PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE PACIENTES COM DOENÇA

PELO CORONAVÍRUS 2019 ( COVID-19)

Elaborado em 09 de março de 2020

Atualizado em 21 de março de 2020

1. TRIAGEM - DEFINIÇÕES DE CASO OPERACIONAIS:

No dia 20 de março de 2020 o Ministrério da Saúde, declarou estado de transmissão comunitária pelo [**coronavírus**](https://exame.abril.com.br/noticias-sobre/coronavirus/) em todo o Brasil.

CASO SUSPEITO EM INVESTIGAÇÃO:

|  |
| --- |
| Presença de febre e sintoma respiratório.Importante observar outros sinais e sintomas mialgia/artralgia, dor de cabeça, calafrio, manchas vermelhas pelo corpo, gânglios linfáticos aumentados, diarréia, náusea, vômito, desidratação e inapetência. Febre pode não estar presente em alguns casos como, por exemplo, em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antitérmico. Nestas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na ficha de notificação;  |

 CASO CONFIRMADO:

|  |
| --- |
| LABORATORIALCaso com resultado positivo em RT-PCR em tempo real, pelo protocolo Charité. |

|  |
| --- |
| Presença de febre e sintomas respiratório.Importante observar outros sinais e sintomas mialgia/artralgia, dor de cabeça, calafrio, manchas vermelhas pelo corpo, gânglios linfáticos aumentados, diarréia, náusea, vômito, desidratação e inapetência. POSITIVO PARA OUTROS VÍRUS RESPIRATÓRIOSNEGATIVOPOSITIVOPARA SARS-CoV2DESCARTADO COVID-19CONFIRMADO COVID-19 |
| Figura 1. Definições de casos operacionais para COVID-19. |

2. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

O espectro clínico da infecção por Coronavírus é muito amplo, podendo variar de um simples resfriado até uma pneumonia severa. Segundo os dados mais atuais os sinais e sintomas clínicos são principalmente respiratórios :

|  |  |
| --- | --- |
| * Febre (83%);
* Tosse (82%);
* Falta de ar (31%);
* Dor muscular (11%);
* Confusão (9%);
* Dor de cabeça (8%);
* Dor de garganta (5%);
* Rinorréia (4%);
* Dor no peito (2%);
* Diarréia (2%) e náusea e vômitos (1%).
 | De acordo com exames de imagem e laboratorial: * (75%) pneumonia bilateral;
* (14%) manchas múltiplas e opacidade em vidro fosco;
* (1%) pneumotórax;
* (63%) linfopenia.
 |

Avaliação recente de 99 pacientes com pneumonia confirmado por laboratório com COVID -19 internados no hospital de Wulnan mostrou que a média de idade era de 55 anos e a maioria dos pacientes era do sexo masculino (68%).

3. CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DOS CASOS

As infecções tem um amplo espectro de sintomas. A classificação de casos sintomáticos adotada pela Organização de Saúde (OMS) é:

Doença não complicada – quadro compatível com infecção de vias aéreas superiores, em que o paciente pode apresentar sinais e sintomas inespecíficos como: febre, tosse, dor na garganta, congestão nasal, cefaléia, mal-estar e mialgia. Imunossuprimidos, idosos e crianças podem apresentar quadro atípico;

* Pneumonia sem complicações – infecção do trato respiratório inferior sem sinais de gravidade;
* Pneumonia grave – infecção do trato respiratório inferior com algum dos seguintes sinais de gravidade: a frequência respiratória > 30 incursões por minuto; o dispneia; o SpO2 < 90% em ar ambiente; o cianose;
* Síndrome da angústia respiratória aguda (SARA) – surgimento ou agravamento dos sintomas respiratórios, até 1 semana do início da doença. Pode ainda apresentar: Alterações radiológicas – opacidades bilaterais, atelectasia lobar/pulmonar ou nódulos; edema pulmonar não explicado por insuficiência cardíaca ou hiper- hidratação; relação PaO2/FiO2 ≤ 300 mmHg – leve (entre 200-300 mmHg), moderada (entre 100-200 mmHg) e grave (abaixo de 100 mmHg).
* Sepse – síndrome da resposta inflamatória sistêmica com disfunção orgânica na presença de infecção presumida ou confirmada. São sinais frequentes de disfunção orgânica: alteração do nível de consciência, oligúria, taqui e/ou dispneia, baixa saturação de oxigênio, taquicardia, pulso débil, extremidades frias, coagulopatia, trombocitopenia, acidose, elevação do lactato sérico ou da bilirrubina;
* Choque séptico – sepse acompanhada de hipotensão [pressão arterial média (PAM) < 65 mmHg] a despeito de ressuscitação volêmica adequada.

4. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

Exceto os casos de doença não complicada, todos os demais devem ser internados. Para os pacientes imunocomprometidos, recomenda-se hospitalização em qualquer circunstância. Pessoas em acompanhamento ambulatorial devem ser orientadas a:

• permanecerem em seu domicílio enquanto perdurarem os sintomas;

• higienizar as mãos frequentemente com água e sabão (na presença de sujidade visível) ou álcool em gel;

• cobrir boca e nariz ao tossir ou espirrar com a parte interna do cotovelo flexionado ou com um lenço de papel, descartando-o em lixo imediatamente após e higienizando as mãos em seguida;

• limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência;

• evitar contato próximo (menos de um metro) com outras pessoas que apresentam sintomas respiratórios;

• não compartilhar objetos que entrem em contato com vias aéreas (talheres, por exemplo);

• retornar ao serviço de saúde se houver piora do quadro clínico.

Os casos de sepse, choque séptico e síndrome da angústia respiratória aguda devem ser manejados em unidades de terapia intensiva.

5. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE NO AMBIENTE HOSPITALAR:

Conforme as informações atuais disponíveis, sugere-se que a via de transmissão pessoa a pessoa do novo coronavírus (SARS-CoV-2) é por gotículas respiratórias ou contato. Qualquer pessoa que tenha contato próximo (dentro de 1 metro) com alguém que tenha sintomas respiratórios (por exemplo, espirros, tosse, etc.) está em risco de ser exposta a gotículas respiratórias potencialmente infecciosas.

As medidas de proteção e controle são fundamentais para diminuir a chance de disseminação da doença para outras pessoas, incluindo para os profissionais da saúde e devem ser instituídas imediatamente frente a um caso suspeito ou confirmado da doença.

Precauções padrão como higienização das mãos e uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPI) que evitem contato com sangue, secreções e lesões cutâneas sempre devem ser adotadas, bem como medidas que diminuam o risco de acidentes com materiais perfuro-cortantes. As medidas devem ser instituídas antes da chegada do paciente ao serviço de saúde, na chegada, triagem, espera do atendimento e durante toda a assistência prestada.

5.1. Na Classificação de Risco e Triagem ao detectar caso suspeito ou confirmado:

Identifique os pacientes em risco de ter infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2).

Oriente adequadamente a lavagem das mãos e realização da higiene respiratória e etiqueta da tosse, se a paciente estiver em ar ambiente usar máscara cirúrgica, desde a entrada no hospital e enquanto estiver recebendo atendimento, durante toda sua permanência no serviço de saúde.

Priorize o atendimento destas pacientes na triagem.

Isole o caso suspeito ou confirmado em uma sala de apropriada conforme a indicação clínica. (conforme Figura 1)

Figura 1: Fluxo das pacientes em risco de COVID19 na MESM.

|  |
| --- |
| Classificação de Risco e triagem:Identifique a paciente em risco de ter infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2);Coloque máscara cirúrgica na paciente e oriente sobre a lavagem das mãos e etiqueta da tosse e higiene respiratória.PRIORIZE SEU ATENDIMENTO NA TRIAGEMSala de parto nº 2UTI materna sala de isolamentoEnfermaria nº 1 ou 8Centro CirúrgicoObs.: Antes de conduzir a paciente aos quartos de isolamento, comunique previamente aos respectivos setores e atenção para que todos os profissionais envolvidos na locomoção da paciente estejam devidamente paramentado.PROFISSIONAIS DE SAÚDE:- higiene das mãos com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%;- óculos de proteção ou protetor facial;- máscara cirúrgica;- avental;- luvas de procedimento- gorro (para procedimentos que geram aerossóis)Observação: os profissionais de saúde deverão utilizar máscaras N95/FFP2, ou equivalente, ao realizar procedimentos geradores de aerossóis como por exemplo, intubação ou aspiração traqueal, ventilação mecânica invasiva e não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, coletas deamostras nasotraqueais.PROFISSIONAIS DE APOIO, caso participem da Assistência direta ao caso suspeito ou confirmado:- higiene das mãos com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%;- óculos de proteção ou protetor facial; - máscara cirúrgica; - avental; - luvas de procedimento. |

5.2. UTIs e quartos de isolamento:

Os profissionais deverão utilizar adequadamente os EPIs conforme Figura 2, atentando para a sequência segura na colocação e retirada dos equipamentos.

Os profissionais deverão utilizar adequadamente os EPIs conforme Figura 2, atentando para a sequência segura na colocação e retirada dos equipamentos. Figura 3.

* Obrigatório uso de avental descartável, luvas, máscara N95/PPF2, gorro e óculos de proteção ou máscara facial.
* Utilizar avental impermeável na presença de grandes volumes de fluidos corporais como: banho, troca de fraldas, higiene íntima, cuidado com feridas, endoscopia, diálise e ECMO, e em situações que gerem aerossol como IOT, aspiração, VNI, RCP.
* O uso da máscara individual e reutilizável. Pode ser reutilizada pelo mesmo profissional (PPF2=1 dia e NR95=7 dias) desde que se mantenha íntegra, seca e limpa, mantida em saco plástico com nome;
* Descarte com estiver com sujidade visível, danificada ou houver dificuldade para respirar.
* Importante seguir a sequência adequada de colocação e retirada dos EPI´s.

Figura 2: Recomendação de medidas a serem implementadas para prevenção e

controle da disseminação do novo coronavírus (SARS-CoV-2) em serviços de

saúde.

|  |  |
| --- | --- |
| PROFISSIONAIS DE SAÚDE  | - higiene das mãos com água esabonete líquido OU preparação alcoólica a70%;- óculos de proteção ou protetor facial;- máscara cirúrgica;- avental;- luvas de procedimento- gorro (para procedimentos que geram aerossóis)Observação: os profissionais de saúde deverão utilizar máscaras N95, FFP2, ou equivalente, ao realizar procedimentos geradores de aerossóis como por exemplo,intubação ou aspiração traqueal, ventilação mecânica invasiva e não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, coletas de amostras nasotraqueais. |
| PROFISSIONAIS DE APOIO(profissionais da higiene e limpeza, nutrição,manutenção, etc) | - higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%;- gorro (para procedimentos que geram aerossóis);- óculos de proteção ou protetor facial;- máscara cirúrgica;- avental;- luvas de procedimentosAtenção: profissionais da higiene e limpeza, acrescentar luvas de borracha com cano longo e botas impermeáveis de cano longo. |

UTI Materna:

A primeira paciente será internada na sala de isolamento, caso a demanda deste setor aumente com mais pacientes, a UTI funcionará com isolamento de coorte respeitando distanciamento adequado entre os leitos (1 metro).

UTI neo:

Os recém-nascidos que necessitarem cuidados intensivos e semi intensivos deverão ser encaminhados, com as precauções de deslocamento adequadas, até a box 1.

Enfermaria 1 e 8, sala de parto 2 e se necessário “semi-intensiva” do pré parto: seguir as recomendações contidas na Figura 2, atentando para a sequência segura na colocação e retirada dos equipamentos. (Figura 3)

|  |
| --- |
| Figura 3: Sequência adequada de colocação e retida dos EPIs: |

6. NOTIFICAÇÃO DO CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO:

* A notificação imediata deve ser realizada pelo meio de comunicação mais rápido disponível, em até 24( vinte e quatro) horas a partir do conhecimento de caso que se enquadre na definição de caso suspeito.
* A notificação imediata deve ser feita ao Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde – CIEVS, da SUVISA/SESAU/AL. Por telefone: (82) 3315 - 2059/ 0800 284 5415 (Horário comercial – todos os dias) ou celular (82) 98882 - 9752 (24hs). Por endereço eletrônico: notifica@saude.al.gov.br
* Para a notificação e investigação de casos suspeitos do novo Coronavírus utilizar o FORMULÁRIO PADRONIZADO: é um FormSus disponível em http://bit.ly/2019ncov.
* O profissional que suspeitar do caso deve preencher a ficha impressa, enviar uma cópia para o LACEN junto com a solicitação do GAL e anexar a ficha original ao prontuário do paciente. Posteriormente, a ficha original será recolhida pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, que encaminhará a mesma ao CIEVS.

Atenção especial deve ser dada a outras síndromes respiratórias para utilizar os instrumentos de notificação:

|  |  |
| --- | --- |
| DEFINIÇÃO DE CASO  | FICHA DE NOTIFICAÇÃO  |
| Caso que NÃO atenda à definição de caso suspeito de COVID -19 e que atenda à definição de Caso de Síndrome Respiratória Grave (SRAG)1  | Ficha de SRAG  |
| Caso que apresentou quadro de SRAG E que ATENDE a um dos critérios epidemiológicos de caso suspeito de 2019 –nCoV  | Ficha de SRAG E a ficha de notificação para casos suspeitos 2019 –nCoV (FormSus disponível em http://bit.ly/2019-ncov).  |

SRAG: indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação O2 < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.

 Informar imediatamente ao NHE do hospital.

7. DIAGNÓSTICO

7.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

 O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como síndrome gripal, no entanto, casos iniciais leves, podem evoluir para elevação progressiva da temperatura e a febre ser persistente além de 3 a 4 dias, ao contrário do que se observa nos casos de inflenza. O diagnóstico depende da investigação clínico-epidemiológica e do exame físico. É recomendável que em todos os casos de síndrome gripal seja questionado e registrado no prontuário o HISTÓRICO DE VIAGEM PARA O EXTERIOR OU CONTATO PRÓXIMO COM PESSOAS QUE TENHAM VIAJADO PARA O EXTERIOR.

7.2 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

A identificação do vírus é realizado por meio das técnicas de RT-PCR em tempo real e sequenciamento parcial ou total do genoma viral.

8. COLETA DE AMOSTRAS PARA EXAMES

A coleta de exames (RT-PCR) é essencial para o diagnóstico definitivo. Devem ser colhidos o mais rapidamente possível, porém não podem retardar o início do tratamento. No caso suspeito recomenda-se a coleta dos seguintes espécimes: o Aspirado de nasofaringe OU swab combinado (nasal e oral). Quando possível, secreções de vias aéreas inferiores devem também ser colhidas (escarro, lavado broncoalveolar, aspirado traqueal).

Acionar laboratório para coleta das amostras ( 02 amostras).

Preencher formulário do GAL solicitando coleta de aspirado de nasofaringe OU swab combinado (nasal e oral) - preencher o campo Agravo/Doença com “Influenza” ou “Vírus Respiratório” e, na suspeita de 2019-nCoV, inserir esta informação no campo Dados Clínicos/Laboratoriais.

Hemoculturas para bactérias (1 par, pelo menos);

Radiografia simples de tórax – utilizar aparelho portátil ou tomografia computadorizada (considerar risco inerente ao deslocamento);

Outros exames para diagnóstico e manejo de complicações podem ser necessários: hemograma, ureia, creatinina, gasometria arterial, lactato, eletrólitos, enzimas hepáticas, coagulograma e outros a critério médico.

MEDIDAS TERAPÊUTICAS PARA PACIENTES GRAVES

Não há medicamento específico conhecido. Portanto, as medidas terapêuticas visam a manutenção das funções vitais do enfermo e o suporte clínico adequado.

Recomenda-se:

Oxigenoterapia suplementar – iniciar com fluxo de 5L/min, objetivando manter a SpO2 ≥ 90%. Em gestantes manter SpO2 entre 92-95%. Em crianças, ≥ 94%. Monitorar com oxímetro de pulso;

Usar tratamento conservador com fluidos em pacientes com SRAG, quando não houver evidência de choque. Reposição volêmica adequada com cristaloides. Cuidado com a hiper-hidratação, pois pode piorar a oxigenação por congestão pulmonar;

Antimicrobianos empíricos – prescrever esquema antimicrobiano indicado para pneumonia adquirida na comunidade, conforme protocolo. (cefalosporina de 3ª geração + macrolídeo ou fluorquinolona, por exemplo).

Iniciar oseltamivir com as doses indicadas para o tratamento, de acordo com a idade do enfermo, até resultado do exame específico;

Controle das comorbidades pré-existentes, principalmente doenças pulmonares, cardíacas, hipertensão arterial sistêmica e diabetes;

Monitorar sinais clínicos que indiquem evolução para gravidade e necessidade de terapia intensiva. Reconhecer desconforto respiratório grave mesmo quando oxigenioterapia ofertada em alto fluxo.

Havendo necessidade de terapia intensiva, os protocolos para sepse e/ou SDRA nortearão a conduta.

Tratamento da insuficiência respiratória hipoxêmica e síndrome respiratória aguda grave (SRAG)

Instituir ventilação mecânica precocemente em pacientes com insuficiência respiratória hipoxêmica persistente (apesar da oxigenoterapia).

Considerar ventilação não invasiva (VNI) se desconforto respiratório leve, imunossupressão presente ou problemas cardiovasculares, se houver isolamento com pressão negativa, devido à dispersão de aerossois.

Recomenda-se bloqueio neuromuscular durante a intubação endotraqueal para evitar tosse.  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).

Usar filtro conectado ao ventilador manual.

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

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 prenda o tubo endotraqueal quando for necessário desconectar (por exemplo, transferir para um ventilador de transporte) para evitar disseminação de spray respiratório.

Adotar uma estratégia conservadora de gerenciamento de fluidos para pacientes sem hipoperfusão tecidual.

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.

Na ressuscitação do choque séptico em adultos, administre pelo menos 30 ml / kg de cristalóide isotônico em adultos nas primeiras 3 horas.

Não use soluções hipotônicas ou baseadas em amidos para ressuscitação.

Administre vasopressores quando o choque persistir durante ou após a ressuscitação hídrica. Se 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. Se ocorrer extravasamento, pare a infusão. Os vasopressores também podem ser administrados através de agulhas intraósseas.

Considere administrar hidrocortisona intravenosa (até 200mg/dia) ou prednisolona (até 75mg/dia) em pacientes com choque persistente que necessitem de doses crescentes de vasopressores.

9. INDICAÇÃO PARA REPETIÇÃO DE EXAMES DE RT – PCR

Avaliar possibilidade de repetir o RT- PCR antes da alta ou eventual transferência para fora do isolamento, devido a possibilidade de excreção prolongada do virus;

Pacientes que necessitem de internação prolongada por outras comorbidades , devem também repetir o RT- PCR para eventual liberação de isolamento, independente da ausência de sintomas.

10. AMAMENTAÇÃO:

Dada a realidade de que as mães infectadas com Coronavirus provavelmente já colonizaram seu lactente, a amamentação continuada tem o potencial de transmitir anticorpos maternos protetores para o recém nascido através do leite materno. Assim, a amamentação deve continuar com a mãe praticando cuidadosamente a lavagem das mãos e o uso da máscara cirúrgica durante a amamentação, para minimizar a exposição viral adicional ao recém nascido.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Nota técnica nº 04/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico 04: doença pelo Coronavírus 2019 – atualização das definições de caso. 2020.

CHEN, Nanshan; et. al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. The Lancet. 29 de Janeiro, 2020.

THE EDITOR. Importation and Human-to-Human Transmission of a Novel Coronavirus in Vietnam. The New England Journal of Medicine. Correspondence. 28 de Janeiro, 2020.

HUANG, Chaolin; et. al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. The Lancet. 24 de Janeiro, 2020.

LI, Qun; et. al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus– Infected Pneumonia. The New England Journal of Medicine. Original Article. 29 de Janeiro, 2020.

Ministério da Saúde – Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV). 2020

MUNSTER, Vincent J.; et. al. A Novel Coronavirus Emerging in China — Key Questions for Impact Assessment. The New England Journal of Medicine. ED. Perspective - A Novel Coronavirus Emerging in China. 26 de Janeiro, 2020.

ÑAMENDYS-SILVA, S. A. Respiratory support for patients with COVID-19 Infection. Lancet Respir Med 2020. n. March 5. 2020

OMS – Organização Mundial de Saúde. Advice on the use of masks the community, during home care and in health care settings in the context of the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak: Interim guidance. 29 de Janeiro, 2020.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: Interim guidance. 28 de Janeiro, 2020.

PERLMAN, Stanley. Another Decade, Another Coronavirus. The New England Journal of Medicine. Editorial. 26 de Janeiro, 2020.

RUBIN, Eric J; et. al. Medical Journals and the 2019-nCoV Outbreak. The New England Journal of Medicine. Editori a l. 28 de Janeiro, 2020.

SUVISA/CIEVS. Alerta epidemiológico GT 2019-nCOV nº 01/2020 – 01/fev. 2020

ZHU, Na; et. al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. Brief Report. The New England Journal of Medicine. 24 de Janeiro, 2020.

Breastfeeding medicine. Vol.15, Number 3, 2020.