



2020

**PROTOCOLO DE ORIENTAÇÕES DE
ATENDIMENTO PARA OS CASOS
SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE
CORONAVÍRUS**

OSS - IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA E MATERNIDADE DE DRACENA
Rua Virgílio Pagnozzi n°. 822 - Dracena - SP - CEP: 17.900-000 - Fone: (18) 3821-8466
CNPJ: 47.617.584/0001-02 - CNES: 2750988 - www.santacasadracena.com.br



	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia e Maternidade de Dracena	POACSCC
	PROTOCOLO DE ORIENTAÇÕES DE ATENDIMENTO PARA OS CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE CORONAVÍRUS	Revisão: 00
		Página: 2/24

INTRODUÇÃO

As medidas de prevenção e controle de infecção devem ser implementadas pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde para evitar ou reduzir ao máximo a transmissão de microrganismos durante qualquer assistência à saúde realizada.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO

As medidas de prevenção e controle de infecção devem ser implementadas pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde para evitar ou reduzir ao máximo a transmissão de microrganismos durante qualquer assistência à saúde realizada.

O serviço de saúde deve garantir que as políticas e as boas práticas internas minimizem a exposição a patógenos respiratórios, incluindo o novo coronavírus (SARS-CoV-2).

As medidas devem ser implementadas antes da chegada do paciente ao serviço de saúde, na chegada, triagem, espera do atendimento e durante toda a assistência prestada.

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DE URGÊNCIA E TRANSPORTE INTERINSTITUCIONAL DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS

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.

Portanto, deve-se:

- Melhorar a ventilação do veículo para aumentar a troca de ar durante o transporte;
- Limpar e desinfetar todas as superfícies internas do veículo após a realização do transporte. A desinfecção pode ser feita com álcool a 70%, hipoclorito de sódio ou outro desinfetante indicado para este fim e seguindo procedimento operacional padrão definido para a atividade de limpeza e desinfecção do veículo e seus equipamentos e realizar higiene das mãos com álcool em gel ou água e sabonete líquido
- Sempre notificar previamente o serviço de saúde para onde o caso suspeito ou confirmado será encaminhado.

CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS E ACOMPANHANTES	<ul style="list-style-type: none"> - usar máscara cirúrgica; - usar lenços de papel (tosse, espirros, secreção nasal); - higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%.
PROFISSIONAIS DE SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> - 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) <p>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.</p>
PROFISSIONAIS DE APOIO, CASO PARTICIPEM DA ASSISTÊNCIA DIRETA AO CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO	<ul style="list-style-type: none"> - 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.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL OU PRONTO ATENDIMENTO

Ao agendar consultas, instrua os pacientes e acompanhantes a informar já na chegada ao serviço se estiverem com sintomas de alguma infecção respiratória (por exemplo, tosse, coriza, febre, dificuldade para respirar) e tomar as ações preventivas apropriadas, por exemplo, usar máscara cirúrgica a partir da entrada do serviço, se puder ser tolerada. Para indivíduos que não podem tolerar o uso da máscara cirúrgica devido por exemplo, a secreção excessiva ou falta de ar, deve-se orientá-lo a realizar rigorosamente a higiene respiratória, ou seja, cobrir a boca e o nariz quando tossir ou espirrar com papel descartável e realizar a higiene das mãos com água e sabonete líquido ou álcool gel 70%, imediatamente.

Se um caso suspeito ou confirmado chegar via transporte móvel de urgência, os profissionais que realizaram o atendimento pré-hospitalar devem comunicar sobre os sintomas para os serviços de atendimento ambulatorial ou de pronto atendimento.

As seguintes medidas devem ser seguidas pelos serviços de saúde que prestam atendimento ambulatorial ou de pronto atendimento aos casos suspeitos ou confirmados pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2):

- Estabelecer critérios de triagem para identificação e pronto atendimento dos casos;
- Orientar os profissionais de saúde quanto às medidas de precaução a serem adotadas;
- Disponibilizar máscara cirúrgica para os pacientes e acompanhantes e prover condições para higiene das mãos;
- Casos suspeitos de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) devem permanecer preferencialmente em área separada até a consulta ou encaminhamento para o hospital (caso necessária a remoção do paciente);
- Orientar os pacientes a adotar as medidas de etiqueta respiratória: - se tossir ou espirrar, cobrir o nariz e a boca com cotovelo flexionado ou lenço de papel;
- Utilizar lenço descartável para higiene nasal (descartar imediatamente após o uso e realizar a higiene das mãos);
- Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca;
- Realizar a higiene das mãos;
- Prover lenço descartável para higiene nasal na sala de espera. Prover lixeira com acionamento por pedal para o descarte de lenços de papel;
- Prover dispensadores com preparações alcoólicas para a higiene das mãos (sob as formas gel ou solução a 70%) nas salas de espera e estimular a higiene das mãos após contato com secreções respiratórias;
- Prover condições para higiene simples das mãos: lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel toalha, papel toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual;
- Manter os ambientes ventilados;
- Eliminar ou restringir o uso de itens compartilhados por pacientes como canetas, pranchetas e telefones;
- Realizar a limpeza e desinfecção das superfícies do consultório e de outros ambientes utilizados pelo paciente;
- Realizar a limpeza e desinfecção de equipamentos e produtos para saúde que tenham sido utilizados na assistência ao paciente;
- Se houver necessidade de encaminhamento do paciente para outro serviço de saúde, sempre notificar previamente o serviço referenciado.

NA CHEGADA, TRIAGEM E ESPERA DE ATENDIMENTO NO SERVIÇO DE SAÚDE

O serviço de saúde deve adotar medidas para garantir que todos os casos suspeitos ou confirmado de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) ou com síndrome gripal sigam os procedimentos de higiene respiratória, etiqueta da tosse e higiene das mãos durante todo o período que permanecerem na unidade.

Podem ser utilizados alertas visuais (por exemplo, cartazes, placas e pôsteres) na entrada dos serviços de saúde e em locais estratégicos (por exemplo, áreas de espera, elevadores e lanchonetes) para fornecer aos pacientes e acompanhantes/visitantes as instruções sobre a forma correta para a higiene das mãos, higiene respiratória e etiqueta da tosse.

As instruções devem incluir o uso das máscaras cirúrgicas para cobrir o nariz e a boca ao tossir ou espirrar e a higiene das mãos.



Garanta que pacientes com sintomas suspeitos de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) ou outra infecção respiratória não fiquem esperando atendimento entre outros pacientes. Identifique um espaço separado e bem ventilado que permita que os pacientes em espera sejam separados e com fácil acesso a suprimentos de higiene respiratória e higiene das mãos.

De acordo com o que se sabe até o momento, as seguintes orientações devem ser seguidas pelos serviços de saúde:

1. Garanta a triagem e o isolamento rápidos de pacientes com sintomas suspeitos de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) ou outra infecção respiratória (por exemplo, febre e tosse):

- Identifique os pacientes em risco de ter infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) antes ou imediatamente após a chegada ao estabelecimento de saúde;
- Implementar procedimentos de triagem para detectar pacientes sob investigação para o novo coronavírus (SARS-CoV-2) durante ou antes da triagem ou registro do paciente: garantir que todos os pacientes sejam questionados sobre a presença de sintomas de uma infecção respiratória ou contato com possíveis pacientes com o novo coronavírus (SARS-CoV-2).

2. Oriente adequadamente a realização da higiene respiratória e etiqueta da tosse (por exemplo, colocando uma máscara cirúrgica sobre o nariz e a boca do paciente) e isole o caso suspeito ou confirmado em uma sala:

- Forneça suprimentos para higiene respiratória e etiqueta da tosse, incluindo condições para a higiene das mãos e forneça máscaras cirúrgicas, nas entradas dos serviços de saúde, salas de espera de pacientes, etc.

3. Oriente sobre a necessidade da higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido (40-60 segundos) OU preparação alcoólica a 70% (20 segundos).

5. Oriente que os pacientes e profissionais de saúde evitem tocar olhos, nariz e boca com as mãos não lavadas.

6. Realize a limpeza e a desinfecção de objetos e superfícies tocados com frequência pelos pacientes e equipes assistenciais.

7. Oriente os profissionais de saúde a evitar tocar superfícies próximas ao paciente (ex. mobiliário e equipamentos para a saúde) e aquelas fora do ambiente próximo ao paciente, com luvas ou outros EPI contaminados ou com as mãos contaminadas.

8. Oriente os profissionais de saúde e profissionais de apoio a utilizarem equipamentos de proteção individual (EPI) durante a assistência direta aos pacientes ou que tenham contato com o paciente ou superfícies e materiais/produtos utilizados por ele e por seus acompanhantes/visitantes.

Atenção: Não se deve circular pelo serviço de saúde utilizando os EPI. Estes devem ser imediatamente removidos após a saída do quarto, enfermaria ou área de isolamento.

Observação: Se o profissional sair de um quarto para outro, em sequência, não há necessidade de trocar óculos/protetor facial, máscara e gorro, somente avental e luvas, além de realizar a higiene de mãos.

DURANTE A ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Quanto a disseminação, sabe-se até o momento que o novo coronavírus (SARS-CoV-2) é transmitido pelo contato direto, principalmente por meio de gotículas respiratórias e pelo contato indireto por meio das mãos, objetos ou superfícies contaminadas, de forma semelhante com que outros patógenos respiratórios se espalham. Desta forma, devem ser seguidas as seguintes orientações de Precauções durante a assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados:

- Garantir triagem, reconhecimento precoce e controle da fonte (isolar pacientes com suspeita de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2));
- Utilizar precauções padrão para todos os pacientes: As precauções padrão assumem que todas as pessoas estão potencialmente infectadas ou colonizadas por um patógeno que pode ser transmitido no ambiente de assistência à saúde e devem ser implementadas para todos os casos suspeitos ou confirmados. Deve-se prestar muita atenção às capacitações sobre a colocação e retirada seguras de qualquer EPI;
- Implementar precauções adicionais (para gotículas e contato) para casos suspeitos e confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2);
- Implementar precauções para aerossóis em situações especiais.

Alguns procedimentos realizados em pacientes com infecção suspeita ou confirmada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) podem gerar aerossóis (como por exemplo, procedimentos que induzem a tosse, intubação ou aspiração traqueal, ventilação invasiva e não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, indução de escarro, coletas de amostras nasotraqueais). Para esses casos, as Precauções para Gotículas devem ser substituídas pelas Precauções para Aerossóis.

Os procedimentos que podem gerar aerossóis devem ser realizados preferencialmente em uma unidade de isolamento respiratório com pressão negativa e filtro HEPA (High Efficiency Particulate Arrestance). Na ausência desse tipo de unidade, deve-se colocar o paciente em um quarto com portas fechadas (com janelas abertas) e restringir o número de profissionais durante estes procedimentos. Além disso, deve-se orientar a obrigatoriedade do uso da máscara de proteção respiratória (respirador particulado) com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até 0,3 μ (tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3) pelos profissionais de saúde.

Nota 1: Os pacientes com sintomas de infecções respiratórias devem utilizar máscara cirúrgica desde a chegada ao serviço de saúde, na chegada ao local de isolamento e durante a circulação dentro do serviço (transporte dos pacientes de uma área/setor para outro).

Nota 2: Ressalta-se a necessidade do uso racional de EPI nos serviços de saúde.

RECOMENDAÇÃO DE MEDIDAS A SEREM IMPLEMENTADAS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA DISSEMINAÇÃO DO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-COV-2) EM SERVIÇOS DE SAÚDE.

CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS E ACOMPANHANTES	<ul style="list-style-type: none"> - usar máscara cirúrgica; - usar lenços de papel (tosse, espirros, secreção nasal); - higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%.
PROFISSIONAIS DE SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> - 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) <p>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.</p>
PROFISSIONAIS DE APOIO (profissionais da higiene e limpeza, nutrição, manutenção, etc)	<ul style="list-style-type: none"> - 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 procedimentos <p>Atenção: profissionais da higiene e limpeza, acrescentar luvas de borracha com cano longo e botas impermeáveis de cano longo.</p>

CUIDADOS APÓS A MORTE

Os princípios das precauções padrão de controle de infecção e precauções baseadas na transmissão devem continuar sendo aplicados no manuseio do corpo. Isso ocorre devido ao risco contínuo de transmissão infecciosa por contato, embora o risco seja geralmente menor do que para pacientes ainda vivos.

1. Orientações pós-óbito de pessoas com infecção suspeita ou confirmada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2):

- Durante os cuidados com o cadáver, só devem estar presentes no quarto ou área, os profissionais estritamente necessários (todos com EPI);
- Todos os profissionais que tiverem contato com o cadáver, devem usar: gorro, óculos de proteção ou protetor facial, máscara cirúrgica, avental impermeável e luvas. Se for necessário realizar procedimentos que geram aerossol como extubação, usar N95, PFF2, ou equivalente;
- Os tubos, drenos e cateteres devem ser removidos do corpo, tendo cuidado especial com a remoção de cateteres intravenosos, outros dispositivos cortantes e do tubo endotraqueal;



- Descartar imediatamente os resíduos perfurocortantes em recipientes rígidos, à prova de perfuração e vazamento, e com o símbolo de resíduo infectante;
- Se recomenda desinfetar e tapar/bloquear os orifícios de drenagem de feridas e punção de cateter com cobertura impermeável;
- Limpar as secreções nos orifícios orais e nasais com compressas;
- Tapar/bloquear orifícios naturais do cadáver (oral, nasal, retal) para evitar extravasamento de fluidos corporais com algodão;
- Acondicionar o corpo em saco impermeável à prova de vazamento e selado;
- Preferencialmente colocar o corpo em dupla embalagem impermeável e desinfetar a superfície externa do saco (pode-se utilizar álcool a 70°, solução clorada [0.5% a 1%], ou outro saneante desinfetante regularizado junto a Anvisa);
- Identificar adequadamente o cadáver;
- Identificar o saco externo de transporte com a informação relativa a risco biológico; no contexto da COVID-19: agente biológico classe de risco 3;
- Realizar limpeza da maca de transporte de cadáveres com álcool 70%;
- Após remover os EPI, sempre proceder à higienização das mãos;
- O documento específico emitido pelo Ministério da Saúde (ver referência abaixo) recomenda NÃO REALIZAR necropsia a menos que isso seja absolutamente necessário (morte violenta, por exemplo);
- Nos casos de evolução para óbito em que não foi possível realizar a coleta de secreção de nasofaringe com swab com o paciente em vida, esse procedimento poderá ser realizado pós morte, até 12 horas após o óbito, tomando-se todas as medidas de paramentação indicadas nesse procedimento, o mais rapidamente possível;
- O documento específico emitido pelo Ministério da Saúde recomenda o preenchimento da Declaração de Óbito nos seguintes modelos.

Os novos códigos U07.1 (COVID 19, vírus identificado) e U07.2 (COVID 19, vírus não identificado, clínico epidemiológico) definidos pela Organização Mundial de Saúde são os marcadores no Brasil da pandemia

Sendo assim, na mesma linha em que for mencionado o B34.2 (Infecção pelo Coronavírus de localização não especificada) deve constar também o código marcador U07.1 ou U07.2

Todo o código U04.9 (síndrome respiratória aguda grave SARS/SRAG) utilizado como marcador para caso suspeito de COVID 19, será substituído pelos códigos supracitados.

Antes

Depois

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<input checked="" type="checkbox"/> A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nesses períodos		<input type="checkbox"/> Não recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	2 dias	J96.9
CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		2 dias	J18.9
CAUSAS ANTERCEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		Devido ou como consequência de:		10 dias	B34.2 U07.1
		Devido ou como consequência de:		2 dias	J18.9
		Devido ou como consequência de:		10 dias	B34.2 U04.9
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		Devido ou como consequência de:		20 anos	E11.9
		Devido ou como consequência de:		20 anos	E11.9

Caso confirmado COVID-19

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<input checked="" type="checkbox"/> A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nesses períodos		<input type="checkbox"/> Não recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Ignorado <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	Minutos	R09.2
CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		2 dias	J22
CAUSAS ANTERCEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		Devido ou como consequência de:		3 dias	J18.9
CB: RS1 (B34.2)		Devido ou como consequência de:		10 dias	B34.2 U07.1
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		Devido ou como consequência de:		15 anos	I10
		Devido ou como consequência de:		15 anos	E66.8

Caso suspeito

Quando no atestado de morte houver uma sequência de eventos que inicia com SUSPEITA de COVID 19 ou constar apenas que o óbito ocorreu por SUSPEITA de COVID 19, alocar os códigos B34.2 (Infecção por coronavírus de localização não especificada) o marcador U07.2 (COVID 19, vírus não identificado ou critério clínico epidemiológico) na mesma linha do atestado

- Se exame laboratorial positivo : substituir o marcador U07.2 por U07.1, mantendo o B34.2, conforme descrito para o caso confirmado desta nota técnica.
- Se exame não realizado OU investigação do óbito inconclusiva: manter o B34.2 com o marcador U07.2.
- Se resultado de exame laboratorial negativo : excluir o B34.2 e o marcador U07.2 , descartar COVID 19 e seguir a codificação para as outras causas de morte.

Se exame laboratorial positivo: substituir o marcador U07.2 por U07.1, mantendo o B34.2.
 Se exame laboratorial não realizado ou investigação inconclusiva: manter o B34.2 com o marcador U07.2.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) - MÁSCARAS

MÁSCARA CIRÚRGICA

O número de partículas infecciosas necessárias para causar uma infecção é frequentemente incerto ou desconhecido para patógenos respiratórios. Além disso, muitas vezes há incerteza sobre a influência de fatores como a duração da exposição e a natureza dos sintomas clínicos na probabilidade de transmissão da infecção de pessoa para pessoa. Quando as máscaras faciais devem ser usadas pelo profissional de saúde em uma área de atendimento ao paciente, o controle da fonte (isto é, oferecer máscaras cirúrgicas para os pacientes sintomáticos) e a manutenção da distância do paciente (mais de 1 metro) são particularmente importantes para reduzir o risco de transmissão.

Desta forma, as máscaras devem ser utilizadas para evitar a contaminação da boca e nariz do profissional por gotículas respiratórias, quando o mesmo atuar a uma distância inferior a 1 metro do paciente suspeito ou confirmado de infecção pelo novo coronavírus.

A máscara deve ser confeccionada de material tecido-não tecido (TNT), possuir no mínimo uma camada interna e uma camada externa e obrigatoriamente um elemento filtrante. A camada externa e o elemento filtrante devem ser resistentes à penetração de fluidos transportados pelo ar (repelência a fluidos). Além disso, deve ser confeccionada de forma a cobrir adequadamente a área do nariz e da boca do usuário, possuir um clipe nasal constituído de material maleável que permita o ajuste

adequado do contorno do nariz e das bochechas. E o elemento filtrante deve possuir eficiência de filtração de partículas (EFP) > 98% e eficiência de filtração bacteriológica (BFE) > 95%.

Esses cuidados devem ser seguidos ao utilizarem as máscaras cirúrgicas:

- Coloque a máscara cuidadosamente para cobrir a boca e o nariz e ajuste com segurança para minimizar os espaços entre a face e a máscara;
- Enquanto estiver em uso, evite tocar na parte da frente da máscara;
- Remova a máscara usando a técnica apropriada (ou seja, não toque na frente da máscara, que pode estar contaminada, mas remova sempre pelas tiras laterais);
- Após a remoção ou sempre que tocar inadvertidamente em uma máscara usada, deve-se realizar a higiene das mãos;
- Substitua as máscaras por uma nova máscara limpa e seca assim que a antiga tornar-se suja ou úmida;
- Não reutilize máscaras descartáveis.

Observação: Máscaras de tecido não são recomendadas, sob qualquer circunstância.

Quem deve usar a máscara cirúrgica?

- Pacientes com sintomas de infecção respiratória (febre, tosse, espirros, dificuldade para respirar).
- Profissionais de saúde e profissionais de apoio que prestarem assistência a menos de 1 metro do paciente suspeito ou confirmado.

Atenção: NUNCA se deve tentar realizar a limpeza da máscara já utilizadas com nenhum tipo de produto. As máscaras cirúrgicas são descartáveis e não podem ser limpas ou desinfetadas para uso posterior e quando úmidas perdem a sua capacidade de filtração.

MÁSCARA DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA (RESPIRADOR PARTICULADO - N95 OU EQUIVALENTE)

Quando o profissional atuar em procedimentos com risco de geração de aerossol nos pacientes com infecção suspeita ou confirmada pelo novo coronavírus deve utilizar a máscara de proteção respiratória (respirador particulado) com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até 0,3 μ (tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3). São exemplos de procedimentos com risco de geração de aerossóis: intubação ou aspiração traqueal, ventilação não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, coletas de secreções nasotraqueais e broncoscopias.

A máscara de proteção respiratória deverá estar apropriadamente ajustada à face. A forma de uso, manipulação e armazenamento deve seguir as recomendações do fabricante e nunca deve ser compartilhada entre profissionais.

Nota: Pode-se considerar o uso de respiradores ou máscaras N95 ou equivalente, além do prazo de validade designado pelo fabricante para **atendimento emergencial** aos casos suspeitos ou confirmados da COVID-19. No entanto, as máscaras além do prazo de validade designado pelo fabricante podem não cumprir os requisitos para os quais foram certificados. Com o tempo, componentes como as tiras e o material da ponte nasal podem se degradar, o que pode afetar a qualidade do ajuste e da vedação.

Este tipo de uso pode ser liberado APENAS devido à demanda urgente causada pela emergência de saúde pública da COVID-19. Os usuários dessas máscaras que excederam o prazo de validade designado pelo fabricante devem ser orientados sobre a importância das inspeções e verificações do selo antes do uso.

Os usuários devem tomar as seguintes medidas de precaução antes de usar as máscaras N95 (além do prazo de validade designado pelo fabricante) no local de trabalho:

- Inspeção visualmente a máscara N95 para determinar se sua integridade foi comprometida (máscaras úmidas, sujas, rasgadas, amassadas ou com vincos não podem ser utilizadas);
- Verifique se componentes como tiras, ponte nasal e material de espuma nasal não se degradaram, o que pode afetar a qualidade do ajuste e a vedação e, portanto, a eficácia da máscara;
- Se a integridade de qualquer parte da máscara estiver comprometida ou se uma verificação bem-sucedida do selo do usuário não puder ser realizada, descarte a máscara;
- Os usuários devem realizar uma verificação do selo imediatamente após colocar cada máscara e não devem usar uma máscara que não possam executar uma verificação bem-sucedida do selo do usuário (teste positivo e negativo de vedação da máscara à face);

Observação 1: A máscara cirúrgica não deve ser sobreposta à máscara N95 ou equivalente, pois além de não garantir proteção de filtração ou de contaminação, também pode levar ao desperdício de mais um EPI, o que pode ser muito prejudicial em um cenário de escassez.

Observação 2: EXCEPCIONALMENTE, em situações de carência de insumos e para atender a demanda da epidemia da COVID-19, a máscara N95 ou equivalente poderá ser reutilizada pelo mesmo profissional, desde que cumpridos passos obrigatórios para a retirada da máscara sem a contaminação do seu interior. Com objetivo de minimizar a contaminação da máscara N95 ou equivalente, se houver disponibilidade, pode ser usado um protetor facial (face shield). se a máscara estiver íntegra, limpa e seca, pode ser usada várias vezes durante o mesmo plantão pelo mesmo profissional (até 12 horas ou conforme definido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH do serviço de saúde).

Observação 3: Para remover a máscara, retire-a pelos elásticos, tomando bastante cuidado para não tocar na superfície interna e acondicione em um saco ou envelope de papel com os elásticos para fora, para facilitar a retirada da máscara. Nunca coloque a máscara já utilizada em um saco plástico, pois ela poderá ficar úmida e potencialmente contaminada.

Atenção: NUNCA se deve tentar realizar a limpeza da máscara N95 ou equivalente, já utilizadas, com nenhum tipo de produto. As máscaras N95 ou equivalentes são descartáveis e não podem ser limpas ou desinfetadas para uso posterior e quando úmidas perdem a sua capacidade de filtração.

Quem deve usar a máscara N95 ou equivalente?

Profissionais de saúde que realizam 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.

Rotina: Precaução durante o Contato e Precaução Aérea

TRANSPORTE

- Obrigatório uso de avental descartável, luvas, máscara N95 e óculos de proteção. Em algumas situações utilizar avental impermeável e gorro (vide tabela a seguir).
- Colocar a máscara antes de entrar no quarto/box, retirá-la após fechar a porta, estando fora do quarto/box, no corredor;
- Uso da máscara **individual e reutilizável**. Pode ser reutilizada pelo mesmo profissional por longos períodos, desde que se mantenha íntegra, seca e limpa, mantida em saco plástico com nome;
- Descarte quando estiver com sujidade visível, danificada ou houver dificuldade para respirar (saturação da máscara).

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



A **RECOMENDAÇÃO** sobre a utilização de avental descartável e luvas de procedimento pelo profissional de saúde durante o transporte de pacientes é **EXCLUSIVA** para casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo **NOVO CORONAVÍRUS**



Sequência para utilizar EPI'S COVID-19 (leitos / box com antecâmara)

Ordem para colocar paramentação:

Fora do quarto:

- higienizar as mão.
- colocar máscara N95 e óculos de proteção.

Na antecâmara:

- higienizar as mãos.
- colocar avental descartável.
- higienizar as mãos.
- colocar gorro.
- higienizar as mãos.

Dentro do quarto:

- higienizar as mão.
- calçar as luvas de procedimento.

Ordem para retirar paramentação:

Dentro do quarto:

- retirar luvas de procedimento.
- higienizar as mãos.

Na antecâmara:

- higienizar as mãos.
- retirar avental descartável.
- higienizar as mãos.
- retirar gorro.
- higienizar as mãos.

Fora do quarto - box:

- retirar óculos.
- higienização das mãos.
- retirar máscara N95 (colocá-la em envelope de papel).
- higienizar as mãos.
- Calçar luvas de procedimento e realizar a limpeza dos óculos e superfície de apoio com álcool a 70%.
- Retirar as luvas.
- higienizar as mãos.



Sequência para utilizar EPI'S COVID-19 (leitos / box sem antecâmara)

Ordem para colocar paramentação:

Fora do quarto/box:

- higienizar as mão.
- vestir avental.
- higienizar as mãos.
- colocar gorro.
- colocar máscara N95 e óculos de proteção.

Dentro do quarto/box:

- higienizar as mão.
- calçar as luvas de procedimento.

Ordem para retirar paramentação:

Dentro do quarto/box:

- retirar luvas de procedimento.
- higienizar as mãos.
- retirar avental.
- higienizar as mãos.
- retirar gorro.
- higienizar as mãos.








Fora do quarto / box:

- retirar óculos.
- higienização das mãos.
- retirar máscara N95 (colocá-la em envelope de papel).
- higienizar as mãos.
- Calçar luvas de procedimento e realizar a limpeza dos óculos e superfície de apoio com álcool a 70%.
- Retirar as luvas.
- higienizar as mãos.

Rotina: Transporte de paciente com suspeita de COVID-19

IMEDIATAMENTE ANTES DO TRANSPORTE

Os profissionais que tiveram contato com o paciente e que irão participar do transporte deverão:

- **RETIRAR** luvas de procedimento; 
- Higienizar as mãos; 
- **RETIRAR** avental descartável; 
- Higienizar as mãos; 
- Vestir **NOVO** avental descartável e **PERMANECER** com a máscara N95 e óculos de proteção; 
- Higienizar as mãos; 
- Calçar **NOVAS** luvas de procedimento; 
- Prosseguir para o transporte do paciente.

ATENÇÃO

Destacar um profissional **APENAS** para tocar superfícies, como maçanetas, elevador etc.) durante o transporte. Esta medida visa evitar a contaminação do ambiente e superfícies.

EPIS necessários para transporte de paciente com suspeita de n-CoV










Durante o transporte deve ser utilizado avental descartável e luvas de procedimento LIMPOS





Rotina: Transporte de paciente com suspeita de COVID-19

APÓS TRANSPORTE

Antes de sair do quarto, ainda paramentado:

- Retirar luvas de procedimento; 
- Higienizar as mãos; 
- Calçar **NOVAS** luvas de procedimento; 
- Realizar a limpeza e desinfecção da maca e equipamentos;
- Retirar luvas de procedimento 
- Higienizar as mãos; 
- Retirar avental descartável; 
- Higienizar as mãos. 

Ao sair do quarto

- Higienizar as mãos; 
- Retirar óculos de proteção 
- Retirar máscara N95; 
- Higienizar as mãos. 



Lembre-se de realizar a **limpeza e desinfecção** da maca e equipamentos após utilização!



Cuidados com o ambiente!!

Com Pressão Negativa

- Ligar e conferir o funcionamento da pressão negativa;
- Realizar o controle da pressão e registrar o valor a cada 6h no prontuário eletrônico.
- Acionar imediatamente a manutenção caso seja encontrado qualquer irregularidade
- Caso um paciente em precauções aérea seja **transferido ou receba alta**, manter a **pressão negativa ligada**, não retirar da porta do quarto a placa de identificação para precauções aérea até que seja realizada a higiene terminal e o profissional da higiene deve utilizar máscara do tipo respirador - N95 (PFF2).

Sem pressão Negativa

- **Paciente sem máscara ou com máscara sem supervisão:** Após a transferência ou alta do paciente em precaução, deve-se aguardar **2 horas** até liberar este quarto/leito para outro paciente. Durante este período, a higiene do quarto pode ser realizada e o profissional da higiene deve utilizar máscara do tipo respirador - N95 (PFF2).
- **Paciente com máscara supervisionado durante todo o tempo de permanência:** o local poderá ser liberado para o próximo atendimento (exemplos: consultório, triagem, salas de exame, etc) após a limpeza concorrente do ambiente e equipamentos pela enfermagem.

ORIENTAÇÕES DE COLETA DE SWAB PARA COVID-19

- Não colher PCR COVID-19 assintomáticos;
- Não colher PCR COVID-19 sintomáticos leves;
- Notificação realizada pelo SCIH;
- Colher dos profissionais de saúde com sintomas.

CRITÉRIOS DE 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 ou metilprednisolona >32 mg/dia, dexametasona >6 mg/dia);
8. Outros imunossupressores;
9. Doenças auto-imunes;
10. Imunodeficiência congênita.

COMORBIDADES RELACIONADAS AO PIOR PROGNÓSTICO

- Idade > 65 anos;
- Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma, pneumopatias estruturais;
- Doença cerebrovascular;
- Cardiopatias, incluindo hipertensão arterial severa;
- Diabetes insulino-dependente;
- Insuficiência renal;
- Pacientes imunossuprimidos;
- Gestante.

SÍNDROMES CLÍNICAS ASSOCIADAS AO COVID-19

- **Sintomas leves:** febre (pode estar ausente), fadiga, tosse (seca ou produtiva), anorexia, mialgia, astenia, dor de garganta, congestão nasal ou cefaleia sem sinais de desidratação dispneia, sepse ou disfunção de órgãos. Possível – anosmia (olfato), disgeusia (paladar), diarreia, náusea e vômitos. Idosos e imunodeprimidos podem apresentar sintomas atípicos pois não apresentam sinais de desidratação, febre ou dificuldade para respirar.
- **Pneumonia sem complicações:** infecção do trato respiratório inferior sem sinais de gravidade. Criança sem pneumonias grave tem tosse ou ou dificuldade de respirar + respiração rápida: <2 meses: ≥ 60 irpm; 2 a 11 meses: ≥ 50 irpm; 1 a 5 anos: ≥ 40 irpm.
- **Pneumonia severa:** Adolescente ou adulto com febre, sintomas respiratórios + FR >30, Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA), Saturação $\leq 95\%$, cianose, disfunção orgânica. Criança com tosse, dispneia + cianose central <90%, síndrome da angústia respiratória, sinais de pneumonia com sinais de alerta – letargia, convulsões, recusa alimentar ou de ingestão de líquidos.
- **Síndrome respiratória aguda grave (SRAG);**
- **Sepse;**
- **Choque séptico.**

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE – SRAG

Indivíduo de qualquer idade, com Síndrome Gripal (conforme definição anterior) e que apresente dispneia ou os seguintes sinais de gravidade:

- Saturação de SpO₂ <95% em ar ambiente;
- Sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória avaliada de acordo com a idade;
- Piora nas condições clínicas de doença de base;
- Hipotensão;
- Indivíduo de qualquer idade com quadro de insuficiência respiratória.

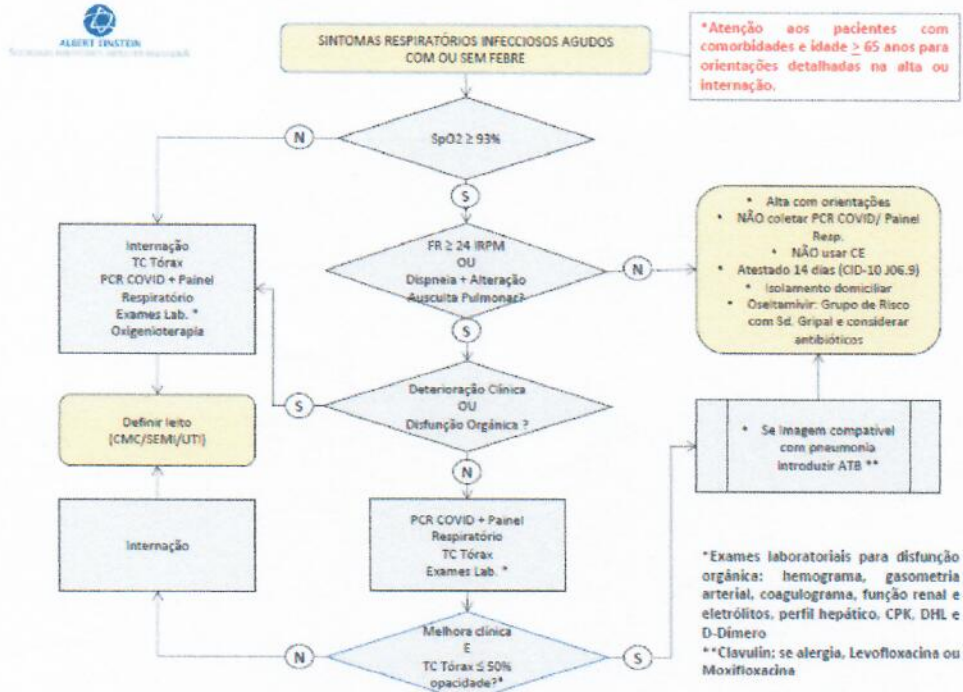
Em crianças, além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

Vale ressaltar que febre pode não estar presente em alguns casos excepcionais, como crianças, idosos, imunossuprimidos ou pessoas que utilizaram antitérmicos e, portanto, a avaliação clínica e epidemiológica deve ser levada em consideração.

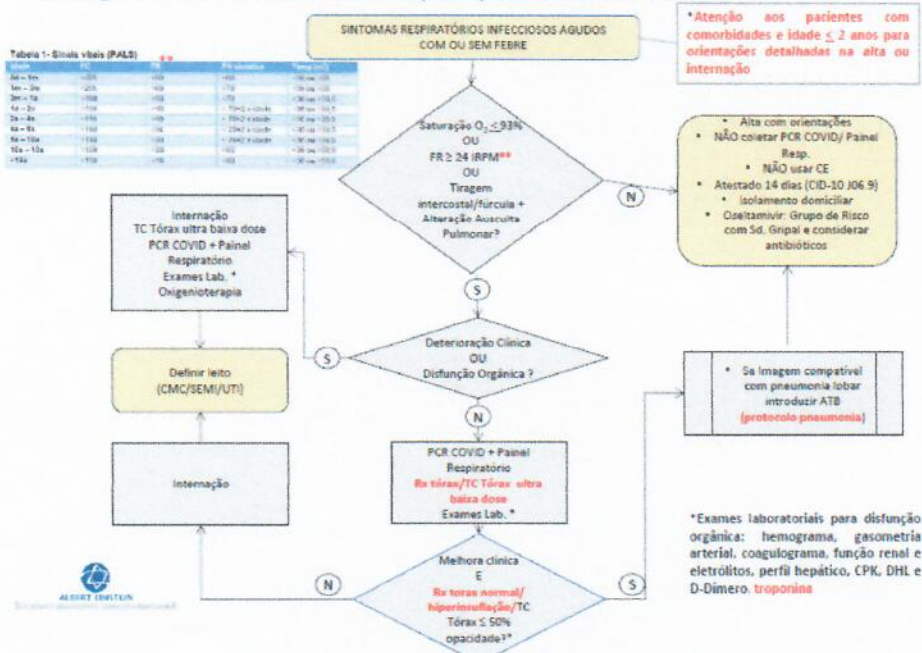
Todos os pacientes com Síndrome Gripal devem ser manejados seguindo as mesmas diretrizes dentro do contexto da APS/ESF, já que a investigação da etiologia da Síndrome Gripal não será realizada neste contexto. Alguns pacientes terão Síndrome Gripal decorrente do vírus Influenza, do vírus Respiratório Sincicial ou de outros vírus, enquanto outros pacientes terão Síndrome Gripal decorrente do Novo Coronavírus.

SINAIS E SINTOMAS DE GRAVIDADE	
ADULTOS	CRIANÇAS
<p>Déficit no sistema respiratório:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de ar ou dificuldade para respirar; ou • Ronco, retração sub/intercostal severa; ou • Cianose central; ou • Saturação de oximetria de pulso <95% em ar ambiente; ou • Taquipneia (>30 mpm); <p>Déficit no sistema cardiovascular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinais e sintomas de hipotensão (hipotensão arterial com sistólica abaixo de 90 mmHg e/ ou diastólica abaixo de 60mmHg); ou • Diminuição do pulso periférico. <p>Sinais e sintomas de alerta adicionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piora nas condições clínicas de doenças de base; • Alteração do estado mental, como confusão e letargia; • Persistência ou aumento da febre por mais de 3 dias ou retorno após 48 horas de período afebril. 	<p>Déficit no sistema respiratório:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de ar ou dificuldade para respirar; • Ronco, retração sub/intercostal severa; • Cianose central; • Batimento da asa de nariz; • Movimento paradoxal do abdome; • Bradipneia e ritmo respiratório irregular; • Saturação de oximetria de pulso <95% em ar ambiente; • Taquipneia (Tabela 7). <p>Déficit no sistema cardiovascular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinais e sintomas de hipotensão ou; • Diminuição do pulso periférico. <p>Sinais e Sintomas de alerta adicionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inapetência para amamentação ou ingestão de líquidos; • Piora nas condições clínicas de doenças de base; • Alteração do estado mental • Confusão e letargia; • Convulsão.

Fluxograma Paciente >12 anos Suspeito para COVID-19 nas UPAS



Fluxograma Paciente até 12 anos Suspeito para COVID-19 nas UPAS





EXAMES COMPLEMENTARES

- Recomendado painel molecular de vírus respiratórios (diagnóstico diferencial);
- Hemograma, bioquímica (função renal, eletrólitos, transaminases, gasometria, CPK, DHL, D-dímero, Troponina, PCR);
- Coagulograma.

Radiologia:

Realizar pelo menos um exame de imagem em todos os casos suspeitos, de acordo com o julgamento clínico e presença de comorbidades:

- Rx de tórax;
- TC tórax (recomendada para todos os casos que necessitem de internação com aviso prévio do setor de radiologia).
- Hemocultura – sepse, choque séptico.

DROGAS PARA INTUBAÇÃO RÁPIDA

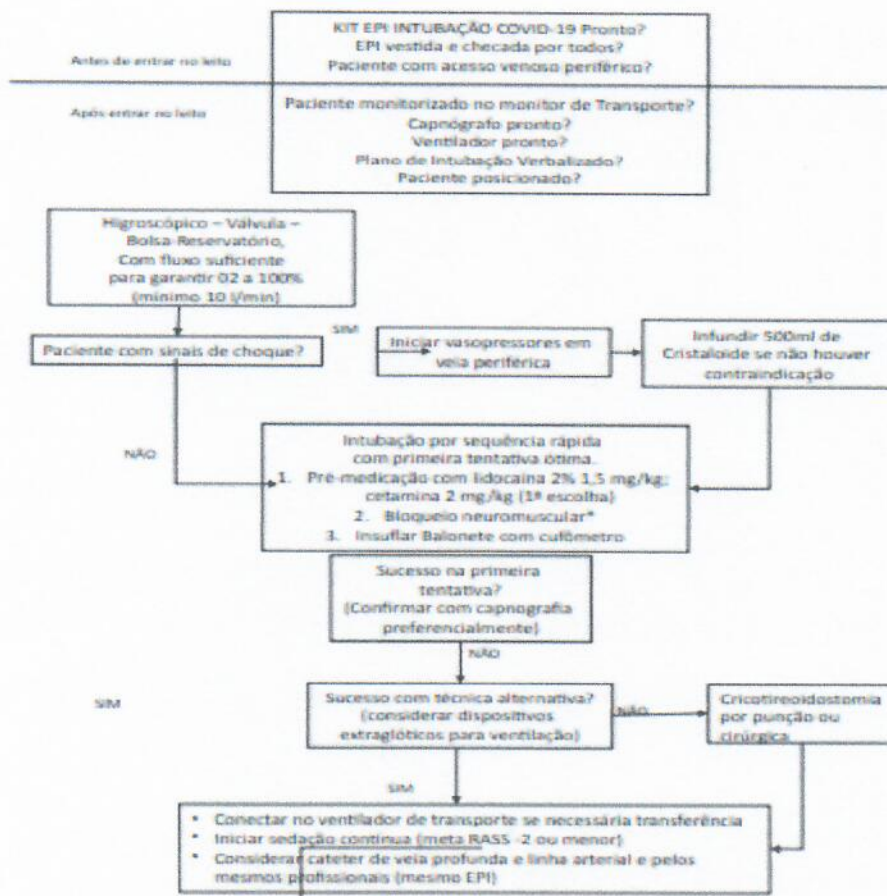
1- Rocurônio 1,2mg/kg ou succinilcolina (Quelicin) 1mg/kg (bloqueio neuromuscular).

2- Lidocaína 1,5mg/kg (pré-medicação 3 minutos antes) ou fentanil + Etomidato 0,2 e 0,3 mg/kg ou Cetamina (1,5 a 2mg/kg); é primeira escolha para indução pela sua estabilidade hemodinâmica associado com propriedades broncodilatadoras.

3- Drogas na intubação: preconiza-se a sequência rápida de intubação, com garantia do bloqueio neuromuscular com succinilcolina 1mg/kg ou rocurônio 1,2mg/kg ou para facilitar a intubação e evitar tosse do paciente durante o procedimento. Fentanil 50-100 mcg endovenoso, etomidato 0,3 mg/kg em 30 – 60 segundos e 3 minutos após infusão do fentanil. A cetamina 1,5mg-2mg/kg também poderá ser utilizada como droga de indução pela sua estabilidade hemodinâmica associado com propriedades broncodilatadoras, mas possui contraindicações que devem ser contempladas, e pode ser substituída por outra droga indutora caso necessário.

Peso (KG)	Lidocaína 2% (20mg/ml)	Etomidato 2 mg/ml	Succinil Colin 100 mg (Quelicin)
	Ampola com 20 ml	Ampola com 10 ml	Diluir pó para 10 ml
50	3,75 ml	5 ml	5 ml
60	4,5 ml	6 ml	6 ml
70	5,25 ml	7 ml	7 ml
80	6 ml	8 ml	8 ml
90	6,75 ml	9 ml	9 ml
100	7,5 ml	10 ml	10 ml
	Fazer 3 minutos antes	Fentanil 50 a 100 mg de 1 a 2 ml EV	

PROTOCOLO DE INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL P/ CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE COVID-19



Parâmetros da Ventilação Mecânica Protetora

A ventilação mecânica invasiva protetora poderá ser iniciada 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% (em casos de necessidade de FIO₂ acima de 60%, utilizar tabela PEEP/FIO₂ da ARDSNet para PEEP baixa (“SARA LEVE”).

Tabela 1 - PEEP versus FiO₂ para encontro da melhor PEEP, em situações de SDRA leve

FiO ₂	0.3	0.4	0.4	0.5	0.5	0.6	0.7	0.7	0.7	0.8	0.9	0.9	0.9	1.0
PEEP	5	5	8	8	10	10	10	12	14	14	14	16	18	18↔24

A frequência respiratória deverá ser estabelecida entre 20 e 35 respirações por minuto para manter ETCO₂ entre 30 e 45 e/ou PaCO₂ entre 35 e 50 mmHg. 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.

Uso de Tabela Alternativa definir a PEEP ideal

O valor da PEEP titulada, em decorrência da grave hipoxemia para pacientes com COVID-19, mesmo usando a Tabela de PEEP baixa do ARDSnet, pode resultar em valores relativamente elevados, com risco de hiperdistensão em alguns casos. Devido a isso, o grupo da UTI Respiratória do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo propõe o uso de PEEP baixa baseada em uma tabela alternativa (Fig.4), a seguir reproduzida com permissão. Neste método sugere-se, após estabilização (SpO₂>93%) depois da intubação, baixar a FiO₂ para 60% com PEEP de 10 e ir ajustando até encontrar a menor PEEP com a melhor SpO₂.

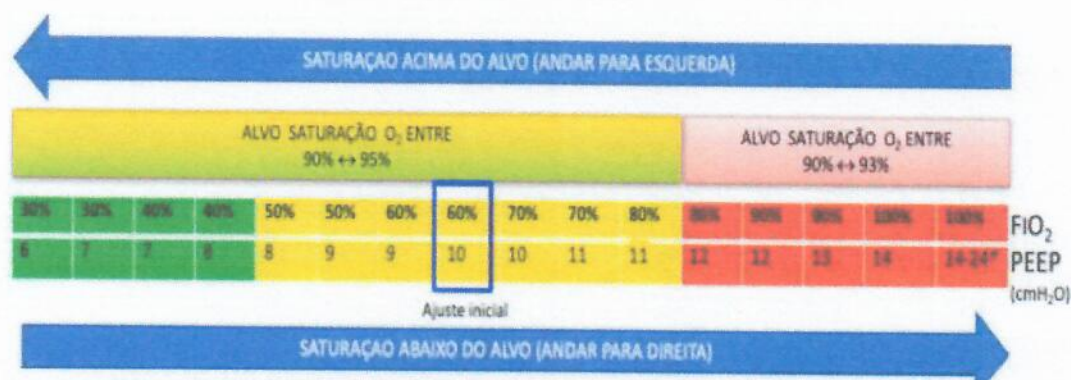


Fig 4. - Tabela alternativa ao ARDSnet, sugerida pela Eq. UTI Resp HCFMUSP

Caso essa forma de obtenção da PEEP ideal com a tabela acima (Fig. 4) gere PEEP elevada, o grupo do HCFMUSP sugere a realização de uma manobra de titulação decremental da PEEP x Driving Pressure (ou pressão de distensão). Essa manobra seria realizada colocando-se o paciente em modo Volume controlado, fluxo inspiratório quadrado com Pausa de 0,2 segundos. Com isso será identificada a Pplatô e será possível obter a Driving Pressure, subtraindo-se da PEEP. Sugere-se elevar a PEEP para 20 cm de água e ir baixando de 3 em 3 cm de H₂O, aguardando em média 1 minuto naquele valor de PEEP para considerar o valor da Pplatô e obter a Driving Pressure. Marcar os valores em uma tabela. O valor de PEEP com a menor driving pressure será considerada a PEEP ideal.



Sugestões de Sedação/Analgesia/Bloqueio neuromuscular.

Fentanil

infusão 0,7 -1,0 mcg/Kg/h

Solução:

Fentanil 20 ml (50 mcg/ml) + SF 80 ml = solução 10 mcg/ml

peso	mínima	máxima
50kg	3,5	5 ml/h
60kg	4,2	6 ml/h
70kg	4,9	7 ml/h
80kg	5,6	8 ml/h
90kg	6,3	9 ml/h
100kg	7	10 ml/h

Dormonid

infusão entre 0,02 - 0,1 mg/Kg/h

solução

dormonid 100 mg + SF 80 ml = solução 1 mg/ml

peso	iniciar	mínima	máxima
50kg	2,5	1	5 ml/h
60kg	3	1,2	6 ml/h
70kg	3,5	1,4	7 ml/h
80kg	4	1,6	8 ml/h
90kg	4,5	1,8	9 ml/h
100kg	5,1	2	10 ml/h

conjunto

solução

Fentanil 20 ml + dormonid 100 mg + SF 60 ml

peso	mínima	máxima
50kg	3,5	5ml/h
60kg	4,2	6ml/h
70kg	4,9	7ml/h
80kg	5,6	8ml/h
90kg	6,3	9ml/h
100kg	7	10ml/h



Ketamina

0,05-0,4 mg/kg/h

Solução:

Ketamina 10 ml + SF 40 ml = 10mg/ml

bólus

0,25 a 0,5 mg/kg

amp: 50mg/ml

peso	bólus	mínima	máxima
50kg	0,25 -0,5	0,25	2 ml/h
60kg	0,3 - 0,6	0,3	2,4 ml/h
70kg	0,35 -0,7	0,35	2,8 ml/h
80kg	0,4 - 0,8	0,4	3,2 ml/h
90kg	0,45 -0,9	0,45	3,6 ml/h
100kg	0,5 a 1,0	0,5	4 ml/h

Clonidina

0,5-2,0 mcg/Kg/h

Solução:

Clonidina 2 amp + SF 27 ml = 10mcg/ml

amp:150mcg/ml

peso	mínima	máxima
50kg	2,5	10 ml/h
60kg	3	12 ml/h
70kg	3,5	14 ml/h
80kg	4	16 ml/h
90kg	4,5	18 ml/h
100kg	5	20 ml/h

Pavulon

dose: 1 -2 mcg/Kg/min

Solução:

SF0,9%160ml + Pavulon
20amp

amp: 2mg/ml (4mg/2ml)

peso	mínima	máxima
50kg	7,5ml/h	15ml/h
60kg	9ml/h	18ml/h
70kg	10,5ml/h	21ml/h
80kg	12ml/h	24ml/h
90kg	13,5ml/h	27ml/h
100kg	15ml/h	30ml/h



Cisatracúrio dose: 2,5 – 3,0 mcg/kg/min amp: 2mg/ml (5ml)

Solução: 10 amp (100mg) +SF0,9%50ml

peso	mínimo	máximo
50kg	7,5ml/h	9ml/h
60kg	9ml/h	11ml/h
70kg	10,5ml/h	12,5ml/h
80kg	12ml/h	14,5ml/h
90kg	13,5ml/h	16ml/h
100kg	15ml/h	18ml/h

noradrenalina 1amp 4mg/4ml
5amp + SF 180 ml (100mcg/ml)
dose: 0,10 a 2,0 ug/Kg/min

peso	mínimo	máximo
50kg	3 ml/h	60 ml/h
60kg	3,6 ml/h	72 ml/h
70kg	4,2 ml/h	84 ml/h
80kg	4,8 ml/h	96 ml/h
90kg	5,4 ml/h	108 ml/h
100kg	6 ml/h	120 ml/h

ORIENTAÇÕES PARA ATENDIMENTOS EMERGENCIAIS E UTILIZAÇÃO DE EPI

Os pacientes com necessidade de internação clínica proceder com isolamentos para gotícula e de contato, a equipe multiprofissional deverá utilizar EPI para adentrar o quarto do paciente como: máscara cirúrgica comum, óculos de proteção, jaleco descartável e luvas de procedimentos.

Se esses pacientes evoluírem com necessidade de O₂ nasal maior que 5 litros/minuto para manter SpO₂ > 93% e ou apresentarem frequência respiratória > 28 incursões respiratórias por minuto ou



retenção de CO₂ (PaCO₂ >50 mmHg e ou pH < 7,25) deverão ser prontamente intubados e ventilados mecanicamente. (Associação de Medicina Intensiva Brasileira -AMIB).

Os pacientes com necessidade de intubação devem ser internados nos quartos montados e reservados para essa finalidade;

Definir apenas três profissionais para o atendimento preferencialmente médico, enfermeiro e fisioterapeuta proceder com a utilização de EPI adequada para casos geradores de aerossóis: gorro descartável, óculos de proteção, máscara N95, viseira transparente, avental impermeável, avental descartável, luva de latex e propé descartável.

Ofertar 6 litros de O₂ para o paciente através de ambu com reservatório já acoplado com filtro HME, sistema fechado de aspiração e máscara facial, aproximando a máscara do ambu na face do paciente ofertando O₂ até realizar a intubação sem ventilar;

Realizar a sequência rápida de intubação conforme medicações da tabela a baixo;

Em seguindo o médico realizará a intubação, pinçar a sonda endotraqueal (tubo) para conectar o ambu e realizar teste ventilatório, se satisfatório, retirar o ambu e acoplar o tubo no sistema fechado de aspiração, filtro HME, ventilador mecânico e filtro EPA na saída da válvula expiratória, seguir essa sequência, checar os ciclos ventilatórios e ausculta pulmonar;

ORIENTAÇÕES TERAPÊUTICAS PARA COVID-19

O Serviço de Controle de infecção Hospitalar sugere o seguinte protocolo:

1- Terapia Inalatória: recomendamos não utilizar nebulização como método inalatório, exceto em casos em que se faça necessária inalação contínua ou pacientes com importantes quadros de broncoespasmo. Deve-se preferir dispositivos inalatórios para aplicação de broncodilatadores, evitando dispersão de aerossóis, originados na nebulização.

2- Corticoides: está indicado a todos os pacientes internados na dose de 6mg de dexametasona EV 1 x ao dia 10 dias.

3- Uso da hidroxicloroquina: terapia adjuvante no tratamento, em pacientes hospitalizados, sem que outras medidas de suporte sejam preteridas em seu favor e com termo de consentimento de uso assinado pelo paciente ou responsável. Paciente hospitalizados devem receber a **dose**: 400mg VO 12/12h no 1º dias (dose de ataque 800mg/d), seguido de 400mg VO 1 x ao dia nos 2º/3º/4º/5º dias; para pacientes < 60kg fazer ajuste da dose para 7,5mg/kg de peso. Obs.: Realizar ECG antes do início da droga e acompanhar durante toda a internação o intervalo QT, pois a cloroquina pode aumentar esse intervalo, especialmente se utilizada com outras drogas que prolongam o QT. A suspensão se dará por avaliação clínica individualizada. Na presença de insuficiência renal ou insuficiência hepática graves, reduzir a dose de cloroquina para 50%. A responsabilidade da prescrição deverá ser do médico que assiste o paciente, visto que não existe trabalhos científicos que comprovem a eficácia do seu uso.

4- Antibioticoterapia sugerida para cobertura de infecção secundária: a antibioticoterapia empírica deverá consistir da combinação de um betalactâmico associado a um macrolídeo ou da combinação

de um betalactâmico a uma fluoroquinolona respiratória. Ambos antibióticos escolhidos devem ser administrados por via endovenosa.

Entre os betalactâmicos que podem ser utilizados encontram-se (sem ordem de preferência):

- Ampicilina-sulbactam 1,5 a 3 g a cada 6 horas.
- Ceftriaxona 1 a 2 g por dia.

Macrolídeos:

- Azitromicina 500 mg por dia.
- Claritromicina 500 mg a cada 12 horas.

Fluoroquinolonas respiratórias:

- Levofloxacina 750 mg por dia.
- Moxifloxacina 400 mg por dia.

Uma terceira opção para adultos com PAC que têm contra-indicações para macrolídeos e fluoroquinolonas é a terapia combinada com um betalactâmico e doxiciclina (100 mg a cada 12 horas).

Na presença de fatores de risco para bactérias multirresistentes, os fatores de risco individuais mais consistentemente fortes para infecção respiratória por bactérias multirresistentes são:

1. O isolamento prévio desses organismos, principalmente do trato respiratório (em swabs de monitorização de rotina ou de outros focos infecciosos),
2. Hospitalização recente e exposição a antibióticos parenterais.

Portanto, as recomendações de antibioticoterapia empírica na PAC grave onde o paciente apresente um dos fatores de risco acima são:

- Piperacilina-tazobactam (4,5 g a cada 6 horas);
- Cefepime (2 g a cada 8 horas);
- Ceftazidima (2 g a cada 8 horas);
- Meropenem (1 g a cada 8 horas);

ASSOCIADO a vancomicina (15 mg/kg a cada 12 horas, ajuste com base nos níveis).

A duração recomendada da antibioticoterapia é de 5 a 7 dias. Não há evidências de que cursos prolongados conduzam a melhores resultados, mesmo em pacientes gravemente doentes, a menos que sejam imunocomprometidos. O paciente deve estar afebril há 48-72 horas e não deve ter sinais de instabilidade clínica associada à PAC antes da interrupção da antibioticoterapia.

5- Uso do Oseltamivir: indicado para toda síndrome gripal (SG), em pacientes com fatores de risco e/ou descompensação respiratória. Dose: 75mg VO 12/12h 5 dias. Atenção para ajustes de função renal. Em caso de confirmação de infecção pelo covid-19 o antiviral deve imediatamente ser suspenso. O início do tratamento dentro de 2 dias do início dos sintomas ou da hospitalização apresenta os melhores resultados, embora possa haver benefícios até 4 ou 5 dias após o início dos sintomas. Não é necessário aumentar a dose para 150 mg em duas doses diárias para pacientes

críticos, como inicialmente recomendado pela OMS. Este esquema de dose dobrada não determinou melhora em nenhum desfecho clínico nesta população de pacientes.

6- Enoxaparina: deverá ser prescrito a todos os pacientes internados exceto quando apresentar contraindicação a droga e seu uso deverá obedecer possíveis ajustes para função renal. Dose sugerida: <80kg: 40mg SC 1 x ao dia / >80kg 60mg SC 1 x ao dia / Clcr < 30 20mg SC 1 x ao dia / > 100kg 40mg SC 12/12h.

7- Quanto à utilização de Cateter Nasal de Alto Fluxo (CNAF) ou de Ventilação Não-Invasiva, há descrição na literatura de potencial aumento da aerossolização, não sendo sugerido seu uso rotineiro como opção à intubação orotraqueal e à ventilação invasiva. Em situações específicas, onde há possibilidade do adequado isolamento respiratório e uso de Equipamentos de Proteção Individual com paramentação para aerossolização pela equipe, pode-se considerar o uso de Ventilação Não-Invasiva ou CNAF.

8- Assim como a hidroxicloroquina existem outras drogas com possibilidade de ação antiviral; porém sem estudos que comprovem sua eficácia ficando a prescrição sob responsabilidade do médico que assiste o paciente. Nitazoxanida (500mg VO 12/12h 3 dias) e Ivermectina (15 a 24kg ½ comprimido, 25 a 35kg 1 comprimido, 36 a 50kg 1 ½ comprimidos, 51 a 65kg 2 comprimidos, 66 a 79kg 2 ½ comprimidos, ≥ 80 200 mcg/kg).

Critérios de alta hospitalar sugeridos

- Redução de todos os parâmetros analíticos. Não necessita normalizar, apenas confirmar que já ultrapassou o pico.
- Melhora ou estabilização radiológica.
- Se pneumonia grave: mínimo de 3 dias afebril com estabilidade clínica e oxigenação adequada.
- SatO₂ basal >93% em idosos e >96% em jovens.
- Em caso de possibilidade de “home care”, se constatado que já ultrapassou o período de pico, poderia ir a casa com oxigenoterapia.

BIBLIOGRAFIA

1- Ministério da Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos - NOTA INFORMATIVA Nº 5/2020-DAF/SCTIE/MS.

2- NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA 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 (SARS-CoV-2).




3- PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO DO CORONAVÍRUS (COVID-19) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - Versão 2, Brasília – DF, Março de 2020 Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS).

4- AMIB- Orientações sobre o manuseio do paciente com pneumonia e insuficiência respiratória devido a infecção pelo Coronavírus (SARS-CoV-2) - 2020.

5- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Manejo de corpos no contexto do novo coronavirus COVID-19. Disponível <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf>.

Elaborado por:


Dr. Rogério Ivan Borghesi Bravo
CRM 111.392


Elaboração em:

03 de abril de 2020

Aprovado por:


Dr. Fernando Pereira Bettio
CRM 150.176

Revisado por:


Dr. Adolfo Mansano Garcia
CRM 121.865

Atualizado em:

29 de julho de 2020