

MANEJO CLÍNICO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE COVID-19

CONTEÚDO

Se suspeita de Influenza não retardar o início do tratamento com Fosfato de Oseltamivir nos pacientes com risco aumentado de complicações, conforme protocolo de tratamento de Influenza.
Diagnóstico Diferencial: Influenza, Parainfluenza, Rinovírus, Vírus Sincicial Respiratório, Adenovírus, outros Coronavírus, pneumonia bacteriana, entre outros.

CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)

Comunicação imediata à Vigilância Epidemiológica (24h)

Relva: (65) 9.9669-2771

Alessandra: (65) 9.9210-4324

CASO SUSPEITO

Síndrome Gripal: indivíduo com febre, mesmo que referida, e pelo menos um dos sinais e sintomas respiratórios (tosse, congestão nasal ou conjuntival, dor de garganta, coriza). (Realizar a notificação e enviar para a Vigilância Epidemiológica).

Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta que apresente dispnéia e que foi hospitalizado. (Realizar a notificação e a coleta de material de Secreção Nasofaríngea - SNF e enviar para a Vigilância Epidemiológica).

CASOS LEVES

Febre e pelo menos um sintoma respiratório leve (sem dispnéia ou sinais de gravidade) E ausência de comorbidades descompensadas.

- Realizar orientações sobre isolamento domiciliar, prevenção de transmissão para contatos (higienização das mãos e objetos, cobrir a boca com lenço ao tossir), sinais de alerta para possíveis complicações;
- Exames: RX de tórax, hemograma e provas bioquímicas se necessário (conforme avaliação médica);
- Retorno à Unidade Básica de Saúde conforme a necessidade;
- Orientar repouso, ingestão hídrica, uso de sintomáticos (dipirona ou paracetamol se necessário) e não fazer uso de ibuprofeno;
- Nos pacientes deprimidos, como os neutropênicos, neoplasia hematológica com ou sem quimioterapia, asplenia funcional ou anatômica, quimioterapia nos últimos 30 dias, uso de corticóide por mais de 15 dias, uso de imunossupressores, doenças auto-imunes, DPOC e HIV positivo com CD4 <350: Avaliar possibilidade de iniciar azitromicina 500mg via oral 1x dia por 5 dias. Orientar retorno a uma unidade de atendimento médico caso surja dispnéia.

CASOS MODERADOS

Febre, tosse e dispnéia (com SatO2 menor que 94% ou FR >24 IRM em repouso). Necessita de internação em isolamento. Se dispnéia leve, conduta semelhante aos casos leves.

CASOS GRAVES

Febre e pelo menos um sintoma respiratório incluindo dispnéia moderada ou grave, podendo haver outros sinais e sintomas de gravidade (alteração do nível de consciência, hipotensão, taquicardia, oligúria, icterícia, insuficiência respiratória ou sangramento). Também, considerar a presença de comorbidades descompensadas e graves, como exemplo a diabetes melitus, cardiopatias, nefropatias, presença de doença oncológica, doenças cromossômicas, pneumopatias e também mulheres gestantes sintomáticas respiratórias).

MANEJO CLÍNICO

Terapia e monitoramento precoces de suporte

- **Administre oxigenoterapia suplementar imediatamente** a pacientes com dispnéia, Síndrome respiratória Aguda Grave - SRAG (dificuldade respiratória e hipoxemia) ou choque;
- Use tratamento conservador de fluidos em pacientes com SRAG quando não houver evidência de choque;
- **Iniciar ceftriaxona 1g EV 12/12h por 7 a 10 dias, azitromicina 500mg EV ou VO 1x dia por 5 dias, hidroxiquina 400mg VO 12/12h no 1º dia, seguido de 400mg VO 1x dia por mais 4 dias (ou difosfato de cloroquina 450mg VO 12/12h no 1º dia, e a partir do 2º dia 450mg 1x dia, por mais 4 dias). Iniciar oseltamivir (tamiflu) 75mg VO 12/12h (se teste para COVID19 positivo, suspender o oseltamivir);**
- Não administre rotineiramente corticosteróides sistêmicos para tratamento de pneumonia viral ou SRAG, a menos que sejam indicados por outro motivo.;
- Monitore o surgimento de complicações, incluindo disfunção orgânica nos pacientes com SRAG e inicie intervenções de suporte clínico imediatamente.;
- **Precauções de contato e gotículas (precauções de aerossóis se houver intubação ou coleta de secreção nasofaríngea).**

Tratamento da insuficiência respiratória hipoxêmica e síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA)

- Reconhecer precocemente (hipoxemia refratária a oxigenioterapia);
- Instituir **ventilação mecânica precocemente**, caso não haja melhora da hipoxemia após uso de oxigenioterapia adequada;
- **Evitar** uso de ventilação não invasiva (VNI), pois aumenta produção de aerossol;
- Proceder com sedação e intubação endotraqueal, caso não haja resposta clínica;
- Um profissional capacitado deverá permanecer na porta do quarto para eventual suporte durante a intubação orotraqueal;
- Fazer uso de avental impermeável, 2 luvas estéreis, máscara N95, gorro e óculos de proteção durante intubação;
- Implementar ventilação mecânica usando volume corrente mais baixo (4-8 ml/kg de peso corporal previsto) e pressões inspiratórias mais baixas (pressão de platô < 30cmH2O);
- Adotar uma estratégia conservadora de gerenciamento de fluidos para pacientes com SDRA 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, 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 achados: estado mental alterado; taquicardia ou bradicardia; recarga capilar prolongada (> 2s) ou vasodilatação quente com pulsos delimitadores; taquipnéia; pele manchada ou erupção petequial ou purpúrica; aumento de lactato; oligúria; hipertermia ou hipotermia;
- Na ressuscitação do choque séptico em adultos, administre pelo menos **30 ml/kg de cristalóide isotônico** em adultos nas primeiras 3 horas. Na ressuscitação do choque séptico em crianças, administre 20 ml/kg em bolus rápido e até 40-60 ml/kg nas primeiras 1 hora;
- 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 calibrosa 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.

Prevenção de complicações

Reduzir dias de Ventilação Mecânica Invasiva, incidência de pneumonia associada à ventilação, incidência de tromboembolismo venoso, incidência de infecção sanguínea por cateter, incidência de úlceras por estresse e sangramento gastrointestinal, incidência de doenças relacionadas à permanência em UTI e minimizar ocorrência de úlceras de decúbito.

ATENÇÃO: Pacientes que fizeram uso de cloroquina, deverão monitorar aumento do intervalo QT.

Elaborado por:
Alessandra Carreira Rodrigues Gajardoni - Gerente de Vigilância Epidemiológica
Francisco Kennedy Scofoni Faleiros de Azevedo - Infectologista
Jéssica Regina Rossetto - Enfermeira da Vigilância Epidemiológica
Monize Emanuelli Fassina da Silva - Enfermeira da Vigilância Epidemiológica
Relva Cristina Teixeira - Responsável Técnica pela Vigilância em Saúde
Vânia Lígia da Silva - Enfermeira da Vigilância Epidemiológica
Yorinne Sayuri Hatakeyama Oliveira - Enfermeira da Vigilância Epidemiológica

Colaboração:
Izadora Xavier Fonseca Chaves (Médica da Secretaria Municipal de Saúde)
Marco Aurélio Barros da Silva (Diretor Clínico do PSMVG)
Validado por:
Francisco Kennedy Scofoni Faleiros de Azevedo (Médico Infectologista)
Diagramação e Arte:
Edmar Sena Campos (RT programas Atenção Primária - SMS-VG)