



COMPONENTES DO PLANO

As ações descritas a seguir são embasadas no conhecimento atual sobre o novo Coronavírus (COVID-2019) e estão em consonância com as orientações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde. Os documentos citados, além de outras atualizações, podem ser encontrados nos seguintes sites oficiais como: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019> e <http://saude.gov.br/>.

Todo o caso suspeito de Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-2019) deve ser tratado como alerta. A tomada de decisão será realizada após discussão conjunta entre todos os entes envolvidos: Município, Estado, ANVISA (portos, aeroportos e fronteiras) e Ministério da Saúde. As ações pertinentes devem ser desencadeadas a partir da definição de caso suspeito de Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-2019).

ESTRUTURA FÍSICA DA UNIDADE COVID-19

O HRB adaptou uma unidade de atendimento aos pacientes suspeitos e/ou confirmados do COVID-19. Esta estrutura compõe-se das seguintes áreas:

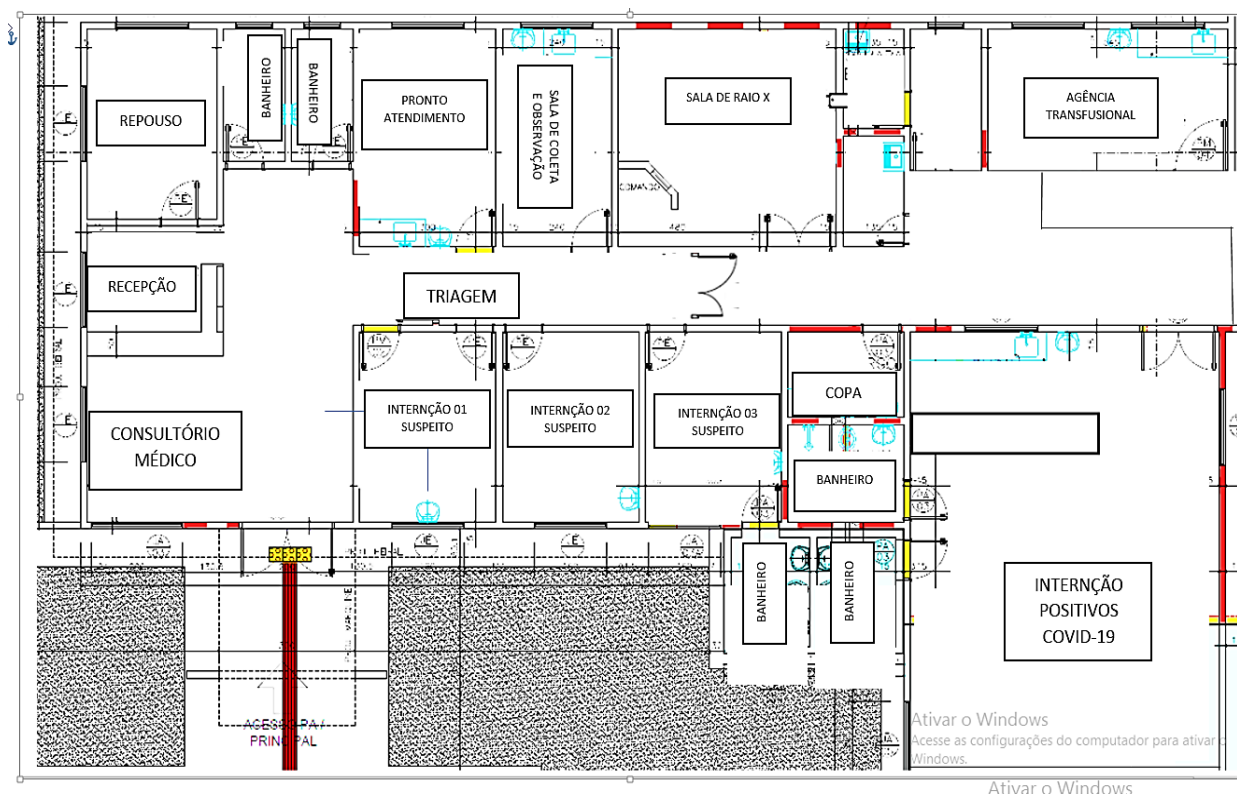
- Triagem
- Recepção e armazenamento de prontuários pacientes suspeitos
- Rol de espera
- Consultório
- Banheiro misto para pacientes
- Banheiro misto para servidores
- Sala de pronto atendimento/estabilização (01 leito)
- Sala de coleta e observação (01 leito)
- 02 Sala de internação para pacientes suspeito (01 leito)



- 02 Sala de internação para pacientes suspeito com banheiro (02 leito)
- Repouso
- Copa
- Expurgo/DML
- Sala de Raio X
- Sala de internação pacientes positivos (5 leitos e 1 de estabilização)
- Um banheiro misto para pacientes
- Um banheiro para servidores

Para expansão e capacidade de ampliação dos leitos foi reestruturado a Recepção e ambulatórios do HRS que está organizado para recebimento dos pacientes com sintomas respiratórios, casos suspeitos e/ou confirmados COVID-19.

Se esse paciente for confirmado a COVID-19, o mesmo será internado no setor de internação positivo que anteriormente era a observação. As demais patologia seguem o fluxo de atendimento pelo pronto atendimento. Segue abaixo planta hospitalar atualizada com os seus devidos fluxos de atendimento.





Definição de caso suspeito

Febre de início súbito mesmo que referida pelo paciente

+

Tosse OU odinofagia OU dificuldade respiratória

E

pelo menos 1 dos sintomas abaixo:

- Cefaleia
- Mialgia
- Artralgia
- Disgeusia
- Anosmia
- Sintomas gastrintestinais (mais raro).

Se o caso assistido atender aos critérios supramencionados de caso suspeito, atentar para outros diagnósticos mais prováveis a fim de que possamos partir para a etapa de classificação do paciente suspeito por meio da gravidade do caso, bem como a definição do seu respectivo manejo a nível hospitalar ou domiciliar.



CONTROLE PRECOCE

Visando minimizar os riscos de transmissão para outros pacientes na sala de espera ou equipe de saúde, preconiza-se antes de qualquer contato o fornecimento imediato ao paciente de máscara cirúrgica e a forneça meios para higienização das mãos (álcool gel ou água e sabão).



CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE DO CASO

****CASO LEVE:** Quadro compatível com infecção das vias aéreas superiores, sem sinais de dispnéia, desidratação, sepse ou disfunção de órgãos.

CASO MODERADO: Sintomas do trato respiratório inferior cursando com $FR > 23$ ou $Sat < 95\%$ e febre com manifestações de pneumonia ao exame de imagem. Não possuem sinais ou sintomas de gravidade.

CASO GRAVE: Paciente apresenta pneumonia grave concomitante a um desses critérios: $FR > 26$ irpm; $Sat O_2 < 90\%$ ar ambiente e em repouso. Pacientes com mais de 50% de progressão de lesões pulmonares em imagem entre 24-48 horas devem ser tratados como graves.

CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO HOSPITALAR

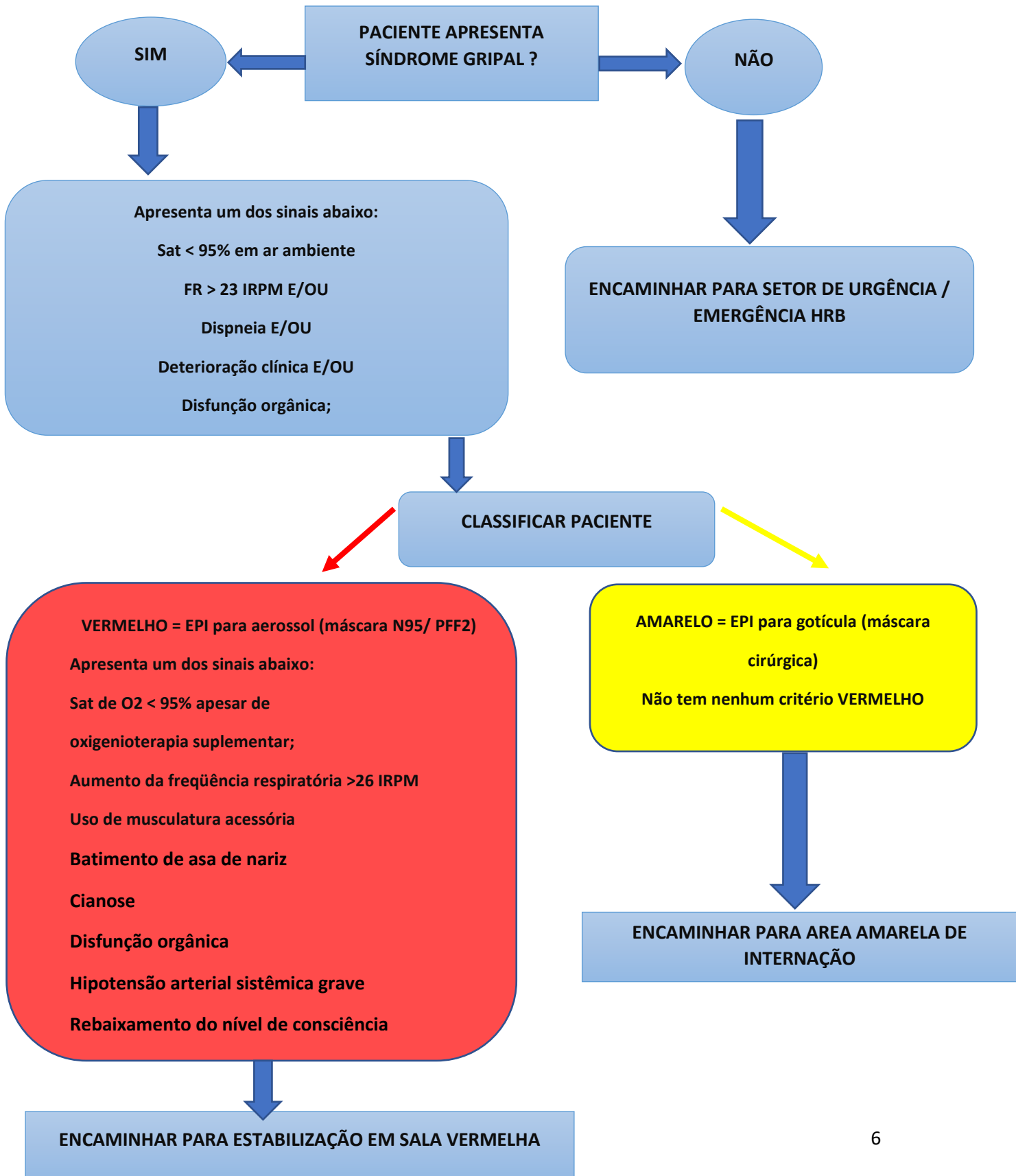
Deverão ser internados no NAR(NÚCLEO DE AFECÇÕES RESPIRATÓRIAS) os pacientes que atenderem a pelo menos 1 dos critérios abaixo:

- $Spo_2 < 95\%$ E/OU
- $FR > 23$ IRPM E /OU
- Dispneia E/OU
- Deterioração clínica E/OU
- Disfunção orgânica;

**** Quando o paciente se enquadrar na definição de caso leve deverá ser encaminhado para unidade de referência do município para seguimento e acompanhamento do caso.**



FLUXOGRAMA MANEJO INICIAL DO PACIENTE





PRESCRIÇÃO SUGERIDA APÓS ESTABILIZAÇÃO

- Dieta (avaliar caso a caso)
- Antimicrobiano – considerações no tópico antibioticoterapia
- Oseltamivir 75 mg 12/12 h por 5 dias - assim que resultado negativo para influenza ou positivo para COVID, suspender a medicação.
- Sintomáticos conforme necessidade
- Protocolo de glicemia capilar
- Profilaxia TVP = clexane 40 mg SC 1 x dia - atenção função renal.
- Evitar qualquer terapia inalatória
- Manter medicações de uso crônico
- Anotar os sinais vitais: PA; FR; FC; GLASGOW; SAT O2
- Solicitar exames admissionais (Hemograma, TP, TTPA, proteína c reativa quantitativa, AST(TGO), ALT(TGP), Gama-GT, creatinina, uréia, glicemia, ferritina, fibrinogênio, troponina T e I, CK-MB, íons (Na/K/Ca/Mg), sorologias para hepatites virais, HIV, sífilis e RX de tórax).

Obs1: O exame de ferritina deverá ser solicitado de rotina todas as terças e quintas.

Obs2: O uso da Hidroxicloroquina será admitido apenas para os casos confirmados, a critério médico e mediante assinatura de Termo de Ciência e Consentimento do paciente. Plantonistas dos dias seguintes deverão manter o uso da mesma até que se complete o esquema terapêutico. Interrupção do tratamento deverá ser considerada caso plantonista identifique reações adversas e/ou complicações inerentes ao fármaco .

Obs3: O uso de corticoide de forma rotineira não é sugerido pelo risco de exacerbação de lesão pulmonar secundária a imunossupressão. Atentar para critérios do emprego de corticóide.



ANTIBIOTICOTERAPIA

Em nosso serviço utilizaremos empiricamente visando cobrir os principais patógenos de afecções pulmonar o seguinte esquema de acordo com a gravidade do caso:

Casos moderados : Ceftriaxone 1 g EV de 12/12 horas por 07 dias + Levofloxacino 750mg EV 1 x ao dia por 5 dias + Azitromicina 1g no D1 e entre D2 –D5 500MG 1 X /dia

Casos graves : Tazocin 4,5G 6/6h (lembrar-se de corrigir pela função renal) associado à Vancomicina 500mg 6/6h + Azitromicina 1g no D1 e entre D2 –D5 500MG 1 X /dia

USO DA HIDROXICLOROQUINA

1. Apesar de serem medicações utilizadas em diversos protocolos e de possuírem atividade in vitro demonstrada contra o coronavírus, ainda não há meta-análises de ensaios clínicos multicêntricos, controlados, cegos e randomizados que comprovem o benefício inequívoco dessas medicações para o tratamento da COVID-19. Assim, fica a critério do médico a prescrição, sendo necessária também a vontade declarada do paciente, mediante Termo de Ciência e Consentimento.
2. O uso das medicações está condicionado à avaliação médica, com realização de anamnese, exame físico e exames complementares.
3. Os critérios clínicos para início do tratamento em qualquer fase da doença não excluem a necessidade de confirmação laboratorial e radiológica.
4. São contra-indicações absolutas ao uso da Hidroxicloroquina: gravidez, retinopatia/maculopatia secundária ao uso do fármaco já diagnosticada, hipersensibilidade ao fármaco, miastenia grave.



5. Não há necessidade de ajuste da dose de hidroxicloroquina para insuficiência renal (somente se a taxa de filtração glomerular for menor que 15) ou insuficiência hepática.
6. Não coadministrar hidroxicloroquina com amiodarona e flecainida. Há interação moderada da hidroxicloroquina com: digoxina (monitorar), ivabradina e propafenona, etexilato de dabigatrana (reduzir dose de 220 mg para 110 mg), edoxabana (reduzir dose de 60 mg para 30 mg). Há interação leve com verapamil (diminuir dose) e ranolazina.
7. Cloroquina deve ser usada com precaução em portadores de doenças cardíacas, hepáticas ou renais, hematoporfíria e doenças mentais.
8. Cloroquina deve ser evitada em associação com: clorpromazina, clindamicina, estreptomicina, gentamicina, heparina, indometacina, tiroxina, isoniazida e digitálicos.
9. Zinco – Para pacientes adultos, considerar a administração de sulfato de zinco concomitante ao tratamento com cloroquina/hidroxicloroquina + azitromicina.
10. A Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda a realização de Eletrocardiograma no primeiro, terceiro e quinto dias do tratamento com cloroquina ou hidroxicloroquina com associação eventual com azitromicina.

Dose preconizada pelo ministério da saúde em casos leves, moderados e graves:

Sulfato de Hidroxicloroquina

D1: 400mg 12/12h

D2 ao D5: 400mg 24/24h



USO DA CLOROQUINA



O uso da cloroquina como alternativa à hidroxicloroquina devem seguir as orientações gerais discutidas no tópico anterior, bem como as recomendações específicas abaixo mencionadas :

- 1- O risco de Retinopatia é menor com o uso da Hidroxicloroquina.
- 2- Cloroquina deve ser usada com precaução em portadores de doenças cardíacas, hepáticas ou renais, hematóporfiria e doenças mentais .
- 3- Cloroquina deve ser evitada em associação com: clorpromazina, clindamicina, estreptomicina, gentamicina, heparina, indometacina, tiroxina, isoniazida e digitálicos.
- 4- Cada comprimido de 250mg de Difosfato de Cloroquina equivale a 150mg de cloroquina base. A dose máxima diária de cloroquina base não deve exceder 25mg/kg.

Difosfato de Cloroquina

D1: 500MG 12/12HS (300MG de Cloroquina base)

D2 AO D5: 500MG 24/24HS (300MG DE Cloroquina base)

USO DA IVERMECTINA

Para pacientes adultos hospitalizados e com sinais de gravidade, iniciaremos profilaxia anti-helmíntica antes do primeiro pulso de corticoterapia. Utilizaremos a dose de 150mcg/kg/dia por 2 dias.

Para um adulto de 80kg utilizaríamos 6mg 2x ao dia por 2 dias.



Uso de glicocorticoides



Em nosso serviço, sugerimos iniciar corticoterapia aos pacientes com COVID 19 somente após triagem de rastreo que sugerirem juntamente com avaliação clínica estado de hiperinflamação desencadeado pela “tempestade de citocinas” usando tendências laboratoriais e aplicação do HSCORE para identificar o subgrupo de pacientes para os quais a imunossupressão poderia diminuir o risco de mortalidade.

Devido à dificuldade/acessibilidade e disponibilidade em grande escala de alguns exames laboratoriais, utilizaremos a Ferritina como um marcador laboratorial inflamatório. Sempre que possível procurar não utilizar esse marcador de forma isolada, e sim o associando a outros marcadores eventualmente disponíveis.

A ressalva quanto as considerações supramencionadas são o emprego de corticóide onde haja critérios já previamente estabelecidos como nos casos de choque séptico e/ou DPOC.

TABELA FERRITINA X EMPREGO DE CORTICÓIDE

FERRITINA	INDICAÇÃO	FÁRMACO
<1.000 MG/ML	NÃO INDICADO	-----
1.000 – 2.000MG/ML	AVALIAR RISCO X BENEFÍCIO**	DEXAMETASONA 10MG/DIA
> 2.000 ou quadro grave ou crítico	INDICADO **	DEXAMETASONA 10MG/DIA

** Lembrar das complicações: Obesidade, perda massa óssea (osteoporose), fraturas ósseas (fêmur); hipotireoidismo; estrias purpúreas, pletora, hiperpigmentação; supressão do eixo Hipotálamohipofise-adrenal, hiperglicemia (resistência insulínica); úlcera péptica; leucocitose; hipertensão arterial; nefrolitíase, aumento de uréia, etc.



HSCORE



Temperatura <ul style="list-style-type: none">• < 38,4: 0 pontos• 38,4 - 39,4: 33 pontos• > 39,4: 45 pontos	Ferritina <ul style="list-style-type: none">• < 2.000 mg/ml: 0 pontos• 2.000-6.000 mg/ml: 35 pontos• > 6.000 mg/ml: 50 pontos
Organomegalia <ul style="list-style-type: none">• nenhuma: 0 pontos• hepatomegalia ou esplenomegalia: 23 pontos• hepatomegalia e esplenomegalia: 38 pontos	TGO <ul style="list-style-type: none">• < 30: 0 pontos• > 30: 19 pontos
Citopenias ** <ul style="list-style-type: none">• Uma linhagem: 0 pontos• 2 linhagens: 24 pontos• 3 linhagens: 34 pontos	Hemofagócitos no aspirado de medula óssea <ul style="list-style-type: none">• Não: 0 pontos• Sim: 35 pontos
Triglicerídes <ul style="list-style-type: none">• < 150 mg/dl: 0 pontos• 150-350 mg/dl: 44 pontos• > 350 mg/dl: 64 pontos	Imunossupressão conhecida <ul style="list-style-type: none">• Não: 0 pontos• Sim: 18 pontos
Fibrinogênio <ul style="list-style-type: none">• > 2,5 g/l: 0 pontos• < 2,5 g/l: 30 pontos	

HSCORE > 169 SUGERE SÍNDROME LINFOHISTIOCITOSE HEMATOFAGOCÍTICA SECUNDÁRIA.

** ** Citopenias: Hb < 9,2 Leuco < 5.000 Plaquetas < 110.000

Obs1: sugere-se aplicação do HSCORE diariamente se possível. Caso contrário tentar manter periodicidade de aplicabilidade a cada 3 dias.

Obs2: em nosso serviço não utilizaremos o quesito (Hemofagócitos no aspirado de medula óssea).

Após início do corticóide:

- Solicitar PCR quantitativo e perfil bioquímico diariamente se possível e ferritina toda Terça-feira e Quinta-feira) e. Caso não seja possível repetir no mínimo a cada 3 dias conforme necessidade para avaliação do benefício ou não da terapia.
- Avaliar possíveis efeitos colaterais, como hiperglicemia e início de insulinoterapia se necessário além da hipocalcemia que deve ser corrigida. Se melhora da condição clínica, normalização da temperatura ou reabsorção das lesões pulmonares - dividir a dose pela metade a cada 3-5 dias até retirada total. Se não houver melhora importante, sugerimos manter por 7-10 dias.



DIAGNÓSTICO



Conduta uniforme é sugerida para todos os casos de Síndrome Gripal, dada a impossibilidade de atestar com 100% de segurança se a Síndrome Gripal do caso assistido é causada pelo Sars-Cov-2 ou por outros vírus. Em nosso serviço sugerimos proceder com a investigação laboratorial para todos os casos moderados e graves que forem procedida admissão hospitalar.

Até a data de elaboração deste protocolo de manejo clínico, dispomos em nosso serviço de teste sorológico e teste microbiológico (RT PCR).

Indicações :

- RT PCR (PADRÃO OURO): coleta ideal do 3º ao 7º dia do início dos sintomas .
- TESTE SOROLÓGICO : a partir do 8º dia do início dos sintomas.

- Exames e métodos empregados fora das circunstâncias supramencionadas estão implicadas a altas taxas de resultado falso negativos.

- O departamento de epidemiologia do município deverá ser informada até às 15 hs para proceder com o recolhimento do material e posterior envio ao LACEN. Pacientes admitidos após às 15 horas, colher amostra para RT PCR no dia seguinte.

***** Não coletar amostra para realização de exames para casos leves, pois os mesmos serão manejados e acompanhados pela atenção básica do município.***



VENTILAÇÃO MECÂNICA, DROGAS PARA SEQUÊNCIA RÁPIDA DE INTUBAÇÃO E SUPLEMENTAÇÃO DE O₂

Em nosso serviço, seguiremos o manejo do paciente que esteja sob ventilação mecânica adotando os seguintes parâmetros iniciais de configuração do respirador, drogas para sequência rápida de intubação:

Drogas sugeridas para sequência rápida de intubação:

- Fentanil 100 a 150 mcc (2-3 ml) + etomidato - ampola 10 ml + sf 0,9% 10 ml. (70 kg - 7 ml) +
- Etomidato - ampola 10 ml + SF 0,9% 10 ml. 70 kg 15-20 ml da solução +
- Succinilcolina (Suxametônio) 100 mg - diluir 10 ml AD - 1mg/kg (70 kg - 7 ml)

Considerações quanto a oxigênio suplementar :

Pré oxigenação para intubação: através de máscara de Venturi com balão reservatório.

Sat O₂ > 94% = não suplementar oxigênio

Sat O₂ < 94% = suplementar oxigênio sob CN 5L/MIN

Não ventilar com Ambu

Não realizar VNI

Parâmetros iniciais do respirador :

Modo: VCV OU PCV (SE OPTAR POR PCV USAR PRESSÃO SUPORTE DE 15 A 20)

Volume corrente: 6ML/KG (CALCULAR PELA FORMULA DO PESO PREDITO DE ACORDO COM ALTURA DO PACIENTE)

- FR: 20 a 35 irpm
- TEMPO DE INSP: 1:3
- PRESSÃO DE PLATÔ: < 30cmh₂O
- PRESSÃO DE DISTENSÃO OU DRIVE PRESSURE (PLATÔ-PEEP): < 15cmh₂O
- PEEP INICIAL: 10 – 15 cmh₂O



- FIO₂: iniciar com fio₂ à 100% e reduzir preferencialmente guiado pela tabela ards ned com o objetivo de manter menor fio₂ e peep para cada caso, com o objetivo alvo de atingir spo₂ de 90-96%.

O ajuste da PEEP ideal permanece ainda não totalmente elucidado. Sugere-se, após estabilização (SpO₂>93%) depois da intubação, baixar a FiO₂ para 60% com PEEP de 10 e ir ajustando até encontrar a menor PEEP com a melhor SpO₂. A tabela alternativa a ARDS net exemplificada logo abaixo é aplicada na UTI Respiratória do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo com bons resultados.

SATURAÇÃO ACIMA DO ALVO (ANDAR PARA ESQUERDA)														
ALVO SATURAÇÃO O ₂ ENTRE 90% ↔ 95%										ALVO SATURAÇÃO O ₂ ENTRE 90% ↔ 93%				
30%	30%	40%	40%	50%	50%	60%	60%	70%	70%	80%	80%	90%	90%	100%
6	7	7	8	8	9	9	10	10	11	11	12	12	13	14
Ajuste inicial										14-24*				
SATURAÇÃO ABAIXO DO ALVO (ANDAR PARA DIREITA)														

FiO₂

PEEP (cmH₂O)

OBS: recomenda-se solicitar avaliação do departamento de fisioterapia do HRB para que em conjunto utilize-se da melhor estratégia de parâmetros ventilatórios.



AFASTAMENTO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Ao proceder atendimento a profissional de saúde adotaremos as seguintes recomendações para manejo quanto a profissionais sintomáticos e/ou profissionais assintomáticos e com contactantes domiciliares sintomáticos:

Profissionais que apresentem-se sintomáticos: proceder com afastamento do trabalho por 7 dias, com orientação para realizar teste sorológico no 8º dia do início dos sintomas, retornando ao trabalho caso receba resultado negativo e esteja assintomático há no mínimo 72 horas.

Profissionais assintomáticos e com contactantes domiciliares sintomáticos:

Neste caso teremos 03 cenários:

- 1- Profissional de saúde com contactante domiciliar sintomático e teste positivo: proceder afastamento do trabalho por 14 dias .
- 2- Profissional de saúde com contactante domiciliar sintomático e teste negativo: retorno imediato ao trabalho.
- 3- Profissional com contactante domiciliar sintomático e sem teste: proceder afastamento do trabalho por 7 dias e coletar teste sorológico no 8º dia, retornando ao trabalho caso receba teste negativo e esteja há pelo menos 72 horas assintomático.



ALTA HOSPITALAR

Utilizaremos as recomendações do Ministério da Saúde para considerar a possibilidade de alta hospitalar conforme abaixo mencionado: Definiu-se que os critérios clínicos de alta hospitalar devem levar em conta a melhora do quadro clínico, a ausência de taquidispnéia e hipóxia, a ausência de suplementação de O₂ por tempo mínimo de 24 horas, a estabilidade hemodinâmica, a boa aceitação de via oral e a ausência de febre por 48 horas.

Obs1: Todos os pacientes que receberem alta hospitalar deverão receber o termo de declaração informando da ciência quanto a necessidade do cumprimento de isolamento domiciliar, bem como de seus contactantes domiciliares, em 3 vias e assinados. A Primeira via ficará no prontuário do paciente, a segunda via será entregue ao departamento de vigilância epidemiológica do município e a terceira via seguirá com o paciente.

Obs2: Recomendamos que a alta do isolamento domiciliar fique a cargo do departamento de atenção básica do município, cujo qual, conforme protocolo do Ministério da Saúde de manejo clínico da COVID 19 serão assistidos a nível domiciliar conforme estratégia de intervenção definidas pela gestão do município.



**Abaixo transcrição de orientações definidas pelo Ministério da Saúde
(Orientações para o preenchimento da Declaração de Óbito no contexto
da COVID-19- Versão 1- MAIO 2020)**

Caso confirmado

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL 37) A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No abortamento <input checked="" type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos 5) De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado	ASSISTÊNCIA MÉDICA 38) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR: 39) Necrópsia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Ignorado																					
40) CAUSAS DA MORTE PARTES I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 10px auto;">CB: RS1 (B34.2)</div>	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Tempo aproximado entre o início da doença e a morte</th> <th>CID</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Parada cardíaca</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) Infeção respiratória aguda</td> <td>2 dias</td> <td>J22</td> </tr> <tr> <td>c) Pneumonia</td> <td>3 dias</td> <td>J18.9</td> </tr> <tr> <td>d) COVID-19</td> <td>10 dias</td> <td>B34.2 U07.1</td> </tr> <tr> <td>Hipertensão</td> <td>15 anos</td> <td>I10</td> </tr> <tr> <td>Obesidade mórbida</td> <td>15 anos</td> <td>E66.8</td> </tr> </tbody> </table>			Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID	a) Parada cardíaca			b) Infeção respiratória aguda	2 dias	J22	c) Pneumonia	3 dias	J18.9	d) COVID-19	10 dias	B34.2 U07.1	Hipertensão	15 anos	I10	Obesidade mórbida	15 anos	E66.8
	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID																					
a) Parada cardíaca																							
b) Infeção respiratória aguda	2 dias	J22																					
c) Pneumonia	3 dias	J18.9																					
d) COVID-19	10 dias	B34.2 U07.1																					
Hipertensão	15 anos	I10																					
Obesidade mórbida	15 anos	E66.8																					
PARTES II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.																							

18



Caso suspeito

Quando, no atestado médico da DO, houver uma sequência de eventos que inicia com SUSPEITA de COVID-19 ou constar apenas que o óbito ocorreu por SUSPEITA de COVID-19, alocar o código B34.2 (Infecção por coronavírus de localização não especificada) + o marcador U07.2 (COVID-19, vírus não identificado ou critério clínico-epidemiológico) na mesma linha do atestado. Se exame laboratorial positivo: substituir o marcador U07.2 por U07.1, mantendo o B34.2, conforme descrito para o caso confirmado desta nota técnica;

Se exame não realizado OU investigação do óbito inconclusiva: manter o B34.2 com o marcador U07.2;

Se exame laboratorial negativo e, se após discussão do óbito, a COVID-19 for descartada:

excluir o B34.2 e o marcador U07.2, descartar COVID-19 e seguir a codificação para as outras causas de morte.

IMPORTANTE Diante de um resultado negativo para o swab nasal/orofaríngeo, em virtude do contexto epidemiológico do país, deve-se proceder a discussão caso-a-caso. Nessa discussão, considerar a clínica e os resultados de exames de imagem, como a tomografia computadorizada, para possível confirmação de morte por COVID-19. Se, mediante uma criteriosa discussão do óbito, a COVID-19 for confirmada pelo critério clínico-epidemiológico: manter o B34.2 com o marcador U07.2

EXEMPLO B A codificação da DO de caso SUSPEITO em investigação para COVID-19 deverá conter a sequência de eventos que levaram ao óbito, declarando o termo “suspeito de COVID-19” na última linha preenchida da parte I. Na parte II, deverão ser registradas as comorbidades, se existirem. Caso clínico: Mulher de 49 anos relatou quadro febril diário há 15 dias, com controle da febre em domicílio. Foi admitida no hospital apresentando quadro de insuficiência respiratória aguda (09 dias antes do óbito), que se agravou, com evolução para óbito dois dias após a admissão. Os familiares



relataram que a falecida era portadora de diabetes tipo II há 15 anos e que esteve em contato com um paciente com COVID-19. Houve coleta de material para exame laboratorial para COVID-19, porém não saiu resultado até a emissão da DO.

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:	
37 <input checked="" type="checkbox"/> A morte ocorreu		38 <input checked="" type="checkbox"/> Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?		39 Necrópsia?	
1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento		1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input checked="" type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		9 <input type="checkbox"/> Ignorado			
40 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA			
PARTE I		Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.			
CAUSAS ANTECEDENTES		Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.			
CB: RS1 (B34.2)		a <i>Insuficiência respiratória aguda</i> 9 dias J96.0			
		b <i>Suspeita de COVID-19</i> 15 dias B34.2 U07.2			
		c Devido ou como consequência de:			
		d Devido ou como consequência de:			
PARTE II		Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			
		Diabetes tipo II 15 anos E11.9			


Figura 2: Campo V da Declaração de Óbito preenchido e codificado para caso confirmado de COVID-19.



NOTIFICAÇÕES EPIDEMIOLOGIA

A notificação de SG suspeito de doença pelo Coronavírus 2019 será preenchida quando for realizado Teste Rápido ou exame RT PCR para COVID-19.

Essa notificação será preenchida antes de realizar o exame, em duas vias, sendo uma anexada ao prontuário e outra protocolada no livro de protocolos, para ser entregue a epidemiologia, sendo que o preenchimento desse livro de protocolo deve conter: tipo de notificação, nome do paciente, data da notificação e nome do profissional. Ao

 **MINISTÉRIO DA SAÚDE**
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº _____
e-SUS Vigilância Epidemiológica
09/04/2020

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)

Definição de caso: indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza.

Em crianças: considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em idosos: a febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.


UF: _____ **Município de Notificação:** _____

CAÇÃO	Tem CPF? (Marcar X)	Estrangeiro: (Marcar X)	É profissional de saúde ou segurança? (Marcar X)
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	CBO: _____		CPF: _____
	CNS: _____		

Nome Completo: _____

A notificação de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG-HOSPITALIZADO) deverá ser preenchida com todos os dados quando admitir paciente para internação, tanto suspeito quanto positivo para COVID-19.

A notificação deve ser preenchida em duas vias sendo anexada uma via ao prontuário e outra protocolada no livro de protocolos.

 **MINISTÉRIO DA SAÚDE**
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE
SIVEP Gripe
31/03/2020

Nº _____

FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO

CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO):
Indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de O₂ < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.

1	Data do preenchimento da ficha de notificação:	2	Data de 1ºs sintomas:	
3	UF:	4	Município:	
		Código (IBGE):		
5	Unidade de Saúde:	Código (CNS):		
Inte	6	CPF do cidadão:		
	7	Nome:	8	Sexo: <input type="checkbox"/> 1- Masc. 2- Fem. 9- Ign
	9	Data de nascimento:	10	(ou) Idade:
		11	Gestante: <input type="checkbox"/>	



Obs: Responsabilidade será do enfermeiro em preencher a notificação, sendo necessário preencher todos os dados solicitados.



TESTE RÁPIDO E RT PCR

Critérios para aplicação do teste rápido IgM/IgG

Coletar amostra plasma/soro, punção digital a partir do oitavo dia de sintomas

Realizar Teste Rápido IgM/IgG

POSITIVO

NEGATIVO

PESSOA COM COVID-19

Ao testar positivo será preenchido:

Pelo médico;

- O termo de declaração em 2 vias anexada na ficha de atendimento +
- Atestado médico 14 dias a partir do primeiro dia de sintomas para ele e todos que trabalham na casa +
- Casos leves será acompanhada pela UBS +
- Caso moderado e grave seguirá conforme protocolo do HRB.

Pelo enfermeiro;

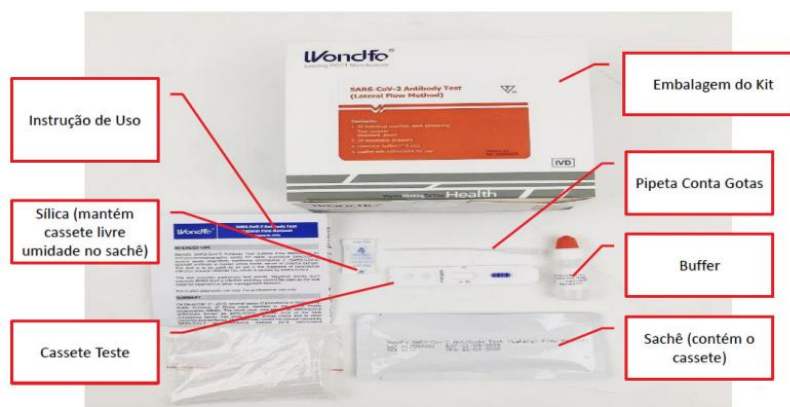
- Preencher o laudo do exame, assinar e carimbar
- Notificação de SG em duas vias preenchidas pelo enfermeiro +
- Notificação de SRAG em duas vias caso paciente fique internado.

Descontinuar isolamento



Como fazer a coleta?

Para o teste com a marca “wondfo- One Step COVID-2019”, segue passo a passo:

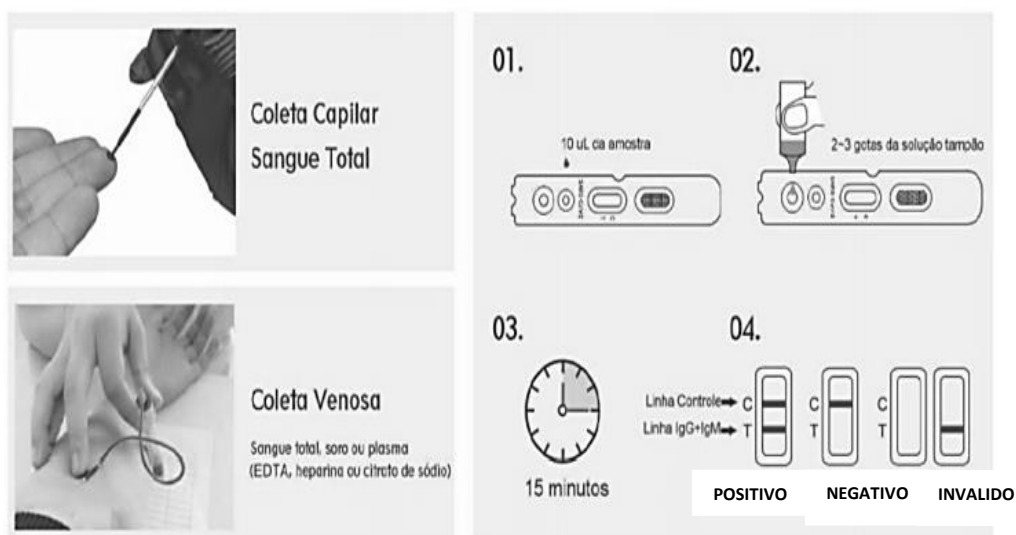


A amostra poderá ser por sangue capilar ou venoso, sendo a coleta por sangue capilar através de lanceta a forma mais rápida.

COLETA CAPILIAR SANGUE TOTAL:

- Realizar a coleta da amostra
- Transferir a amostra para o cassete de teste
 1. Adicionar uma gota de sangue no círculo menor
 2. Adicionar 2 gotas de reagente/tampão no círculo maior
 3. Aguardar 15 minutos para resultado
 4. Resultado; Presença de linha no C e T= Positivo; Presença de linha no C= Negativo; Presença de linha no T ou Ausência de linha= inválido.

Segue exemplo:



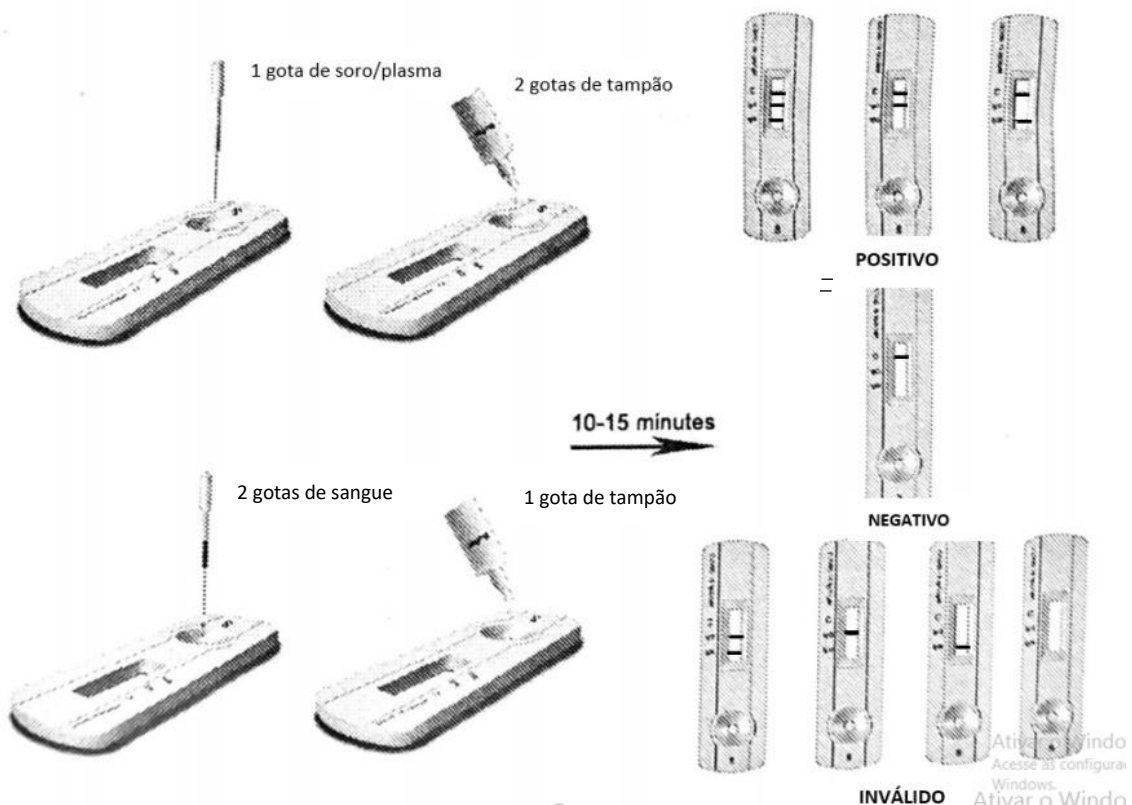


Como fazer a coleta?

Para o teste com a marca “Realy 2019-nCoV IgG/IgM Teste Rápido”,
segue passo a passo:

1. Coloque a bolsa em temperatura ambiente antes de abrir.
2. Remova o dispositivo de teste do bolsa selada e use-a o mais rápido possível.
3. Coloque o dispositivo de teste em uma superfície limpa e nivelada.
4. Para amostras de soro ou plasma: Utilizando a pipeta descartável fornecida, transfira 2 gotas de sangue total para o poço de amostra do dispositivo de teste, adicione 1 gota de tampão e inicie o cronômetro.
5. Espere a linha colorida aparecer.
6. Leia o resultado em 15 minutos

Exemplo:





INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS “Realy 2019-nCoV IgG/IgM Teste Rápido:



IgG POSITIVO: A linha colorida na região da linha de controle (C) aparece e uma linha colorida aparece na região da linha de teste IgG= positivo para anticorpos nCoV-IgG.

IgM POSITIVO: A linha na região da linha de controle (C) aparece e uma linha colorida aparece na região da linha de teste IgM. O resultado é positivo para os anticorpos 2019-nCoV-IgM e é indicativo de infecção primária por 2019-nCoV.

POSITIVO IgG e IgM: A linha colorida na região da linha de controle (C) aparece e as linhas coloridas devem aparecer nas regiões da linha de teste IgG e IgM. As intensidades de cores das linhas não precisam corresponder. O resultado é positivo para anticorpos IgG e IgM.

NOTA: A intensidade da cor nas (s) região (ões) da linha de teste IgG e/ou IgM variará dependendo da concentração de anticorpos 2019-nCoV na amostra. Portanto, qualquer tom de cor nas regiões na linha de teste IgG e/ou IgM deve ser considerado positivo.

NEGATIVO: A linha colorida na região da linha de controle (C) aparece. Nenhuma linha aparece nas regiões da linha de teste IgG ou IgM.

INVÁLIDO: Não há exibida na região c.



Como fazer a coleta?

COLETA DE RT PCR PARA COVID-19

KIT SWAB NASAL

Constam no kit 01 (um) Swab de Rayon nasal e 01 (um) tubo de Falcon



MATERIAL UTILIZADO:

- EPI's para o profissional (avental impermeável, máscara n.95, óculos ou protetor facial, luvas de procedimento)
- 01 (um) Swab de Rayon nasal
- 01 (um) tubo de Falcon
- SF 0,9% 2,5ml ou 6,5ml
- Bisturi estéril

COMO COLETAR:

O swab a ser usado deve ser de Rayon e estéril (01 swab – uma para cada as duas narinas narina). Não deve ser usado swab de algodão, com haste de madeira ou com alginato de cálcio.

Examinar a fossa nasal do paciente com o intuito de verificar a presença de secreções e a posição do corneto inferior e médio. A inspeção é feita deslocando-se a ponta do nariz para cima com o dedo polegar e inclinando-se a cabeça do paciente (figura). Pedir para o paciente limpar o



nariz caso haja secreções com gaze ou papel toalha. O objetivo do swab é colher um esfregaço de células e não secreção nasal.

Introduzir o *swab* na cavidade nasal (cerca de 5 cm), direcionando-o para cima (direção dos olhos), com uma angulação de 30 a 45º em relação ao lábio superior. É importante certificar-se que o *swab* ultrapassou superiormente o corneto inferior atingindo o meato médio.

Após a introdução, esfregar o coletor com movimentos circulares delicados, pressionando-o contra a parede lateral do nariz (em direção à orelha do paciente). Remover o coletor do nariz do paciente cuidadosamente e introduzi-lo, imediatamente, no tubo com salina tamponada (SF 0,9%- tubo pequeno 2,5 ml, tubo grande 6,5 ml ou até submergir a parte de rayon do *swab*). Introduzir na narina direita e em seguida na narina.

Após a coleta, inserir o *swab* no tubo falcon, caso seja necessário utilize um bisturi estéril para auxiliar, tampe o tubo falcon já identificado com o NOME DO PACIENTE, CARTÃO DO SUS, MUNICÍPIO, DATA COLETA e HORÁRIO DA COLETA e acondicione esse tubo na grade dentro da caixa térmica refrigerada em temperatura entre 2°C a 8°C.

Em cima da caixa térmica deve ser anexado a notificação de SG suspeita para coronavírus ou SRAG com todos dados preenchidos corretamente e solicitação de exame RT PCR para COVID-19.

A amostra deve ser encaminhada para epidemiologia até as 16 horas, sendo assim após coleta, comunicar a epidemiologia do Município.

RESPONSABILIDADE:

MÉDICO: Prescrever e Coletar exame RT PCR.



ENFERMEIRO: Notificar SG e/ou SRAG, identificar frascos



e preparar material, acondicionar e comunicar epidemiologia.

Observação: Em caso de sangramento nasal, abaixar a cabeça do paciente para frente (em direção aos joelhos) e manter as narinas pressionadas entre o dedo indicador e polegar durante 5 minutos aproximadamente. É recomendável, para realizar a compressão digital, a introdução de uma mecha de algodão embebido em adrenalina ou outro vasoconstritor nasal na fossa nasal sangrante de uma mecha de algodão embebido em adrenalina ou outro vasoconstritor nasal na fossa nasal sangrante.