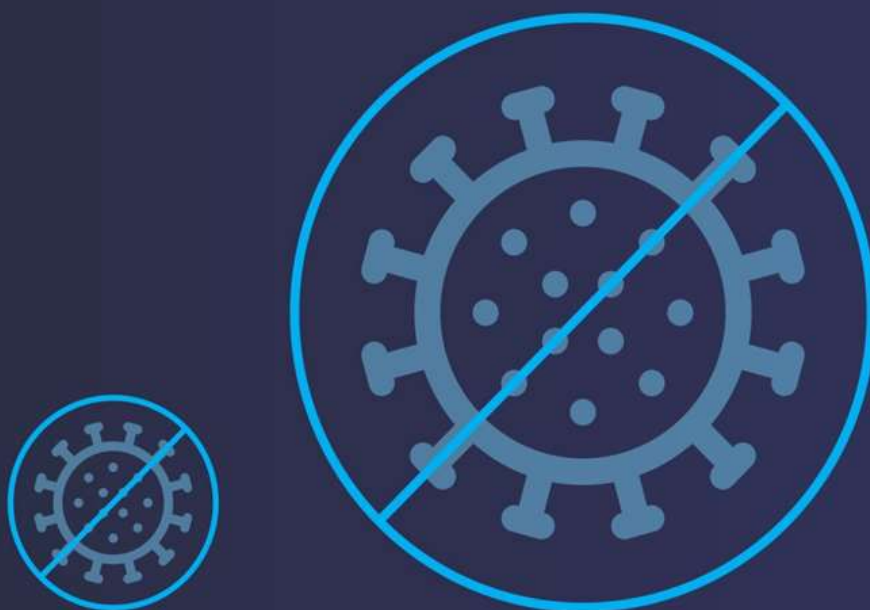


SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE



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



Atualizado em Agosto/2020

MANEJO CLÍNICO PACIENTE COVID-19

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

Secretário Executivo de Regulação em Saúde

Giliane Coelho Neto

Secretário Executivo de Gestão Estratégica e Participativa

Humberto Antunes

Secretário Executivo de Administração e Finanças

José Adelino dos Santos Neto

Secretária Executiva de Vigilância em Saúde

Luciana Caroline Albuquerque Bezerra

Secretária Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Ricarda Samara da Silva Bezerra

Diretora Geral de Assistência Integral à Saúde

Giselle Fonseca de Carvalho

ELABORAÇÃO

Diretora Geral de Assistência Integral à Saúde

Giselle Fonseca de Carvalho

CONTRIBUIÇÕES

Demétrius Montenegro

George Dimech

Letícia Katz

Marcos Antônio Cavalcanti Gallindo

REVISÃO

Carla de Albuquerque Araújo

Cristina Valença Azevedo Mota

Luciana Caroline Albuquerque Bezerra

Ozanil Cursino de Araújo

Petronila Queiroz

Ricarda Samara da Silva Bezerra

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 2.0, 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 – Conduta7

4. Fluxograma de Atendimento Paciente com de COVID- 198

5. Considerações Especiais para Crianças - Fluxo de Atendimento para Crianças de até 12 anos.....9

6. Considerações Especiais para Gestantes10

7. Intubação para caso suspeito ou confirmado e COVID-19..... 11

8. VNI em caso suspeito ou confirmado de COVID-19 12

9. Indicações de Internamento em UTI - COVID-19.....13

10.Perfil de Pacientes para internamento em leitos de retaguarda COVID-19.....14

11.Perfil de Pacientes Clínicos com suspeita ou Diagnóstico de COVID 19-Sala Vermelha.....15

12.Critérios para alta hospitalar16

13.Orientações gerais para pacientes em condições de alta hospitalar.....17

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

15. Algumas Ferramentas de Suporte aos Profissionais de Saúde20

16. Algumas Ferramentas de Suporte aos Pacientes21

17.Bibliografia.....23

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 <u>tosse OU dor de garganta E dispneia OU saturação de O2 abaixo de 95%</u>	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): • SDRA leve: 200 mmHg <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): • 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; taquipnéia; 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
SaO2 < 93% SaO2 < 90% em ar ambiente Dispnéia 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	- Isolamento em domicílio por 14 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.
SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG): PNEUMONIA GRAVE, SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO (SDRA), SEPSE, OU CHOQUE SÉPTICO	• 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 $\geq 92-94\%$ 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. • 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. https://www.infectologia.org.br/admin/zcloud/137/2020/06/f590ba9af0af1a1490ef0b5f945b9c136dceba586b6fa18b86852927fe72b54.pdf https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2020/06/SBI_Informe-15_Medicamentos-2.pdf • Recomenda-se evitar máscara do tipo VENTURI ou tipo “tenda” devido à aerossolização produzida por este recurso. • Monitorar de perto os pacientes com SRAG quanto a sinais de complicações clínicas como 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. • Instituir ventilação mecânica precocemente em pacientes com insuficiência respiratória hipoxêmica persistente (apesar da oxigenoterapia). O procedimento deve ser realizado por um profissional treinado e experiente utilizando precauções para aerossóis. Recomenda-se utilizar sequência rápida de intubação. • 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. Estes pacientes parecem não tolerar PEEPs altas. • 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. • Incluir 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 • Iniciar antibioticoterapia empírica baseada no diagnóstico clínico. Observações: Embora se suspeite que o paciente tenha COVID-19, em caso de sepse, 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. <u>Em pacientes com D-dímero >3000 avaliar de forma individualizada a dose da heparina profilática dobrada.</u> https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/junho/10/Recomendacoes_AMIB-3a_atual.-10.06.pdf • 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; NOS CASOS DE CHOQUE SÉPTICO, ALÉM DAS CONDUTAS ACIMA: • 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 para ressuscitação. • Administrar vasopressores quando o choque persistir durante ou após a ressuscitação hídrica. Considerar a administração de 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 *****
- Isolamento domiciliar por 14 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>

ATENÇÃO:

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.

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 O2 nasal maior que 5 litros/minuto para manter SpO2 > 93% e ou frequência respiratória > 28 incursões respiratórias por minuto ou retenção de CO2 (PaCO2 >50mmHg e ou pH < 7,25) realizar intubação e ventilação mecânica.
https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/junho/10/Recomendacoes_AMIB-3a_atual-10.06.pdf
- 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.
<https://www.infecologia.org.br/admin/zcloud/137/2020/06/f590ba9af0faf1a1490ef0b5f945b9c136dceba586b6fa18b86852927fe72b54.pdf>
https://sbgo.org.br/wp-content/uploads/2020/06/SBI_Informe-15_Medicamentos-2.pdf
- Realizar avaliação laboratorial e por imagem (vide quadro de sinais de alerta).
- Se imagem compatível com pneumonia iniciar antibioticoterapia empírica baseada no diagnóstico clínico (comunitário ou nosocomial). Iniciar Ceftriaxona 2g EV 24/24h e Azitromicina 500mg VO 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 D-dímero >3000 avaliar de forma individualizada a dose da heparina profilática dobrada.
https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/junho/10/Recomendacoes_AMIB-3a_atual-10.06.pdf
- Prescrever 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://bvsmis.saude.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)

ENCAMINHAMENTO PARA ÁREA VERMELHA (QUALQUER ITEM ABAIXO)

(VERIFICAR A DISPONIBILIDADE DE FONTE DE O2 E RESPIRADOR PULMONAR)

- Paciente com fator de risco (clínico, radiológico ou laboratorial) + fator de mau prognóstico (linfócito<800, DHL>245, D-dímero>1000, Troponina elevada, CPK >2x valor de referência, PCR>10, Ferritina>300) + necessidade de aporte de O2 para manter SpO2> 94% para vigilância por período de 72h e posterior internamento em enfermaria ou UTI a depender da evolução;
- Pacientes com necessidade de oxigênio suplementar (cateter de O2>4 L/min,) para manter SpO2> 94%;
- Dispneia importante, FR > 24ipm ou desconforto respiratório;
- 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) em caso de não haver vaga de UTI disponível.

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):

** 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.saude.pe.gov.br/regulador

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

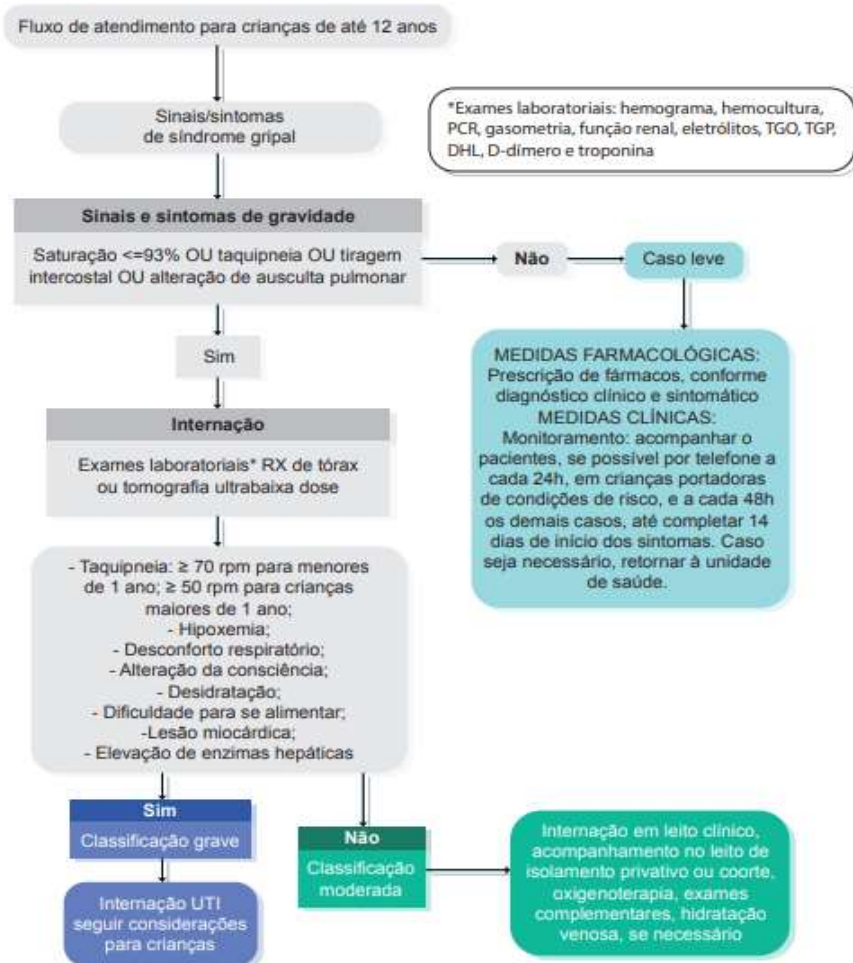
IV Macrorregião de Saúde: ligar 74 3613 8126 / 74 3613 7604 / 74 3613 7606

***** Nota técnica SES nº21/2020 disponível em https://12ad4c92-89c7-4218-9e11-0ee136fa4b92.filesusr.com/ugd/3293a8_6a8dc7b15bc24441b34feb9924bbef83.pdf

Clínicos	Radiológico	Laboratoriais
SaO2 < 93% SaO2 < 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

❑ CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA CRIANÇAS

❖ Fluxo de Atendimento para Crianças de até 12 anos



Mesmo tendo à disposição alternativas de dispositivos para evitar a intubação orotraqueal (IOT), é de suma importância destacarmos que ela não pode ser postergada, se uma vez indicada. Geralmente, a falha do dispositivo inicial (CNAF ou VNI) após 2 horas do uso ou quadros cujo índice de oxigenação (IO) encontra-se > 4 configuram quadros de necessidade de IOT.

Indicações de admissão na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica:

- Pacientes intubados ou em uso de ventilação não invasiva (VNI);
- Risco de intubação orotraqueal (IOT) ou VNI nas próximas 24h;
- Cateter de alto fluxo (CNAF);
- Oxigenoterapia via máscara de nebulização;
- Agudização de pacientes que fazem uso de ventilação mecânica em domicílio
- Pacientes em risco de apneia

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para Manejo de Pacientes com COVID-19, 2020.
Disponível em <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/June/18/Covid19-Orientac-o-esManejoPacientes.pdf>

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA GESTANTES

Até o momento não existem evidências científicas que justifiquem manejo diferenciado da gestante com COVID-19, recomenda-se que sejam consideradas durante a avaliação: a idade gestacional, a condição materna e a viabilidade fetal. Assim, as gestantes suspeitas ou confirmadas devem ser tratadas com terapias de suporte, conforme descrito anteriormente, levando em consideração as adaptações fisiológicas da gravidez. O uso de agentes terapêuticos deve ser guiado por análise de risco-benefício individual baseada no benefício potencial para a mãe e a segurança do feto. O quadro abaixo faz um resumo destas recomendações.

Recomendações no manejo clínico de gestantes com suspeitas de COVID-19

- O uso de esteróides para promover a maturidade fetal em parto prematuro antecipado pode ser considerado individualmente.
- Monitoramento da frequência cardíaca fetal.
- Monitoramento da contração uterina.
- Planejamento individualizado do parto.
- Abordagem baseada em equipe multidisciplinar.
- Alterações no padrão da frequência cardíaca fetal podem ser um indicador precoce da piora da respiração materna.
- Deve-se avaliar com cautela se o parto fornece benefícios a uma gestante gravemente doente.
- A decisão quanto ao parto deve considerar a idade gestacional do feto e deve ser feita em conjunto com o neonatologista.

Prescrever Oseltamivir 75mg VO 12/12 até 48h do início dos sintomas ou a té 5 dias em população de risco), conforme protocolode tratamento da influenza disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_tratamento_influenza_2017.pdf

- Todos os 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.
<https://www.infectologia.org.br/admin/zcloud/137/2020/06/f590ba9af0faf1a1490ef0b5f945b9c136dceba586b6fa18b86852927fe72b54.pdf>
https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2020/06/SBI_Informe-15_Medicamentos-2.pdf

Internar pacientes com fatores de risco que se encontram sintomáticos após o 5º dia de início dos sintomas. Gestantes e puérperas até 42 dias do parto devem ser internadas em Maternidades de Referência por meio da Central de Regulação de leitos.

Manejo obstétrico de gestantes com COVID-19 suspeita ou confirmada

GESTANTE COVID-19 (suspeita ou confirmada)		
IDADE GESTACIONAL	CASOS LEVES	SRAG
< 24 semanas	– Cuidados clínicos maternos; – Não fazer cardiocotografia; – Manter a gestação.	– Cuidados clínicos maternos; – Não fazer cardiocotografia; – Considerar resolução da gestação, conforme gravidade materna.
24 a 34 semanas	– Cuidados clínicos maternos; – Cardiocotografia (≥ 26 semanas); – Considerar corticosteroide (maturação pulmonar fetal); – Manter a gestação se estabilidade clínica.	– Cuidados clínicos maternos; – Cardiocotografia (≥ 26 semanas); – Considerar resolução da gestação, conforme gravidade materna.
> 34 semanas	– Cuidados clínicos maternos; – Cardiocotografia; – Manter a gestação se estabilidade clínica.	– Cuidados clínicos maternos; – Cardiocotografia.
Medidas de suporte e farmacológicas, conforme protocolos locais vigentes.		

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para Manejo de Pacientes com COVID-19, 2020. Disponível em <https://portalquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/June/18/Covid19-Orientac--o--esManejoPacientes.pdf>

Em mães infectadas pelo SARS-CoV-2, é recomendada a manutenção do aleitamento materno, considerando o benefício do aleitamento e a ausência, até o momento, de evidências de transmissão do SARS-CoV-2 por essa via. Ressalta-se que todas as precauções deverão ser adotadas: higienização correta das mãos e uso de máscara durante a amamentação e todos os cuidados habituais ao recém-nascido.

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	MEDICAMENTOS
• 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) • Cuffometro (ou seringa para insuflar o cuff); • Estetoscópio; • Sistema de aspiração fechado; • Aerocâmara retrátil.	• 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.

Protocolo de intubação orotraqueal p/ caso suspeito ou confirmado de COVID-19 da AMIB
https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/19/POP_IOT_COVID_-170320-1-1_1_.pdf
Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para a abordagem do COVID-19 em medicina intensiva
https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/junho/10/Recomendacoes_AMIB-3a_atual_-10.06.pdf
Orientações para rede assistencial SES/SOTIPE - Videoaulas disponíveis em:
<https://www.youtube.com/playlist?list=PLAkBBIBN7AwucbQkutpqEP-T16YSL09Da>

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.”

Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para a abordagem do COVID-19 em medicina intensiva

https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/junho/10/Recomendacoes_AMIB-3a_atual.-10.06.pdf

Orientações sobre o manuseio do paciente com pneumonia e insuficiência respiratória devido a infecção pelo coronavírus (SARS-CoV-2) - Versão n.06/2020, disponível no portal da AMIB.

https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/Orientacao_es_para_o_Manuseio_do_paciente_com_coronavirus_-_V6_Junho_2020.pdf

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)
- 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%
- 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
SaO2 < 93% SaO2 < 90% em ar ambiente Dispnéia 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:

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.

- 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):

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

Critérios de exclusão (qualquer item abaixo):

- Instabilidade Hemodinâmica;
- Dispnéia importante, SaO2 abaixo de 90%, necessidade de suporte ventilatório ou insuficiência Respiratória;
- Rebaixamento do nível de consciência
- Indicação de Cirurgia de Urgência/Emergência

PERFIL DE PACIENTES CLÍNICOS COM SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO DE COVID 19-
SALA VERMELHA *

Pacientes com Resfriado comum, Síndrome gripal, pneumonia viral ou SRAG ** que evoluam com sinais de alerta ou necessidade de internamento:

Sinais de Alerta:

CLÍNICOS	RADIOLÓGICOS	LABORATORIAIS
SaO2 < 93% SaO2 < 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 ou 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 com ou sem sinais de sepse.

Critérios de inclusão (qualquer item abaixo)*** :

1. Paciente com fator de risco (clínico, radiológico ou laboratorial) + fator de mau prognóstico (linfócito<800, DHL>245, D-dímero>1000, Troponina elevada, CPK >2x valor de referência, PCR>10, Ferritina>300) + necessidade de aporte de O2 para manter SpO2> 94% para vigilância por período de 72h e posterior internamento em enfermaria ou UTI a depender da evolução
1. Pacientes com necessidade de oxigênio suplementar (cateter de O2> 4 L/min,) para manter SpO2> 94% ;
2. Dispneia importante, FR > 24ipm ou desconforto respiratório;
3. Sepses/choque séptico em caso de não haver vaga de UTI disponível;
4. 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) em caso de não haver vaga de UTI disponível;
5. Necessidade de suporte ventilatório ou insuficiência Respiratória em caso de não haver vaga de UTI disponível.

*Avaliar disponibilidade de fonte de O2 e de ventilador pulmonar antes do encaminhamento do paciente .
**SRAG: Febre ainda que referida associada a tosse ou dor de garganta e dispnéia ou saturação de O2 abaixo de 95%.
*** Em caso de necessidade de avaliação por especialidades médicas a Central de Regulação deverá observar o perfil da unidade

CRITÉRIOS PARA ALTA HOSPITALAR

SITUAÇÃO CLÍNICA	CRITÉRIOS PARA ALTA
Pacientes internados por fatores de risco, com quadro leve	Após 48-72 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. Descartar a máscara cirúrgica imediatamente após o uso e realizar a higiene das mãos com água e sabão ou produto alcoólico após a remoção da máscara.
6. 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.
7. Máscaras e luvas não devem ser reutilizadas.
9. Descartar os materiais usados para cobrir a boca e o nariz imediatamente após o uso.
10. Evitar o contato direto com fluidos corporais, principalmente os orais, ou secreções respiratórias e fezes.

11. 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.
12. Não compartilhar objetos pessoais como escovas de dente, talheres, pratos, bebidas, toalhas ou roupas de cama.
13. Realizar higienização de objetos como controle remoto, computadores e tablets após o uso. Não compartilhar telefones celulares.
14. 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.
15. 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.
16. Limpar e desinfetar as superfícies do banheiro pelo menos uma vez ao dia com desinfetante doméstico comum contendo hipoclorito de sódio.
17. Roupas limpas e sujas, roupas de cama, toalhas de banho e de mão do paciente devem ser lavadas com água e sabão comum.
18. 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 14 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 14 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 coorteados 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 à incerteza em torno do potencial de aerossolização, oxigênio nasal de alto fluxo (HFNO), VNI, incluindo o CPAP de bolha, deve ser usado com precauções no ar até que uma avaliação adicional da segurança possa ser concluída.</i>

MANEJO CLÍNICO PACIENTE COVID-19

ALGUMAS FERRAMENTAS DE SUPORTE AO PROFISSIONAL DE SAÚDE

❑ PROGRAMAS DE SUPORTE PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE



COVID-19 ASSIST

Viabilizado através da parceria entre o Ministério Público de Pernambuco e a Secretaria Estadual de Saúde, no esforço de implementar medidas e ferramentas de inovação para auxiliar no combate à pandemia, o COVID-19 Assist, é um aplicativo que compila os principais protocolos e instrutivos com enfoque na assistência do paciente, auxiliando o profissional na busca de informações técnicas.

Promove, ainda, a oportunidade de acompanhamento do estado de saúde do profissional que se encontra na linha de frente.

Disponibilizado em formato de aplicativo, tanto para Android quanto para IOS.

PROGRAMA ACOLHE SES

Programa de acolhimento psicossocial para garantir suporte aos trabalhadores e profissionais de saúde vinculados à Secretaria Estadual de Saúde.

Uma iniciativa da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, que transmite o compromisso da gestão em desenvolver estratégias de humanizar o processo de enfrentamento à pandemia considerando o contexto frágil e desafiador vivenciado por cada profissional.



<http://telessaude.pe.gov.br/>

VIDEOAULAS

Orientações para rede assistencial SES em parceria com a SOTIPE

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLAkBBIBN7AwucbQkutpqEP-T16YSLO9Da>

Outros temas relacionados à Pandemia por COVID-19 disponíveis em

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLAkBBIBN7AwviDuoZa5ugvGm9e5T66fJ5>

INFORMES CIEVES - PE

Atualizações epidemiológicas, protocolos, notas técnicas e informes SES-PE sobre COVID-19 disponíveis em:

<https://www.cievspe.com/novo-coronavirus-2019-ncov>



ALGUMAS FERRAMENTAS DE SUPORTE AOS PACIENTES

❑ PROGRAMAS DE SUPORTE AOS PACIENTES



O Projeto Visita.com objetiva proporcionar atendimento humanizado, acolhimento e comunicação dos pacientes acometidos por COVID-19 com sua rede de apoio familiar e social, através de comunicação por visitas virtuais.

A proposta utiliza a tecnologia para superar as dificuldades e limitações diante do contexto da atual pandemia, que além dos agravos gerados pela doença afasta e impede o contato entre pessoas, fragilizando ainda mais o paciente e seus familiares.

Para conhecer o Programa acesse:

http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/projeto_visitas.com_manual_de_orientacoes_final_-capa_logo_2.pdf

Com o objetivo de evitar que a população procure as unidades de saúde desnecessariamente durante a situação de emergência causada pela pandemia da Covid-19, Governo do Estado em parceria com a Prefeitura do Recife lançaram, um aplicativo web que garante à população orientações virtuais sobre a Covid-19. Denominado de “Atende em casa - Covid 19”, o aplicativo permite uma classificação de risco do paciente e, se necessário, uma vídeo chamada (teleorientação) com enfermeiros ou médicos.

A ferramenta, que pode ser acessada por celular (smartphone) ou computador através do endereço www.atendeemcasa.pe.gov.br, é indicada para os pacientes que apresentem sintomas gripais, que podem ser causados pelo novo coronavírus ou pelo vírus Influenza, por exemplo.



BIBLIOGRAFIA

Anvisa. Nota Técnica nº 04/2020. 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: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-%202020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/14/Protocolo-de-Manejo-Clinico-para-o-Covid-19.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde . Diretrizes para diagnóstico e tratamento da covid-19 | Versão 2. Disponível em <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/13/Diretrizes-COVID-13-4.pdf>

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, 2020. 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)

BIBLIOGRAFIA

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. [Protocolo de Intubação Orotraqueal P/ Caso Suspeito ou Confirmado de COVID-19](#)

Disponível em:

https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/19/POP_IOT_COVID_170320-1-1_1_.pdf

AMIB. [Terapia antimicrobiana empírica na síndrome respiratória aguda grave pelo Comitê de Infecção e Sepse da AMIB](#)

Disponível em:

https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/26/19_Terapia_antimicrobiana_empirica_na_sindrome_respiratoria_aguda_grave_pelo_Comite_de_Infeccao_e_Sepse_da_AMIB.pdf

AMIB. [Suporte hemodinâmico na SARS por COVID-19 em adultos: pelo Comitê de Choque e Monitorização Hemodinâmica.](#)

Disponível em:

https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/29/Suporte_hemodinamico_na_SARS_por_COVID19_em_adultos_pelo_Comite_de_Choque_e_Monitorizacao_Hemodinamica.pdf

AMIB. [Orientações sobre o manuseio do paciente com pneumonia e insuficiência respiratória devido a infecção pelo coronavírus. \(SARS-CoV-2\) - Versão n.04/2020.](#)

Disponível em:

https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/31/0904202_1026_Orientacao_sobre_o_manuseio_do_paciente_com_pneumonia_e_insuficiencia_respiratoria_v4.pdf

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://www.infectologia.org.br/admin/zcloud/125/2020/05/97a9b85bc883622481e642a4714063027e35084002b20f7c48851d05bc3e20e4.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.Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para a abordagem do COVID-19 em medicina intensiva. Atualizado em 10 de junho de 2020.

Disponível em:

https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/junho/10/Recomendacoes_AMIB-3a_atual.-10.06.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.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/Orientacao_es_para_o_Manuseio_do_paciente_com_coronavirus_-V6_Junho_2020.pdf

World Health Organization. Clinical management of COVID-19

Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-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://bvsms.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-Livreto-1-V3.pdf>

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



Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO