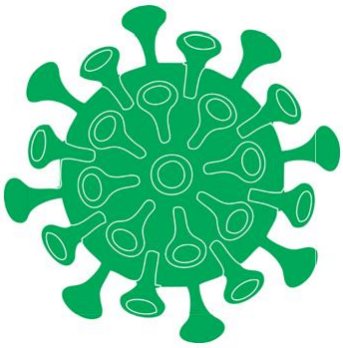
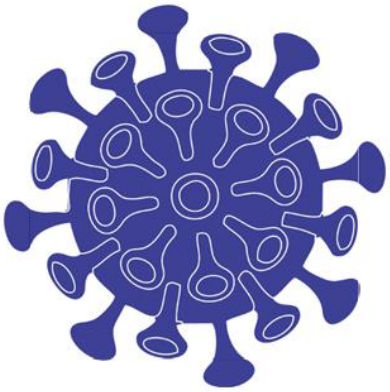


Manual de Manejo Clínico COVID-19

Atenção Secundária em Saúde

Secretaria Municipal da Saúde de Palmas-TO



Palmas - Tocantins
Julho/2020

ACSU-SE 130, ACSU-SE conjunto 01, lote 06, na Avenida Teotônio Segurado
3212-7800 || E-mail: gabinete.semus@palmas.to.gov.br
www.palmas.to.gov.br /cidade.palmas @cidadepalmas /cidadedepalmas

Secretaria Municipal da Saúde

Cinthia Alves Caetano Ribeiro
Prefeita Municipal de Palmas

Valéria Silva Paranaguá
Secretária Municipal da Saúde

Durval Ribeiro da Silva Junior
Secretário Executivo de Saúde

Ludmila Nunes M. Barbosa Mourão
Diretor de Média e Alta Complexidade

Edma Neri dos Santos
Coordenadora de Média e Alta Complexidade

Jelda Pinto Araújo Fernandes de Sá
Coordenadora Atenção Especializada

Dahyene Cris Alves Silva
Coordenadora de Urgência e Emergência

Equipe Técnica

Katarina Ferreira
Jelda Pinto Araújo Fernandes de Sá
Osvaldo Pinto Neto
Valdir Francisco Odorizzi
Wilson Antônio de Sousa
Seyna Ueno Rabelo Mendes
Ricardo Patrick Soares Nunes
Werika fernandes de lima
Frederico Póvoa
Rafael Nogueira
Dahyenne Cris Alves Silva

INTRODUÇÃO

No fim de 2019, o Novo Coronavírus foi nomeado como SARS-CoV-2. Este Novo Coronavírus produz a doença classificada como COVID-19, sendo agente causador de uma série de casos de pneumonia na cidade de Wuhan (China).

Ainda não há informações plenas sobre a história natural, nem medidas de efetividade inquestionáveis para manejo clínico dos casos de infecção humana pelo SARS-CoV-2, restando ainda muitos detalhes a serem esclarecidos.

No entanto, sabe-se que o vírus tem alta transmissibilidade e provoca uma síndrome respiratória aguda que varia de casos leves – cerca de 80% – a casos muito graves com insuficiência respiratória –entre 5% e 10% dos casos. Sua letalidade varia, principalmente, conforme a faixa etária e condições clínicas associadas. Portanto, é necessário agir.

OBJETIVO

O principal objetivo deste protocolo é iniciar o tratamento da Covid-19 o mais precocemente possível, ainda na fase infecciosa, pois no momento que se inicia a fase inflamatória da doença, a condição do paciente se deteriora rapidamente e muitos irão necessitar de leitos em Unidade de Terapia Intensiva, os quais podem se tornar insuficientes, segundo as projeções do Ministério da Saúde do Brasil.

1. CURSO CLÍNICO:

A infecção humana provocada pelo SARS-CoV-2 é uma zoonose. O vírus é classificado como um beta Coronavírus do mesmo subgênero da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), porém de outro subtipo.

A transmissão do SARS-CoV-2 de humanos para humanos foi confirmada na China e nos EUA e ocorre principalmente com o contato de gotículas respiratórias oriundas de pacientes doentes e sintomáticos. A transmissão do vírus por indivíduos assintomáticos segue em controvérsia até o presente momento. Em média, o período de incubação é estimado em de 5 a 6 dias, podendo variar de 0 a 14 dias.

O quadro clínico, típico de uma Síndrome Gripal, pode variar seus sintomas desde uma apresentação leve e assintomática (não se sabe a frequência), principalmente em jovens adultos e crianças, até uma apresentação grave, incluindo choque séptico e falência respiratória. A doença apresenta fundamentalmente complicações respiratórias: pneumonia e Síndrome da Angústia Respiratória Aguda – SARA.

1.1. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

Quadro 1

CID-10	DESCRIÇÃO
U 11	Influenza (gripe) devida a vírus não identificado
U 07.1	Diagnóstico de COVID-19 confirmado por exames laboratoriais.
U 07.2	Diagnóstico clínico ou epidemiológico de COVID-19, quando a confirmação laboratorial é inconclusiva ou não está disponível.
B34.2	Infecção por coronavírus de localização não especificada (na falta do U07 na base de registro)

Fonte: OMS, 2020 (17)

Os casos de COVID-19 são de notificação compulsória e devem ser realizadas por meio do endereço eletrônico: http://agravos.saude.palmas.to.gov.br/auth/entrar

2. 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. Será dado o diagnóstico de COVID-19 às pessoas sintomáticas que tenham tido contato próximo ou intradomiciliar com caso confirmado de COVID-19 no período de transmissão da doença.

2.1 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL:

O diagnóstico laboratorial pode ser realizado tanto por testes de biología molecular (RT-PCR), como pelos testes imunológicos (sorologia).

● Biologia molecular (PCR em tempo real): identificação do vírus SARS-CoV-2 em amostras coletadas da nasofaringe. A coleta deve ser realizada, preferencialmente, entre o 3º e o 7º dia do início dos sintomas.

Segundo a Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial, a detecção do vírus por RT-PCR é o teste laboratorial de escolha para o diagnóstico de pacientes sintomáticos na fase aguda.

● 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.

2.2 DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO:

● Imagem (tomografia computadorizada-TC)-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").
- OPACIDADE EM VIDRO FOSCO multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação").
- SINAL DE HALO REVERSO ou outros achados de pneumonia em organização (observados posteriormente na doença).

Ressalte-se que estes achados não são exclusivos para COVID-19. Cabe julgamento clínico ao usar exames de imagem para diagnóstico.

Quadro 2 - Sintomas dos pacientes diagnosticados com COVID-19

Sintomas mais comuns	Sintomas menos comuns
➢ Febre; ➢ Tosse seca; ➢ Dispneia; ➢ Mialgia;	➢ Anorexia; ➢ Tosse com produção de escarro; ➢ Dispneia; ➢ Dor de garganta;

➢ Fadiga	➢ Coriza e/ou obstrução nasal; ➢ Confusão; ➢ Tonturas; ➢ Dor de cabeça; ➢ Dor no peito; ➢ Hemoptise; ➢ Diarreia; ➢ Náusea/vômito; ➢ Dor abdominal; ➢ Congestão conjuntival; ➢ Anosmia súbita ou hiposmia. ➢ Perda do paladar; ➢ Lesões cutâneas

NOTA: Sinais muito sugestivos de Covid-19: febre persistente associado à tosse seca e sintomas gastrointestinais. Pacientes com anosmia mais de 80% têm PCR positivo para SARS-Cov2, portanto é um sintoma a ser valorizado.

3. MANEJO CLÍNICO E TERAPÊUTICO:

O manejo diagnóstico e terapêutico de pessoas com suspeita de infecção respiratória caracterizada como Síndrome Gripal, causada ou não por COVID-19, deve ser estratificado a partir dos sinais e sintomas:

Quadro 3

CLASSIFICAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS POR GRUPO	SINAIS E SINTOMAS LEVES	SINAIS E SINTOMAS MODERADOS	SINAIS DE GRAVIDADE
ADULTOS E GESTANTES	Síndrome gripal: tosse, dor de garganta ou coriza seguido ou não de: • Anosmia • Ageusia • Diarreia • Dor abdominal • Febre • Mialgia • Tosse • Fadiga • Cefaleia	• Tosse persistente + febre persistente diária ou • Tosse persistente + piora progressiva de outro sintoma relacionado a COVID-19 (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia) ou • Pelo menos um dos sintomas acima+ presença de fator de risco	• Síndrome Respiratória Aguda Grave – Síndrome Gripal que apresente: Dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no Tórax OU saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada de lábios ou rosto. ***Importante: em gestantes, observar hipotensão.**
CRIANÇAS			– Taquipneia:

			≥ 70 rpm para menores do que 1 ano; ≥ 50 rpm para crianças maiores do que 1 ano; –Hipoxemia; –Desconforto respiratório; –Alteração da consciência; –Desidratação; –Dificuldade para se alimentar; –Lesão miocárdica; –Elevação de enzimas hepáticas; –Disfunção da coagulação; –Rabdomiólise; –Qualquer outra manifestação de lesão em órgãos vitais

3.1 Estratificação da gravidade da Síndrome Gripal:

- **Casos leves:**
  - Isolamento domiciliar e monitoramento por, pelo menos, 14 dias a contar da data do início dos sintomas, pelo menos a cada 48h através de teleatendimento.

- **Casos moderados e grave:**
  - Estabilização e encaminhamento aos serviços de urgência/emergência ou hospitalares conforme "Fluxograma Integrado de manejo de casos suspeitos e confirmados de COVID-19".

Quadro 4 - Condições e fatores de risco a serem considerados para possíveis complicações da síndrome gripal, Ministério da Saúde, 2020.

Condições clínicas de risco que indicam a necessidade de avaliação em centro de referência/atenção especializada
• Idade igual ou superior a 60 anos; • Miocardiopatias de diferentes etiologias (insuficiência cardíaca, miocardiopatia isquêmica etc.);

• Hipertensão; • Pneumopatias graves ou descompensados (asma moderada/grave, DPOC); • Tabagismo; • Obesidade; • Imunodepressão; • Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5); • Diabetes mellitus, conforme juízo clínico; • Doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica; • Neoplasia maligna; • Gestação de alto risco.

Quadro 5 - Exames laboratoriais para o estadiamento do quadro e avaliação da sua evolução de pacientes graves e/ou com comorbidades.

Exames Laboratoriais
• Hemograma completo; • Gasometria arterial (pacientes em internação hospitalar); • Coagulograma (TAP, TTPA, fibrinogênio, D-dímero), • Proteína C-reativa sérica (de preferência ultra sensível); • AST (TGO) e ALT (TGP); • Bilirrubina total e frações; • Gama-GT; • Creatinina e ureia; • Albumina; • Glicemia; • Ferritina; •Desidrogenase lática; •Biomarcadores cardíacos (troponina, CK-MB); •Íons (Na/K/Ca/Mg); •Hemoculturas e culturas de escarro (pacientes em internação hospitalar)

Quadro 6 - Exames de Imagem

RX-Tórax	TC Tórax
➢ Todos os pacientes com suspeita de pneumonia; ➢ Infiltrados pulmonares unilaterais são encontrados em 25% dos pacientes e infiltrados pulmonares bilaterais em 75% dos pacientes.	➢ Todos pacientes com acometimento do trato respiratório inferior; ➢ Múltiplas áreas lobulares e subsegmentares bilaterais de opacidade ou consolidação em vidro fosco na maioria dos pacientes; ➢ Pequenas opacidades nodulares em vidro fosco são o achado mais comum em crianças. A consolidação com sinais de halo circundantes é um achado típico em crianças.

Quadro 7 - Terapia Recomendada para casos suspeitos até o 7º dia do aparecimento dos sintomas

TERAPIA RECOMENDADA PARA PACIENTES QUE APRESENTEM SINTOMAS NO TRATO RESPIRATÓRIO INFERIOR (GRUPOS DE BAIXO E ALTO RISCO) OU SUPERIOR (GRUPOS DE ALTO RISCO) COM QUADRO SINTOMÁTICO DE ATÉ 07 DIAS SEM CRITÉRIO CLÍNICO DE INTERNAÇÃO
1. Azitromicina*: 500mg VO uma vez ao dia durante 5 dias; **2. Oseltamivir** 75 mg VO 12/12hs durante 5 dias para suspeita de H1N1 (Ver Quadro 13);** **3. Ivermectina 6mg a cada 30 kg, dose única (Ver Quadro 14);** **4. Enoxaparina (SC), 40 mg, se peso < 70 kg, e 60 mg, se peso>70 kg por 5 dias a 15 dias, Ver quadro 12;** *** É necessário o ajuste de doses em crianças, lactantes, gestantes e renais crônicos;** **** Se PCR H1N1 não detectável, suspender o Oseltamivir.** ***As medicações supracitadas devem ser iniciadas o mais precocemente possível, não devendo ultrapassar o 10º dia de sintomas.***
Considerar Suspender a Medicação em caso de RT-PCR ou Teste Rápido Negativo conforme Critérios Clínico - epidemiológico.
1. *Solicitar para pacientes com alterações no trato respiratório inferior associadas a baixo e alto risco e para pacientes com alterações no trato respiratório superior associadas a alto risco de complicações conforme quadro 9.* 2. *Seguir Fluxo de encaminhamento do credenciado.*
*Obs.: Nos casos de **Pneumonia Bacteriana** prescrever* Amoxicilina 500mg + Clavulanato de Potássio 125mg VO, 8/8hs, de 7 a 10 dias *e **pacientes com pneumopatias e/ou uso prévio de antibióticos nos últimos 60 dias** Levofloxacino 500mg,* VO, 24/24h, de 7 a 10 dias ou *Moxifloxacino 400mg VO, 24/24 horas por 7 a 10 dias ou Ceftriaxona 1g, EV, 12/12 horas em pacientes em internação hospitalar*

Quadro 8 - Orientações sobre o uso do Enoxaparina

Orientações sobre o Enoxaparina
Enoxaparina (SC), 40 mg, se peso<70 kg, e 60 mg, se peso>70 kg por 5 dias a 15 dias, se apresentar alto risco de base para trombose. - Casos moderados a graves; - Comprometimento pulmonar em Tomografia de torax > 50%; - Prescrever para pacientes de grupos de risco (obesidade, câncer, diabetes, Insuficiência venosa profunda, DPOC, idade avançada; - Se D-Dímero maior que 1,5 dose profilática é maior que 3,0 dose terapêutica (1mg/kg 12/12h);

- Se D-Dímero maior que 3,0 e suspeita clínica para TEP encaminhar para internação hospitalar.

Obs: Caso D-Dímero seja superior a 3,0 vezes o valor de referência normal, iniciar imediatamente a anticoagulação na unidade de urgência e emergência e encaminhar para a internação hospitalar.

Quadro 9 - Orientações sobre o uso da Dexametasona

Orientações sobre a prescrição da Dexametasona
Dexametasona 6mg por 10 dias - Pacientes em internação em unidade hospitalar com SO2< 95% ou em uso de O2 suplementar e RX ou TC de tórax com comprometimento > 25% O corticóide deve ser prescrito a partir do 7º dia do aparecimento dos sintomas, individualizando cada caso, a partir da análise clínica (SO2)+ alteração radiológica

Quadro 10 - Orientações Oseltamivir

Orientações sobre a prescrição de Oseltamivir	
Indica-se o uso de Oseltamivir para todos os casos de síndrome gripal que tenham situações de risco para complicações*. Essa recomendação independe da situação vacinal do paciente, mesmo sendo acompanhado pela APS. O medicamento deve ser iniciado em até 48hs após o início dos sintomas. Reforça-se que é necessário que o paciente procure ajuda médica em casos de agravamento, mesmo em uso do Oseltamivir.	
● **Adultos: 75 mg, 12/12hs, 5 dias** ● **Criança maior que 1 ano:** ≤ 15kg, 30mg, 12/2h, 5 dias > 15kg a 23kg, 45mg, 12/12/h, 5 dias > 23kg a 40kg, 60mg, 12/12h, 5 dias > 40kg, 75 mg, 12/12h, 5 dias	**Criança menor de 1 ano de idade:** 0 a 8 meses, 3 mg/kg, 12/12h, 5 dias 9 a 11 meses, 3,5mg/kg, 12/12h, 5 dias
***CONDIÇÕES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES (RECOMENDAÇÕES PARA USO DE OSELTAMIVIR)**	
● Grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal). ● Adultos ≥ 60 anos. ● Crianças < 5 anos (sendo que o maior risco de hospitalização é em menores de 2 anos, especialmente as menores de 6 meses com maior taxa de mortalidade). ● População indígena aldeada ou com dificuldade de acesso. ● Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico (risco de síndrome de Reye). ● Indivíduos que apresentem: ❖ Pneumopatias (incluindo asma). ❖ Pacientes com tuberculose de todas as formas (há evidências de maior complicação e possibilidade	

de reativação).
- ❖ Cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica).
- ❖ Nefropatias.
- ❖ Hepatopatias.
- ❖ Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme).
- ❖ Distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus).

- ❖ Transtornos neurológicos e do desenvolvimento que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção cognitiva, lesão medular, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, acidente vascular encefálico – AVE ou doenças neuromusculares).
- ❖ Imunossupressão associada a medicamentos (corticoide ≥ 20 mg/dia por mais de duas semanas, quimioterápicos, inibidores de TNF-alfa) neoplasias, HIV/aids ou outros.
- ❖ Obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal – IMC ≥ 40 em adultos).

Fonte: Protocolo de Tratamento de Influenza, Ministério da Saúde, 2017

Quadro 11 - Orientações Uso Ivermectina

Orientações sobre a prescrição de Ivermectina	
PESO CORPORAL	**QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS DE 6MG**
Até 30 kg	**1 cp**
31 - 60 kg	**2 cp**
61 - 90 kg	**3 cp**
Mais de 90 kg	**4 cp**

Quadro 12 - Orientações sobre a prescrição da Hidroxicloroquina/Cloroquina

Orientações sobre a prescrição da Hidroxicloroquina/Cloroquina
O uso da hidroxicloroquina/cloroquina é o tratamento que mais controvérsias está causando nos últimos meses em nosso país. É preciso lembrar que comprovar a eficácia e a eficiência de medicamentos requer, em geral, estudos bastante complexos, baseados em ensaios clínicos randomizados com um número expressivo de pacientes, padrão ouro na medicina baseada em evidências. O que temos até o momento são diversos estudos pequenos, com problemas metodológicos, que mantêm a dúvida sobre a eficácia do fármaco. Portanto, ainda faltam estudos robustos do ponto de vista científico para a grande maioria dos tratamentos, incluindo a hidroxicloroquina, a qual no momento vem sendo defendida por alguns médicos para o chamado "tratamento precoce". Vale ressaltar que ao ser prescrita de forma off-label, cabe ao

médico prescritor considerar os riscos de prolongamento do intervalo QT, arritmias cardíacas, retinopatia macular no longo prazo e, entre a população mais velha, anemia hemolítica.

Hidroxicloroquina* (a Critério Médico/Termo de Consentimento)
o **D1 - 400 mg vo 12/12 horas;**
o **2º ao 5º dia - 400 mg 1x ao dia.**
ou Cloroquina (a Critério Médico/Termo de Consentimento)
o **D1 - 450 mg, VO, 12/12 horas, (Obs. Manipulado: 03 cápsulas de 150mg, VO, 12/12 horas)**
o **2º ao 5º dia: 450 mg, VO, 1x ao dia, (Obs. Manipulado: 03 cápsulas de 150mg, VO, 1x ao dia)**

4. Avaliação Médica no Pronto Atendimento:

- Idealmente realizar avaliação clínica, radiológica e laboratorial.
- Considerando a situação de pandemia e o risco de evolução desfavorável e rápida, se recomenda o esclarecimento ao paciente e familiares e solicitação de assinatura de consentimento informado para instituir tratamento precoce.
- As evidências científicas no momento são de pequenos estudos com metodologias inapropriadas. Estudos randomizados estão em andamento em vários países e assim que publicados, as recomendações poderão ser atualizadas.
- Prescrição imediata de esquema terapêutico recomendado para o tratamento de Covid-19.
- Administre oxigenoterapia suplementar imediatamente a pacientes com SRAG e dificuldade respiratória, hipoxemia ou choque com alvo em SpO2>94%.

***Observações para adultos:** Adultos com sinais de emergência (obstrução ou ausência de respiração, desconforto respiratório grave, cianose central, choque, coma ou convulsões) devem receber manejo das vias aéreas e oxigenoterapia durante a reanimação para atingir SpO2 ≥ 94%. inicie a oxigenoterapia a 5 L/min e avalie as taxas de fluxo para atingir a meta SpO2 ≥ 94% durante a reanimação; ou use máscara facial com bolsa reservatório (de 10-15 L/min) se o paciente estiver em estado crítico. Assim que o paciente se estabilizar, a meta é SpO2 > 94% em adultos não grávidos e > 95% em pacientes grávidas.

***Observações para crianças:** Crianças com sinais de emergência (obstrução ou ausência de respiração, desconforto respiratório grave, cianose central, choque, coma ou convulsões) devem receber manejo das vias aéreas e oxigenoterapia durante a reanimação para atingir SpO2 ≥ 95%, caso seja possível, a meta é SpO2 ≥ 95%. O uso de cânula nasal é preferível em crianças pequenas, pois podem ser melhor toleradas.

- Use tratamento conservador de fluidos em pacientes com SRAG quando não houver evidência de choque.

  *Os doentes com SRAG devem ser tratados cautelosamente com fluidos intravenosos, porque a ressuscitação agressiva dos fluidos pode piorar a oxigenação, especialmente em ambientes onde a disponibilidade de ventilação mecânica é limitada. Isso se aplica aos cuidados de crianças e adultos.
- Administre antibiótico dentro de uma hora da avaliação inicial de pacientes com sepse (qSOFA - Quadro 12) coletar culturas dentro de uma hora idealmente antes de iniciar o antibiótico e o descalone com base no resultado microbiológico ou julgamento clínico.
- Não administre rotineiramente corticosteróides sistêmicos para tratamento de pneumonia viral ou SRAG fora dos ensaios clínicos, a menos que sejam indicados por outro motivo.
- Monitore de perto os pacientes com SRAG quanto a sinais de complicações clínicas como insuficiência respiratória e sepse de progressão rápida e aplique intervenções de suporte imediatamente.

  * Os pacientes hospitalizados com SRAG requerem monitoramento regular dos sinais vitais e, sempre que possível, utilização de escores de alerta, que facilitam o reconhecimento precoce e a intensificação do tratamento do paciente em deterioração.

  *Os exames laboratoriais de hematologia e bioquímica e o ECG devem ser realizados na admissão e conforme clinicamente indicado para monitorar as complicações, como lesão hepática aguda, lesão renal aguda, lesão cardíaca aguda ou choque. A aplicação de terapias de suporte oportunas, eficazes e seguras é o pilar da terapia para pacientes que desenvolvem manifestações graves da Covid-19.

  *Após a ressuscitação e a estabilização da paciente grávida, o bem-estar fetal deve ser monitorado.
- Entenda as comorbidades do paciente para atendimento individualizado e prognóstico. Mantenha uma boa comunicação com o paciente e seus familiares.

  *Determine quais terapias crônicas devem ser continuadas e quais devem ser interrompidas temporariamente. Monitore interações medicamentosas.

Quadro 13 - Orientações qSOFA

qSOFA Score	
TAQUIPNEIA	**> 22 IRPM**
HIPOTENSÃO (PAs)	**< 100mmHg**
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	**< 15**

Quadro 14 - Critérios para Internação em Unidade de Terapia Intensiva

Critérios para internação em UTI
● Febre com temperatura corporal ≥ 37,8ºC ● Frequência respiratória > 30 irpm ● SpO2 < 94% ● Insuficiência respiratória aguda com necessidade de ventilação invasiva Insuficiência respiratória aguda com necessidade de ventilação não invasiva quando houver: - Necessidade de FiO2 >50% ou PP com delta >10cmH20ou EPAP >10cmH20 para manter Sp02 >94% ou FR ≤24 irpm - PaCO2 ≥50 mmHg e pH ≤7,35 ● Instabilidade hemodinâmica persistente (pressão arterial que não respondeu à reposição volêmica (30 mL/kg nas primeiras 3 horas), indicando uso de amina vasoativa (exemplo: noradrenalina, dopamina, adrenalina). - PAS <90mmHg ou PAM <65 mmHg / sinais de hipoperfusão tecidual: Lactato > 36 mg/dL ● Insuficiência renal aguda (Creatinina >2mg/dL ou diurese menor que 0,5 ml/Kg/h nas últimas 2 horas) ● Insuficiência Hepática ● Rebaixamento do nível de consciência ● Choque séptico

Fonte: PROTOCOLO PARA ADMISSÃO E TRANSPORTE DE PACIENTES COM INFECÇÃO SUSPEITA OU CONFIRMADA PELO COVID-19 EM LEITOS DE UTI NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE TOCANTINS

Quadro 15 - Obrigatoriedades na Admissão do Paciente

*** OBRIGATORIEDADES NA ADMISSÃO DO PACIENTE**
DADOS CLÍNICOS: 1. Início dos sintomas. 2. Dados clínicos. 3. Patologias de base. Se em uso de medicações (quais): 1. Para doenças de base. 2. Para covid-19 (Com tempo de uso).

SOLICITAR EXAMES LABORATORIAIS:

- Hemograma, eletrólitos (potássio, sódio, cálcio, magnésio), glicemia, PCR, CPK, CKMB, Troponina, ureia, creatinina.
- TGO, TGP, GAMA-GT, D-Dímero, Bilirrubinas, DHL, Ferritina e TP/TTPA.

RT-PCR SWAB nasal e orofaringe - coletar de todos os suspeitos **(Se disponível).**

Tomografia de tórax (sempre que disponível)

ECG (eletrocardiograma) que iniciarem a Cloroquina ou Hidroxicloroquina. (Observar considerações sobre exame acima).

- **Solicitar avaliação cardiológica se necessário já na internação por telemedicina.**

---

5. Tratamento da Insuficiência Respiratória Hipoxêmica e Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG:

- Reconheça a insuficiência respiratória hipoxêmica grave quando um paciente com dificuldade respiratória estiver com falha na oxigenoterapia padrão e prepare-se para fornecer suporte avançado de oxigênio / ventilação.

  *Caso esses pacientes necessitem de O2 via cateter nasal maior que 5 litros/minuto para sustentar SpO2 > 93% e/ou tenham frequência respiratória > 28 irpm ou retenção de CO2 (PaCO2 >50 mmHg e/ou pH < 7,25) devem ser intubados e ventilados mecanicamente imediatamente.
- Instituir ventilação mecânica precocemente em pacientes com insuficiência respiratória hipoxêmica persistente (apesar da oxigenoterapia), respeitando as medidas de precaução adequadas.
- A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por meio da Nota Técnica n.º 4/2020, contraindica o uso de ventilação mecânica não invasiva (VNI) e cateter nasal de alto fluxo (Cnaf) .
- Proceder com intubação endotraqueal caso o paciente não responda à oxigenioterapia. O procedimento deve ser realizado por um profissional treinado e experiente, utilizando precauções para aerossóis e contato.

  *Os pacientes com SRAG, especialmente as crianças pequenas ou pessoas que são obesas ou estão grávidas, podem dessaturar rapidamente durante a intubação. Pré-oxigene com FiO2 a 100% durante 5 minutos, através de uma máscara facial com bolsa reservatório, máscara com ambu. A intubação de sequência rápida é apropriada após uma avaliação das vias aéreas que não apresente sinais de intubação difícil.

  O paciente submetido à ventilação mecânica invasiva protetora poderá ser ventilado no modo volume ou pressão controlada (VCV ou PCV) com volume corrente igual a 6 ml/kg de peso predito** e pressão de platô menor que 30 cmH2O, com pressão de distensão ou driving pressure (= Pressão de platô menos a PEEP) menor que 15 cmH2O. O ajuste da PEEP ideal permanece ainda não totalmente elucidado. Ajustar a menor PEEP suficiente para manter SpO2 entre 90-95%, com FiO2 <

60% (utilizar tabela PEEP/FIO2 da ARDSNet para PEEP baixa ("SARA LEVE"). Verificou-se que o uso de PEEP mais elevada (obtida pela tabela ARDSNet para PEEP elevada ou "SARA MODERADA E GRAVE") demonstrou estar acarretando hiperinsuflação pulmonar e piora da evolução de parte dos pacientes com Coronavírus (AMIB, 2020).

- Colocar pacientes com SRAG em posição prona pode melhorar a oxigenação, mas deve ser garantida a segurança do paciente.

  Nos casos de PaO2/FIO2 menores que 150, já com PEEP adequada pela tabela PEEP/FIO2, sugere-se utilizar ventilação protetora colocando o paciente em posição prona por no mínimo 16 horas. Todos os cuidados e paramentação para procedimentos aerossolizantes de toda equipe assistente que irá realizar a rotação devem ser garantidos, devido ao alto poder infectante deste

  vírus e garantir o número adequado de profissionais de saúde para participarem do processo seguro de rotação. Para realização da rotação e para manutenção do paciente em posição prona deve-se prover adequada sedoanalgesia e se preciso for, curarização. O paciente poderá permanecer em decúbito supino se, após ser "despronado", permanecer com PaO2/FIO2 > 150. Do contrário, pode-se considerar colocar novamente o paciente em posição prona (AMIB, 2020).
- Adotar estratégia conservadora de gerenciamento de fluidos para pacientes com SRAG sem hipoperfusão tecidual.
- Evitar que o paciente se desconecte do ventilador, o que resulta em perda de PEEP e atelectasia.
- Use cateteres em linha para sucção das vias aéreas e realize o pinçamento do tubo endotraqueal quando for necessário desconectar (por exemplo, transferir para um ventilador de transporte ou troca de filtro HME).

Quadro 16 - Orientações para Cálculo de Peso Predito

** Cálculo Peso Predito
Homens: Peso Predito (Kg) = 50 + 2,3 x ((altura[cm] x 0,394) - 60) **Mulheres: Peso Predito (Kg) = 45,5 + 2,3 x ((altura[cm] x 0,394) - 60)**

6. Gerenciamento do choque séptico:

- Reconhecer o choque séptico em adultos quando houver suspeita ou confirmação de infecção e os vasopressores forem necessários para manter a pressão arterial média (PAM) ≥65 mmHg E o lactato é ≥2 mmol / L, na ausência de hipovolemia.
- Reconheça o choque séptico em crianças com qualquer hipotensão (pressão arterial sistólica [PAS] <5º centil ou> 2 DP abaixo do normal para a idade) ou 2-3 dos seguintes: estado mental alterado; taquicardia ou bradicardia (FC <90 bpm ou> 160 bpm em bebês e FC <70 bpm ou> 150 bpm em crianças); recarga capilar prolongada (> 2 s) ou vasodilatação quente com pulsos delimitadores;

Taquipnéia; pele manchada ou erupção petequial ou purpúrica; aumento de lactato; oligúria; hipertermia ou hipotermia.

* Observações: na ausência de uma medida de lactato, use a pressão arterial (por exemplo, PAM) e sinais clínicos de perfusão para definir o choque. Os cuidados padrão incluem o reconhecimento precoce e o uso dos seguintes tratamentos durante a primeira hora após o reconhecimento: terapia antimicrobiana, e início de carga de fluidos mais vasopressores para a hipotensão.

- Na ressuscitação do choque séptico (PAS< 90 mmHg, PAM <65 mmHg ou, eventualmente, redução da PAS em 40 mmHg da pressão habitual ou com sinais de hipoperfusão, entre eles níveis de lactato acima de duas vezes o valor de referência institucional (hiperlactatemia inicial)) em adultos, administre pelo menos 30 m/ kg de cristaloide adultos na primeira uma hora.
- Na ressuscitação do choque séptico em crianças em locais com bons recursos, administre 20 ml/kg em bolus rápido e até 40-60 ml/kg na primeira uma hora.

- Não use soluções hipotônicas ou baseadas em amidos para ressuscitação.
- Administre vasopressores quando o choque persistir durante ou após a ressuscitação hídrica. A meta inicial da pressão arterial é atingir PAM>65 mmhg.

  Uso de vasopressores para pacientes que permaneçam com pressão arterial média (PAM) abaixo de 65 (após a infusão de volume inicial), sendo a noradrenalina a droga de primeira escolha. Não se deve tolerar pressões abaixo de 65 mmHg por períodos superiores a 30-40 minutos. Por isso, o vasopressor deve ser iniciado dentro da primeira hora nos pacientes em que ele está indicado. Em casos de hipotensão ameaçadora à vida, pode-se iniciar o vasopressor mesmo antes ou durante a reposição volêmica. Se sinais de hipoperfusão persistirem, considerar uso de droga inotrópica (ILAS, 2018).
- Caso os cateteres venosos centrais não estiverem disponíveis, os vasopressores podem ser administrados por meio de um IV periférico, mas use uma veia grande e monitore de perto os sinais de extravasamento e necrose tecidual local. Caso ocorra extravasamento para a infusão, os vasopressores também podem ser administrados através de agulhas intra-ósseas.

  Recomenda-se prescrever fosfato de Oseltamivir em pacientes com síndrome respiratória aguda (SRAG) sem diagnóstico etiológico, conforme o protocolo atual de SRAG. A prescrição poderá ser revista a partir da identificação do agente etiológico por meio de exame laboratorial, considerando que o Oseltamivir não possui atividade contra SARS-CoV-2.

  Até o momento não há medicamento específico para o tratamento da Covid-19. No entanto, medidas de suporte devem ser implementadas. No atendimento, deve-se levar em consideração os demais diagnósticos diferenciais pertinentes e o adequado manejo clínico.
- Importante ressaltar que, conforme descrito na NOTA INFORMATIVA Nº 5/2020-DAF/SCTIE/MS, o Ministério da Saúde do Brasil disponibilizará para uso, a critério médico, o medicamento cloroquina como terapia adjuvante no tratamento de formas graves, em pacientes hospitalizados, sem que outras medidas de suporte sejam preteridas em seu favor. A presente medida considera que não existe outro tratamento específico eficaz disponível até o momento. Há dezenas de estudos clínicos nacionais e internacionais em andamento, avaliando a eficácia e a segurança de

cloroquina/hidroxicloroquina para infecção pela Covid-19, bem como outros medicamentos, e, portanto, essa medida poderá ser modificada a qualquer momento, a depender de novas evidências científicas.

Para os pacientes imunocomprometidos, recomenda-se hospitalização e avaliar possibilidade de repetir o PCR (teste molecular) antes da alta hospitalar ou eventual transferência para quarto de enfermaria sem isolamento, devido à possibilidade de excreção prolongada. Pacientes que necessitarem de internação prolongada por outras comorbidades, devem ter também PCR (teste molecular) repetidos para eventual liberação de isolamento, independentemente de ausência de febre e de sintomas hospitalares.

Quadro 17 - Orientações para Prevenção de Complicações

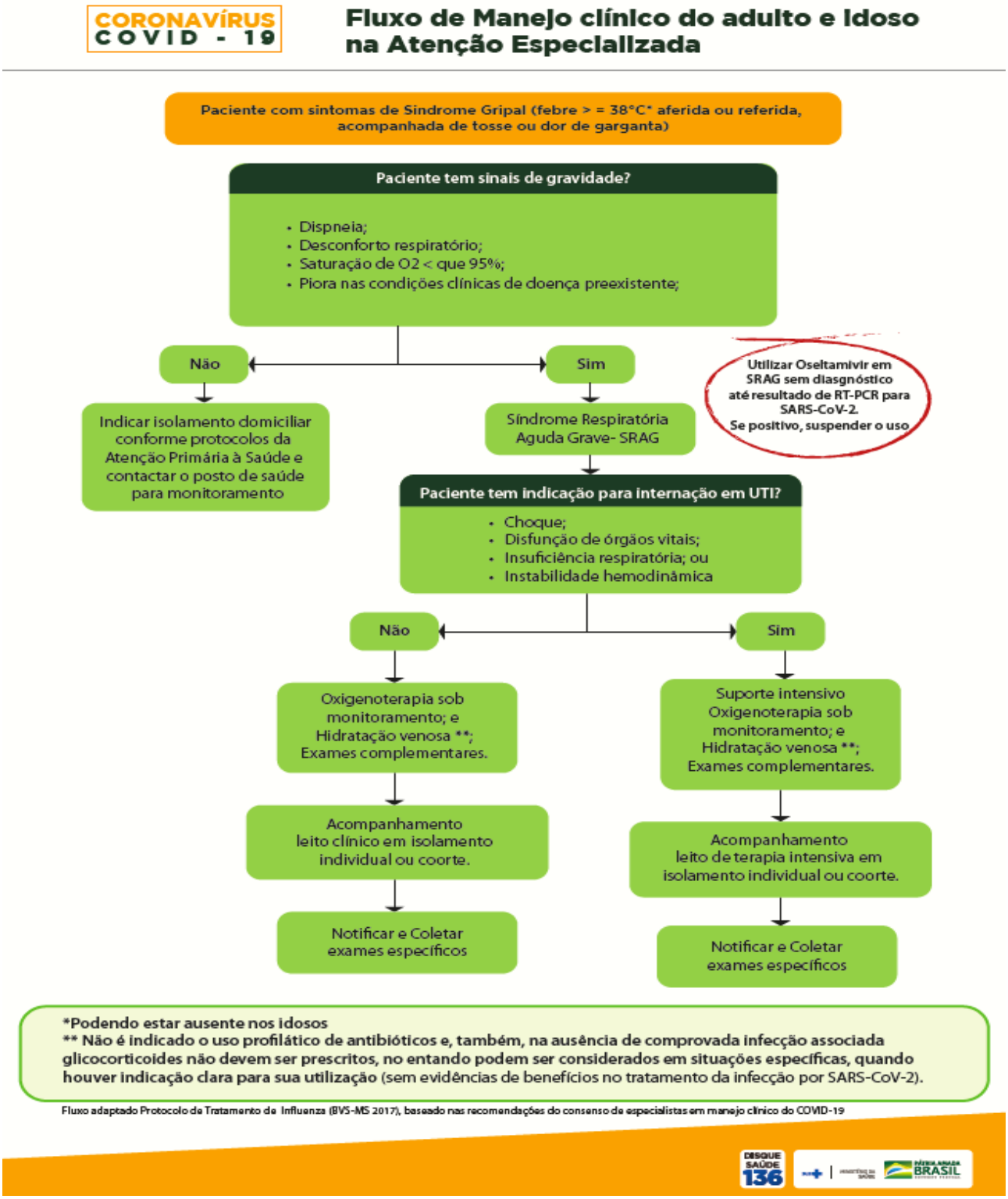
Intervenções a serem implementadas para evitar complicações / agravos dos pacientes	
Resultado Antecipado	**Intervenções**
Reduzir duas de ventilação mecânica invasiva	- Utilizar protocolos de desmame que incluam avaliação diária da capacidade respiratória espontânea. - Minimizar a sedação contínua ou intermitente, visando a pontos finais de titulação específicos ou com interrupções diárias de infusões sedativas contínuas.
Reduzir incidência de pneumonia associada à ventilação	- Prefira intubação oral à nasal e realize higiene oral regularmente - Mantenha o paciente em posição semi reclinada (cabeceira elevada entre 30º e 45º) - Use sistema de sucção fechado; drene periodicamente cada paciente; realize a troca sempre que estiver sujo ou danificado, mas não rotineiramente. - Troque o umidificador quanto houver mau funcionamento, sujidades, ou a cada 5-7 dias, seguindo as recomendações do fabricante e de acordo com o protocolo de CCIH do serviço. - Reduza o tempo de Ventilação Mecânica Invasiva.
Reduzir incidência de tromboembolismo venoso	- Use profilaxia farmacológica em pacientes sem contraindicação. Caso haja contraindicações use profilaxia mecânica.
Reduzir incidência de infecção sanguínea por cateter	- Adote uma lista simples de verificação para lembrete de data de inserção do cateter e sua remoção quando não for mais necessário.
Minimizar ocorrência de úlceras de decúbito	- Promover mudanças de decúbito a cada 02 horas.
Reduzir incidência de úlceras por estresse e sangramento gastrointestinal	- Ofertar nutrição enteral precoce (entre 24-48 horas de admissão) - Administrar bloqueadores dos receptores de histamina-2 ou inibidores de bomba de prótons em pacientes com fatores para sangramento

	gastrointestinal (coagulopatias, hepatopatias, outros)
Reduzir incidência de doenças relacionadas a permanência em UTI	- Mobilidade precoce do paciente no início da doença, quando for seguro realizar.

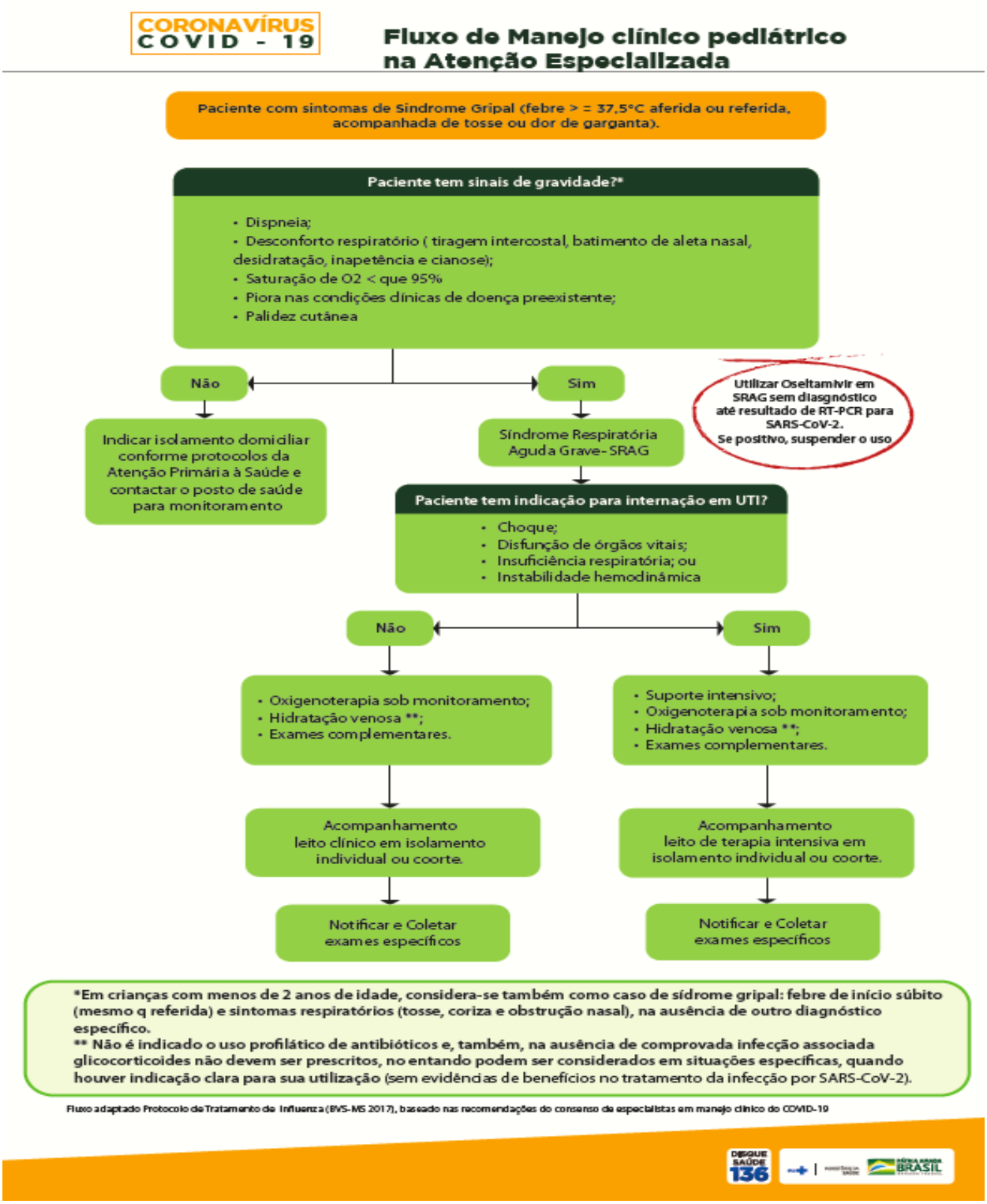
7. Referências Bibliográficas:

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada, 1ª edição
2. PALMAS - TO - Plano de Contingência do Município de Palmas para Infecção Humana pela COVID-19, Maio 2020
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE - DIRETRIZES PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA COVID-19, 17 de abril de 2020
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE - ORIENTAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PRECOCE DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DA COVID-19, 20 de maio de 2020

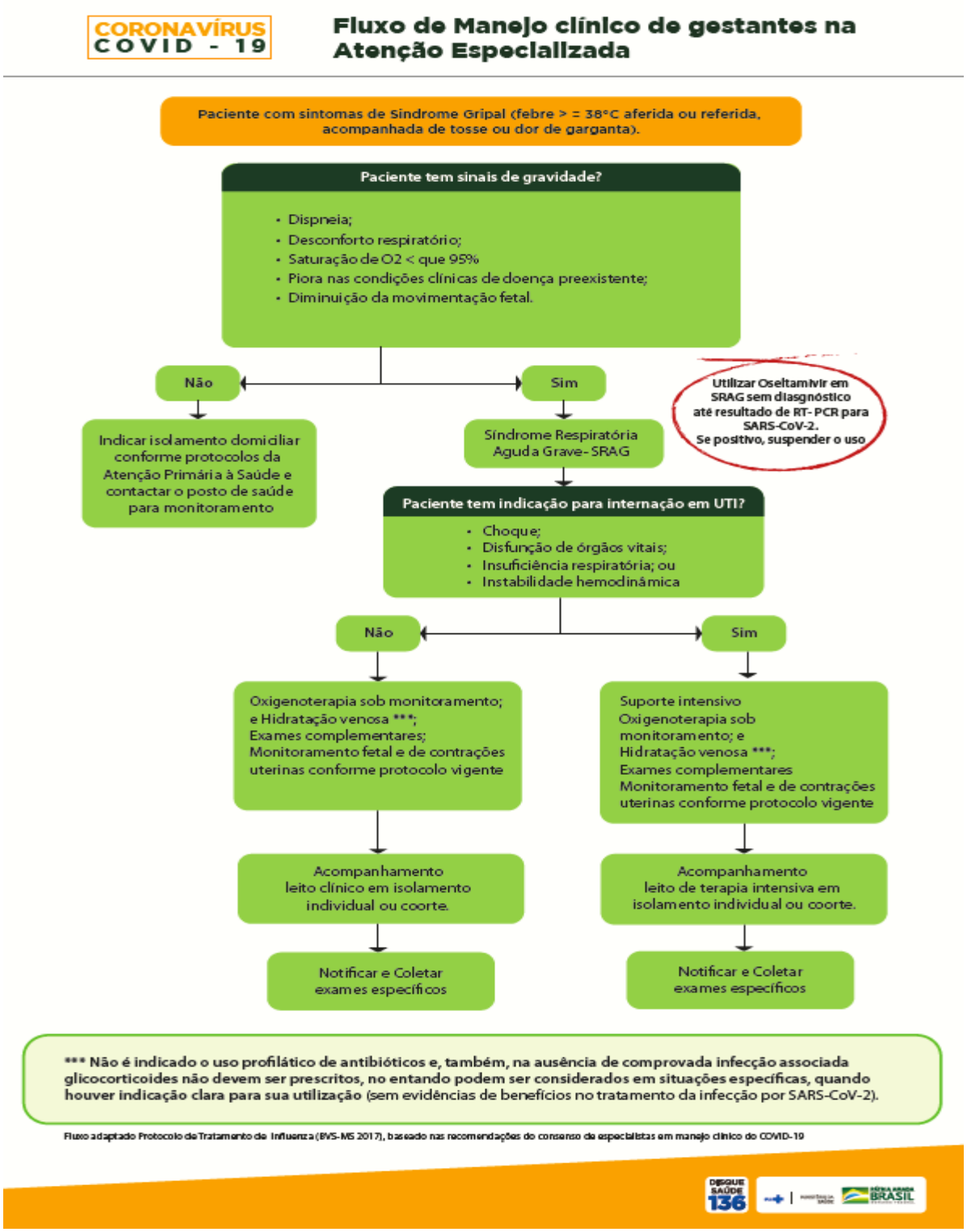
Anexo 1 - Fluxo de Manejo Clínico do Adulto e Idoso na Atenção Especializada



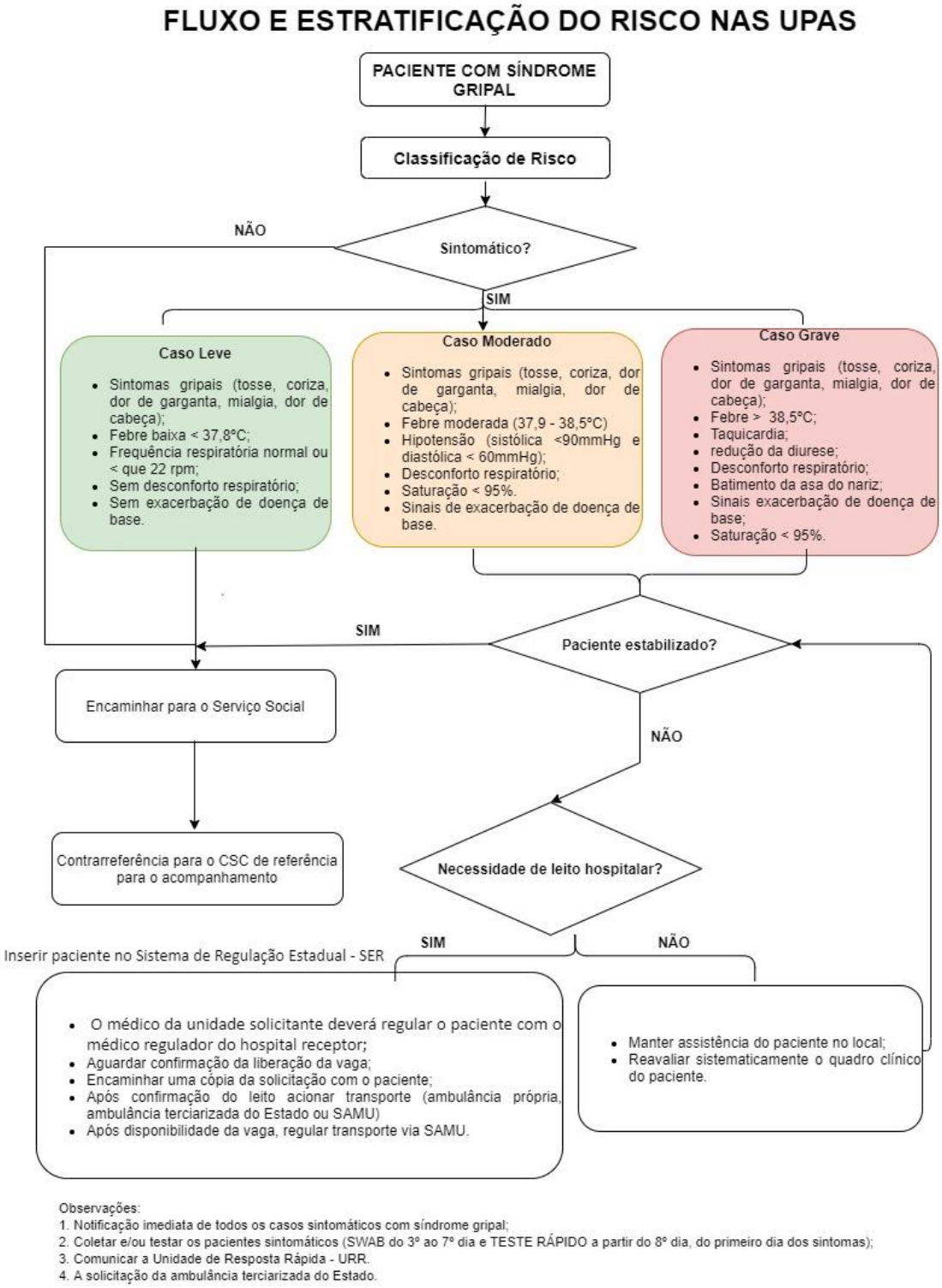
Anexo 2 - Fluxo de Manejo Clínico pediátrico na Atenção Especializada



Anexo 3 - Fluxo de Manejo Clínico de gestantes na Atenção Especializada



Anexo 4 - FLUXO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DAS UPA



Observações:
1. Notificação imediata de todos os casos sintomáticos com síndrome gripal;
2. Coletar e/ou testar os pacientes sintomáticos (SWAB do 3º ao 7º dia e TESTE RÁPIDO a partir do 8º dia, do primeiro dia dos sintomas);
3. Comunicar a Unidade de Resposta Rápida - URR.
4. A solicitação da ambulância terciarizada do Estado.

Anexo 5 - TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO - Cloroquina/Hidroxicloroquina para COVID 19

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO
Cloroquina/Hidroxicloroquina para COVID 19

Paciente:
Sexo: **Data de Nascimento: ____/_____/_____** **Idade:**
Data de Atendimento: _____/_____/_____ Unidade de Saúde:
Médico Solicitante (CRM):
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO
Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico: COVID 19 causada pelo coronavírus SARS-COV-2 E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento: Cloroquina ou Hidroxicloroquina
O PROCEDIMENTOS, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS
Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), que: 1. A cloroquina e a Hidroxicloroquina são medicamentos disponíveis há muitos anos para a prevenção e tratamento da malária e também para o tratamento de algumas doenças reumáticas como artrite reumatoide e lúpus. Investigadores chineses demonstraram a capacidade dessas drogas de inibir a replicação do coronavírus em laboratório (in vitro). Um estudo francês mostrou que a eliminação do coronavírus da garganta de portadores da COVID-19 se deu de forma mais rápida com a utilização da combinação de Hidroxicloroquina e o antibiótico azitromicina, quando comparados a pacientes que não usaram as drogas. Entretanto, não há, até o momento, estudos demonstrando melhora clínica dos pacientes com COVID-19 quando tratados com Hidroxicloroquina; 2. A Cloroquina e a Hidroxicloroquina podem causar sérios efeitos colaterais como redução dos glóbulos brancos, disfunção do fígado, disfunção cardíaca e arritmias, e alterações visuais por danos na retina; 3. O ministério da saúde, apesar de considerar o medicamento como experimental, liberou a cloroquina para uso em pacientes muito graves e entubados, a critério da equipe médica; 4. A Cloroquina ou Hidroxicloroquina é utilizada por via oral ou por sonda gástrica/enteral por 7 a 14 dias. Compreendi, portanto, que não existe garantia de resultados positivos, e que o medicamento proposto pode inclusive agravar minha condição clínica, pois não há estudos demonstrando benefícios clínicos; Estou ciente de que o tratamento com cloroquina ou Hidroxicloroquina pode causar os efeitos colaterais descritos acima, e outros menos graves ou menos frequentes, os quais podem levar à disfunção grave de órgãos, ao prolongamento da internação, à incapacidade temporária ou permanente, e até ao óbito. ambém fui informado (a) que independente do uso da cloroquina ou Hidroxicloroquina, será mantido o tratamento padrão e comprovadamente benéfico que inclui medidas de suporte da respiração e oxigenação, ventilação mecânica, drogas para sustentar a pressão e fortalecer o coração, hemodiálise e antibióticos, entre outras terapias oferecidas a pacientes que estão criticamente doentes.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) medicamento(s) seja(m) utilizado(s) da forma como foi exposto no presente termo;
Esta autorização é dada ao (à) médico (a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s);
Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;
Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Palmas, _____ de _____ de 2020 Hora: _____:_____min
( ) Paciente ( ) Responsável

Nome: _____
Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Palmas, _____ de _____ de 2020 Hora: _____:_____min

Nome do Médico: _____CRM:_____

Assinatura com Carimbo: _____