 <p>Hospital de Urgência e Emergência Regional de Cacoal</p>	Responsável pela Elaboração: Diretor Clínico	Responsável pela aprovação: Direção HEURO	Data da 1ª Versão: 08/04/2021
			Versão Número:
Título: Protocolo para Atendimento de pacientes suspeitos de infecção por COVID-19	Responsável pela Revisão: Direção de Práticas Assistenciais	Número do Documento: PROT .001	Data da Atualização:

1.FINALIDADES

Este protocolo foi criado de forma emergencial, respeitando o Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus do Ministério da Saúde, para se criar um fluxo de atendimento para pacientes com suspeita de infecção por COVID-19 internados no HEURO-Cacoal.

Como toda normatização, este protocolo está sujeito a ajustes decorrentes da sua utilização prática e das modificações do cenário epidemiológico. Ressalta-se que ele se aplica ao cenário epidemiológico regional na atual fase, de acordo com as orientações do Ministério da Saúde.

1 OBJETIVOS

A - GERAL: Padronizar as orientações aos profissionais de saúde do HEURO para atuação na identificação, condução e manejo de casos de pacientes suspeitos ou confirmados de infecção humana pelo Novo Coronavírus, mediante critérios técnicos, científicos e cooperacionais atualizados.

B - ESPECÍFICOS:

- Atualizar os profissionais de saúde que atuam no atendimento de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19.
- Orientar quanto ao adequado manejo de pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19.
- Apresentar fluxos de manejo clínico e operacional para casos de COVID-19 no HEURO.

2 CAMPO DE APLICAÇÃO

3 DETALHAMENTO

A - SINAIS E SINTOMAS DA DOENÇA: tosse, odinofagia, espirros com coriza, anosmia, ageusia, dispneia, sinais de esforço respiratório e febre. O paciente pode ou não apresentar outros sintomas associados aos respiratórios como: astenia, mialgia, cefaléia, diarreia, náuseas e dor abdominal.

Casos Suspeitos:

- São considerados casos suspeitos TODOS os pacientes que apresentem sinais e sintomas da doença associados ou não com outros sintomas associados.

** Levar em consideração que às vezes a febre pode estar mascarada por antitérmicos, ou pode não acontecer em alguns grupos como idosos e pacientes imunossuprimidos.*

B - DIAGNÓSTICO:

A infecção pelo SARS-CoV-2 pode variar de casos assintomáticos, manifestações clínicas leves como um simples resfriado, até quadros de insuficiência respiratória, choque e disfunção de múltiplos órgãos, sendo necessária atenção especial aos sinais e sintomas que indicam piora clínica exigindo a hospitalização do paciente.

O diagnóstico pode ser feito por investigação clínico-epidemiológica e exame físico adequado do paciente caso este apresente sintomas característicos da COVID-19. Também é crucial que se considere histórico de contato próximo ou domiciliar nos últimos 14 dias antes do aparecimento dos sintomas com pessoas já confirmadas para COVID-19. Alto índice de suspeição também deve ser adotado para casos clínicos típicos sem vínculo epidemiológico claramente identificável. Essas informações devem ser registradas no prontuário do paciente para eventual investigação epidemiológica.

Diagnóstico:

O diagnóstico laboratorial pode ser realizado tanto por testes de biologia molecular (RTPCR), como pelos testes imunológicos (sorologia).

- Biologia molecular (RT-PCR): Permite identificar a presença do vírus SARS-CoV-2 em amostras coletadas da nasofaringe até o 8º dia de início dos sintomas. Segundo a Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial,

a detecção do vírus por RT-PCR (reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa) permanece sendo o **teste laboratorial de escolha para o diagnóstico de pacientes sintomáticos na fase aguda** (entre o 3º e 7º dia da doença, preferencialmente).

- Imunológico (sorologia por imunocromatografia, teste rápido para detecção de anticorpo IgM e/ou anticorpo IgG, teste enzimaimunoensaio - ELISA IgM ou imunoensaio por eletroquimioluminescência - ECLIA IgG): Os testes de detecção de anticorpos contra o SARS-CoV-2 (ou “testes rápidos”) podem diagnosticar doença ativa ou pregressa. Mesmo validados, é importante saber que **os testes rápidos apresentam limitações e a principal delas é que precisa ser realizado, de forma geral, a partir do 8º (oitavo) dia do início dos sintomas**. É necessário que o caso suspeito ou contato de caso confirmado de COVID-19 espere esse tempo para que o sistema imunológico possa produzir anticorpos em quantidade suficiente para ser detectado pelo teste.

- Imagem (tomografia computadorizada de alta resolução – TCAR): As seguintes alterações tomográficas são compatíveis com caso de COVID-19 ***OPACIDADE EM VIDRO FOSCO periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”)**. O uso de meio de contraste endovenoso, em geral, não está indicado, sendo reservado para situações específicas a serem determinadas pelo radiologista.

OBS: A simples presença de padrão vidro fosco na Tomografia de Tórax não é suficiente para diagnosticar a doença, uma vez que existem outras doenças que também podem evoluir com este padrão tomográfico.

C - CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE DIAGNOSTICADO COM COVID19:

- DOENÇA LEVE:** Síndrome gripal (tosse, dor de garganta ou coriza) seguido ou não de Anosmia (disfunção olfativa), Ageusia (disfunção gustatória), Coriza, Diarreia, Dor abdominal, Febre, Calafrios, Mialgia, Fadiga e Cefaleia.
- DOENÇA MODERADA:**
 - Tosse persistente E febre persistente diária OU;
 - Tosse persistente E piora progressiva de outro sintoma relacionado à COVID-19 (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia) ou pelo menos um dos sintomas acima e presença de fator de risco.
- DOENÇA GRAVE:** Síndrome respiratória aguda grave/síndrome gripal que apresente:
 - Taquipneia (FR>30)/Dispneia/desconforto respiratório OU
 - Queixa de pressão persistente no tórax OU
 - Saturação de O₂ menor/igual a 94% em ar ambiente OU
 - Coloração azulada de lábios ou rosto

4 - RESPONSABILIDADES:

Ficou pactuado que o centro de cuidados de pacientes com suspeita ou confirmado para COVID19 que necessitem de internação hospitalar será o Hospital Regional de Cacoal (HRC). Os pacientes devem ser encaminhados para o HRC via regulação específica do COVID19 (**Telefone: (69)99306-7227**).

O Hospital HEURO em Cacoal **NÃO** é centro de referência no atendimento e internação de pacientes com COVID-19. Os leitos hospitalares do HEURO que estão reservados para essa patologia, situados no setor agora denominado "SETOR DE TRANSIÇÃO COVID" localizado no final do corredor da Ala da Clínica Cirúrgica servem EXCLUSIVAMENTE para receber pacientes internados neste hospital por outras patologias e que durante a internação desenvolvem sintomas relacionados a COVID-19.

É proibida a internação direta (via recepção) de pacientes exclusivamente com suspeita ou confirmado para COVID-19.

5 - FLUXO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE COVID19 DO HEURO-CACOAL:

O fluxo de atendimento dos pacientes suspeitos ou confirmados de COVID 19 foi elaborado partindo do princípio de que os mesmos podem ser inseridos no nosso serviço de duas formas: por demanda espontânea ou quando um paciente que já está internado por outras patologias desenvolve sinais gripais/sintomas respiratórios que o qualifica como suspeito de COVID 19.

A - PACIENTE SUSPEITO DE COVID DE DEMANDA ESPONTÂNEA:

- RECEPÇÃO: Exigir máscara de todos os pacientes e acompanhantes, orientar os paciente que, caso a queixa do atendimento seja relacionada a sinais gripais ou queixas respiratórias, o HEURO não é referência para COVID e sugerir ao paciente que procure o Hospital de Campanha da Prefeitura Municipal de Cacoal. Atender todos os pacientes que solicitem registrar e imprimir a FAE e encaminhar ao setor de triagem.

- TRIAGEM: A triagem deve indagar a todos os pacientes se possuem sintomas respiratórios ou não.

- O atendente da triagem deve fazer as seguintes perguntas para o paciente:

- Teve febre nos últimos 2 dias?

- o Está com tosse?
- o Está com nariz escorrendo?
- o Está com falta de ar ou fôlego curto?

- Se SIM para alguma dessas perguntas, o paciente deve ser considerado SUSPEITO e orientado a procurar o Hospital de Campanha da Prefeitura Municipal de Cacoal. Registrar o ocorrido na FAE. Caso o paciente insista em prosseguir o atendimento, o mesmo deve ser encaminhado ao Ambulatório 1 e o médico deve ser avisado.

- **PACIENTE NÃO SUSPEITO:** Deve ser triado e encaminhado ao ambulatório 2 de forma normal.

- **ATENDIMENTO MÉDICO AO PACIENTE SUSPEITO DE COVID19 DE DEMANDA ESPONTÂNEA:** Deverá ser atendido no ambulatório 1 que será exclusivo para esse tipo de paciente. O paciente deve ser examinado com registro em prontuário e classificado de acordo com a gravidade dos sintomas:

- a) **PACIENTES COM SINTOMAS LEVES OU MODERADOS:** O médico (devidamente paramentado) deve **encaminhar o paciente para o Hospital de Campanha** e registrar em prontuário.
- b) **PACIENTES COM SINTOMAS GRAVES EM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA:** O médico (devidamente paramentado) deve **encaminhar o paciente para o Setor de Transição COVID para estabilização**. Conduzir o atendimento ao paciente de acordo com a necessidade clínica do momento da consulta (O2 suplementar, IOT...).

- Critérios para encaminhar o paciente para o Setor de Transição COVID do HEURO: (SINTOMAS GRAVES)
 - o Frequência respiratória > 30irpm
 - o SatO₂ < 90% em uso de cateter nasal até 5L/min
 - o Escala de coma de Glasgow <9 (oito ou inferior)
 - o Cianose central.

OBS: Após internar o paciente no Setor de Transição COVID e estabilizá-lo, o médico assistente deve solicitar a transferência do mesmo para o HRC via regulação específica do COVID19 (**Telefone: (69)99306-7227**).

B - PACIENTES SUSPEITOS DE OUTROS MUNICÍPIOS:

- a) **SEM CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO:** Esses pacientes devem permanecer em isolamento domiciliar no município de origem por 10 dias.
- b) **COM CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO/GRAVES:** Esses pacientes devem ser encaminhados ao HRC via CRUE sem necessidade de passar pelo HEURO.

C - PACIENTES SUSPEITOS ATENDIDOS EM UBS/HOSPITAL DE CAMPANHA DE CACOAL:

- a) **SEM CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO:** Esses pacientes devem permanecer em isolamento domiciliar por 10 dias.
- b) **COM CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO/GRAVES:** Esses pacientes devem ser encaminhados ao HRC via Regulação CRUE sem necessidade de passar pelo HEURO.

D - PACIENTES QUE DESENVOLVEM SINAIS GRIPAIS DURANTE A INTERNAÇÃO POR OUTRAS PATOLOGIAS:

O paciente internado por outras patologias se torna SUSPEITO de COVID19 quando começa a apresentar sintomas gripais/respiratórios (tosse, odinofagia, espirros com coriza, anosmia, ageusia, dispneia, sinais de esforço respiratório e febre, associados ou não a outros sintomas como astenia, mialgia, cefaléia, diarreia, náuseas e dor abdominal) durante a internação sem que os mesmos sejam justificados pela sua patologia pela qual está internado.

A identificação do paciente como SUSPEITO deverá ser feita por qualquer profissional da assistência (Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Técnico de Enfermagem) que perceba a sintomatologia do paciente durante de suas funções e a Enfermeira de Plantão deve ser avisada do ocorrido imediatamente.

A Enfermeira de plantão deve imediatamente isolar o paciente em questão e comunicar ao serviço de Epidemiologia do HEURO a identificação de um paciente SUSPEITO em seu setor de modo a definir o melhor dia de se realizar o exame confirmatório.

Todos os pacientes classificados como suspeitos ou confirmados com COVID 19 internados por outras patologias devem ser encaminhados ao Setor de Transição COVID o mais rápido possível.

Caso o paciente tenha acompanhante, o mesmo deve ser orientado que não fica familiares ou acompanhantes.

- a) **PACIENTES SUSPEITOS INTERNADOS EM ENFERMARIAS:**

- Caso o médico visitador assistente estiver na unidade, o mesmo deve entrar em contato com a Regulação COVID

HRC para solicitar a transferência do paciente para a referência (HRC) e em seguida encaminhar (com registro na prescrição do dia, assinatura e carimbo) o paciente para o Setor de Transição COVID.

- Caso o médico visitador assistente não esteja mais no setor, o paciente deve ser isolado numa enfermaria do setor. No dia seguinte o médico visitador assistente deve entrar em contato com a Regulação COVID HRC para solicitar a transferência do paciente para a referência (HRC) e em seguida encaminhar (com registro na prescrição do dia, assinatura e carimbo) o paciente para o Setor de Transição COVID.

b) PACIENTES SUSPEITOS INTERNADOS NO CORREDOR

- Caso o médico visitador assistente estiver na unidade, o mesmo deve entrar em contato com a Regulação COVID HRC para solicitar a transferência do paciente para a referência (HRC) e em seguida encaminhar (com registro na prescrição do dia, assinatura e carimbo) o paciente para o Setor de Transição COVID.

- Caso o médico visitador assistente não esteja mais no setor, o paciente deve ser afastado dos demais numa distância de 3 a 5 metros dos outros leitos. No dia seguinte o médico visitador assistente deve entrar em contato com a Regulação COVID HRC para solicitar a transferência do paciente para a referência (HRC) e em seguida encaminhar (com registro na prescrição do dia, assinatura e carimbo) o paciente para o Setor de Transição COVID.

c) PACIENTES SUSPEITOS INTERNADOS NA UTI/SALA VERMELHA

- O médico plantonista deve entrar em contato com a Regulação COVID HRC para solicitar a transferência do paciente para a referência (HRC) e em seguida encaminhar (com registro na prescrição do dia, assinatura e carimbo) o paciente para o Setor de Transição COVID.

06 - ATRIBUIÇÕES E FLUXOS DO SETOR DE TRANSIÇÃO COVID

- O setor deve ser comunicado previamente sobre a transferência dos pacientes suspeitos e confirmados;
- O setor que for transferir o paciente deve encaminhá-lo com sinais vitais verificados e relatório;
- Ao receber o paciente/cliente na unidade cada profissão deve realizar exame físico e avaliação conforme atribuições de sua categoria e todos participam na instalação da monitorização ao paciente recebido;
- Equipe de enfermagem deve conferir a documentação (ficha de atendimento emergencial, Kamban, autorização de internação hospitalar (AIH), ficha controle antimicrobiano, capa do prontuário e ficha de prescrição médica do dia);
- Todos profissionais do setor devem conferir a pulseira de identificação do paciente;
- Todos profissionais do setor devem orientar quanto às rotinas do hospital e do setor;
- Equipe de enfermagem deve verificar o AVP se necessário realizar novo acesso e/ou conforme protocolo da CCIH;
- A Equipe de enfermagem deve realizar o preparo do leito;
- Todos os profissionais devem verificar a necessidade de O2 conforme protocolo clínico;
- A Equipe de Enfermagem deve executar a visita beira leito dos pacientes (conferindo sinais vitais, identificação do paciente [pulseira e kanban]);
- Em situações que se fizer necessário a farmácia deverá entregar no Setor de Transição Covid suas solicitações fora rotina;
- Na situação em que ocorrer uma PCR deve solicitar a presença do médico da Sala Vermelha;
- Todos os profissionais do setor devem seguir rigorosamente a Nota Técnica de óbito do Ministério da Saúde e disponibilizado no Grupo de whatsapp do Setor;
- A limpeza terminal do leito deve ser executada imediatamente (seguir a Nota Técnica de óbito do Ministério da Saúde e disponibilizado no Grupo de whatsapp do Setor)

6.1 - Atribuições ao Enfermeiro

- O enfermeiro deve recepcionar o paciente ou delegar esta função executando suas ações privativas que na situação do paciente estável pode ser realizada em outro momento, não interrompendo uma possível execução de uma tarefa importante que estaria sendo executada naquele momento;
- Enfermeiro deve organizar o prontuário incluindo realizar a admissão administrativa no setor (admitir o paciente no leito, ou seja, admitindo o paciente na lista nominal, censo e livro de admissão ou conforme protocolo do setor);
- O Enfermeiro deve colocar o Kamban no leito do paciente ou solicitar que a equipe execute essa ação;
- O Enfermeiro deve realizar a aprazamento dos horários da prescrição médica;
- O Enfermeiro deve encaminhar a 2ª via da prescrição para a farmácia;
- O Enfermeiro deve comunicar o serviço de nutrição;
- O Enfermeiro deve realizar o dimensionamento diário da equipe de enfermagem;
- O Enfermeiro deve fazer o preenchimento da lista nominal e censo;
- O Enfermeiro deve realizar a abertura do livro de registro do enfermeiro descrevendo a data e a equipe presente.

O preenchimento do livro é destinado as intercorrências do plantão;

- O enfermeiro deve realizar a coleta da gasometria dos pacientes em VMI e curativos de alta dependência;
- O Enfermeiro deve realizar o agendamento (comunicação) com setor de transporte para as transferências ao HRC (não é responsabilidade do enfermeiro a comunicação e a solicitação para que se tenha um médico no transporte);
- O enfermeiro deve ao receber o plantão fazer o check list do setor conferindo principalmente o carrinho de emergência;
- **O Enfermeiro deve solicitar a presença do serviço social para explicar que sobre a não permanência no setor de Covid de acompanhante e familiares caso necessário;**

Art. 2º De acordo com o Guia Técnico de Riscos Biológicos do Ministério do Trabalho – NR nº 32 são considerados adornos: alianças, anéis, pulseiras, relógios de uso pessoal, colares, brincos, broches e piercings expostos. Esta proibição estende-se a crachás pendurados com cordão e gravatas. Segundo a Nota Técnica nº 157/2010/CGNOR/DSST/SIT os óculos de grau não são adornos. Os profissionais de saúde devem ser orientados para a realização da higienização regular dos óculos. No entanto, os cordões ou correntes utilizadas nos óculos devem ser vedados para aqueles trabalhadores expostos a riscos biológicos.

6.2 - Atribuições ao Fisioterapeuta

- Avaliar o estado funcional do paciente, a partir da identidade da patologia clínica intercorrente, de exames laboratoriais e de imagens, da anamnese funcional e exame da cinesia, funcionalidade e sinergismo das estruturas anatômicas envolvidas.
- Elaborar o Diagnóstico Cinesiológico Funcional, planejar, organizar, supervisionar, prescrever e avaliar os projetos terapêuticos desenvolvidos nos pacientes.
- Estabelecer rotinas para a assistência fisioterapêutica, fazendo sempre as adequações necessárias.
- Solicitar exames complementares para acompanhamento da evolução do quadro funcional do paciente, sempre que necessário e justificado.
- Recorrer a outros profissionais de saúde e/ou solicitar pareceres técnicos especializados, quando necessário.
- Reformular o programa terapêutico sempre que necessário.
- Evoluir no prontuário do paciente nas prescrições fisioterapêuticas, a evolução deve estar carimbada e assinada.
- Prestar assistência nas intercorrências e as condições de alta da assistência fisioterapêutica.
- Integrar a equipe multiprofissional de saúde, com participação plena na atenção prestada ao paciente.
- Efetuar controle periódico da qualidade e da resolutividade do seu trabalho.
- Elaborar pareceres técnicos especializados sempre que solicitados.
- *Manter materiais e equipamentos em condições de uso imediato.*
- Colaborar com o Serviço de Educação Continuada.
- Colaborar com o serviço residência Multidisciplinar.
- Admitir o paciente na unidade COVID.
- Obrigatoriedade em cumprir protocolos instituídos pelas coordenações de fisioterapia do HEURO.
- O Serviço de Fisioterapia manterá plantão durante as 24h, ou 12h, ou 06 horas diárias, conforme a necessidade do setor através de escalas de *revezamento*.
- Os funcionários trabalharão de acordo com a escala elaborada mensalmente pelo Fisioterapeuta Coordenador, seguindo a escala diária de trabalho.
- Zelar pela limpeza do seu setor de trabalho e colaborar para a organização da unidade.
- Contribuir com o secretário da unidade para providenciar materiais médico-hospitais de consumo.
- Zelar pelos equipamentos de sua unidade.
- Atentar Ao Guia Técnico abaixo descrito:

Art. 2º De acordo com o Guia Técnico de Riscos Biológicos do Ministério do Trabalho – NR nº 32 são considerados adornos: alianças, anéis, pulseiras, relógios de uso pessoal, colares, brincos, broches e piercings expostos. Esta proibição estende-se a crachás pendurados com cordão e gravatas. Segundo a Nota Técnica nº 157/2010/CGNOR/DSST/SIT os óculos de grau não são adornos. Os profissionais de saúde devem ser orientados para a realização da higienização regular dos óculos. No entanto, os cordões ou correntes utilizadas nos óculos devem ser vedados para aqueles trabalhadores expostos a riscos biológicos.

O não cumprimento das normas, rotinas e regimento interno estabelecido pelo Serviço de Fisioterapia

resultará em punições previstas pelo estatuto do servidor público.

07 - MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES COM SÍNDROME RESPIRATÓRIA PELO NOVO CORONAVÍRUS (2019-nCoV)

- **PACIENTES NÃO GRAVES: (SINTOMAS LEVES)**
 - Devem ser tratados com sintomáticos, hidratação vigorosa se não houver contraindicação.
 - Notificação ao serviço de epidemiologia do paciente, que é obrigatória e deve ser feita no momento em se torna suspeito.
 - Solicitar Radiografia de tórax e avaliar.
 - Imagem sugestivas de PAC devem seguir critérios de internação específicos (exemplo CURB-65) e conduzidos baseados nesses critérios.
- **PACIENTES COM ALGUMA SÍNDROME RESPIRATÓRIA QUE DEMANDE INTERNAÇÃO: (SINTOMAS MODERADOS)**
 - O₂ suplementar se necessário e avaliar a resposta. Preferir iniciar com cateter nasal (até 5l/min) evoluindo para Máscara de Venturi, máscara não reinalante, cateter nasal em alto fluxo (acima de 5L/minutos) e Ventilação Não Invasiva (VNI – CPAP E BIPAP). Todos esses dispositivos citados aumentam a produção de aerossóis.
 - Solicitar exames iniciais: gasometria arterial, hemograma, PCR, DHL, D-Dímero, TGO, TGO, Coagulograma, Testes rápidos de sorologias (Hepatites B, C, HIV e VDRL), Creatinina, Uréia, eletrólitos e Hemocultura (2 amostras em sítios diferentes).
 - Solicitar ECG.
 - **Solicitar TC de Tórax.**
 - Antibioticoterapia empírica para patógenos prováveis de afecções pulmonares. Administrar preferencialmente na primeira hora se o paciente estiver apresentando critérios de SEPSE.
 - CEFTRIAXONE 1G 12/12h (7D) ou;
 - LEVOFLOXACINO 750mg 12/12h (5D)
 - Iniciar TAMIFLU 75MG 12/12H (5D).
 - Manter IECA, BRA, Anticoagulantes caso o paciente já faça uso. Não iniciar caso o paciente não faça uso.
 - Iniciar Atorvastatina 40mg ou Rosuvastatina 20mg 1x ao dia.
 - Iniciar Metilprednisolona 1mg/Kg/dia dividido em duas tomadas diárias por 10 dias.
 - Anticoagulação profilática.
 - Evitar anti-inflamatórios (AINES).
 - Monitorização da saturação de O₂, PA, ECG.
- **PACIENTES COM SÍNDROME RESPIRATÓRIA GRAVE (SINTOMAS GRAVES)**
 - Solicitar exames iniciais: gasometria arterial, hemograma, PCR, DHL, D-Dímero, TGO, TGO, Coagulograma, Testes rápidos de sorologias (Hepatites B, C, HIV e VDRL), Creatinina, Uréia, eletrólitos e Hemocultura (2 amostras em sítios diferentes).
 - Solicitar ECG.
 - Solicitar TC de Tórax.
 - Antibioticoterapia empírica para patógenos prováveis de afecções pulmonares. Administrar preferencialmente na primeira hora se o paciente estiver apresentando critérios de SEPSE.
 - Dar preferência ao TAZOCIN 4,5G 6/6h (lembrar de corrigir pela função renal)
 - Iniciar TAMIFLU 75MG 12/12H (5D).
 - Manter IECA, BRA, Anticoagulantes caso o paciente já faça uso. Não iniciar caso paciente não faça uso.
 - Iniciar Atorvastatina 40mg ou Rosuvastatina 20mg 1x ao dia.
 - Iniciar Metilprednisolona 1mg/Kg/dia dividido em duas tomadas diárias por 10 dias.
 - Evitar anti-inflamatórios (AINES).
 - Monitorização da saturação de O₂, PA, ECG.
 - Instituir ventilação mecânica precoce em pacientes com insuficiência respiratória.
 - Preferir ventilar o paciente com volumes correntes e pressões inspiratórias mais baixas em caso de necessidade de ventilação mecânica. Sempre optar por Ventilação Protetora quando possível.
 - Usar Neurobloqueador muscular caso o paciente esteja assíncrono a ventilação usando pelo período

mais curto possível.

- Colocar os pacientes com SARA em posição de PRONA caso relação P/F menor que 150.
- Evitar ao máximo desconexões do ventilador.

PRINCIPAIS ALTERAÇÕES LABORATORIAIS E DE IMAGEM EM PACIENTES COM COVID19

- Hemograma (leucopenia é o principal achado: 25%, podendo haver linfopenia: 63% e até leucocitose),
- Coagulograma (TP elevado)
- Perfil hepático (elevação de AST e ALT em 37%, aumento de GGT em 54% pacientes com Fosfatase Alcalina normal,
- Em casos graves, outros mecanismos de lesão hepática, como, por exemplo, sepse e hepatite isquêmica devem ser considerados no diagnóstico diferencial do aumento das aminotransferases.
- CPK, Desidrogenase láctica (DHL: elevado)
- D-dímero (elevado). O aumento de D-dímero associado com linfopenia severa, está associado com pior prognóstico e aumento da mortalidade.
- Ferritina elevada,
- Pode haver aumento de bilirrubinas de forma discreta, e redução de albumina;
- A maior expressão de receptores da enzima conversora de angiotensina 2 (ECA-2) em células dos ductos biliares levanta a hipótese de que as doenças colestáticas possam ser agravadas pelo COVID19.
- As tomografias de tórax demonstram comumente opacificação em vidro fosco com ou sem alteração de consolidação, consistente com pneumonia viral. Os acometimentos costumam ser bilaterais, com distribuição periférica e envolvendo lobos inferiores. Outros comuns achados envolvem espessamento pleural, derrame pleural e linfadenopatia. A tomografia de tórax pode ajudar a fazer o diagnóstico, mas não é critério de exclusão quando da ausência de imagem radiológica. Anormalidades vistas: imagem em vidro fosco em 20,1%, infiltrado algodonoide 28,1%, infiltrado algodonoide bilateral em 36,5%, infiltrado intersticial em 4,4%, além de opacidade fina radicular, espessamento vascular e sinais do halo reverso, mas menos comumente pode ter distribuição central do que periférica, broncograma aéreo, espessamento pleural, derrame pleural e linfadenopatia, (98% infiltrado do tipo consolidação bilateral multi-lobar / segmentar).

INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL DE PACIENTES COM SUSPEITA DE COVID19

A intubação orotraqueal (IOT) é um procedimento indispensável que deve ser adotado precocemente em pacientes graves com suspeita de IOT.

1 – SEPARAÇÃO DE MATERIAIS:

- Tubo Orotraqueal (TOT).
- Fio guia
- Laringoscópio com lâminas adequadas ao paciente.
- Seringa de 10 e 20ml.
- Folha de plástico transparente (disponível na enfermaria de COVID19)
- Dispositivo Bolsa-válvula-máscara.
- Kit de EPI com máscara N95.
- Pinça Kelly, Koscher ou Rochester para clampar o tubo.
- Agulha 120x40 (rosa)
- Filtro de conexão do ventilador
- Sistema fechado de aspiração.

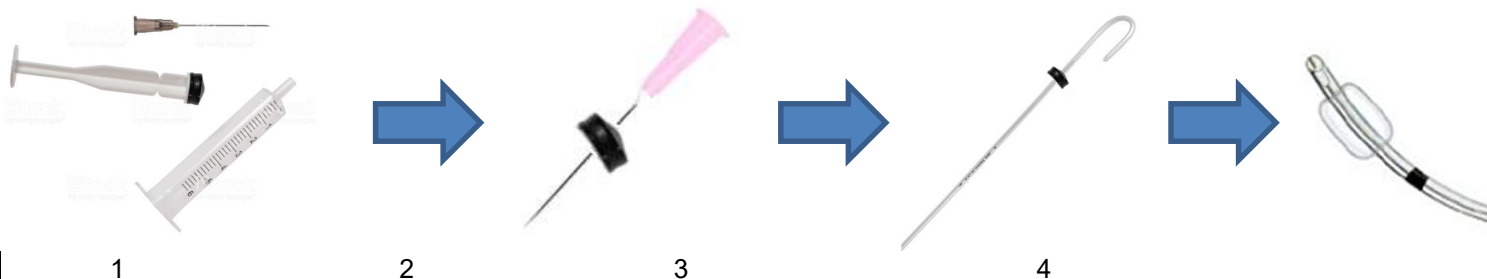
2 – PARAMENTAÇÃO E USO DE EPIs

- Lavagem das mãos, seguido de uso do álcool gel;
- Colocação da máscara N-95 ou PFF2 (se estiver em escassez poderá usar uma máscara cirúrgica a fim de evitar contaminação); Deverá estar vedada na face.
- Óculos de proteção e viseira (*face shield*)
- Gorro (colocar antes da viseira)
- Uso do álcool gel;
- Colocação do avental ou macacão

- Uso do álcool gel,
- Calçar dois pares de luvas, sendo que ambos devem estar presos sobre o punho do avental/macacão.

3 – PREPARAÇÃO DO TUBO:

- Retirar a borracha do êmbolo (parte preta) da seringa de 20ml (que servirá como “tampa” para TOT).
- Fazer um furo central na borracha do êmbolo utilizando a agulha 120x40.
- Passar o fio guia pelo furo da borracha e introduzi-lo no TOT.
- Tampar o TOT com a borracha retirada da seringa.



- O material de intubação deve estar checado previamente, com balonete testado, laringoscópios, fio guias, aspiradores, e drogas para indução e resgate de hipotensão e bradicardia.

4 – PROCEDIMENTO DE PRÉ-INTUBAÇÃO:

- PRÉ-OXIGENAÇÃO: Colocar o dispositivo bolsa-válvula-máscara ligado à rede de O₂, bem acoplado no rosto do paciente. NESTE MOMENTO A BOLSA NÃO DEVERÁ SER COMPRIMIDA PARA NÃO GERAR AEROSSÓIS.
- Utilizar tubo protegido de acordo com as instruções acima.
- Iniciar as compressões da bolsa por cima do plástico, garantindo que toda área de rosto e tórax do paciente esteja coberta por ele.

5 – SEDAÇÃO/ANALGESIA DO PACIENTE:

Sabe-se que os pacientes após intubação orotraqueal, poderão ter hipotensão ou bradicardia devido à queda do débito cardíaco. A escolha das drogas para sequência rápida poderá otimizar a intubação e reduzir hipoxemias, hipotensão e bradicardias.

A combinação de drogas pode ocorrer de acordo com o perfil do paciente, segue algumas sugestões e considerações:

A – ESQUEMA 1:

DROGA	ETOMIDATO + LIDOCAINA 2%	FENTANIL	SUCCINILCOLINA
DILUIÇÃO:	1 ampola de Etomidato + 5ml de lidocaína + 5ml de AD	1 amp.- 2ml (50-0kg) 2 amp. 4ml (>80kg)	1 frasco de 100mg + 10 ml AD
DOSE:	0,2 – 0,3 mg/kg / 1 mg/kg	1 – 2 mcg/kg	1 mg/kg

Após 3 minutos da injeção do fentanil, injetar o Etomidato e logo na sequência, a Succinilcolina. Poderá ter miofasciculações intensas.

Etomidato - indicado para evitar instabilidade hemodinâmica no paciente de choque, séptico, ou com instabilidade hemodinâmica.

Succinilcolina - Não usar em pacientes com: miopatia, hiperpotassemia, AVC prévio/acamados/neuropatas/queimados/história de hipertermia maligna na família);

B – ESQUEMA 2:

DROGA	CETAMINA – 50MG/ML	MIDAZOLAN 15MG/3ML	SUCCINILCOLINA
DILUIÇÃO:	2ml d Cetamina + 8ml AD	3ml + 7ml AD	1 frasco de 100mg + 10 ml AD
DOSE:	1 mg/kg	0,5mg/kg	1 mg/kg

Fazer o Midazolan lento, metade da dose, a Cetamina, seguida da outra metade da dose de Midazolan e a Succinilcolina.

Cetamina – Não usar paciente coronariopata, com arritmia, AVC prévio, hipertensão descompensado;

C – ESQUEMA 3:

DROGA	CETAMINA – 50MG/ML + DEXMEDETOMIDINA 50mcg/ml	MIDAZOLAN 5MG/5ML -	SUCCINILCOLINA
DILUIÇÃO:	1ml de Cetamina + 1ml de dexamedetomidina 8ml de AD	SEM DILUIÇÃO.	1 frasco de 100mg + 10 ml AD
DOSE:	1 mg/kg de CETAMINA 1mcg/Kg de DEXAM.	0,1mg/kg	1 mg/kg

Diluição da Cetamina com Dexmedetomidina – 1ml de cetamina com 1ml de DEX, e diluir para 10ml de AD, fazer lento porque pode dar bradicardia. Após administração da solução, esperar uns 4 a 5 minutos, administrar Midazolan se necessário, e na sequência Succinilcolina.

Na impossibilidade de Usar Succinilcolina, pode-se usar Rocurônio - dose 1,2 mg/kg intubação. Assegurar que não seja uma Via Aérea Difícil – pois se houver ineficácia terá que usar o reversor Sugamadex – 16mg/kg.

Flunazenil - 0,1mg/ml ampola com 5ml - (Reversor do Midazolan) fazer 2ml por vez.

Naloxona – 0,4mg/ml ampola com 1ml - (Reversor do Opióide), diluir 1ml para 9 ml de ABD. Fazer dois ml, por vez. NUNCA fazer os 10 ml, pois pode gerar edema agudo pulmonar!!!!

Drogas de manutenção a vida:

Atropina – 0,5mg – seringa para adulto, dose mínima na bradicardia;

Etilefrina – 1 ml + 9 ABD – fazer 1 a 2 ml se hipotensão após intubação, repetir se necessário.

6 - INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

- Após a indução anestésica, a laringoscopia e introdução do TOT deverá ser feita com cuidado abaixo do plástico protetor.
- **NÃO FAZER CHECAGEM DE LOCALIZAÇÃO DO TUBO NESTE MOMENTO DEVIDO A RISCO DE GERAÇÃO DE AEROSSÓIS!**
- Após introdução do tubo, começar a retirar o fio guia de forma que a tampa preta não saia (segurar a tampa enquanto puxa o fio guia). Esta etapa poderá depender de ajuda.
- Quando o fio guia já estiver aproximadamente 2/3 fora do tubo, usar uma pinça para clampear a parte do tubo que já não tiver o fio guia dentro. Esse procedimento evitará contato das secreções das vias aéreas do paciente antes da conexão com o ventilador.
- Após o clampeamento, retirar todo o fio guia e conectar o tubo orotraqueal ao sistema de ventilação mecânica, lembrando de que este deve conter o filtro e o sistema fechado de aspiração.
- Insuflar o *cuff*.
- Conectar o tubo ao sistema de ventilação.
- Retirar o clampeamento.
- Auscultar o tórax do paciente (por cima do plástico) para confirmar a presença do tubo na via aérea. (Podem-se usar outros parâmetros como volume corrente e saturação para confirmar o sucesso da intubação)
- Retirar o plástico protetor dobrando-o como uma trouxa, das pontas para o centro de forma que o profissional só tenha contato com a parte de cima do plástico (que não estava em contato com o paciente). Descartar o plástico em lixo com saco branco-leitoso.

7 - DESPARAMENTAÇÃO:

- Retirar o primeiro par de luvas.
- Retirar o avental evitando ao máximo encostar-se à parte externa formando uma trouxa de forma que só a parte interna esteja exposta. Descarta-lo no lixo contaminado.
- Retirar o escudo (*face shield*) e colocá-lo em recipiente específico para ser limpo posteriormente e reutilizado.
- Retirar o gorro e descartar.
- Retirar o segundo par de luvas.
- Higienizar as mãos com álcool gel.
- Retirar os óculos e colocá-lo em recipiente específico para ser limpo posteriormente e reutilizado.
- Higienizar as mãos com álcool gel.
- Retirar a máscara N95/PFF2 pelo elástico, evitando o contato com a parte externa. Dobrá-la e colocá-la na sua própria embalagem com a devida identificação do usuário. Esta máscara, caso bem conservada e acondicionada

pode ser utilizada por até 15 dias.

- Higienizar as mãos com álcool gel.

ORIENTAÇÕES PARA TRANSPORTES INTERNOS E EXTERNOS:

Limite o transporte ao estritamente necessário.

- Notificar o setor que irá receber o paciente e também o serviço de transporte interno que o paciente está em precaução;
- Durante o transporte o paciente deve utilizar a máscara cirúrgica;
- TODOS os profissionais que participam do transporte do paciente devem utilizar máscara N95, óculos de proteção, avental descartável e luvas de procedimento.

OUTRAS PARTICULARIDADES

Quaisquer outras particularidades que não estão contempladas neste documento deverão ser encaminhadas à direção Clínica ou técnica do Heuro para avaliação e condutas se necessário.

14 REFERÊNCIAS

1. Orientações sobre o manuseio do paciente com pneumonia e insuficiência respiratória devido a infecção pelo Coronavírus (SARS-CoV-2). AMIB.
2. MANEJO NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19). Hospital Albert Einsten – 20.03.2020
3. UpToDate – (COVID-19)
4. Massachusetts General Hospital COVID-19 Treatment Guidance -17/03/2020
5. Nota Técnica da Sociedade Brasileira de Hepatologia para COVID-19: DATA: 22/03/2020
6. Sahin et al., 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) Outbreak / doi: 10.14744/ejmo.2020.12220
7. Kumar et al., Corona Virus: A Review of COVID-19 / doi: 10.14744/ejmo.2020.51418

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROVADO POR:
<div>_____</div> <div>Danilo M. de Oliveira Cardoso Diretor Clínico</div>	<div>_____</div> <div>Flávia Lelis Diretora das Práticas Assistenciais</div>	<div>_____</div> <div>Meila Witt Silva Diretora Geral HEURO</div>
Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____