



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



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.

ÍNDICE

1. COVID 19 - Síndromes Clínicas
2. Sinais de Alerta e Fatores de Risco
3. Síndromes Clínicas – Conduta
4. Fluxograma de Atendimento Paciente com de COVID 19
5. Intubação para caso suspeito ou confirmado e covid19
6. Indicações de Internamento em UTI - COVID 19
7. Ventilação Mecânica para pacientes com SRAG
8. Perfil de Pacientes para internamento em leitos de retaguarda COVID-19
9. Perfil de Pacientes Clínicos com suspeita ou Diagnóstico de Covid 19- Sala Vermelha
10. Critérios para alta hospitalar
11. Orientações gerais para pacientes em condições de alta hospitalar
12. Medidas de prevenção e controle de infecção em casos de diagnóstico ou suspeita de infecção por COVID-19
13. Bibliografia

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): <ul style="list-style-type: none">• 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): <ul style="list-style-type: none">• VNI de dois níveis ou CPAP ≥5 cmH2O por máscara facial: PaO2 / FiO2 ≤ 300 mmHg ou SpO2 / FiO2 ≤264• SDRA leve (invasivamente ventilado): 4 ≤ IO<8 ou 5 ≤ IOS <7,5• SDRA moderada (ventilação invasiva): 8 ≤ IO <16 ou 7,5 ≤ IOS <12,3• SDRA grave (ventilação invasiva): IO ≥ 16 ou IOS ≥ 12,3
	SEPSE Adulto: disfunção orgânica ameaçadora à vida causada por uma resposta desregulada do hospedeiro a uma infecção suspeita ou comprovada. Disfunções orgânicas podem ser quantificadas pelo score SOFA e incluem: alteração do estado mental, respiração difícil ou rápida, baixa saturação de oxigênio, redução do débito urinário, aumento da frequência cardíaca, pulso fraco, extremidades frias, queda da pressão arterial, livedo reticular, evidência laboratorial de coagulopatia, trombocitopenia, acidose, elevação do lactato e hiperbilirrubinemia. Crianças: infecção suspeita ou confirmada e dois ou mais critérios de SIRS, dos quais um deve ser temperatura anormal ou contagem anormal dos leucócitos.
	CHOQUE SÉPTICO Adultos: hipotensão refratária à ressuscitação volêmica, com necessidade de uso de vasopressores para manter pressão arterial média (PAM) ≥ 65 mmHg E lactato sérico > 2 mmol/L. <u>Crianças:</u> qualquer hipotensão (PAS <percentil 5 ou > 2 Desvios padrão abaixo do normal para a idade) ou 2-3 dos seguintes: estado de confusão mental; taquicardia ou bradicardia (FC < 90 bpm ou > 160 bpm em bebês e FC < 70 bpm ou > 150 bpm em crianças); enchimento capilar lentificado (> 2 s) ou vasodilatação quente com pulsos delimitadores; taquiplnéia; pele mosqueada; erupção petequial ou purpúrica; lactato aumentado; oligúria; hipertermia ou hipotermia.

SINAIS DE ALERTA E FATORES DE RISCO

Sinais de Alerta

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

Fatores de risco associados a pior prognóstico

Idosos >60 anos, diabetes, hipertensão, pneumopatia, hepatopatia, obesidade, doença renal crônica, doença cardiovascular, imunossupressão, doença oncológica ou história de transplante, gestante e puérpera < 42 dias. 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 corticosteroides por mais do que 15 dias (prednisona >40 mg/dia ou hidrocortisona >160 mg/dia, metilprednisolona >32 mg/dia ou dexametasona >6 mg/dia);
8. Outros imunossupressores;
9. Doenças autoimunes;
10. Imunodeficiência congênita.

MANEJO CLÍNICO PACIENTE COVID-19

SÍNDROME CLÍNICA	CONDUTA
RESFRIADO COMUM, SÍNDROME GRIPAL OU PNEUMONIA VIRAL	<ul style="list-style-type: none">- Isolamento em domicílio por 14 dias.- Avaliar presença de fatores de risco - Idosos (>60 anos), diabetes, hipertensão, pneumopatia, hepatopatia, obesidade, doença renal crônica, doença cardiovascular, imunossupressão, doença oncológica ou história de transplante, gestante e puérpera (< 45 dias).- 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 administrar rotineiramente corticosteróides sistêmicos para o tratamento de pneumonia viral, a menos que estejam indicados por outro motivo. Estudos não relatam aumento de sobrevida, podendo haver aumento de complicações (infecções secundárias, necrose avascular, psicose, diabetes, entre outros).- 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	<ul style="list-style-type: none">• Administrar oxigenoterapia suplementar imediatamente a pacientes com SRAG e dificuldade respiratória, hipoxemia ou choque.Observações: Iniciar oxigenoterapia a 4-5L/min para atingir a SpO2 alvo $S \geq 92-94\%$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.• 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 2 horas de 8/8h.• 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)• 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• Avaliar uso da Cloroquina como terapia adjuvante no tratamento de formas graves do COVID-19, conforme Nota Informativa Nº 5/2020-DAF/SCTIE/MS, disponível em https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/30/MS---0014167392---Nota-Informativa.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.• Em pacientes com D-dímero >3000 e sem contra-indicação, considerar anticoagulação plena.• Avaliação laboratorial e por imagem (vide quadro de sinais de alerta).• Desescalonar a terapia empírica com base nos resultados da microbiologia e na condução clínica;• Não administrar rotineiramente corticosteróides sistêmicos a menos que estejam indicado por outro motivo. <p>Nos casos de choque séptico, além das condutas acima:</p> <ul style="list-style-type: none">• Administrar pelo menos 30 ml/kg de cristalóide isotônico em adultos nas primeiras 3 horas para a ressuscitação do choque séptico em adultos.• Não utilizar soluções hipotônicas ou baseadas em amidos 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

Isolamento domiciliar por 14 dias.
Prestar orientações sobre o isolamento e sinais de alerta para retorno à unidade de saúde.
Se o paciente for profissional de saúde, profissional de segurança pública ou Pessoa Privada de liberdade: *****
- Preferencialmente até o 7º dia, podendo realizar até o 10º dia em caso de manutenção dos sintomas:
Coletar RT-PCR SarsCOV2 e notificar;

- Mínimo de 7 dias completos desde o início dos sintomas e mínimo de 72h após desaparecimento dos sintomas -
Realizar teste rápido sorológico e notificar.

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.
- Instituir ventilação mecânica precocemente em pacientes com insuficiência respiratória hipoxêmica persistente.
- 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.
- Iniciar heparina profilática - Enoxaparina 40mg SC 24/24h. Em pacientes com D-dímero >3000 e sem contra-indicações, considerar anticoagulação plena.
- 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_tratamento_influenza_2017.pdf
- Avaliar uso da Cloroquina como terapia adjuvante no tratamento de formas graves do COVID-19, conforme Nota Informativa Nº 5/2020-DAF/SCTIE/MS, disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/02/Nota-Informativa-5-2020-DAF-SCTIE-MS.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):

1. Insuficiência respiratória aguda com necessidade de aporte de O₂ quando:
- FiO₂ > 50% para manter SaO₂ > 94%
- PaCO₂ > 55 mmHg e pH < 7,3
2. Sepse/choque séptico
3. 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)

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;
2. Pacientes com necessidade de oxigênio suplementar (cateter de O₂ >4 L/min,) para manter SpO₂ > 94%;
3. Dispneia importante, FR > 24ipm ou desconforto respiratório;
4. 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):
1. Ausência de instabilidade hemodinâmica
 2. Paciente com SaO₂ 92-94% podendo haver necessidade de suporte de O₂ por cateter para manter saturação adequada. Bom padrão respiratório.
 3. 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, imunossupressão, doença oncológica ou história de transplante, gestante e puérpera < 42 dias. 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.**

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

*****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
E-mail: criil.pe.ba@gmail.com

***** Nota técnica SES nº7/2020 disponível em https://12ad4c92-89c7-4218-9e11-0ee136fa4b92.filesusr.com/ugd/3293a8_49ddf69019de49688cda463bc5428b7c.pdf

INTUBAÇÃO PARA CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE COVID-19

Seguir as seguintes orientações:

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

MATERIAIS

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

MEDICAMENTOS

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

EQUIPAMENTOS

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

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

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 13 – 15 cmH₂O
- 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
SaO ₂ < 93% SaO ₂ < 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 Roucos ou sibilos na ausculta pulmonar	RX com Infiltrado heterogêneo bilateral Tomografia com imagem em vidro fosco bilateral	Leucopenia Linfopenia PCR > 100 DHL > 245 U/L D dímero > 1000 CPK > 2x o valor de referência Ferritina > 300 ug/L

Fatores de risco:

Idosos >60 anos, diabetes, hipertensão, pneumopatia, hepatopatia, obesidade mórbida, doença renal crônica, doença cardiovascular, imunossupressão, doença oncológica ou história de transplante. 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):

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

Critérios de exclusão (qualquer item abaixo):

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

MANEJO CLÍNICO PACIENTE COVID-19

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
SaO ₂ < 93% SaO ₂ < 90% em ar ambiente Dispneia ou FR > 20 ipm PAM < 65 mmHg PAS < 90mmHg FC > 125 bpm Febre (>37,8 ° C) persistente por mais de 72h Roucos ou sibilos na ausculta pulmonar	RX com Infiltrado heterogêneo bilateral 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, imunossupressão, doença oncológica, história de transplante, gestante ou puerpera < 42 dias. 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. Pacientes com necessidade de oxigênio suplementar (cateter de O₂ > 4 L/min,) para manter SpO₂ > 94% ;
2. Dispneia importante, FR > 24 ipm ou desconforto respiratório;
3. Sepse/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 dispneia 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

MANEJO CLÍNICO PACIENTE COVID-19

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.

MANEJO CLÍNICO PACIENTE COVID-19

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	<p>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.</p> <p>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.</p>
Aplicar precauções de contato	<p>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).</p> <p>Use EPI (máscara cirúrgica, proteção para os olhos, luvas e bata) quando entrar na sala e remova o EPI ao sair.</p> <p>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.</p> <p>Os profissionais de saúde devem evitar tocar nos olhos, nariz e boca com substâncias potencialmente contaminadas e com as mãos com ou sem luvas.</p> <p>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.</p> <p>Realizar higiene das mãos.</p>
Aplique precauções no ar ao executar um procedimento de geração de 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.

Fonte: Traduzido de OMS. Janeiro, 2020.

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: <file:///C:/Users/SAUDE/Downloads/WHO-nCov-IPC-HomeCare-2020.2-eng.pdf>

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 Sepsis 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_Sepsis_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_Orientacoes_sobre_o_manuseio_do_paciente_com_pneumonia_e_insuficiencia_respiratoria_v4.pdf

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



Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO