PACIENTE COM COVID-19



INDICAÇÕES DE INTERNAMENTO EM UTI - COVID 19

☐ Indicações de Internamento em UTI - COVID 19

- Insuficiência respiratória aguda com necessidade de aporte de O₂ quando:
 - FiO₂ > 50% para manter SaO₂ > 94%
 - PaCO₂ > 55 mmHg e pH < 7,3
- Insuficiência respiratória aguda com necessidade de suporte de ventilação mecânica
- Sepses com hipotensão arterial ou Choque Séptico
- Instabilidade hemodinâmica OU choque (PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg) OU outros sinais clínicos de hipoperfusão (alteração do nível de consciência, oligúria, lactato sérico >2).

☐ Ventilação Mecânica em Paciente com SRAG

- Modo volume ou pressão controlada (VCV ou PCV)
- Volume corrente de 6 ml/kg de peso predito
- PEEP inicial de 8 – 15 cmH₂O (alguns pacientes não toleram PEEPs elevadas – avaliar caso a caso)
- Ajuste da FR para manter volume minuto (VM) entre 7 – 10 l/min
- Driving pressure (= Pressão de platô menos PEEP) ≤ 15 cmH₂O
- Alvo inicial de SpO₂ entre 93 – 96% - evitar hiperóxia.
- Alvo inicial de ETCO₂ entre 30 e 45
- Gasometria arterial após IOT para eventuais ajustes nos parâmetros iniciais

PERFIL DE PACIENTES PARA INTERNAMENTO EM LEITOS CLÍNICOS DE RETAGUARDA COVID 19

Pacientes com Resfriado comum, Síndrome gripal ou pneumonia viral com fatores de risco, sinais de alerta ou outras indicações de internamento:

Sinais de Alerta:

CLÍNICOS	RADIOLÓGICOS	LABORATORIAIS
SaO ₂ < 93% SaO ₂ < 90% em ar ambiente Dispneia ou FR > 20 ipm PAM < 65 mmHg PAS < 90mmHg FC > 125 bpm Febre (>37,8 ° C) persistente por mais de 72h Roucos ou sibilos na ausculta pulmonar	RX com Infiltrado heterogêneo bilateral Tomografia com imagem em vidro fosco bilateral	Leucopenia Linfopenia PCR > 100 DHL > 245 U/L D dímero > 1000 CPK > 2x o valor de referência Ferritina > 300 ug/L

Fatores de risco:

Idosos >60 anos, diabetes, hipertensão, pneumopatia, hepatopatia, obesidade, doença renal crônica, doença cardiovascular, doença cerebrovascular, imunossupressão, doença oncológica ou história de transplante, gestante e puérpera até 42 dias após o parto. População indígena ou quilombola.

Necessidade de compensação de doença de base ou tratamento de infecção associada sem sinais de sepse;

Situações de vulnerabilidade ou impossibilidade de isolamento social ;

Pacientes de alta dos serviços de referência para continuidade do tratamento .

Critérios de inclusão para leito de enfermaria de média complexidade (Todos os itens abaixo):

1. Ausência de Instabilidade hemodinâmica
2. Paciente com SaO₂ 92-94% podendo haver necessidade de suporte de O₂ por cateter para manter saturação adequada e bom padrão respiratório.
3. FR <24ipm

Critérios de exclusão (qualquer item abaixo):

1. Instabilidade Hemodinâmica;
2. Dispneia importante, SaO₂ abaixo de 90%, necessidade de suporte ventilatório ou insuficiência Respiratória;
3. Rebaixamento do nível de consciência
4. Indicação de Cirurgia de Urgência/Emergência

CRITÉRIOS PARA ALTA HOSPITALAR

SITUAÇÃO CLÍNICA	CRITÉRIOS PARA ALTA
Pacientes internados por fatores de risco, com quadro leve	Após 48-72h de observação sem apresentar piora clínica.
Casos com pneumonite ou pneumonia	Após pelo menos 04 dias de internamento hospitalar, com melhora clínica, radiológica e ausência de febre.
Casos com internamento em UTI	Após ter recebido alta para enfermaria e ter permanecido pelo menos 48 horas na enfermaria com melhora clínica mantida, sem febre, sem necessidade de oxigenioterapia e com estabilidade clínica de comorbidades (DM, cardiopatia, pneumopatias, etc) que permitam a alta hospitalar.

OBSERVAÇÃO:

Todos os casos que receberem alta hospitalar ainda nos primeiros 7 dias do início do quadro, devem ser alertados para a possibilidade de piora tardia do quadro clínico e sinais de alerta de complicações como: aparecimento ou recrudescência da febre ou sinais e sintomas respiratórios, taquicardia, dor pleurítica, fadiga, dispneia.

Todos os pacientes de alta devem receber orientações para o isolamento domiciliar.

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA PACIENTES EM CONDIÇÕES DE ALTA HOSPITALAR

Pacientes que preencham critérios para casos suspeitos, prováveis ou confirmados para COVID-19 com condições clínicas e sociais para acompanhamento domiciliar deverão seguir as seguintes orientações de controle de infecção e prevenção de transmissão para contatos:

1. O paciente deve permanecer em quarto individual bem ventilado.
2. Limitar o número de cuidadores e não receber visitas. Os cuidadores não devem ser acometidos por doenças crônicas ou imunossupressão.
3. A circulação do paciente deve ser limitada na residência. Os ambientes compartilhados (ex: cozinha, banheiro) devem ser bem ventilados (manter as janelas abertas).
4. O cuidador, ao entrar em contato próximo com o paciente, deverá usar máscara cirúrgica bem ajustada ao rosto quando estiver na mesma sala e durante a manipulação da pessoa doente. As máscaras não devem ser tocadas ou manuseadas durante o uso. Se a máscara ficar molhada ou suja com secreções, deverá ser trocada imediatamente.
5. Ao realizar higiene das mãos com água e sabão, utilizar, preferencialmente, toalhas de papel descartáveis para secar as mãos. Caso toalhas de papel descartáveis não estejam disponíveis, usar toalhas de pano e trocar quando ficarem molhadas.
6. Máscaras e luvas não devem ser reutilizadas.
7. Descartar os materiais usados para cobrir a boca e o nariz imediatamente após o uso.
8. Evitar o contato direto com fluidos corporais, principalmente os orais, ou secreções respiratórias e fezes do paciente.

9. Luvas, máscaras e outros resíduos gerados pelo paciente ou durante os cuidados com o paciente devem ser colocadas em lixeira com saco de lixo no quarto da pessoa doente antes do descarte com outros resíduos domésticos.
10. Não compartilhar objetos pessoais como escovas de dente, talheres, pratos, bebidas, toalhas ou roupas de cama.
11. Realizar higienização de objetos como controle remoto, computadores e tablets após o uso. Não compartilhar telefones celulares.
12. Manter uso exclusivo de roupas de cama, talheres e pratos para o paciente. Estes objetos devem ser limpos com água e sabão ou detergente comum após o uso e podem ser reutilizados pelo paciente.
13. Limpar e desinfetar as superfícies frequentemente tocadas, como mesas de cabeceira, quadros de cama e outros móveis do quarto do paciente diariamente com desinfetante doméstico comum contendo hipoclorito de sódio.
14. Limpar e desinfetar as superfícies do banheiro pelo menos uma vez ao dia com desinfetante doméstico comum contendo hipoclorito de sódio.
15. Roupas limpas e sujas, roupas de cama, toalhas de banho e de mão do paciente devem ser lavadas com água e sabão comum.
16. Usar luvas descartáveis e roupas de proteção (por exemplo, aventais de plástico) ao limpar ou manusear superfícies, roupas ou superfícies com fluidos corporais. Retirar o avental antes da remoção das luvas e realizar higiene das mãos imediatamente após.
19. Os pacientes devem permanecer em casa por 7 dias.
20. Considerando as evidências limitadas de transmissão pessoa a pessoa, indivíduos que podem ter sido expostos a casos suspeitos de infecção por COVID-19 (incluindo cuidadores e trabalhadores de saúde) devem ser aconselhados a monitorar sua saúde por 7 dias, a partir do último dia do possível contato, e procurar atendimento médico imediato se desenvolver quaisquer sintomas, particularmente, febre, tosse ou falta de ar. Ao procurar um serviço de saúde informar na chegada o contato recente com paciente suspeito ou confirmado para infecção pelo COVID-19 e utilizar máscara cirúrgica durante todo o tempo.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

Medidas de prevenção e controle de infecção em casos de diagnóstico ou suspeita de infecção por COVID-19

PRECAUÇÃO	MEDIDAS DE INTERVENÇÃO
Aplicar precauções na triagem	Dê uma máscara cirúrgica ao paciente suspeito e direcione o paciente para uma área separada, uma sala de isolamento, se disponível. Mantenha pelo menos 1 metro de distância entre pacientes suspeitos e outros pacientes. Instrua todos os pacientes a cobrir o nariz e a boca durante a tosse ou ao espirrar. Realizar higiene das mãos após contato com secreções respiratórias.
Aplicar precauções contra gotículas	As precauções contra gotículas impedem a transmissão de gotículas grandes de vírus respiratórios. Use uma máscara cirúrgica se estiver trabalhando dentro de 1-2 metros do paciente. Coloque os pacientes em quartos individuais ou agrupe aqueles com o mesmo diagnóstico etiológico. Se uma etiologia diagnóstica não for possível, agrupe pacientes com diagnóstico clínico semelhante e com base em fatores de risco epidemiológicos, com separação. Ao prestar cuidados em contato próximo com um paciente com sintomas respiratórios (por exemplo, tosse ou espirro) use proteção para os olhos (máscara facial ou óculos de proteção). Limite a movimentação de pacientes dentro da instituição. Os pacientes devem utilizar máscara cirúrgica quando estiverem fora de seus quartos.
Aplicar precauções de contato	As precauções contra gotículas e contato impedem a transmissão direta ou indireta do contato com superfícies ou equipamentos contaminados (ou seja, contato com tubos / interfaces de oxigênio contaminados). Use EPI (máscara cirúrgica, proteção para os olhos, luvas e bata) quando entrar na sala e remova o EPI ao sair. Se possível, use equipamento descartável ou individual (por exemplo, estetoscópios, medidor de pressão arterial e termômetros). Se o equipamento precisar ser compartilhado entre os pacientes, limpe-o e desinfete. Os profissionais de saúde devem evitar tocar nos olhos, nariz e boca com substâncias potencialmente contaminadas e com as mãos com ou sem luvas. Evite contaminar superfícies ambientais que não estejam diretamente relacionadas ao atendimento ao paciente (por exemplo, porta alças e interruptores de luz). Garanta ventilação adequada no ambiente. Evite a movimentação de pacientes ou transporte desnecessário. <i>Coloque todos os casos em quartos individuais ou agrupe separadamente aqueles com o mesmo diagnóstico etiológico, como casos suspeitos com suspeitos; casos prováveis com provável; e casos confirmados com confirmados em outro.</i> <i>Se um diagnóstico etiológico não for possível, agrupe pacientes com diagnóstico clínico semelhante e com base em fatores de risco epidemiológicos. Mantenha pelo menos 1 m de separação espacial entre os casos. Suspeita ou provável casos não devem ser coartados juntamente com casos confirmados. Limitar a movimentação de pacientes dentro da instituição e garantir que os pacientes usem máscaras cirúrgicas quando estiverem fora de seus quartos.</i>
Aplicar precauções ao executar um procedimento que gere aerossol	Os profissionais de saúde que executam procedimentos que geram aerossol (ou seja, aspiração aberta do trato respiratório, intubação, broncoscopia, ressuscitação cardiopulmonar) devem utilizar precauções para aerossóis - EPI, incluindo luvas, avental com mangas compridas, proteção para os olhos e máscara N95, equivalente, ou com nível de proteção mais alto. <i>Devido ao potencial de aerossolização, oxigênio nasal de alto fluxo (HFNO), VNI, incluindo o CPAP de bolha, devem ser usados com precauções no ar até que uma avaliação adicional da segurança possa ser concluída.</i>

BIBLIOGRAFIA

Anvisa. Nota Técnica nº 04/2020- Revisada em 25/02/2021

. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (2019-nCoV). Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf/view

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-manejo-clinico-da-covid-19-na-atencao-especializada/>

Centers for Disease Control and Prevention. Interim Clinical Guidance for Management of Patients with Confirmed 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV). Infection for 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) in a Healthcare Setting, 2022. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>

World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV) technical guidance. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>

World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected. Interim guidance. January 2020. 29 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)

World Health Organization. Home care for patients with suspected novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts. 04 February 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331133>

AMIB. Uso de ventilação Não invasiva com pressão positiva no paciente com COVID-19.. Disponível em:

<https://www.amib.org.br/covid-19/guia-amib-para-orientacoes-no-manejo-do-paciente-com-insuficiencia-respiratoria-por-covid-19>

BIBLIOGRAFIA

Diretrizes para o Tratamento Farmacológico da COVID-19. Consenso da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, da Sociedade Brasileira de Infectologia e da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.

Disponível em: <https://sbpt.org.br/portal/wp-content/uploads/2020/07/Consenso-Brasileiro.pdf>

Informe Da Sociedade Brasileira De Infectologia Sobre O Novo Coronavírus N° 15: Uso De Medicamentos Para COVID-19

Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2020/06/SBI_Informe-15_Medicamentos-2.pdf

AMIB.Orientações sobre o manuseio do paciente com pneumonia e insuficiência respiratória devido a infecção pelo Coronavírus (SARS-CoV-2) - Versão n.06/2020*

Disponível em:

https://www.wficc.com/images/0904202_1026_Orientacao_es_sobre_o_manuseio_do_paciente_com_pneumonia_e_insuficiencia_respiratoria_v4.pdf

World Health Organization. Clinical management of COVID-19

Disponível em: <https://www.who.int/teams/health-care-readiness/covid-19>

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde, Versão.9. Brasília, maio, 2020.

Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/atencao-primaria-orientacoes-do-ministerio-da-saude-sobre-covid-19/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Manejo Clínico da COVID-19 na Atenção Especializada, 1ª Edição Revisada Brasília – DF, 2020

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações Para Manejo De Pacientes Com COVID-19. Brasília, junho, 2020.

Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/June/18/Covid19-Orientac--o--esManejoPacientes.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações Do Ministério Da Saúde Para Manuseio Medicamentoso Precoce De Pacientes Com Diagnóstico Da COVID-19. Brasília, junho, 2020.

Disponível em: <https://saude.gov.br/images/pdf/2020/June/18/COVID-FINAL-16JUNHO-Llvreto-1-V3.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. GUIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA NACIONAL PELA DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019, 2022. disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/janeiro/ministerio-da-saude-reduz-para-7-dias-o-isolamento-de-casos-por-covid-19/GuiaDeVigilanciaEpidemiologicaCovid19_12012022.pdf/view

BRASIL. Ministérios da Saúde. Guia para uso do Antiviral Nirmatrelvir/Ritonavir em Pacientes com Covid-19, não Hospitalizados e de Alto Risco. Brasília, novembro, 2022.

Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2022/guia-para-uso-antiviral-n.pdf/view>

OUVIDORIA DA SAÚDE
0800 286 28 28
PORTAL.SAÚDE.PE.GOV.BR



Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO