2020 Ver. 06



PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 PELOS HOSPITAIS DA FUNDAÇÃO PADRE ALBINO



Versão Digital Atualizada encontra-se disponível em:

bit.ly/FPACOVID19



"Se parece exagerado, é a hora certa. Se parece a hora certa, já é tarde. Na Itália parece a hora certa. Estão muito atrasados. Aqui, parece exagerado: MOMENTO PERFEITO!"

Prof. Dr. Esper Callas

Autores

Dr. Luis Fernando Colla da Silva Dr. Arlindo Schiesari Junior Renata Rocha Bugatti Enf. Fabiana Soares Pacheco Dr. Raphael de Oliveira Zuanazzi Maria Cláudia Piccolo Barbosa Bruna de Andrade Coghi



PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 PELOS HOSPITAIS DA FUNDAÇÃO PADRE ALBINO

HOSPITAL PADRE ALBINO E HOSPITAL EMÍLIO CARLOS

1. DEFINIÇÃO

Este documento apresenta o Plano de Contingência dos Hospitais da Fundação Padre Albino (FPA) para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19). Define o nível de resposta e a estrutura de comando correspondente a ser configurada.

2. IMPORTÂNCIA

Para a instituição, foco é a excelência no atendimento e agilidade na identificação de casos do novo COVID-19, mas é essencial garantir que os demais cuidados com a saúde da sociedade se mantenham, de forma eficiente e segura. Os hospitais estão usando todo o seu conhecimento e experiência na atuação em situações semelhantes para garantir o atendimento de excelência e a máxima segurança aos pacientes, seus familiares, profissionais de saúde e todas as outras pessoas que circulam por suas unidades. Os cuidados são extensivos às unidades de ensino sob gestão da FPA.

3. HISTÓRICO

Em 29 de dezembro de 2019, um hospital em Wuhan admitiu quatro pessoas com pneumonia e reconheceu que as quatro haviam trabalhado no Mercado Atacadista de Frutos do Mar de Huanan, que vende aves vivas, produtos aquáticos e vários tipos de animais selvagens ao público. O hospital relatou essa ocorrência ao Centro de Controle de Doenças (CDC-China) e os epidemiologistas de campo da China (FETP-China) encontraram pacientes adicionais vinculados ao mercado e, em 30 de dezembro, as autoridades de saúde da província de Hubei notificaram esse cluster ao CDC da China.

Desde dezembro de 2019, a FPA vem se preparando para realizar o diagnóstico e tratamento dos pacientes contaminados pelo COVID-19 de acordo com as rigorosas regras determinadas pelos protocolos de segurança da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde.

Em 3 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo COVID-19, por meio da Portaria MS n° 188, e conforme Decreto n° 7.616, de 17 de novembro de 2011.

4. OBJETIVOS

- Proteger os pacientes;
- Proteger as equipes multiprofissionais de saúde;
- Transportar com segurança os pacientes, tanto na movimentação interna tão quanto no referenciamento externo;



- Garantir continuidade ao tratamento dos pacientes admitidos e dos pacientes que já se encontram sob cuidados na instituição;
- Atender a Microrregião de Catanduva, mantendo a credibilidade da instituição perante a sociedade;
- Confortar as famílias envolvidas e prover informações fidedignas e seguras sobre os acontecimentos a estes e a sociedade.

5. ABREVIAÇÕES

- FPA Fundação Padre Albino
- HPA Hospital Padre Albino
- HEC Hospital Emílio Carlos
- UTI Unidade de Terapia Intensiva
- ESPIN Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional
- CGCI Centro de Gerenciamento de Crise Intra-Hospitalar
- URA Unidade para Respiratórios Agudos
- UPA Unidade de Primeiro Atendimento
- SHL Serviço de Higiene e Limpeza

6. FASES DO PLANO

- **6.1.** Ativação do plano
- 6.2. Notificação
- 6.3. Centro de Gerenciamento de Crise Intra-hospitalar
- **6.4.** Triagem e Tratamento
- 6.5. Desmobilização

7. NÍVEIS DE RESPOSTA

Nível Zero: a instituição possui os recursos necessários para responder à emergência. A atividade restringe-se ao monitoramento bem como elaboração de protocolos e treinamentos;

Nível 1: Haverá necessidade de expansão momentânea do serviço, porém com meios permanentemente disponíveis no Hospital Padre Albino. Neste nível não há necessidade de recrutamento de pessoal adicional.

Acionamento: <u>Presença de 03 ou mais pacientes confirmados ou com suspeita por</u> COVID-19 internados.

Ações:

- Instalar o Centro de Gerenciamento de Crise Intra-hospitalar (ver adiante);
- Implementar estratégia de Comunicação (ver adiante);
- Reduzir os procedimentos cirúrgicos eletivos;
- Reduzir os exames diagnósticos eletivos;
- Direcionar os pacientes acometidos por sintomas respiratórios, em especial suspeitos ou confirmados para COVID-19, para leitos de isolamento;
- Reduzir o tempo de permanência (otimizar alta oportuna, giro de leito, ampliar internação domiciliar);
- Planejar a ampliação dos recursos humanos.



Nível 2: Resposta com recursos do hospital, ativados em situações de emergência. Neste nível há necessidade de reorganização de funções dentro do turno habitual de trabalho e não há liberação de turno. O atendimento na Unidade de Urgência e Emergência ocorrerá de forma habitual considerando os fluxos próprios para o nível adaptado à classificação de risco de catástrofes.

Acionamento: <u>Presença de 03 ou mais pacientes CRÍTICOS internados confirmados ou com suspeita por COVID-19</u> **OU** <u>Ocupação de 20% ou mais dos leitos disponíveis na microrregião de Catanduva.</u>

Ações:

- Suspender os procedimentos cirúrgicos eletivos;
- Suspender os exames diagnósticos eletivos;
- Direcionar os pacientes acometidos por sintomas respiratórios, em especial suspeitos ou confirmados para COVID-19, para o Hospital Emílio Carlos na existência de vagas;
- Recrutar leitos na sala de recuperação pós-anestésica;

Nível 3: Resposta com recursos mobilizáveis em situações de emergência. Há necessidade de redimensionamento de funções dentro do turno habitual de trabalho e convocação de recursos externos. O atendimento na Unidade de Urgência e Emergência ocorre de forma habitual e os casos adultos de suspeitos ou confirmados para COVID-19 serão desviados para o Hospital Emílio Carlos.

Acionamento: <u>Transmissão sustentada do COVID-19 declarada</u>.

Acões:

- Recrutar leitos em cuidado intensivo viabilizando altas.
- Limitar exames laboratoriais
- Direcionar os pacientes adultos acometidos por sintomas respiratórios, em especial suspeitos ou confirmados para COVID-19, para o Hospital Emílio Carlos (Ampliação Externa dos Leitos Hospitalares);
- Ativar a Unidade de Primeiro Atendimento a Pacientes Respiratórios no na URA do HEEC;
- Evacuar/transferir os pacientes internados no "Posto 3" visando liberar leitos para isolamento respiratório de pacientes infantis e gestantes;
- Transferir os pacientes infantis crônicos da Unidade de Terapia Intensiva Infantil (UTI-I) para quarto no "Posto 3" e isolamento da UTI-I com até 05 leitos para pacientes respiratórios/COVID-19;
- Internar pacientes infantis e gestantes nos leitos de isolamento do "Posto 3".
- Convocação de profissionais de saúde do Corpo Clínico para compor escalas de trabalho;

Nível 4: Resposta com recursos mobilizáveis em situações de emergência. Há necessidade de redimensionamento de funções dentro do turno habitual de trabalho e convocação de recursos externos. São implantadas Unidades de Triagem Pré-Hospitalar. O atendimento na Unidade de Urgência e Emergência ocorre de forma habitual e os casos adultos de suspeitos ou confirmados para COVID-19 serão desviados para o Hospital Emílio Carlos.



Acionamento: Atendimento a mais de 03 ou mais casos suspeitos/confirmados por hora ou 05 ou mais casos graves por dia na URA/HPA OU 05 ou mais casos críticos internandos na URA OU Ocupação de 70% da capacidade de internação dos leitos do posto 3 voltados para isolamento respiratório.

Ações:

- Ativar as Unidades de Triagem Pré-Hospitalares;
- Recrutar leitos em cuidado intensivo viabilizando altas;
- Transferir os pacientes internandos na UTI-A do HEEC direcionendo os leitos 10 Leitos para cuidados a pacientes suspeitos/confirmados;
- Transferir as pacientes gestantes/puérperas da Maternidade II (SUS) para Maternidade I (Saúde Suplementar e Particulares), criando de 03 a 09 leitos de isolamento para atendimento a gestantes com sintomas respiratórios COVID-19, priorizando as internações de pacientes infantis no "Posto 3".

Nível 5: Resposta com recursos mobilizáveis em situações de calamidade. Há necessidade de redimensionamento de funções dentro do turno habitual de trabalho e convocação de recursos externos. O atendimento na Unidade de Urgência e Emergência ocorre com o Plano de Capacidade Plena Ativado em Nível 3 independente da ocupação. Alas Roxas e Laranja do Hospital Emílio Carlos são mobilizadas para atendimento

Acionamento: Ocupação de 70% da capacidade de internação dos leitos da URA.

Ações:

- Sispensão de todos os procedimentos eletivos;
- Recrutar leitos em cuidado intensivo viabilizando altas;
- Transferir os pacientes internandos nas Alas Roxa e Laranja do HEEC aumetando a capacidade de internação da URA;

8. FLUXOS DOS ATENDIMENTOS

8.1. Nível Zero

Não haverá mudança nos fluxos dos atendimentos.

8.2. Nível 1

 Será criado um fluxo paralelo para suprir a demanda conforme Anexos I, II, III e IV.

8.3. Nível 2

- O Fluxo de Atendimento dos pacientes respiratórios adultos será direcionado para o HEEC.
- Fluxos: Anexos III, VI e V.

8.4. Nível 3

- O Fluxo de Atendimento dos pacientes respiratórios adultos será direcionado para o HEEC.
- Fluxos: Anexos VI, VII e VIII.

8.5. Nível 4



- Todos os pacientes serão triados nas Unidades de Triagem Pré-Hospitalares montadas em tendas. O Fluxo de Atendimento dos pacientes respiratórios adultos será direcionado para o HEEC, Internações infantis e gestantes suspeitas ou confirmados serão realizadas no "Posto 3".
- Fluxos: Anexos VI, VII e VIII.

8.6. Nível 5

- Todos os pacientes serão triados nas Unidades de Triagem Pré-Hospitalares montadas em tendas que direcionará a demanda ao setor adequado. O Fluxo de Atendimento dos pacientes respiratórios adultos será direcionado para o HEEC, Internações infantis serão realizadas prioritariemente no "Posto 3" e Gestantes na Maternidade I.
- Fluxos: Anexos VI, VII e VIII.

9. ORGANIZAÇÃO DA AREA FÍSICA

9.1. Atendimento aos Pacientes

UUE

- Sala de Urgência Clínica: 03 leitos críticos;
- Sala de Urgência Cirúrgica: 04 leitos críticos;
- Consultório 01: 01 ponto de cuidado;
- Consultório 02: 01 ponto de cuidado;
- Consultório 03: 01 ponto de cuidado;
- Repouso Adulto: 08 pontos de cuidado;
- Sala de Procedimento Séptico: 01 ponto de cuidado;
- Consultório da Ortopedia: 01 ponto de cuidado;
- Sala de Gesso: 01 ponto de cuidado;
- Consultório da Pediatria: 01 ponto de cuidado;
- Repouso Pediátrico: 04 pontos de cuidado;
- Hidratação Pediátrica: 02 pontos de cuidado;
- Inalação: 01 ponto de cuidado;
- Hidratação Adulto: 05 pontos de cuidado;
- Sala de Suturas (Procedimentos Assépticos): 02 pontos de cuidados;
- Observação 01: 01 ponto de cuidado;
- Observação 02: 01 ponto de cuidado;
- Observação 03: 01 ponto de cuidado;
- Consultório Ginecologia: 01 ponto de cuidado;
- Isolamento: 01 ponto de cuidado;
- Centro Cirúrgico: 05 salas cirúrgicas;
- Recuperação Anestésica: 06 leitos;
- Unidade de Terapia Intensiva Adulto: 15 leitos críticos;
- Unidade de Terapia Intensiva Infantil: 05 leitos críticos pediátricos;

Recursos de Apoio

- Laboratório com coletores exclusivos;
- Sala de Tomografia: 01 equipamento;



- Sala de RX: 03 equipamentos;
- Sala de Ressonância Nuclear Magnética: 02 equipamentos;
- Pontos de oxigênio e ar comprimido nos pontos de cuidado;
- Ultrassom: 05 equipamentos;

9.2. Unidade de Triagem Extra-Hospitalar

Unidade responsável por acolher e prestar atendimento rápido e eficaz aos pacientes que necessitarem dos recursos dos Hospitais da FPA. Deverá ser dotada de recursos para atendimento a casos não graves seguindo fluxo de atendimento previamente elaborado e composta por equipe multiprofissional em quantitativo adequado para a demanda.

9.3. Unidade para Respiratórios Agudos (URA)

- Área de Paramentação
- Área de Desparamentação
- Área de Descompressão (conforto para os colaboradores)
- Unidade de Primeiro Atendimento
 - Unidade de Pronto Atendimento exclusivo a pacientes respiratórios agudos;
 - Todo o credenciamento será realizado de forma eletrônica visando evitar o contato dos pacientes com a documentação.
- Ala Marfim
 - 09 a 16 leitos de internação não crítico;
 - 04 leitos de cuidados críticos:
- Ala Azul
 - 16 leitos para cuidados críticos;
 - 08 a 18 leitos de internação não críticos.

Recursos de Apoio a URA

- Tomografia: 01 equipamento;
- Radiologia: 01 fixo e 01 móvel;
- Laboratório de Análises 24 horas por dia;
- 02 Salas de Establização;
- Pontos de oxigênio e ar comprimido nos pontos de cuidado.

Todos os leitos críticos contam com monitoramento ininterrupto por câmeras de segurança visando garantir o isolamento respiratório e monitoramento em tempo integral da evolução dos pacientes.

Será possível um expansão interna desta unidade ocupando leitos regulares do Hospital Emílio Carlos chegando até um total de 170 leitos de internação.

10. ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL

Todos os setores estarão dotados de equipamentos preparados para garantir a discussão dos casos assistidos pela equipe da URA com os especialistas do corpo clínico da FPA.

Estarão disponíveis 06 postos de teleatendimento:



- Tenda de Triagem Pré Hospitalar
- UPA (Primiro Atendimento URA
- Conforto Médico Área Limpa da URA;
- Ala Marfim (internação URA)
- UTI-A HEEC
- UTI-A HPA

Todo atendimento será documentado seguindo as normatizações do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

Visando evitar a contaminação da documentação, todo o processo será realizado de forma a não emitir papéis e de preferencia de forma remota, sempre garantindo a segurança do processo e seguimento das normas regulamentadoras.

11. APOIO AOS FAMILIARES

Caberá aos serviços de Assistência Social e Psicologia o acolhimento e informação aos familiares dos pacientes assistidos nas unidades de saúde da FPA. Os familiares deverão buscar atendimento pelo telefone (17) 3311-3000 onde serão atendidos pela equipe do Serviço Social e/ou Psicologia.

Diariamente, a equipe multiprofional de cuidado realizará uma visita virtual entre os familiares e pacientes que estiverem concientes. Será utilizado sistema de videoconferência visando garantir a comunicação e. n fdtre os participantes.

A a `1 `jkl;poiu2. A visita será acompanhada pela equipe de psicologia e cuidados paliativos da FPA.

12. APOIO AOS COLABORADORES

Caberá à Grupo de Apoio aos Trabalhadores (GAT) o fornecimento de apoio a todos os colaboradores envolvidos no atendimento. Será disponibilizado um profissional psicólogo para acolhimento dos trabalhadores.

A URA será dotada de ambientes exclusivos e isolados para garantir a segurança dos colaboradores. Estarão disponíveis áreas para paramentação, desparamentação, banho, sanitários, conforto e refeições servidas pela FPA.

Todas as áreas estão equipadas com conexão a internet por via cabeada ou sem fio além de televisores.

13. APOIO A IMPRENSSA

Caberá à Assessoria de Comunicação da Fundação Padre Albino contatar as equipes de jornalistas. A Assessoria de Comunicação prestará as informações referentes ao enfrentamento através de boletins publicados as 16 horas diariamente.

14. COMITÊ DE GERENCIAMENTO DE CRISE INTRA-HOSPITALAR (CGCI)

O Comitê de Gerenciamento de Crise Intra-Hospitalar será sediado na sala de reuniões da Administração do Hospital Padre Albino ou outra sala definida pela Diretoria.



15. INVESTIMENTOS

Para instalação da Unidade de Cuidados Respiratórios Agudos no Hospital Emilio Carlos foram investidos recursos próprios da ordem de R\$1.800.00,00 para aquisição dos equipamentos necessários a montagem da Unidade de Cuidados Respiratórios Agudos no HEEC a destacar:

- 15 ventiladores mecânicos,
- 15 monitores multiparamétricos,
- 02 cardiodesfibriladores,
- 02 eletrocardiógrafos,
- 60 canais de bomba de infusão.

Planilha com os insumos e consumíveis encontra-se em anexo.

16. PROTOCOLOS CLÍNICOS

Foram elaborados protocolos clínicos que constam no Anexo IX.

17. RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES

- 1. Ativa o plano;
- 2. Recebe informações sobre áreas envolvidas e dimensiona os recursos humanos e materiais do hospital;
- 3. Eleva ou reduz o nível de resposta, até concluir pela desmobilização;
- 4. Coordena a transferência interna de pacientes bem como o referenciamento para unidades de apoio;
- 5. Autonomia para tomada de decisões, realocando recursos, mudando inclusive o Protocolo médico, desde que justificado;
- 6. Contata a Assessoria de Comunicação, autoridades e órgãos públicos;
- 7. Reporta à Coordenação do Pronto-Socorro e Diretoria de acordo com o nível de Resposta.
- Coordena o atendimento aos pacientes, aciona gerentes e coordenadores setoriais, além dos coordenadores de especialidades;
- 2. Autoriza, viabiliza e registra as transferências dos pacientes para a rede;
- 3. Solicita aos coordenadores de apoio o recrutamento de pessoal administrativo e assistencial à distância;
- 4. Define juntamente com a enfermeira da UUE, Pronto Atendimento, Sala de Emergência e Classificação de Risco o momento em que se atingiu a capacidade máxima de atendimento, informando ao SAMU, Bombeiros e Diretoria;
 - 1. Registra a necessidade da ativação do CGCI
- Define com os enfermeiros envolvidos o número de técnicos de enfermagem a serem convocados dos outros setores, comunica as coordenações de apoio e orienta a assistência nas áreas de demanda;

CGCI

Coordenador Médico de Equipe do Plantão

Enfermeiros da UUE, Pronto Atendimento, Sala de Emergência e Classificação de Risco



- 3. Gerencia ação coordenada nos setores de Segurança, Manutenção, Laboratório, CME, Farmácia, Rouparia, Banco de Sangue, Centro Cirúrgico, Recepção da UUE., Limpeza, Serviço Social, Fisioterapia e Psicologia,
- 4. Dimensiona recursos materiais;
- 5. Coordena a equipe de transporte interno dos pacientes com o acionamento e controle do transporte e amplia o serviço, conforme a necessidade.
- Informam por telefone o nível de Resposta (ou se preciso pessoalmente) aos setores críticos (Segurança, Manutenção, Laboratório, CME, Farmácia, Rouparia, UTI, Banco de Sangue, Centro Cirúrgico, Recepção do P.S., Limpeza, Serviço Social, Fisioterapia e Psicologia).
- 2. Efetuam ligações telefônicas conforme solicitação do coordenador de equipe;
- 3. Recruta pessoal à distância quando a Resposta Nível III for acionada, por orientação dos gerentes de área assistencial e coordenadores de apoio assistencial;
- 4. Mantêm registro das pessoas contatadas e o horário;
- Registram o horário de início e término dos esforços; informa a liberação de vagas nas UTI's, Centro Cirúrgico e enfermarias;
- 6. Solicitam ambulâncias conforme a necessidade do CGCI para transferência de pacientes, de acordo com as determinações médicas (prioridade aos pacientes graves).
- 1. Apoia o Chefe do Pronto-Socorro na adoção de ações em esferas superiores de atenção à saúde, no âmbito das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde.
- 2. Presta atendimento de acordo com a sua área de atuação conforme necessidade.
- 1. Garante a limpeza e/ou desinfecção da área de atendimento, estando sempre próximos ao local;
- 2. Recolhe os resíduos sólidos e biológicos e mantém os sanitários limpos.
- 1. Garante o abastecimento de materiais e medicamentos suficientes no setor envolvido no atendimento;
- 2. Garante a entrega de kits de materiais e medicamentos de emergência padronizados;
- 3. Disponibiliza recursos pessoais para entregas e abastecimentos.
- 1. Orientam o fluxo de pessoas;
- 2. Controlam a entrada de ambulâncias, identificação de visitantes, entrada de funcionários e acesso das equipes de imprensa;

Administrativos

Gerência Assistencial e Diretoria Geral

SHL

Farmácia

Controladores de Acesso e Vigilantes



- Isolam a área de acesso ao Pronto-Socorro de forma a garantir a movimentação de pessoas necessárias ao pleno funcionamento do Plano de Gerenciamento de Crises, em sua integralidade;
- 4. Informam ao CGCI a necessidade de solicitação de guardas de trânsito e apoio policial;
- 5. Controlam rigorosamente todas as entradas do hospital.
- 1. Avaliam possibilidade de alta e tentam efetivar a mesma em seu setor;

Médicos Plantonistas das UTI's

- 2. Suspendem novas admissões, exceto aquelas autorizadas pelo Coordenador do CGCI;
- 3. Colaboram no atendimento inicial dos pacientes críticos nas salas de urgências, conforme solicitação da coordenação médica.
- 1. Avaliam possibilidade de alta e tentam efetivar a mesma em seu setor;

Médicos das Enfermarias

- Suspendem novas admissões eletivas, exceto aquelas autorizadas pelo Coordenador do CGCI, além de ajudar na realocação de pacientes.
- 3. Colaboram no atendimento inicial dos pacientes na emergência, conforme solicitação da coordenação médica.
- 1. Convocar os profissionais do Corpo Clínico;

Diretor Clínico

- 2. Elaborar escalas de trabalho médico;
- 3. Prestar assistência dentro da área de conhecimento.
- 1. Organiza a disponibilidade imediata do setor e informa ao CGCI;
- Disponibiliza recursos pessoais para a realização dos exames com deslocamento de 1 técnico exclusivo;

Radiologia / Diagnóstico por Imagem

- 3. Suspensão imediata dos exames eletivos.
- 4. Os médicos radiologistas serão responsáveis pela organização e priorização do atendimento no setor.

Anestesiologistas

- 1. Prestar assistência ventilatória e integral aos pacientes críticos;
- 2. Colaboram no atendimento inicial dos pacientes na emergência, conforme solicitação da coordenação médica.

Transporte de Pacientes

1. Transportam de forma segura os pacientes entre os diversos setores do hospital



18. VERSÃO

- Documento elaborado em 04 de maio de 2020
- Versão 04

19. RESPONSÁVEIS PELO PLANO

Luis Fernando Colla da Silva

Diretor Médico Hospital Padre Albino

Jussemar Roces Rios

Diretor Médico Hospital Emílio Carlos

Renata Rocha Bugatti

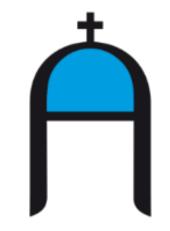
Diretora de Saúde e Assistência Social Fundação Padre Albino

Reginaldo Lopes

Diretor Presidente Fundação Padre Albino

José Carlos Rodrigues Amarante

Presidente do Conselho de Administração Fundação Padre Albino





Documentação Fotográfica



Isolamento URA / HEEC



Leito de Enfermaria - URA





Leito Cuidados Críticos – URA



Fluxos de Atendimento da UPA - URA





Baias de Estabilização – UPA/URA



Leito de Cuidados Críticos - URA





Setor de Atendimento – UPA/URA



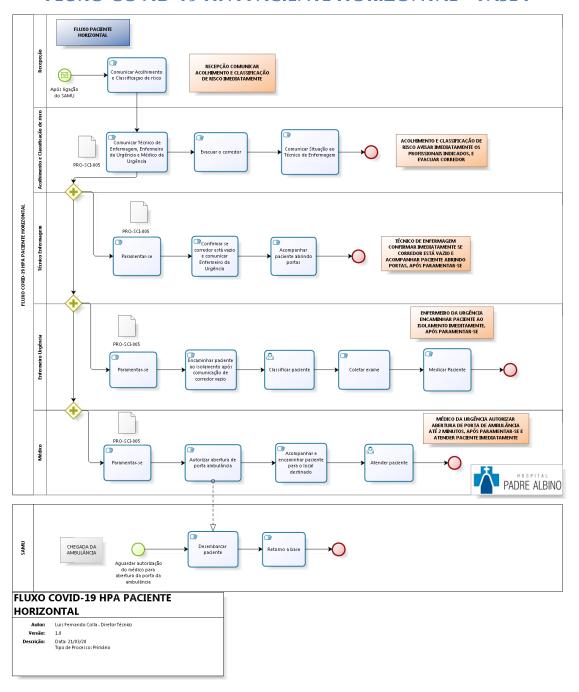


Recepção URA



ANEXO I

FLUXO COVID-19 HPA PACIENTE HORIZONTAL – FASE I

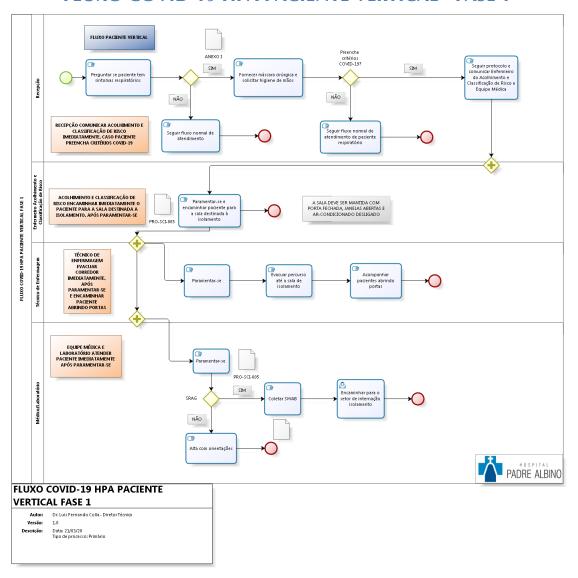


bizagi



ANEXO II

FLUXO COVID-19 HPA PACIENTE VERTICAL - FASE 1

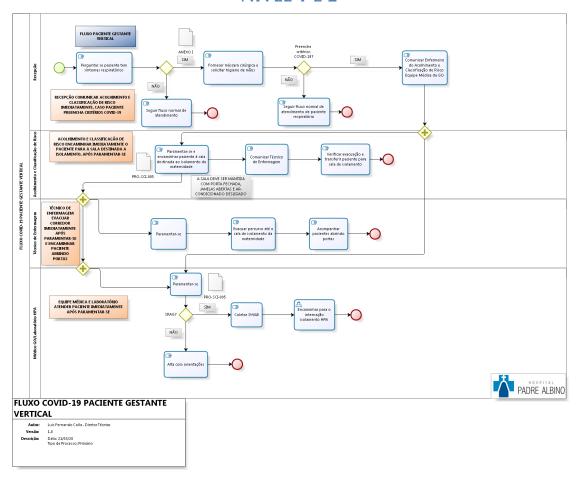


bizaa



ANEXO III

FLUXO COVID-19 PACIENTE GESTANTE VERTICAL NÍVEL 1 E 2

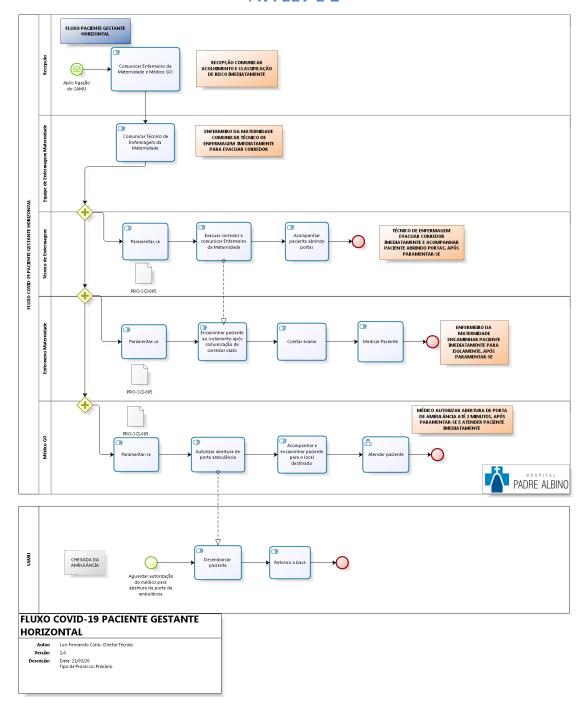


bizagi



ANEXO IV

FLUXO COVID-19 PACIENTE GESTANTE HORIZONTAL NÍVEL1 E 2

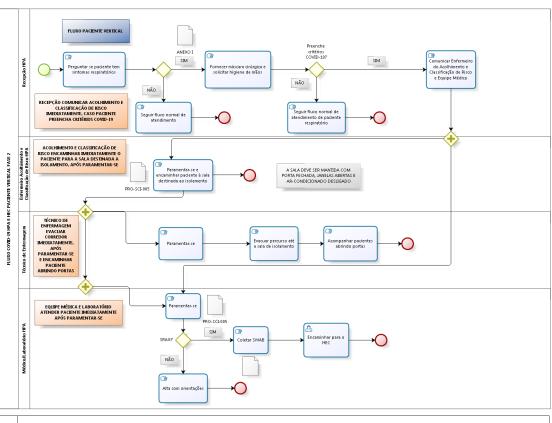


bizagi



ANEXO V

FLUXO COVID-19 HPA E HEC PACIENTE VERTICAL - NÍVEL 2



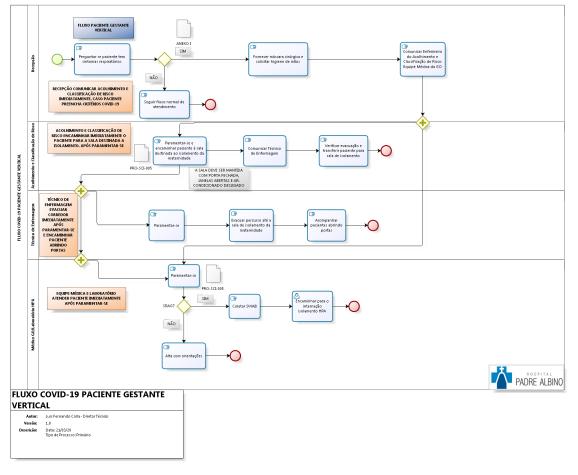


bizoo



ANEXO VII

FLUXO COVID-19 PACIENTE GESTANTE VERTICAL - NÍVEL 3

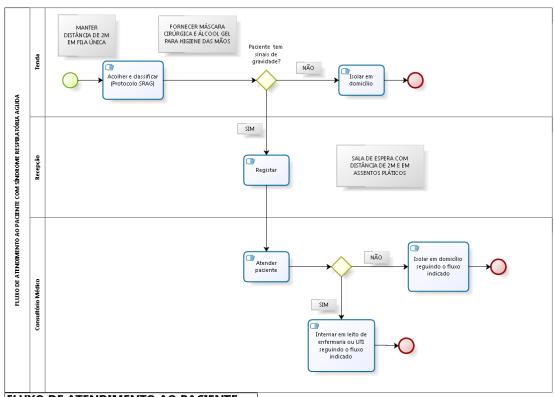


Powered by



ANEXO VIII

FLUXO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SÍNDROME RESPIRATORIA AGUDA – NÍVEL 3



FLUXO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA

Autor: Luis Fernando Colla - Diretor Técnico

Versão: 1.0

Data: 22/03/20 Tipo de Processo: Primário

Powered by DIZOGI



ANEXO IX

PROTOCOLO DE MANEJO DOS PACIENTES COM SUSPEITA DE INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS (COVID - 2019) HOSPITAL PADRE ALBINO

Parte 1: Diagnóstico e Manejo Clínico

Agente Etiológico

O coronavírus é um vírus RNA da ordem dos *Nidovirales* da família *Coronaviridae*. A subfamília é composta por quatro gêneros Alfacoronavírus, Betacoronavírus, Gammacoronavírus e Deltacoronavírus e Betacoronavírus somente infectam mamíferos, enquanto os Gammacoronavírus e Deltacoronavírus infectam aves e podem infectar mamíferos. Os vírus da SARS-CoV, MERS-CoV e SARS-CoV-2 (COVID-2019) são Betacoronavírus e altamente patogênicos e responsáveis por causar síndrome respiratória e gastrointestinal.

No final de dezembro de 2019, as autoridades chinesas notificaram à Organização Mundial de Saúde (OMS) um cluster de pneumonia aguda, de etiologia desconhecida na cidade de Wuhan; alguns pacientes eram comerciantes ou fornecedores de um mercado de frutos do mar na cidade, onde também são comercializadas outras espécies de animais domésticas e silvestres. Em 09 de janeiro, foi divulgada a identificação de um novo coronavírus SARS-CoV-2 (COVID-2019), em um paciente hospitalizado com pneumonia em Wuhan.

Reservatório, Modo de Transmissão e Período de Incubação

Os coronavírus são uma grande família de vírus comuns em muitas espécies diferentes de animais, incluindo camelos, gados, gatos e morcegos. São zoonóticos, o que significa que são transmitidos entre animais e pessoas.

A transmissão pessoa a pessoa do SARS-CoV-2 foi confirmada e ocorre principalmente por meio de gotículas respiratórias produzidas quando uma pessoa infectada tosse ou espirra, assim como por contato com secreções e superfícies contaminadas com o vírus, semelhante à maneira como a Influenza e outros patógenos respiratórios se espalham. Assim, a disseminação entre pessoas geralmente ocorre entre contatos próximos.



O período de incubação da infecção por coronavírus é de 2 a 14 dias, sendo em média de 5 dias.

Período de Transmissibilidade

A transmissibilidade dos pacientes infectados por coronavírus é em média de até 7 dias após o início dos sintomas. No entanto, alguns estudos mostram pacientes com excreção viral prolongada (> 20 dias), especialmente aqueles que apresentaram quadros mais graves da doença. Dados preliminares do novo coronavírus SARS-CoV-2 (COVID-2019) sugerem que a transmissão possa ocorrer, mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas. Até o momento, não há informação suficiente de quantos dias anteriores ao início dos sinais e sintomas que uma pessoa infectada passa a transmitir o vírus. Também é possível a transmissão viral após a resolução dos sintomas, mas a duração do período de transmissibilidade é desconhecida.

Definição de Caso Suspeito de Doença pelo Novo Coronavírus

- **Síndrome Gripal (SG):** indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, **E** Tosse **OU** dor de garganta **OU** coriza **OU** dificuldade respiratória.
- Em Crianças: considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.
- Em Idosos e Imunossuprimidos a febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como sincope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.
- **Síndrome Respiratória Aguda Grave:** Indivíduo de qualquer idade, com SÍNDROME GRIPAL **E** que apresente DISPNEIA, **OU** pelo menos um dos critérios abaixo:
- Sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória avaliada de acordo com a idade;
- Saturação de oxigênio menor que < 94% em ar ambiente;
- Piora nas condições clínicas de doença de base;
- PAS < 90 mmHg ou hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente;
- Disfunção orgânica;



• Em crianças, além dos itens acima, observar: batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

Caso Confirmado de Doença pelo Novo Coronavírus

Laboratorial: pessoa sintomática com resultado positivo em RT-PCR em tempo real ou com teste sorológico (IgM/IgG) reagente.

Notificação

- O que notificar?
- Casos de **SG** e de **SRAG hospitalizado ou óbito por SRAG**, independente da hospitalização, que atendam a definição de caso.
- Os pacientes devem ser notificados dentro do prazo de 24 horas a partir da suspeita inicial do caso ou óbito.
- Casos de SG devem ser notificados por meio do sistema e-SUS VE www.notifica.saude.gov.br.
- Casos de SRAG hospitalizados devem ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/
- Óbitos suspeitos, independente de internação, devem ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/
- As orientações sobre o preenchimento e emissão da Declaração de Óbito se encontram disponíveis no documento "Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19" (https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf).
- **CID 10:** o código para registro de casos, conforme as definições, será o U07.1 Infecção pelo novo Coronavírus (2019-nCoV).
- Nota: todo paciente com diagnóstico de SRAG deverá ser notificado em até 24 horas e deverá coletar
 SWAB PARA PCR –CORONAVÍRUS + INFLUENZA.

Diagnóstico Clínico

O espectro clínico da infecção por coronavírus é muito amplo, podendo variar de um simples resfriado até uma pneumonia grave. O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como síndrome



gripal. No entanto, neste novo coronavírus não está estabelecido completamente o espectro clínico da doença.

Segundo os dados mais atuais, os sinais e sintomas clínicos referidos são principalmente respiratórios. O paciente pode apresentar febre, tosse e dificuldade para respirar. Em avaliação de 99 pacientes com pneumonia e diagnóstico laboratorial de COVID-2019 internados no hospital de Wuhan, aponta-se maior taxa de hospitalização em maiores de 50 anos, sexo masculino. Os principais sintomas foram 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 vômito (1%).

Para as formas clínicas sintomáticas, dentre 1099 pacientes com COVID-19 confirmados laboratorialmente provenientes de 552 hospitais em 30 Províncias da China, a febre estava presente em 43,8% dos pacientes à admissão, porém se desenvolvendo em 88,7% durante a hospitalização. O segundo sintoma mais comum foi tosse (67,8%); náusea ou vômito (5,0%) e diarreia (3,8%), menos comuns. Outros sintomas menos comuns incluem cefaleia, dor de garganta e rinorreia.

Distúrbios do olfato e paladar, como anosmia e disgeusia, foram relatados em 52,7% e 43,9%. dos pacientes, respectivamente.

Pneumonia representa a manifestação clínica mais séria da infecção, caracterizada por febre, tosse, dispneia e infiltrados pulmonares presentes bilateralmente aos exames de imagens. Os pacientes que cursam com pneumonia desenvolvem dispneia após uma média de 5 dias do início dos sintomas, podendo chegar a 8 dias. Não há sinais ou sintomas específicos que possam distinguir COVID-19 de outras infecções respiratórias virais.

Estudo de série dos primeiros cinco casos na Europa demonstraram três tipos diferentes de evolução clínico/biológica: a) quadro clínico leve com diagnóstico de elevada carga viral em amostras do trato respiratório superior logo no início dos sintomas, sugerindo potencial para alto risco de transmissibilidade; b) forma grave com padrão bifásico representado por quadro clínico leve inicialmente, seguido por piora do quadro respiratório em torno do 10º dia de início dos sintomas, a despeito da redução ou ausência da carga viral em amostras de nasofaringe neste momento, o que sugere que o dano pulmonar, nesta fase, está mais associado com lesões imunopatológicas; c) quadro clínico crítico, com rápida evolução para falência múltipla de órgãos, com elevada e persistente eliminação viral em amostras dos tratos



respiratórios superior e inferior, combinado com disseminação sistêmica do vírus e detecção de viremia, o que aponta para a capacidade do vírus se evadir da resposta imune do hospedeiro.

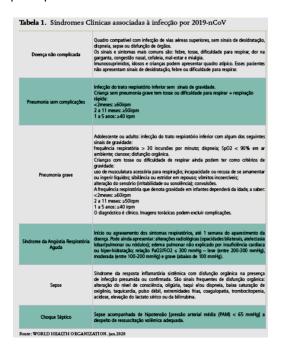
Fatores de risco para doença grave incluem doença cardiovascular, diabetes mellitus, HAS, doença pulmonar crônica, doença renal crônica, neoplasias. Indivíduos de qualquer faixa etária podem cursar com Síndrome Respiratória Aguda Grave pelo coronavírus 2 (SARS-CoV-2), embora seja mais comum em adultos de meia idade e idosos. A idade é um fator de risco importante para doença grave, complicações e óbito.

Além da SRAG, outras complicações têm sido descritas seguindo a infecção por SARS-CoV-2, como arritmias (17%), miocardite aguda, (7%) e choque. (9%). Alguns pacientes podem cursar com resposta inflamatória intensa, similar à síndrome de liberação de citocinas e persistirem com febre, elevação de marcadores inflamatórias e citocinas pró-inflamatórias, cujas alterações têm sido associadas aos quadros graves e fatais da doença.

A taxa de letalidade sobre sintomáticos situa-se em torno de 2,3%, e entre doentes críticos de 49%. Segundo a OMS, a taxa de letalidade varia de 0,7% a 5,8%, com muitos dos casos fatais ocorrendo em faixa etária avançada ou comorbidades presentes.

A recuperação dos pacientes pode variar de duas semanas, para os casos leves, até três a seis semanas para os quadros graves da doença.

A tabela 1 mostra as principais síndromes clínicas associadas à infecção por COVID-19.





Achados Laboratoriais

À admissão, linfocitopenia está presente em 83,2% dos pacientes, trombocitopenia em 36,2% e leucopenia em 33,7%, segundo dados da coorte de 1.099 casos de COVID-19.

Níveis elevados de proteína C reativa foram vistos em muitos pacientes, embora elevação de transaminases, CPK e D-dímero menos frequentes. Pacientes mais graves cursaram com anormalidades laboratoriais mais proeminentes (incluindo leucopenia e linfocitopenia), em relação àqueles com doença menos severa.

Alguns padrões de exames laboratoriais têm cursado com pior evolução clínica, como linfopenia, elevação de transaminases, proteína C-reativa, ferritina, D-dímero > 1mcg/mL, elevação de troponina, CPK, alteração função renal, principalmente se redução progressiva de linfócitos e elevação progressiva de D-dímero.

Achados Tomográficos (vide também item 8.4)

Os achados da TC de tórax dependem da fase da doença. Contados a partir do início dos sintomas, os achados serão mais frequentes nas fases intermediária (3 a 6 dias) e tardia (a partir de 7 dias), sendo este um dos fatores que explicam a variabilidade da sensibilidade, entre 60 a 96%.

Os achados de exames sistemáticos de TC para pacientes com suspeita de infecção por COVID-19 ou nos casos confirmados não influenciam desfechos. Até o momento, não há estudos que sustentem os achados tomográficos como preditores de evolução clínica.

A TC NÃO DEVE ser usada como controle de tratamento, exceto em casos suspeitos de complicações, tais como tromboembolia pulmonar e sobreposição de infecção bacteriana, evolução clínica insatisfatória, entre outros.

O uso de meio de contraste endovenoso não está indicado, devendo ser reservado para situações específicas, após avaliação do médico radiologista.

Alguns achados são muito infrequentes em TC pulmonar de pacientes com COVID-19 e, quando presentes, diagnósticos alternativos se tornam mais prováveis: lesões pulmonares escavadas; linfonodomegalia mediastinal; padrão tomográfico de pneumonia lobar, de nódulos centrolobulares e de em "árvore em brotamento". O derrame pleural, inicialmente descrito como raro na COVID-19, tem aparecido com maior frequência nos estudos realizados em países ocidentais.



Além disso, as alterações pulmonares podem persistir tardiamente. Em geral, a resolução dos achados se completa por volta do 26º dia.

A tabela a seguir mostra os principais achados tomográficos nas diferentes fases de evolução. Na maioria das vezes, ocorre acometimento pulmonar bilateral.

Fase inicial (1-2 dias)	Fase intermediária (3-6	Fase tardia (7-14)
dias)		
- Podem ser normais -	TC pode ser normal -	TC pode ser normal
em 40-50%	entre 10 a 25% dos	em até 5% dos
- Opacidades focais	casos;	casos;
com atenuação em	Consolidação em -	Consolidação ocorre
vidro fosco ou	cerca de 55% dos	em até 60% dos
consolidações em	casos;	casos;
cerca de 17% dos	Acometimento é -	O envolvimento é
casos;	bilateral, em sua	bilateral em cerca de
- Opacidades	maioria (cerca de	88%, com
multifocais bilaterais	76%), com	distribuição periférica
(cerca de 28%);	distribuição periférica	em 72%;
- As lesões	(64%);	Opacidades
pulmonares têm	Opacidades	reticulares em 20-
distribuição periférica	reticulares em	48%.
em cerca de 22%	aproximadamente -	Padrão de
dos casos.	9% dos casos	pavimentação em
(C)		mosaico em 5 a 35%
		dos casos ("crazy
7		paving").

Diagnóstico Laboratorial Específico

- Pesquisa de <u>antígenos virais</u> por BIOLOGIA MOLECULAR (RT-PCR) e por IMUNOFLUORESCÊNCIA (TESTE RÁPIDO);
- Pesquisa de <u>anticorpos</u> totais ou anticorpos IgM e IgG contra o vírus por QUIMIOLUMINESCÊNCIA (sorologia convencional) ou IMUNOCROMATOGRAFIA (teste rápido);



Todos os testes específicos para COVID-19 deverão ser realizados somente mediante solicitação médica por escrito.

5.1 Exame de Biologia Molecular (RT-PCR)

O exame padrão ouro de diagnóstico de COVID-19 é o **RT-PCR** (biologia molecular) em tempo real para detecção do genoma viral. É realizado em amostras de secreção naso-orofaríngeas e em outras amostras respiratórias. Esse exame está disponível no Instituto Adolfo Lutz ou outro laboratório validado pelo A. Lutz. Deve ser coletado **ENTRE 3° E O 7° DIA DO INÍCIO DOS SINTOMAS**.

Coleta de Amostras para Biologia Molecular

I.Swabs combinados (nasofaringe e orofaringe):

As secreções serão coletadas utilizando-se swabs de rayon de haste flexível.

Não utilizar swabs contendo alginato e swabs com haste de madeira, pois estes materiais contêm substâncias que inativam os vírus e inibem a reação de PCR em tempo real;

Introduzir o primeiro swab para ambas as narinas até a nasofaringe e realizar movimentos rotatórios. O segundo swab será utilizado na coleta de secreção respiratória da parte posterior da orofaringe evitando contato com a língua para minimizar contaminação (**Figura 1**).

Total de swabs utilizados = 02 swabs:

- 1. Narina direita e narina esquerda;
- 3. Orofaringe.

Os 2 swabs **DEVERÃO** ser acondicionados em um único tubo de rosca estéril tipo Falcon, contendo três ml de soro fisiológico estéril e transportados na posição vertical para garantir que o swab fique imerso na solução fisiológica.

Figura 1. Técnica para a coleta de swab combinado



A – Swab nasal.

Fonte: BRASIL, 2014.



B - Swab oral.



II. Aspirado da Nasofaringe:

No caso de secreções espessas recomenda-se proceder à nebulização ou instilação com gotas de solução fisiológica estéril 0,9%, (em ambas as narinas) a fim de promover a fluidez do muco, facilitando a aspiração. Aspirar a secreção com "bronquinho" ou outro dispositivo, tal como o "Argile – Sherwood – coletor McGrif".

III. Lavado bronco alveolar (amostra do trato respiratório inferior):

Coletar 2 a 3 mL de secreções respiratórias em coletor estéril; armazenar a (+)4 a (+)8°C, caso o transporte da amostra até o Laboratório ocorra no prazo de até 72 horas;

Nota 1: as amostras devem ser mantidas refrigeradas (4-8°C) e devem ser processadas dentro de 24 a 72 horas da coleta. Na impossibilidade de envio dentro desse período, recomenda-se congelar as amostras a -70°C até o envio, assegurando que mantenham a temperatura.

Nota 2: os pacientes com indicação de internação hospitalar (SRAG) também deverão coletar amostra para pesquisa de Influenza, já que esse vírus faz um importante diagnóstico diferencial frente à infecção por coronavírus.

ATENÇÃO!

- As amostras podem ser de swab combinado (nasal/oral) **OU** aspirado de nasofaringe **OU** amostras de secreção respiratória inferior (escarro ou lavado traqueal ou lavado bronco-alveolar);
- Certificar-se de que no local da coleta do material haverá descartes apropriados, água e sabão para a lavagem das mãos, regra básica para o controle de infecção, seguindo as boas práticas laboratoriais para coleta de material potencialmente infectante.
- Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs): avental descartável, luva descartável, óculos de proteção, máscara N95.
- ❖ Identificar os tubos ou frasco coletor com o nome legível e dados do paciente. Também devem constar na etiqueta de identificação a data, horário da coleta e o nome do profissional que a realizou.
- Manter o suprimento de desinfetante hospitalar e demais materiais para a limpeza da bancada antes e após a coleta da amostra biológica;



O encaminhamento das amostras coletadas de casos suspeitos de infecção pelo COVID-2019 para o

Laboratório deve ser acompanhado com a Ficha de Notificação para casos suspeitos do novo coronavírus;

Certificar-se de que o nome completo do paciente, idade, sexo, profissão, procedência, data do início

dos sintomas; data da coleta das amostras, histórico de viagem recente para áreas de risco estejam

devidamente informados;

Realizar o cadastro no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), no preenchimento do

campo Agravo/Doença, selecionar a opção "influenza/vírus respiratórios" e no campo pesquisa

"Coronavírus (COVID-2019)".

A amostra deverá ser encaminhada para o Instituto Adolfo Lutz Central Regional ou laboratório de

apoio da UNIMED;

A embalagem para o transporte de amostras de casos suspeitos de infecção por COVID-2019 deve

seguir regulamentos de remessa para Substância Biológica UN 3373, Categoria B. As amostras deverão ser

transportadas em caixas isotérmicas individuais, separadas de outros agravos, em banho de gelo ou gelox,

em temperatura de (+)4 a (+)8°C; os frascos deverão ser acondicionados e transportados na posição

vertical.

Teste Rápido para Pesquisa de Antígeno SARS-COV-2

Trata-se de um teste rápido que demonstra a presença de proteínas virais, o que indica infecção

viral em atividade. Esse exame é coletado por swab de nasofaringe (1 swab para ambas as narinas), sendo

armazenado em tubo estéril SEM adição soro fisiológico. As amostras devem ser testadas assim que

possível logo após a coleta. Da mesma forma que o RT-PCR, o teste deve ser realizado ENTRE O 3° E O

7° DIA DO INÍCIO DOS SINTOMAS para diagnóstico de infecção ativa.

No momento, esse teste não está disponível na rotina hospitalar. Contudo, caso entre na rotina,

poderá ser utilizado em situações específicas para diagnóstico de COVID-19 e para tomada de decisão

em relação ao isolamento do paciente, sempre com a discussão do caso junto à diretoria técnica e à

CCIH.

Testes Sorológicos: Sorologia Convencional e do Tipo "Teste Rápido" para COVID-19

22



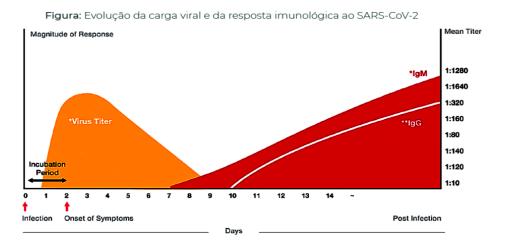
Os exames são feitos com o uso de amostras de sangue, soro ou plasma e podem ser realizados por meio das técnicas de imunofluorescência, imunocromatografia, enzimaimunoensaio e quimioluminescência. Como a produção de anticorpos no organismo só ocorre depois de um período mínimo após a exposição ao vírus, esse tipo de teste é INDICADO A PARTIR DO 8° DIA DE INÍCIO DOS SINTOMAS.

A execução e leitura dos resultados devem ser realizadas por trabalhadores da saúde de nível médio, com supervisão, e/ou de nível superior. Existem a sorologias para a quantificação de anticorpos totais (IgA + IgM + IgG) e as que detectam anticorpos da classe IgM e IgG separadamente.

Essas sorologias podem ser de caráter convencional ou na forma de testes rápidos. Preferencialmente, utilizar sorologias que detectam IgM e IgG separadamente, para auxiliar na tomada de decisão em relação ao isolamento.

No caso de indivíduo sintomático, é obrigatório aguardar 72 horas após o desaparecimento dos sintomas, antes da realização do teste. Isto, se deve a evidência de redução importante da viremia após 72 horas do fim dos sintomas. Essa medida permite que o grau de transmissibilidade seja reduzido, mesmo na eventualidade de um resultado falso-negativo.

A figura abaixo mostra o resultado dos métodos diagnósticos nos estágios da infecção por SARS-CoV2.



Fonte: Documento do Royal College of Pathologists of Australasia (RCPA).

A interpretação dos testes sorológicos encontra-se no item 8.6.



Estratégia de Afastamento Laboral para Profissionais da Saúde e de Apoio

Profissional de Saúde e de Apoio CONTACTANTE de Caso Suspeito ou Confirmado

Profissionais ASSINTOMÁTICOS contactantes de pacientes suspeitos ou confirmados de Síndrome Gripal:

- Contactante não domiciliar: sem recomendação de afastamento.
- > Contactante domiciliar: recomendação de afastamento do trabalho durante 14 dias a partir do início dos sintomas do contactante. Caso o RT-PCR do contactante seja negativo, o profissional poderá retornar imediatamente ao trabalho (desde que esteja assintomático).

Profissional de Saúde e de Apoio com SUSPEITA de Síndrome Gripal

Deve se afastar do trabalho imediatamente. O retorno ao trabalho deve atender a uma das condições descritas a seguir:

- RT-PCR COVID 19 positivo: afastamento do trabalho obrigatório durante 14 dias, a partir do início dos sintomas.
- > RT-PCR COVID 19 negativo: retorno ao trabalho assim que houver a resolução da febre sem o uso de antitérmicos E tenha ocorrido melhora dos sintomas respiratórios (por exemplo, tosse, falta de ar).

NOTA: Não é necessária a realização de novos exames específicos de COVID19 para o retorno ao trabalho.

Afastamento de profissional de saúde e de apoio em GRUPO DE RISCO:

São consideradas condições de risco:

- Idade igual ou superior a 60 anos;
- Cardiopatias graves ou descompensados (insuficiência cardíaca, cardiopatia isquêmica);
- Pneumopatias graves ou descompensados (asma moderada/grave, DPOC);
- Imunodepressão;
- Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5);
- Diabetes mellitus, conforme juízo clínico;
- Doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica;



Gestantes.

Nestes casos, recomenda-se o afastamento laboral. Em caso de impossibilidade de afastamento desses trabalhadores, estes não deverão realizar atividades de assistência a pacientes suspeitos ou confirmados de Síndrome Gripal. Preferencialmente deverão ser mantidos em atividades de gestão, suporte, assistência nas áreas onde NÃO são atendidos pacientes suspeitos ou confirmados de Síndrome Gripal.

NOTA: médicos e demais colaboradores que sejam sintomáticos respiratórios ou que tenham comunicantes domiciliares com suspeita d COVID 19 devem se afastar imediatamente do trabalho. Para tanto, devem ter o atestado médico de afastamento e devem obrigatoriamente entrar em contato com a medicina do trabalho.

Diagnóstico Diferencial

As características clínicas não são específicas e podem ser similares àquelas causadas por outros vírus respiratórios, que também ocorrem sob a forma de surtos e, eventualmente, circulam ao mesmo tempo, tais como influenza, parainfluenza, rinovírus, vírus sincicial respiratório, adenovírus, outros coronavírus, entre outros.

Abordagem Inicial e Manejo Clínico do Paciente Suspeito ou Confirmado de COVID-19

- 1. Todos os profissionais de saúde e demais colaboradores deverão ser capacitados a reconhecerem os casos suspeitos e prováveis de infecção por COVID-2019 para poderem orientar os pacientes.
- A Fundação Padre Albino possui as seguintes áreas exclusivas de atendimento e de internação de pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19: Unidade Respiratória Aguda (URA) – Hospital Emílio Carlos e Pronto Atendimento/PS/Posto III – Hospital Padre Albino.
- 3. O Hospital Padre Albino está responsável pelo atendimento e internação de crianças e gestantes. O Hospital Emílio Carlos (URA) está responsável pelo atendimento e internação dos demais pacientes.
- 4. Os pacientes assim que chegarem deverão ser abordados pela recepção ou equipe de enfermagem para investigação inicial de síndrome gripal. Em caso positivo, máscaras cirúrgicas e a higienização das mãos com preparação alcoólica deverão ser fornecidas imediatamente aos pacientes e acompanhantes,



sendo orientados a utilizá-las corretamente. Logo após, orientá-los a aguardar na recepção do para serem atendidos.

- 5. Se não houver critério de síndrome gripal, encaminhar o paciente para ser atendido na área de não isolamento.
- 6. O paciente deverá ser notificado como caso suspeito de COVID19 pelo enfermeiro e a equipe do laboratório ou de enfermagem deverá ser acionada para coleta de material para pesquisa de coronavírus. O colaborador do laboratório deverá higienizar as mãos e vestir os EPIs, conforme orientação da CCIH.
- 7. Em caso de necessidade de exames radiológicos, a equipe do pronto atendimento, PS ou URA deverá comunicar previamente a equipe da radiologia sobre o caso suspeito, de modo que o setor possa se preparar para receber o paciente.
- 8. Em caso de alta, a equipe deverá orientar o paciente sobre o isolamento domiciliar (14 dias após o início dos sintomas) e prescrever Oseltamivir, se o paciente pertencer ao grupo de risco de complicações por influenza. Após a alta hospitalar, orientar o paciente a evitar contato com idosos e/ou imunossuprimidos nos próximos 30 dias.
- 9. Além de emitir atestado de isolamento por 14 dias, o médico também deverá preencher o termo de consentimento livre esclarecido junto com o paciente, de acordo com a PORTARIA Nº 356, DE 11 DE MARÇO DE 2020 do Ministério da Saúde. O termo deverá ser anexado ao prontuário do paciente.
- 10. Realizar a limpeza e desinfecção de equipamentos e produtos para saúde que tenham sido utilizados na assistência ao paciente, incluindo no serviço de radiologia.

Nota 1: o processo de atendimento no pronto atendimento/PS/URA pode ser alterado a qualquer momento, de acordo com a situação epidemiológica da doença ou necessidades da instituição.

Nota 2: é fundamental que o médico plantonista somente solicite exames radiológicos ou laboratoriais quando estritamente necessários (suspeita de comprometimento pulmonar). A maioria dos casos (80-85%) são de vias aéreas altas e tratados em domicílio.

Internação do Paciente

Internar todos os pacientes com <u>Síndrome Respiratória Aguda Grave</u> (presença de síndrome gripal **E** ao menos um dos critérios abaixo):

PADRE ALBINO

Sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória avaliada de acordo com a

idade (Anexo II);

Saturação de oxigênio menor que < 94% em ar ambiente;

Piora nas condições clínicas de doença de base*;

PAS < 90 mmHg ou PAD < 60mmHg ou hipotensão em relação à pressão arterial habitual do

paciente;

Disfunção orgânica, incluindo alteração do estado mental e lactato acima do valor de referência

(Anexo III);

Em crianças, além dos itens acima, observar: batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem

intercostal, desidratação e inapetência.

Gestantes.

* HAS, DM, Obesidade, Cardiopatia, Pneumopatia, hepatopatia, neoplasia e imunossuprimidos.

Obs: anotar peso real e altura do paciente na admissão e calcular peso predito.

Esses dados são importantes para prescrição de alguns medicamentos e para ventilação mecânica, caso

necessária.

CÁLCULO DO PESO PREDITO:

Homens: $50 + 0.91 \times (altura\ em\ cm - 152.4)$.

Mulheres: $45.5 + 0.91 \times (altura\ em\ cm - 152.4)$.

Exemplo: Jussara = 168 cm: 45,5 + 0,91 (168 - 152,4)

45,5+0,91 (15,6)

Peso Predito = 59,696

Início de Tratamento

Pacientes adultos e pediátricos com SRAG (Anexo I): sugerimos que sejam internados e tratados

para COVID-19 (dexametasona) e INFLUENZA (oseltamivir). Iniciar profilaxia de trombose com

enoxaparina. Pacientes graves (sepse, choque, necessidade de VNI, ventilação mecânica) ou com

suspeita de infecção bacteriana associada também deverão receber terapia ANTIBACTERIANA.

Vide a partir do item 8.10 para maiores detalhes.

27



Exames Laboratoriais Gerais e de Imagem na Admissão Hospitalar

- RT-PCR (swab) para COVID 19 e INFLUENZA
- ➤ Gasometria arterial: manejo da oxigenoterapia (Anexo IV)
- Hemograma;
- Proteína C-reativa;
- Glicemia;
- Bioquímica sérica (Na, K, Ureia, Creatinina, Ca, Mg);
- ➤ TGO e TGP;
- Bilirrubinas Totais e frações;
- ➤ CPK;
- DHL;
- D-dímero (se disponível);
- Coagulograma;
- > Ferritina;
- > Troponina (se disponível) ou CK-MB;
- ➤ ECG;
- > TC tórax s/c (realizar a TC antes de encaminhá-lo para o setor de internação).

Utilização da TC tórax

A) Classificação "CO-RADS"

A classificação CO-RADS é um sistema de notificação padronizado para pacientes com suspeita de infecção por COVID-19, proposto por radiologistas holandeses. Quanto mais alta for a classificação, maior será a <u>probabilidade</u> de ser COVID-19 (vide tabela abaixo).

Classificação	Nível de suspeição por TC	Achados TC	Exemplos
CO-RADS 1	Nenhuma	TC sem sinais de processo inflamatório	Tomografia computadorizada normal ou com achados não inflamatórios. Cavidades Lesões calcificadas Massas pulmonares e pleurais
CO-RADS 2	Baixa	Anormalidades não típicas de COVID- 19	Arvores em brotamento Espessamento brönquico Bronquiectasias Consolidação lobar sugestiva de infecção bacteriana Opacidades em vidro fosco sugestivas de outras patologias, como edema pulmonar, hemorragia, pneumonia por hipersensibilidade, fibrose, pneumonia eosinofilica, pneumonia por micoplasma, pneumonia por PCP. Lesões suspeitas para neoplasias Linfonodomegalias
CO-RADS 3	Intermediária	Anormalidades tomográficas indicando infecção que podem ser por outros agentes	Broncopneumonia generalizada Pneumonia lobar Embolia séptica



CO-RADS 4	Alta	Alta suspeita clinica e TC apresenta achados suspeitos, porém não extremamente típicos	 Vidro fosco unilateral Consolidações multifocais sem nenhum outro achado típico Achados suspeitos de COVID-19 na doença pulmonar subjacente
CO-RADS 5	Muito Alta	Suspeita clinica e TC extremamente sugestivas	 Opacidades focais em vidro fosco e consolidações Achados iniciais: Opacidades focais em vidro fosco (88%) Bilateral (88%) Distribuição posterior (80%) Multilobar (79%) Distribuição periférica (76%) Consolidação (32%)
CO-RADS 6	PCR +		PCR+ e TC altamente suspeita

B) Classificação de Envolvimento na TC

O grau de envolvimento pulmonar na TC está correlacionada com a gravidade da doença. Ele é estimado por análise visual, sendo o corte coronal o mais indicado para avaliar o volume pulmonar acometido:

- **❖** INFERIOR A 25%
- ❖ DE 25% A 50%
- ❖ SUPERIOR A 50%

C) Evolução dos Achados por TC

Estágio	Período	Achados tomográficos mais frequentes
	0 – 4 dias	Opacidades em vidro fosco com
Inicial		alguns lobos envolvidos e
		pavimentação em mosaico parcial
	5 – 9 dias	Aumento das opacidades em
Progressivo		vidro fosco e da pavimentação
1.06.033110		em mosaico
Pico	10 – 13 dias	Consolidação
Absorção	Maior que 13 dias	Resolução gradual

A doença em fase avançada está associada a uma frequência significativamente aumentada de:

- Opacidades em vidro fosco, mais um padrão reticular (pavimentação em mosaico);
- Dilatação vascular;
- Estrias fibróticas;
- Broncograma aéreo;
- Distorção brônquica;



- Linha subpleural ou uma linha transparente subpleural;
- > Derrame pleural.

Escore Preditor de Evolução Clínica

Em abril/2020, um grupo de pesquisadores publicou um estudo com a proposta de utilizar um escore simples e prático para predizer a evolução clínica dos pacientes com pneumonia por SARS-COV-2 durante a hospitalização. Isso é interessante para estimar a evolução clínica e programação do tempo de internação e da alta hospitalar.

Trata-se do **CALL score** (comorbidade, idade, linfócitos e DHL), conforme está demonstrado na tabela abaixo:

CALL score (4 a 13 pontos):

CALL	PONTOS
COMORBIDADES	
Sem	1
Com	4
IDADE (anos)	
≤ 60	1
> 60	3
LINFÓCITOS	
> 1000	1
≤ 1000	3
DHL (U/L)	
≤ 250	1
250 - 500	2



Interpretação:

CALL A (4 A 6 pontos): < 10% de risco de progressão da doença

CALL B (7 a 9 pontos): 10 – 40% de risco de progressão da doença

CALL C (10 a 13 pontos): > 50% de risco de progressão da doença

Recomendamos o uso do CALL score para todos os pacientes internados.

Coleta de Exames Específicos para Diagnóstico Etiológico na Admissão Hospitalar

Todo o paciente internado com SRAG deverá ser notificado e deverá ser investigado para COVID-19 e INFLUENZA.

✓ Coletar swab de naso/orofaringe para realização de **RT-PCR COVID-19 e INFLUENZA** <u>na admissão</u> do paciente.

Isolamento de Pacientes após Internação na Área Respiratória

Discutir a permanência do paciente na área de isolamento é de extrema importância por questões de gerenciamento de leitos e de segurança do próprio paciente.

Infelizmente, alguns pacientes e familiares não se lembram de maneira precisa quando os sinais e sintomas se iniciaram, de modo que a coleta de exames específicos para o diagnóstico definitivo pode ocorrer fora do período adequado. Além disso, os testes específicos, incluindo o RT-PCR, podem apresentar resultados falso negativos. Sendo assim, a decisão sobre manter ou não o paciente em isolamento deverá ser baseado em história clínica, resultados de exames específicos e classificação tomográfica do paciente.

ATENÇÃO: pacientes suspeitos de COVID-19 (diagnóstico ainda não definido) não poderão ser internados no mesmo quarto. Portanto, não poderá haver coorte de pacientes suspeitos.

POSSÍVEIS CENÁRIOS E DECISÃO SOBRE ISOLAMENTO DO PACIENTE:



- RT-PCR positivo: paciente com COVID-19. Manter internação na área de isolamento. O paciente poderá ficar internado com outro paciente que também seja positivo (coorte de pacientes).
- RT-PCR negativo E TC tórax CO-RADS ≥ 4: pouco provável que esse cenário aconteça, devido à alta probabilidade de COVID-19 demonstrada pela TC de tórax. Pode ser um resultado de RT-PCR falso negativo. Nesse caso, recomendamos manter o isolamento. Reavaliar tempo de sintomas, discutir resultado da TC com a radiologia. Se mantida a classificação CO-RADS ≥ 4 e havendo necessidade de gerenciamento de leitos, realizar teste sorológico IgM e IgG e discutir o caso com a CCIH.
- RT-PCR negativo E TC tórax CO-RADS ≤ 3: o paciente poderá deixar a área de isolamento.
- RT-PCR INFLUENZA positivo: paciente com diagnóstico de SRAG por Influenza. Retirar da área de isolamento de COVID-19 e mantê-lo em isolamento respiratório em enfermaria comum.

Interpretação do Teste Sorológico com Pesquisa de IGM e IGG para COVID-19

O teste sorológico deverá ser realizado a partir do 8° dia do início dos sintomas.

A pesquisa de IgM e IgG para COVID-19 também é utilizada em inquéritos epidemiológicos de indivíduos assintomáticos.

Segue na próxima página a tabela para interpretação e conduta frente aos possíveis resultados sorológicos.



RESUTADO	INTEPRETAÇÃO	CONDUTA
		Assintomático - Não necessário isolamento.
IgM NÃO REAGENTE	Não há infecção.	Sintomático - Fazer isolamento por 14 dias contando do início dos sintomas ou contato com o caso fonte e ter pelo menos 72 horas sem febre e com melhora dos sintomas
IgG NÃO REAGENTE	Ou menos de 7 dia de infecção.	Recomenda-se a realização do RT-PCR se menos de 8 dias dos sintomas ou a repetição da Sorologia para verificar se ocorrerá a soroconversão após 14 dias da primeira coleta.
IgM REAGENTE	A infecção deve estar entre o 7 e o 10 dia (quando o IgG começa a positivar).	Assintomático - Fazer isolamento por 7 dias contando da data da coleta. Recomenda-se a repetição para verificar se ocorrerá a soroconversão para IgG após 14 dias da primeira coleta.
IgG não reagente	O IgM é o anticorpo com menor Sensibilidade podendo ocorre Falso Positivo por Reação Cruzada.	Sintomático - Fazer isolamento por 14 dias contando do início dos sintomas ou contato com o caso fonte e ter pelo menos 72 horas sem febre e com melhora dos sintomas. Recomenda-se a repetição para verificar se ocorrerá a soroconversão para IgG após 14 dias da primeira coleta.
	A infecção deve ter pelo menos 10 dia.	Assintomático - Fazer isolamento por 7 dias contando da data da coleta.
IgM REAGENTE IgG REAGENTE	Ainda não temos bem defenido quando o IgM negativa, estima - se que a partir do 30 dia de infecção. Sendo possivel os 2 anticorpos estarem positivos do 10 ao 30 dia de infecção.	Sintomático - Fazer isolamento por 14 dias contando do início dos sintomas ou contato com o caso fonte e ter pelo menos 72 horas sem febre e com melhora dos sintomas.
IgM	Imunidade; as evidências científicas	Assintomático - Não necessário isolamento.
não Reagente Igg Reagente	atuais sugerem que a infecção pelo SARS-CoV-2 confira imunidade aos infectados.	Sintomático - Fazer isolamento por 14 dias contando do início dos sintomas ou contato com o caso fonte e ter pelo menos 72 horas sem febre e com melhora dos sintomas

Fonte: Sociedade Brasileira de Análises Clínicas – Junho/2020



Profilaxia Pré e Pós-Exposição para SARS-COV-2

Atualmente, nenhum medicamento administrado antes ou após uma exposição é conhecido por ser eficaz na prevenção da infecção por SARS-CoV-2. Faltam ensaios clínicos que demonstrem eficácia. Portanto, nesse momento, <u>não é recomendado o uso de nenhum agente para profilaxia pré e pós-exposição para SARS-CoV-2, exceto em situações de pesquisa clínica.</u>

Tratamento Antiviral Para SARS-COV-2

Estudos em laboratório mostraram que alguns medicamentos apresentaram resultados de ação antiviral *in vitro* contra o SARS-CoV-2. Contudo, essas pesquisas ainda carecem de comprovação de benefício e segurança em ambiente clínico. Os resultados encontrados *in vitro* não podem ser tomados como verdadeiros *in vivo*. Os testes *in vitro* encontram-se nos níveis mais básicos da pesquisa na área de saúde.

As cloroquinas e a ivermectina são exemplos dessa situação: apesar dos resultados animadores *in vitro*, até o momento não há ensaios clínicos que comprovem os benefícios das cloroquinas contra COVID-19. Pelo contrário, alguns estudos mostraram aumento de eventos adversos. O FDA retirou a cloroquina da lista de medicamentos aprovados para COVID-19 e diversas sociedades científicas contraindicam seu uso rotineiro. A ivermectina também apresentou resultados *in vitro* contra o SARS-CoV-2, assim como já havia mostrado contra o HIV, dengue, influenza e Zika Vírus, e nenhum destes se mostrou eficaz na prática clínica.

Atualmente existem quase 1600 estudos clínicos relacionados à COVID-19 (https://clinicaltrials.gov/) para avaliar potenciais fármacos.

Contudo, até o momento <u>faltam dados definitivos de ENSAIOS CLÍNICOS para identificar</u> <u>tratamentos antivirais seguros e eficazes contra o SARS-CoV-2.</u>

Devido à falta de evidências científicas provenientes de ensaios cínicos randomizados, diversas sociedades médicas nacionais e internacionais têm se posicionado contra o uso rotineiro dessas medicações, exceto em ambientes de pesquisa clínica.

São exemplos de sociedades científicas renomadas que não recomendam o uso rotineiro desses fármacos: *National Institutes of Health (NIH)*, Sociedade Norte-americana de Doenças Infecciosas



(IDSA), Associação de Medicina Intensiva Brasieira (AMIB), Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) e Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI).

Também não há medicamentos aprovados pela *Food and Drug Administration* (FDA) para o tratamento do COVID-19, embora o remdesivir, um medicamento antiviral experimental, esteja disponível por meio de uma autorização de uso emergencial do FDA (indisponível no Brasil).

Ao entender que a ciência deve ser a luz que norteia as decisões médicas sobre tratamentos e respeitando os pareceres de órgãos e sociedades científicas nacional e internacionalmente renomados, nesse momento o HUSD não recomenda o uso rotineiro de cloroquina, hidroxicloroquina, azitromicina, lopinavir/ritonavir, ivermectina, nitazoxanida ou de qualquer outro fármaco, isolado ou em combinação, para profilaxia ou tratamento de COVID-19.

Em relação ao Influenza, o HUSD recomenda o uso de oseltamivir para os pacientes com SRAG e para os pacientes com síndrome gripal com risco de complicações por Influenza: pacientes com mais de 60 anos ou < 5 anos de idade, gestantes ou com comorbidades - pneumopatias (incluindo asma), tuberculose de todas as formas, cardiovasculopatias (excluindo HAS controlada), nefropatias, hepatopatias, doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme), distúrbios metabólicos (incluindo diabetes), 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, neoplasias, HIV/aids ou outros, obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal – IMC ≥ 40 em adultos); OU suspeita de gripe e com síndrome respiratória aguda grave SRAG.

Caso os resultados dos testes laboratoriais confirmem infecção por SARS-CoV-2, o uso de oseltamivir deverá ser interrompido.

Nota: Sobre a autonomia médica para prescrição de medicamentos experimentais para COVID-19: Caso o médico queira prescrever as medicações, poderá fazê-lo, sendo necessário que compartilhe com o paciente a falta da evidência científica da eficácia à luz dos conhecimentos atuais e seu potencial risco de dano, e com a assinatura de um termo de consentimento (em anexo).



No caso das cloroquinas, o paciente deverá realizar eletrocardiograma antes de iniciar o tratamento (avaliação de possível cardiotoxicidade). Vide abaixo:

Quanto à avaliação de risco inicial de paciente para o tratamento pela medida do QT:

ECG basal de 12 derivações com medida de intervalo QTc.

- Se < 450ms Liberado para o uso;

 Se 450ms-470ms Cautela no uso, ou somente em regime hospitalar;

 Se >470ms <500ms Evitar o uso, ou somente em hospitalar com telemetria.

 Se > 500ms Evitar o uso. Considerar risco/benefício.

Nota: cabe ressaltar que toda decisão sobre tratamento farmacológico dessa nova doença é dinâmica, podendo ser modificada à medida que novos conhecimentos são publicados.

8.11 Tratamento Anti-Inflamatório para SARS-COV-2: Dexametasona

Um estudo desenvolvido no Reino Unido (estudo RECOVERY) encontrou evidências de que a dexametasona pode evitar mortes de pacientes em ventilação mecânica ou que necessitam de oxigênio fora da UTI. O estudo Recovery é um ensaio clínico randomizado, realizado no Reino Unido a partir de base de dados com mais de 11 mil pacientes de 175 hospitais. Os pesquisadores analisaram 2.104 pacientes que foram selecionados para receber a substância aleatoriamente. O progresso que tiveram foi comparado ao de 4.321 pacientes que receberam os cuidados habituais contra o novo coronavírus. O principal resultado obtido no estudo Recovery é a redução da mortalidade entre os doentes muito graves, aqueles que precisam de respiração assistida, bem como entre aqueles que necessitam de oxigênio e estão fora da UTI.

Dexametasona 6 mg por via oral ou por via endovenosa 1x/dia por 10 dias demonstrou:

1) redução de mortalidade (em 28 dias) de 1/3 (33,3%) nos pacientes com COVID-19 em ventilação mecânica (VM);



2) redução de mortalidade (em 28 dias) de 1/5 (20%) nos pacientes necessitando de oxigênio e que não

estão em VM;

3) não houve diferença nos pacientes que não necessitam de oxigênio.

Os resultados encontrados, embora animadores, são ainda preliminares e deverão ser

publicados em revistas científicas para revisão dos pares. Mas, por se tratar de um ensaio clínico, os

benefícios do medicamento já podem ser aplicados.

Sendo assim, recomendamos o uso de Dexametasona 6 mg EV ou VO 1x/dia durante 10 dias

para todos os pacientes com suspeita ou diagnóstico de COVID-19 que estejam em ventilação mecânica

ou que necessitem de oxigênio, mesmo fora da UTI.

8.12 Tratamento Antibacteriano

Obrigatório para pacientes admitidos em estado grave/crítico (sepse, choque séptico,

necessidade de VNI e de ventilação mecânica) e para aqueles que, apesar de estáveis, apresentem

suspeita de pneumonia mista (vírus/bactéria). Esquemas recomendados:

Pacientes de enfermaria:

- Ceftriaxona 2g EV 1x ao dia + Azitromicina 500 mg EV 1x ao dia (preferencial) OU

- Amoxicilina/Clavulanato 1g EV 8/8h + Azitromicina 500 mg EV 1x ao dia OU

- Moxifloxacino 400 mg EV 1x ao dia OU

- Levofloxacino 750 mg EV 1x ao dia.

Duração: 5 a 7 dias.

Pacientes críticos: esquema sempre em combinação de drogas

- Ceftriaxona 2g EV 1x ao dia + Azitromicina 500 mg EV 1x ao dia (preferencial) OU

- Ceftriaxona 2g EV 1x ao dia + Moxifloxacino 400 mg EV 1x ao dia OU

- Ceftriaxona 2g EV 1x ao dia + Levofloxacino 750 mg EV 1x ao dia.

Duração: 7 dias.

Pacientes com antecedente de DPOC, bronquiectasias ou uso recorrente de corticoides sistêmicos para

broncoespasmo (enfermaria ou crítico):

- Cefepime 2g EV 8/8h + Azitromicina 500 mg EV 1x ao dia (preferencial) OU

- Cefepime 2g EV 8/8h + Moxifloxacino 400 mg EV 1x ao dia OU

- Cefepime 2g EV 8/8h + Levofloxacino 750 mg EV 1x ao dia.

37



Duração: 7 dias.

Outras situações clínicas, incluindo pneumonias nosocomiais: discutir caso com a CCIH.

Cobertura Antibacteriana em pacientes pediátricos:

- 1. Crianças > 28 dias de vida: Ceftriaxona: 50 100 mg/Kg/dia EV 1x ao dia + Azitromicina 10 mg/Kg/dia EV 1x ao dia durante 7 a 10 dias.
- 2. Crianças < 28 dias de vida: Cefotaxima 150-200 mg/Kg/dia EV dividido a cada 6h ou 8h + Azitromicona 10 mg/Kg/dia EV 1x ao dia durante 7 a 10 dias.

o Tratamento Anticoaguante

- <u>Rcomendamos utilizar a profilaxia para tromboembolismo venoso</u> em pacientes hospitalizados com COVID-19.
- <u>Não utilizar rotineiramente as heparinas em dose terapêutica</u> no tratamento da COVID-19. Caso seja prescrita a anticoagulação plena, deve haver assinatura do termo de consentimento por parte do paciente ou responsável legal.

Tratamento de COVID-19 para População Pediátrica

De acordo com o consenso pediátrico "Updated diagnosis, treatment and prevention of COVID-19 in children: experts consensus statement (condensed version of the second edition)", publicado pela World Journal of Pediatrics, não se recomenda nenhum tratamento antiviral específico para COVID-19, por falta de estudos na população pediátrica.

8.15 Anticoagulação

Baseados em dados da fisiopatogenia da doença, alguns pesquisadores têm sugerido o uso concomitante de terapia antiviral e terapia anticoagulante. Pacientes COVID+, em decorrência de características inerentes à infecção como: inflamação excessiva + imobilização + hipóxia, apresentem predisposição aumentada a complicações tromboembólicas venosas e trombóticas arteriais, especialmente pacientes internados nas unidades de terapia intensiva (UTIs), numa média de 31% (27% para tromboembolia venosa e 3,7% para eventos arteriais trombóticos). Importante ressaltar que essas



complicações podem se apresentar nas mais diferentes formas de apresentação clínica como: trombose venosa profunda (TVP), embolia pulmonar (EP), acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi), infarto do miocárdio, ou embolia arterial sistêmica. Em virtude do quadro inflamatório, ocorrem distúrbios de coagulação importantes, principalmente: aumento importante na fração dímero-D, prolongamento nos tempos de protrombina (TP), queda na contagem de plaquetas (plaquetopenia) e queda nos valores do fibrinogênio e que essas variações têm se mostrado marcadores de mau prognóstico.

Prescrever anticoagulantes em dose profilática para os pacientes admitidos com diagnóstico suspeito ou confirmado de COVID-19, tal como se faz para outros pacientes em situações habituais de internação hospitalar.

Profilaxia:

ightharpoonup IMC < 40 kg/m2

Enoxaparina 40 mg SC 1x/dia.

Se ClCr < 30ml/min: Enoxaparina 20 mg SC 1x/dia.

➤ IMC 40 - 50 kg/m2

Enoxaparina 40 mg SC 12/12 h.

Se ClCr < 30ml/min: Enoxaparina 20 mg SC 12/12 h

> IMC > 50 kg/m2

Enoxaparina 60 mg SC 12/12 h.

Se ClCr < 30ml/min: Enoxaparina 60 mg SC 1x/dia.

Solicitar marcadores laboratoriais na admissão e a cada 48hs para identificar potenciais marcadores de mau prognóstico (dímero-D, tempo de protrombina, plaquetas e fibrinogênio). Considerar anticoagulação plena na vigência de piora clínica (internação como paciente crítico e/ou necessidade de ventilação mecânica, ou piora laboratorial):

- ➤ dímero d: aumento superior a 4 5 vezes o limite de normalidade;
- tempo de protrombina (TP): acima de 15 segundos;
- contagem de plaquetas < 150.000;</p>



➤ fibrinogênio < 200.

Realizar a mensuração de risco de sangramento do paciente em questão pelo escore IMPROVE antes da terapia anticoagulante:

Clearance de creatinina 30 – 59 ml/min	1
sexo masculino	1
idade 40-80 anos	1,5
Neoplasia	2
Doença reumática ativa	2
Cateter venoso em veia profunda	2
Internação em terapia intensiva	2,5
Clearance de creatinina < 30ml/min	2,5
Insuficiência hepática com RNI basal > 1,5	2,5
Idade > 85 anos	3,5
Plaquetas < 50.000/mm ³	4
História de sangramento nos últimos 3 meses	4
Úlcera péptica ativa	4,5

Se escore < 7: BAIXO RISCO: pode anticoagular.

Se escore > 7: **ALTO RISCO:** profilaxia mecânica – evitar anticoagulantes.

Terapia anticoagulante:

Se ClCr > 30ml/min

➤ IMC < 40 kg/m2:

Enoxaparina 40mg subcutâneo 12/12hs OU

Heparina não fracionada 10.000 UI subcutâneo 8/8 hs

 \rightarrow IMC 40 – 50 kg/m2:

Enoxaparina 60mg subcutâneo 12/12hs OU

Heparina não fracionada 12000 UI subcutâneo 8/8 hs.

➤ Para IMC > 50kg/m2: enoxaparina 0,7 – 0,8 mg/kg peso subcutâneo 12/12hs (máximo de 150 mg por dose).

Se ClCr < 30ml/min: atentar rigorosamente a sinais de sangramento:

- Se heparina não fracionada, corrigir a dose pelo coagulograma mantendo o RT entre 1.5 e 2.0.
- Se enoxaparina, usar 0.5 mg/kg subcutâneo 12/12hs.



a. Influenza

Oseltamivir: tratamento por 5 dias, conforme tabela a seguir.

Tratamento, posologia e administração

DROGA	FAIXA ETÁRIA		POSOLOGIA
	Adulto		75 mg, 12/12h, 5 dias
	Criança maior de 1 ano de idade	≤15 kg	30 mg, 12/12h, 5 dias
Fosfato de		> 15 kg a 23 kg	45 mg, 12/12h, 5 dias
oseltamivir (Tamiflu®)		> 23 kg a 40 kg	60 mg, 12/12h, 5 dias
		> 40 kg	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	3,5 mg/kg, 12/12h, 5 dias

DOSE PARA TRATAMENTO EM RECÉM-NASCIDOS

- 1 mg/kg/dose 12/12 horas em prematuros.
- 1 mg/kg/dose 12/12 horas de 37 a < 38 semanas de idade gestacional.
- 1,5 mg/kg/dose 12/12 horas de 38 a 40 semanas de idade gestacional.
- 3 mg/kg/dose de 12/12 horas em RN com idade gestacional maior de 40 semanas.

OBS.: Tratamento durante cinco dias.



Oseltamivir, recomendações para ajuste de doses na insuficiência renal

COMPROMETIMENTO RENAL/ CLEARANCE DE CREATININA	TRATAMENTO 5 DIAS	PROFILAXIA 10 DIAS
Leve Clearance >60-90 ml/min	75 mg 12/12 h	75 mg 1 vez ao dia
Moderado Clearance >30-60 ml/min	30 mg 12/12 h	30 mg 1 vez ao dia
Severo Clearance >10-30 ml/min	30 mg 1 vez ao dia	30 mg em dias alternados
Pacientes em hemodiálise Clearance ≤ 10 ml/min	30 mg após cada sessão de hemodiálise*	30 mg após cada sessão alternada de hemodiálise
Pacientes em diálise Peritoneal Contínua ambulatorial – dPCa Clearance ≤ 10 ml/min	Única dose de 30 mg administrada imediatamente após troca da diálise	30 mg 1 vez por semana imediatamente após troca da diálise**

Fonte: CDC adaptado (2011; [2017]).

8.17 Oxigenoterapia e Tratamento do Broncoespasmo:

Múltiplas evidências existem sobre a contaminação dos profissionais de saúde em grandes epidemias virais. O uso da ventilação não invasiva (VNI) e de cânulas nasais de alto fluxo (HFNC) são contraindicadas pela WHO pelo potencial de aerossolização e eliminação de gotículas com potencial contaminação dos profissionais envolvidos, associado com benefício não estabelecido no tratamento de falência respiratória hipoxêmica.

É sabido que a nebulização de qualquer tipo gera inúmeros aerossóis e ela deve ser evitada ao máximo, bem como o uso de dispositivos que utilizem alto fluxo de O2. Tendo em vista que existem controvérsias quanto aos potenciais de aerossolização de diferentes dispositivos, o suporte de oxigênio terapia com fluxos baixos com cânulas nasais e com fluxos mais elevados na máscara com reservatório parecem ser alternativas cujo risco aos profissionais seja menos elevado e com benefícios aos pacientes (Figura 3).

^{*}Serão apenas três doses (em vez de cinco) após cada sessão de hemodiálise, considerando-se que, num período de cinco dias, serão realizadas três sessões.

^{**}Serão duas doses de 30 mg cada, considerando-se os dez dias, onde ocorrerão apenas duas sessões de diálise.



A intubação orotraqueal precoce é preconizada uma vez que existem particularidades de segurança necessárias ao procedimento, não devendo ser totalmente emergencial para prevenir contaminação dos profissionais de saúde e aumentar a segurança do paciente (**Figura 4**).

Em caso de broncoespasmo, realizar o manejo clínico conforme mostra a Figura 5.

Atenção!

Kits de intubação de sequência rápida (videolaringoscópio, cânulas e medicações específicas) deverão estar disponíveis para pronto uso e de fácil acesso nas áreas de isolamento. A equipe de anestesia ou de terapia intensiva deverá capacitar os profissionais médicos do setor de isolamento para sequência rápida de IOT e orientar a montagem dos Kits no setor.

Figura 3. Suplementação de oxigênio em paciente com suspeita ou confirmação de infecção por covid-19.

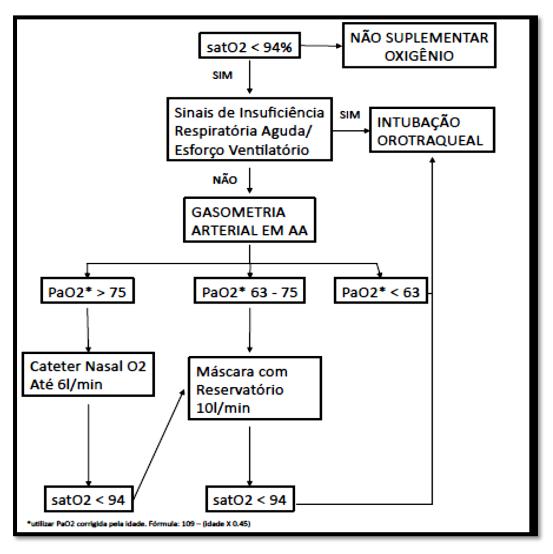




Figura 4. Intubação orotraqueal p/ caso suspeito ou confirmado de covid-19

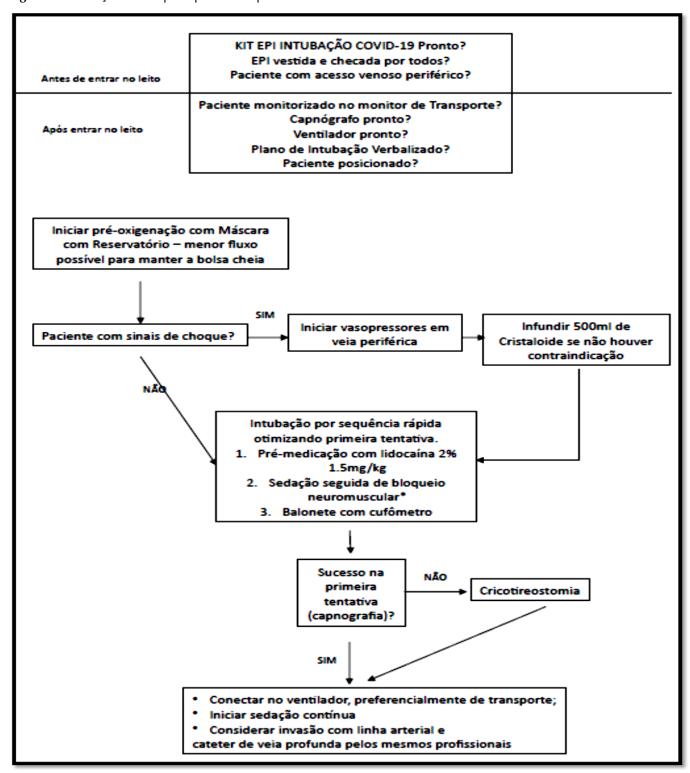
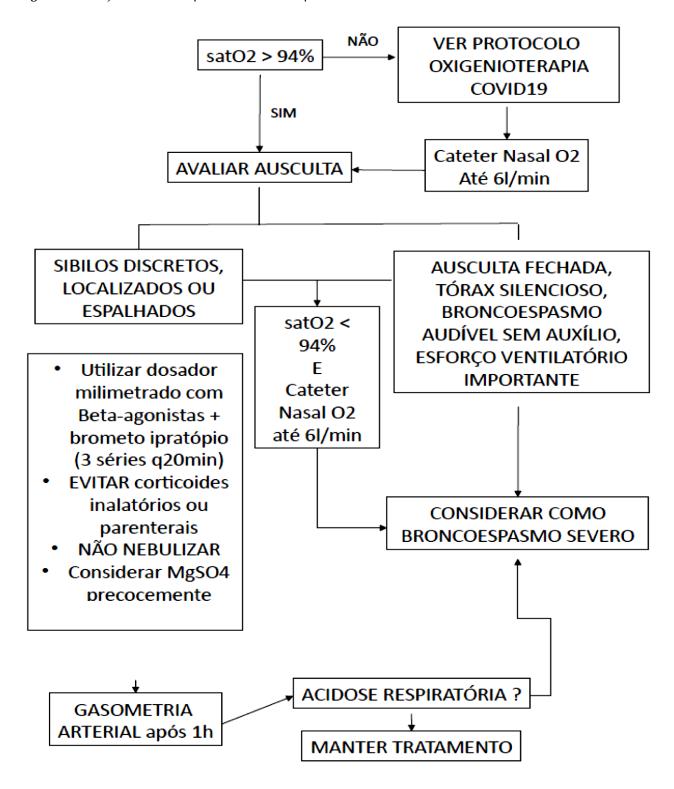




Figura 5. Manejo do broncoespasmo em caso suspeito ou confirmado de covid-19





Termo de Consentimento Informado

A utilização dos termos é muito importante para respaldar o médico e a instituição em suas decisões, uma vez que os fármacos com potencial antiviral *in vitro* ainda carecem de ensaios clínicos randomizados que comprovem benefícios e segurança *in vivo*.

Os hospitais da Fundação Padre Albino oferecem dois tipos de termos de consentimento informado para pacientes com suspeita ou diagnóstico de COVID-19, sendo um deles para pacientes internados e outro para pacientes ambulatoriais (vide anexos V e VI).

- Termo de Consentimento informado para pacientes que serão internados

Cabe ao médico do Pronto Atendimento/ Pronto Socorro/ URA apresentar o termo ao paciente ou responsável legal, e explicar em linguagem clara o seu conteúdo. Isso não significa que o médico plantonista ficará obrigado a prescrever as medicações do termo para o paciente. Serve apenas como autorização, caso algum dos medicamentos citados seja prescrito em algum momento da internação.

- Termo de Consentimento informado para pacientes ambulatoriais

Ao término da consulta, caso o médico plantonista do Pronto Socorro decida prescrever algum medicamento para COVID-19, o termo de consentimento deverá ser assinado pelo paciente e anexado à Ficha de atendimento.

8.19 Critérios para Retirar o PACIENTE CONFIRMADO de COVID-19 da área de Isolamento

Preferencialmente manter o paciente confirmado com COVID-19 em isolamento/precauções de contato e respiratórias durante toda a internação.

Se necessário interromper as precauções por questões de gerenciamento de leitos, pode ser usada uma estratégia baseada em teste ou uma estratégia não baseada em teste (ou seja, estratégia de tempo desde o início da doença e tempo desde a recuperação):

A- Estratégia baseada em teste (PREFERENCIAL):

Pelo menos 14 dias se passaram desde que os sintomas apareceram pela primeira vez E



- Resolução da febre sem o uso de antitérmicos há pelo menos 72 horas E
- Melhora dos sintomas respiratórios (por exemplo, tosse, falta de ar) E
- Pelo menos um resultado negativo de TESTE RÁPIDO DE ANTÍGENO ou RT-PCR COVID-19.

B. Estratégia NÃO baseada em teste:

- Pelo menos 14 dias se passaram desde que os sintomas apareceram pela primeira vez E
- Resolução da febre sem o uso de antitérmicos há pelo menos 72 horas E
- Melhora dos sintomas respiratórios (por exemplo, tosse, falta de ar).

9 Orientações para Alta Hospitalar

9.1 Critérios para Alta Hospitalar

- Estabilidade hemodinâmica;
- Afebril ≥ 48 horas;
- Melhora significativa dos sintomas respiratórios;
- Doenças de base controladas.
- É importante que a equipe de enfermagem oriente o familiar do paciente a resolver as pendências administrativas da internação (por exemplo procurar a tesouraria), para evitar a deambulação do paciente dentro dos setores hospitalares. O paciente deverá sair da ala de isolamento diretamente para a área externa do hospital, juntamente com seu familiar ou colaborador da enfermagem, para retornar ao seu domicílio. Deverá vestir a máscara cirúrgica e higienizar as mãos antes de sair do setor de internação.
- Para pacientes que receberem alta hospitalar antes do término da terapia antibacteriana: o médico deverá prescrever em receituário do hospital a Axetil cefuroxima 500 mg VO 12/12h ou Amoxicilina/Clavulanato 875 mg VO 12/12h (em substituição à ceftriaxona ou ao cefepime) e transicionar a azitromicina EV para VO (500 mg VO 1x/dia) para o paciente completar o tratamento em regime domiciliar. Esses medicamentos deverão ser adquiridos pelo próprio paciente nas farmácias comerciais. Se o paciente estava em uso de quinolona EV (levofloxacino ou moxifloxacino), basta transicionar para VO.
- Para crianças, a ceftriaxona e a cefotaxima podem ser substituídas por Axetil Cefuroxima ou Amoxicilina/Clavulanato ou Cefaclor e transicionar a azitromicina até completar o tratamento.



- Para pacientes adultos que receberem alta hospitalar antes do término da corticoterapia, prescrever
 Dexametasona 6 mg VO até completar 10 dias.
- Prescrever dipirona ou paracetamol se necessários. Evitar nebulizações.
- Não recomendamos realização de atendimento domiciliar para esses pacientes, por questões de exposição dos profissionais da saúde e limitações na aquisição de EPIs.
- Para pacientes que estiveram internados: prescrever isolamento domiciliar por 14 dias a partir do início dos sintomas, orientar o paciente sobre etiqueta respiratória, higienização das mãos, manter ambiente domiciliar ventilado, não compartilhar utensílios domésticos e pedir para agendar retorno pós alta com o médico de sua preferência.



Anexo I: Fluxograma de Atendimento de Pacientes com Síndrome Gripal/SRAG

UNIDADE DE RESPIRATÓRIOS AGUDOS Fluxograma para Atendimento ACOLHIMENTO Sinais Iniciais FR: ipm PAS: mmHg Encaminhar a Unidade de Atendimento Sindrome Gripal PAD: mmHg Convencional FC: bpm Temp.: °C SÍM SpO2: % (AA) ALGUM CRÎTÉRIO DE GRAVIDADE ABAIXO?) Desconforto Respiratório / FR>24 ipm - Atenção para Idade do paciente) Descompensação de Comorbidades) PAS < 90mmHg ou hipotensão em relação a PA basal do paciente) Set. O2 < 94% em er embiente - Atenção pere idade do paciente) Disfunção Orgânica NÃO MEDIDAS INICIAIS Ofertar O2 sob cateter nasal 2 a 4L/min (Máx. 6L/min); LAB: Gesometrie Arterial, Hernograma, Sódio, Potássio, Uréia, Creatinina. Proteina C Reative, TGO/TGP, CPK Eletrocardiograma Tornografia de Tórax sem contrate ALTA PARA DOMICÍLIO Prescrever Sintomáticos Prescrever Oseltamivir se Grupo de Risco ou Critério de Estabilização Clinica? Condições de Gravidade Sat. O2 > 94% / FR < 24ipm / Melhora do SIM. Prescrever ATB se indicado Alta? desconforto respiratório Orientar Isolamento Domicilar por 14 dias Orientar Etiqueta Respiratória Νlo Orientar Higienização de Mãos Orientar retorno a unidade se "Piora dos Sintomas" NÃO MANEJO DA OXIGENOTERAPIA INTERNAÇÃO HOSPITALAR Leito Não Crítico Sineis de Insuficiência IOT Respiratória? PaO2<63mmHg Sem Melhora INTERNAÇÃO HOSPITALAR Gasometria PeO2 Máscara de URA Estabilização-02 10L/min Arterial 63 a 75mmHb Leito Crítico Sem Melhora PaO2>75mmHg—a CNO2 Estabilização



Anexo II: Faixa de Frequência Respiratória em Pediatria

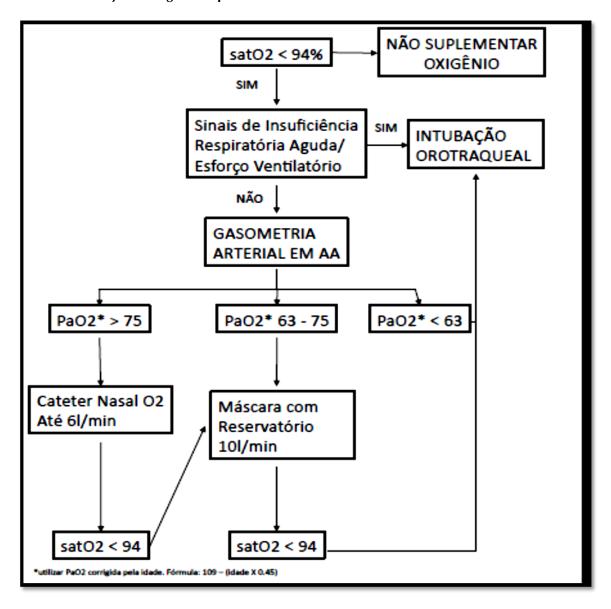
ldade	Respirações/ minuto
<1 ano	30 a 60
1 a 3 anos	24 a 40
4 a 5 anos	22 a 34
6 a 12 anos	18 a 30
13 a 18 anos	12 a 16

Anexo III: Disfunções Orgânicas

- Hipotensão (PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg ou queda de PA > 40 mmHg)
- Oligúria (≤0,5mL/Kg/h) ou elevação da creatinina (>2mg/dL);
- Relação PaO2/FiO2 < 300 ou necessidade de O2 para manter SpO2 > 90%;
- Contagem de plaquetas < 100.000/mm³ ou redução de 50% no número de
- Plaquetas em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias;
- Lactato acima do valor de referência;
- Rebaixamento do nível de consciência, agitação, delirium;
- Aumento significativo de bilirrubinas (>2X o valor de referência).



Anexo IV: Manejo da Oxigenoterapia - Covid-19





Anexo V: Termo de Consentimento Informado para Uso de Cloroquinas e Anticoagulantes para COVID

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

(Ler para o paciente ou seu representante legal no momento da internação)

A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, e apresenta um espectro clínico variado que vai desde quadros assintomáticos ou oligossintomáticos (casos leves) até casos mais severos com grave comprometimento pulmonar podendo levar ao óbito. Os casos leves correspondem a aproximadamente 80% dos casos podendo ter seu tratamento orientado em ambiente ambulatorial, porém os 20% restantes vão precisar de atendimento hospitalar mais especializado. Dentre esses cerca de 5% irão desenvolver quadro respiratório agudo grave com necessidade de tratamento em regime de terapia intensiva.

Até o momento não existe nenhuma medicação com eficácia antiviral comprovada e com segurança estabelecida no Brasil que justifique a indicação de uma droga específica no tratamento da COVID-19. Sendo assim, a Sociedade Brasileira de Infectologia, a Associação de Terapia Intensiva Brasileira e a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia não recomendam, nesse momento, o uso rotineiro de potenciais medicações contra COVID-19 (como a cloroquina, por exemplo), até que novas pesquisas sobre o assunto sejam mais esclarecedoras.

A cloroquina e seu derivado a hidroxicloroquina são drogas já utilizadas há muito tempo para tratamento de malária e para algumas doenças reumatológicas como lúpus eritematoso sistêmico e artrite reumatóide. No caso da COVID-19, estudos em laboratório e algumas pesquisas em humanos apontam para um possível efeito terapêutico da droga podendo beneficiar portadores de COVID-19 com manifestações clínicas mais graves.

O uso da cloroquina/hidroxicloroquina pode provocar aparecimento de eventos adversos como, náusea, vômitos, cefaleia, diarreia, coceira no corpo, manchas avermelhadas, tonturas, confusão mental, convulsões, queda da pressão, arritmias cardíacas, visão dupla e/ou borrada, sangramentos e problemas nos músculos.

A heparina é uma droga de uso subcutâneo e serve para tratar quadros de trombose vascular, o que pode acontecer em pacientes com COVID-19. Seu uso pode acarretar quadros de sangramento como acidente vascular cerebral, hemorragias e reações alérgicas.



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu (nome do paciente ou responsável legal) com quadro
clínico sugestivo (ou confirmado) de COVID-19, estou ciente da possibilidade do médico assistente prescrever para
mim as medicações hidroxicloroquina/cloroquina e/ou heparina, para tratamento da infecção pelo vírus SARS-CoV2
Fui devidamente orientado (a) a respeito da limitação científica do uso dos referidos medicamentos para COVID-19 e
fui orientado (a) sobre possíveis eventos adversos causados por eles.
O uso dos medicamentos acima discriminados, além do consentimento aqui expresso, dependerá da analise clínica
do médico assistente/responsável sobre a pertinência do seu uso.
() AUTORIZO O USO DESSAS MEDICAÇÕES () NÃO AUTORIZO O USO DESSAS MEDICAÇÕES
Catanduva, de de 20
Paciente ou responsável legal
Médico assistente
Testemunha



Anexo VI: Termo de Consentimento Informado para Uso de Cloroquinas, Azitromicina, Ivermectina e Nitazoxanida para COVID-19

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

(Ler para o paciente ou seu representante legal)

A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, e apresenta um espectro clínico variado que vai desde quadros assintomáticos ou oligossintomáticos (casos leves) até casos mais severos com grave comprometimento pulmonar podendo levar ao óbito. Os casos leves correspondem a aproximadamente 80% dos casos podendo ter seu tratamento orientado em ambiente ambulatorial, porém os 20% restantes vão precisar de atendimento hospitalar mais especializado. Dentre esses cerca de 5% irão desenvolver quadro respiratório agudo grave com necessidade de tratamento em regime de terapia intensiva.

Sobre os fármacos Cloroquina, Hidroxicloroquina, Azitromicina, Ivermectina e Nitazoxanida para COVID-19: alguns estudos em laboratório e algumas pesquisas em humanos apontam para um possível efeito terapêutico dessas medicações, mas que ainda carece de comprovação científica

Até o momento não existe nenhuma medicação com eficácia antiviral comprovada e com segurança estabelecida no Brasil que justifique a indicação de uma droga específica no tratamento da COVID-19. Sendo assim, a Sociedade Brasileira de Infectologia, a Associação de Terapia Intensiva Brasileira e a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia não recomendam, nesse momento, o uso rotineiro de potenciais medicações contra COVID-19, até que novas pesquisas sobre o assunto sejam mais esclarecedoras.

Cloroquina e Hidroxicloroquina:

A cloroquina e seu derivado a hidroxicloroquina são drogas já utilizadas há muito tempo para tratamento de malária e para algumas doenças reumatológicas como lúpus eritematoso sistêmico e artrite reumatóide. O uso da cloroquina/hidroxicloroquina pode provocar aparecimento de eventos adversos como, náusea, vômitos, cefaleia, diarreia, coceira no corpo, manchas avermelhadas, tonturas, confusão mental, convulsões, queda da pressão, arritmias cardíacas, visão dupla e/ou borrada, sangramentos e problemas nos músculos.

Azitromicina:

A azitromicina é um medicamento usado para tratar infecções bacterianas. Apesar de raras, as reações adversas incluem: desenvolvimento de reações alérgicas graves; alteração da função hepática, hepatite, icterícia colestática, necrose hepática e insuficiência hepática; exacerbações dos sintomas de miastenia gravis. Não deve ser utilizada juntamente com derivados do ergotamina (medicação com várias indicações incluindo analgesia).

Ivermectina:

A ivermectina é um medicamento antiparasitário capaz de combater vermes, parasitas e ácaros. Podem ocorrer as seguintes reações: diarreia e náusea, astenia, dor abdominal, anorexia, constipação e vômitos. Relacionadas ao sistema Nervoso Central podem ocorrer: tontura, sonolência, vertigem e tremor. As reações epidérmicas incluem: prurido, erupções e urticária.

Nitazoxanida:

A Nitazoxanida é um antiparasitário de amplo espectro que combate vermes e protozoários. Possíveis efeitos colaterais: dor abdominal do tipo cólica, diarreia, náusea, vômito e dor de cabeça, reação alérgica, anemia, aumento



do apetite, aumento da creatinina no sangue, hiperidrose, tontura, coloração amarelo claro no olho, febre, flatulência, hipertensão, prurido, rinite, aumento das glândulas salivares, taquicardia, coloração amarelada ou amarelo-esverdeada da urina ou esperma.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu (nome do paciente ou responsável legal)	com quadro
clínico sugestivo (ou confirmado) de COVID-19, estou ciente da possibilidade do médico assistent	e prescrever para
mim as medicações hidroxicloroquina/cloroquina e/ou azitromicina e/ou ivermectina e/ou n	itazoxanida para
tratamento da infecção pelo vírus SARS-CoV2. Fui devidamente orientado (a) a respeito da limitação	o científica do uso
dos referidos medicamentos para COVID-19 e fui orientado (a) sobre possíveis eventos adversos cau	usados por eles.
O uso dos medicamentos acima discriminados, além do consentimento aqui expresso, dependerá o	da analise clínica
do médico assistente/responsável sobre a pertinência do seu uso.	
() AUTORIZO O USO DESSAS MEDICAÇÕES () NÃO AUTORIZO O USO DESSAS MEDICAÇÕES () NÃO AUTORIZO O USO DESSAS MEDICAÇÕES	DICAÇÕES
Catanduva, de de 20	
Paciente ou responsável legal	
Médico assistente	
Testemunha	



10 Considerações Especiais para Gestantes e Crianças

10.1 Orientações para Internação Pediátrica

> Crianças com síndrome gripal deverão ficar internadas em área de isolamento para COVID-19 acompanhadas de um representante legal, devidamente paramentado.

10.2 Trabalho de Parto, Parto e Puerpério Durante a Pandemia da COVID-19

- Toda parturiente e seu acompanhante devem ser triados para casos suspeitos ou confirmados. Ou seja, todas as gestantes e acompanhantes que chegam ao hospital para realização de parto devem ser triadas para síndrome gripal ainda na recepção, antes da sua admissão no serviço obstétrico. Além disso, é importante que o obstetra oriente a gestante a comunicar-lhe caso haja surgimento de sinais e sintomas compatíveis com síndrome gripal antes da internação.
 - Triagem Negativa: a parturiente deve ser manejada habitualmente conforme protocolos da instituição; ressalta-se a importância de ter acompanhante também classificado como negativo para COVID-19.
 - Triagem Positiva (Gestante ou Acompanhante): A parturiente deve ser transferida para área de isolamento, em uso de máscara cirúrgica e após ter realizado higienização das mãos. O acompanhante também deverá usar máscara cirúrgica, higienizar as mãos e ser considerado portador do SARS-CoV-2.
- Mulheres suspeitas ou positivas para o vírus SARS-CoV-2: o acompanhante permitido (apenas um) deverá ser de convívio diário da paciente, considerando que a permanência junto à parturiente não aumentará suas chances de contaminação; assim sendo, se o acompanhante não for de convívio próximo da paciente nos dias anteriores ao parto, este não deve ser permitido.
- Em qualquer situação, não deve haver revezamentos (para minimizar a circulação de pessoas no hospital) e os acompanhantes deverão ficar restritos ao local de assistência à parturiente, sem circulação nas demais dependências do hospital.
- > O surgimento de sintomas pelo acompanhante em qualquer momento do trabalho de parto e parto implicará no seu afastamento com orientação a buscar atendimento em local adequado.



- ➤ Uma vez diagnosticado o trabalho de parto ativo ou qualquer outra condição que indique a internação da paciente, toda a equipe multidisciplinar deve ser avisada da presença de uma paciente com suspeita ou diagnóstico de COVID-19 internada no serviço, por exemplo: médico obstetra, anestesista, neonatologista; enfermagem obstétrica e neonatal; técnicos de enfermagem; equipe de CCIH;
- Ecaso não haja indicação clínica de internação, somente a infecção confirmada por SARSCoV-2 não se configura indicação para cesariana. Contudo, há relatos de taxas de prematuridade e sofrimento fetal, mais elevadas do que o esperado; assim, orienta-se atenção especial a sinais e sintomas de descompensação materna e/ou fetal, no momento da avaliação incluindo a orientação a mãe sobre a movimentação fetal (mobilograma) e a procura por serviço de saúde em casos de alterações no quadro.
- A infecção por SARS-CoV-2 em si não é uma indicação para antecipação do parto, a menos que haja uma necessidade de estabilidade de oxigenação materna.
- ➤ Gestantes com sintomas graves ou críticos: indica-se internação e, conforme indicação médica, a antecipação do parto pode ser necessária.
- Sométodos não farmacológicos de alívio à dor, podem e devem ser ofertados de modo a favorecer a evolução fisiológica do parto. O acesso ao chuveiro fornece benefício adicional de promover a antissepsia do corpo da mulher em trabalho de parto em relação às partículas virais. Atenção deve ser dada a não compartilhar esses métodos com mulheres negativas para COVID-19.
- A equipe de profissionais da saúde que participar diretamente do parto de uma gestante com suspeita ou confirmação de COVID-19 (médico obstetra, anestesista, neonatologista; enfermagem obstétrica e neonatal; técnicos de enfermagem, etc), deverá se paramentar adequadamente para o procedimento, incluindo capote impermeável e descartável de mangas longas, máscara para aerossóis (N95 ou PFF2) e protetor facial (face shield).
- Parturientes assintomáticas e que não tenham contato domiciliar com pessoa com síndrome gripal ou infecção respiratória comprovada por SARS-CoV-2: orienta-se a manutenção do clampeamento em tempo oportuno do cordão umbilical ao nascimento, bem como o contato pele a pele e o aleitamento materno na primeira hora de vida.
- Parturientes sintomáticas ou que tenham contato domiciliar com pessoa com síndrome gripal ou infecção respiratória comprovada por SARS-CoV-2: o clampeamento oportuno do cordão umbilical deve



ser mantido, e o contato pele a pele deve ser suspenso. O recém-nascido pode ser secado com o cordão intacto, não sendo necessário banho. A amamentação deverá ser adiada para momento em que os cuidados de higiene e as medidas de prevenção da contaminação do recém nascido, como limpeza da parturiente (banho no leito), troca de máscara, touca, camisola e lençóis, tiverem sido adotados.

- Acompanhante após o parto deve ser permitido (apenas um), se o mesmo for de convívio diário da paciente, considerando que a permanência junto à puérpera não aumentará suas chances de contaminação. O mesmo deverá ficar paramentado para COVID-19 durante a permanência na área de isolamento.
- > Todas as visitas devem ser, temporariamente, suspensas, visando a proteção de todos.
- Puérperas e bebês em boas condições deverão ter alta a partir de 24 horas em alojamento conjunto.

10.3 Atenção à Saúde do Recém-Nascido no Contexto da Pandemia COVID-19

Até o momento, não há relato de maior gravidade clínica nas gestantes nem de aumento de intercorrências obstétricas nas gestantes infectadas pelo SARS-CoV-2. Da mesma forma, pequenas séries de casos não mostram presença do vírus em placenta, líquido amniótico, sangue do cordão umbilical ou leite materno, embora haja expressão viral em quantidade e por tempo prolongado nas fezes de adultos infectados. A transmissão vertical da doença não foi comprovada, mas é possível que ocorra raramente.

Os dados existentes até o momento, embora ainda muito pouco sólidos do ponto de vista científico, sugerem que a principal via de transmissão da COVID-19 para o neonato é por gotículas com cuidadores infectados ou, secundariamente, por contato com material biológico contaminado. A transmissão vertical mãe-concepto parece ser possível, mas não está comprovada nem parece ser frequente.

Os recém-nascidos podem ser assintomáticos. O tempo de incubação varia de 3-7 dias e os sintomas podem se apresentar em até 14 dias. As manifestações clínicas podem ser inespecíficas, instabilidade térmica, sintomas respiratórios (taquipneia, dispneia, coriza, apneia, tosse), dificuldade de sucção sintomas gastrintestinais (diarreia, vômitos, distensão abdominal).

MANEJO DO RN FILHO DE MÃE COM SUSPEITA DE COVID-19



1 - Uso de EPI:

A equipe deve realizar frequentemente a higiene das mãos com água e sabonete líquido ou preparação alcoólica (70%) e deve estar paramentada com os seguintes EPIs:

- Roupa privativa, avental impermeável e descartável de mangas longas, luvas de procedimento, gorro, máscara N95 ou PFF2, óculos, propés e protetores faciais.
- ❖ A equipe deve se paramentar em sala adjacente à sala de parto, esperar e entrar na sala de parto momentos antes do nascimento.

Uma equipe adequada, mas mínima, deve estar preparada para a assistência ao RN na sala de parto/sala de reanimação. Recomenda-se a presença de dois profissionais de saúde exclusivamente para atender ao recém-nascido, sendo um deles o médico habilitado de forma plena a realizar procedimentos de reanimação avançada.

O excesso de profissionais de saúde na assistência ao recém-nascido aumenta o uso de EPI, em um momento em que se deve racionalizar recursos, e aumenta a chance de exposição de profissionais de saúde à infecção.

2 – Clampeamento do cordão umbilical:

O Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda o clampeamento oportuno do cordão umbilical, de acordo com a conduta descrita abaixo:

- Em RN com idade gestacional ≥ 34 semanas com respiração adequada e tônus muscular em flexão ao nascimento, clampear o cordão umbilical 1-3 minutos depois da sua extração completa da cavidade uterina. O neonato não deve ser posicionado no abdome ou tórax materno durante esse período.
- Em RN com idade gestacional < 34 semanas que começou a respirar ou chorar e se está ativo, indica-se aguardar 30-60 segundos antes de clampear o cordão umbilical.
- Se a circulação placentária não estiver intacta (descolamento prematuro de placenta, placenta prévia ou rotura ou prolapso ou nó verdadeiro de cordão) ou se o RN não inicia a respiração ou não mostra tônus muscular em flexão, recomenda-se o clampeamento imediato do cordão.



> ASSISTÊNCIA AO RN COM BOA VITALIDADE AO NASCER

Se, ao nascimento, o RN ≥ 34 semanas está respirando ou chorando e com tônus muscular em flexão, ele apresenta boa vitalidade, NÃO fazer contato pele a pele entre recém-nascido e mãe nesse momento. Após o clampeamento do cordão, o RN é levado à mesa de reanimação em campos aquecidos para a realização dos procedimentos de rotina do serviço. A amamentação e o contato pele a pele de neonatos de mães com suspeita ou infecção pelo SARS-CoV-2 devem ser adiados para momento em que os cuidados de higiene e as medidas de prevenção da contaminação do neonato possam ser adotados.

O RN < 34 semanas é levado à mesa de reanimação em campos aquecidos e posicionado sob fonte de calor radiante, sendo envolto em saco plástico transparente e colocada a touca. Se o neonato não precisar de medidas de suporte para a sua transição e estiver respirando de maneira rítmica e regular e com frequência cardíaca >100 batimentos/ minuto, fazer os procedimentos de cuidado ao recémnascido de acordo com a rotina do serviço.

Momento do banho do RN: o tema ainda é controverso, mas organizações internacionais têm sugerido o banho precoce (primeira hora), quando possível, para os nascidos de parto vaginal e expostos a maior contato com o períneo materno. Tal sugestão se baseia no achado de quantidade de vírus importante e por vezes prolongada em fezes, detectada em adultos com COVID-19.

NOTA: acomodação do RN após os cuidados iniciais: após o cuidado inicial e antes da admissão no alojamento conjunto ou na unidade neonatal, o RN poderá ficar na sala de cuidados intermediários do berçário (isolamento). Nesse caso, colocá-lo em incubadora e os profissionais de saúde e de apoio deverão estar paramentados com roupa privativa, avental impermeável e descartável de mangas longas, luvas de procedimento, gorro, máscara N95 ou PFF2, óculos, propés e protetores faciais.

O contato pele a pele e a amamentação poderão ocorrer, mas somente após realização dos cuidados de higiene da parturiente, o que inclui banho no leito, troca de máscara, touca, camisola e lençóis.

ASSISTÊNCIA AO RN QUE NECESSITA DE PROCEDIMENTOS DE ESTABILIZAÇÃO/REANIMAÇÃO NEONATAL



Não há modificações do fluxograma da reanimação neonatal para os recém-nascidos de mães suspeitas ou infectadas pelo SARS-Cov-2. Os profissionais devem estar protegidos com os EPI recomendados para precauções citadas anteriormente.

Já o uso de filtros de partículas virais nos dispositivos para a ventilação de recém-nascidos está em estudo. Se, por um lado, tais filtros poderiam se constituir em uma proteção para evitar a dispersão de vírus eventualmente excretados das vias respiratórias do recém-nascido, por outro lado, é importante considerar que a transmissão vertical da doença, se existir, não parece ser importante e, por isso, a chance de o recém-nascido logo após o nascimento alojar vírus em seus pulmões parece ser bastante pequena.

No caso do HPA, a CCIH recomenda a avaliação individual do uso específico de tais filtros (tipo HMEF) nos equipamentos de ventilação utilizados na sala de parto, no balão autoinflável e no ventilador mecânico manual em T. A CCIH sugere contato prévio com a equipe de fisioterapia para esclarecimentos sobre o uso desses dispositivos.

TRANSPORTE DO RN PARA ALOJAMENTO CONJUNTO OU UNIDADE NEONATAL

O transporte do RN para qualquer lugar do hospital, seja Alojamento Conjunto, Unidade de Cuidados Intermediários ou Cuidados Intensivos Neonatais, deve ser realizado sempre em incubadora de transporte própria para o recém-nascido. É fundamental a limpeza adequada da incubadora após cada uso, segundo as normas da CCIH e do Serviço de Higiene e Limpeza do HPA.

Recomendações:

- No caso de mãe clinicamente estável e recém-nascido assintomático, o regime de alojamento conjunto poderá ser mantido.
- Para mães com sintomas de síndrome gripal, as precauções consistem na manutenção de distância mínima de dois metros entre o leito materno e o berço do recém-nascido (RN), uso de máscara pela mãe sintomática durante o contato para cuidados e durante toda a amamentação, precedida pela higienização adequada das mãos antes e após o contato com a criança.



- Acompanhantes e visitantes: suspender visitas e considerar a presença de apenas um acompanhante (se o mesmo for de convívio diário da paciente), como medida de redução da aglomeração e proteção à mãe e recém-nascido internados. O mesmo deverá permanecer paramentado.
- No caso de mãe com suspeita clínica ou confirmadas da COVID-19, sugere-se a acomodação privativa com o recém-nascido, devendo ser respeitada a distância de dois metros entre o leito da mãe e o berço do recém-nascido. O aleitamento materno deverá ser promovido com utilização das precauções recomendadas como uso de máscaras e lavagem das mãos. A alta hospitalar não deverá ser postergada além de 48-72 h.
- Não está indicada a triagem laboratorial para investigação de SARS-CoV-2 em RN assintomático cuja mãe tenha diagnóstico suspeito ou confirmado da COVID-19.
- Nas situações em que a mãe ou o recém-nascido internado apresentem necessidade de permanência em acomodações de terapia intensiva, seguir as normas vigentes (isolamento em área exclusiva), com atenção aos protocolos em caso de síndrome gripal em curso.

10.4 Orientações para a Unidade de Terapia Infantil

- Crianças sintomáticas respiratórias: deverão ficar internadas em ambiente privativo com isolamento de contato + respiratório.
- Crianças assistomáticas: o contato pele a pele deve ser estimulado e realizado exclusivamente pela mãe assintomática e que não mantenha contato domiciliar com pessoa com síndrome gripal ou infecção respiratória comprovada por SARS-CoV-2.
- O leite materno deve ser garantido, considerando que não existem evidências de transmissão da doença por essa via.
- Realizar triagem diária de sintomatologia respiratória e síndrome gripal para pais e mães que visitam bebês em UTI.
- Mãe e pai sintomáticos ou contatos domiciliares de pessoa com síndrome gripal não devem entrar na UTI até que o período de transmissibilidade da SARS-CoV-2 tenha se encerrado (14 dias a partir do início dos sintomas).



- A condução dos casos de desconforto respiratório em recém-nascidos (RN) prematuros deverá ser realizada de acordo com os protocolos institucionais.
- Mães sintomáticas ou contactantes não poderão ser encaminhadas às UTIs até que se tornem assintomáticas e tenham passado o período de transmissibilidade da COVID-19 (14 dias a partir do início dos sintomas).
- Devem ser apoiadas e auxiliadas na extração de leite para o próprio filho, considerando que não existem evidências de transmissão da doença por esta via. Poderão permanecer na UTI somente mães assintomáticas e não contactantes.

11 Serviço de Diálise

11.1 Orientações Gerais

- 1. O serviço de diálise deve disponibilizar perto de poltronas de diálise e postos de enfermagem suprimentos/insumos para estimular a adesão à higiene respiratória/etiqueta da tosse. Isso inclui lenços de papel e lixeira com tampa e abertura sem contato manual.
- 2. O serviço de diálise deve reforçar aos pacientes e aos profissionais de saúde instruções sobre a higiene das mãos, higiene respiratória/etiqueta da tosse.
- 3. O profissional de saúde que apresente sintomas de infecção respiratória deverá ser afastado do trabalho por 14 dias, ou antes disso, se tiver testagem negativa para COVID 19.
- 4. A CCIH recomenda que a equipe multiprofissional do setor de diálise utilize máscara cirúrgica durante o turno de trabalho;
- 5. Todos os pacientes e acompanhantes devem ser orientados a não transitar pelas áreas da clínica desnecessariamente.
- 6. Todos os pacientes e acompanhantes devem ser orientados a não compartilhar objetos e alimentos com outros pacientes e acompanhantes.

11.2 Orientações Diante de Casos Suspeitos e Confirmados de COVID 19 no Serviço de Diálise

O serviço de diálise deve estabelecer estratégias para identificar pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus, antes mesmo de chegar ao serviço ou de entrar na área de tratamento, de forma que a equipe possa se organizar/planejar o atendimento.



O SCIH recomenda:

Triagem:

- Todos os pacientes devem ser orientados a informar previamente ao serviço de diálise, caso apresentem síndrome gripal (por exemplo: por ligação telefônica antes de dirigir-se ao HPA), de forma que a equipe possa se organizar/planejar o atendimento definição de síndrome gripal. Em caso positivo, orientar os pacientes a chegarem ao hospital com máscara cirúrgica.
- Deve ser aplicado um pequeno "questionário" (triagem) <u>a todos os pacientes dialíticos</u> com perguntas sobre o seu estado geral e presença de sintomas respiratórios, assim que chegarem ao hospital (vide definição de Síndrome Gripal no início do protocolo). Lembramos que pacientes imunossuprimidos (dialíticos) nem sempre apresentam febre. Ou seja, considerar síndrome gripal se houver sintomas respiratórios mesmo sem febre.
- ➤ Uma vez identificados os pacientes sintomáticos respiratórios, imediatamente devem ser disponibilizadas máscaras cirúrgicas a eles. Esses pacientes também deverão higienizar as mãos com formulação alcoólica ou água e sabão antes de serem encaminhados ao setor de diálise.
- Orientar os pacientes a utilizar a máscara cirúrgica de forma adequada (cobrindo boca e nariz) e durante todo o período de permanência no serviço de diálise.

Recepção da Terapia Renal:

- Devem ser disponibilizados alertas na entrada do setor de diálise com instruções para que os pacientes informem a equipe (por exemplo, quando chegarem ao balcão de registro) caso estejam apresentando sintomas de infecção respiratória ou caso sejam suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus. Essa seria uma ferramenta a mais para identificar algum paciente com síndrome gripal que, porventura, não tenha sido identificado na triagem fora do setor. Em caso positivo, oferecer máscara cirúrgica ao paciente o orientar higienização das mãos com formulação alcoólica ou água e sabão.
- > Os serviços de diálise devem organizar um espaço na área de recepção/espera para que os pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus utilizem máscara cirúrgica e fiquem a uma distância mínima de 1 metro dos outros pacientes.



Pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus devem ser levados para uma área de tratamento o mais rápido possível, a fim de minimizar o tempo na área de espera e a exposição de outros pacientes.

Salas de Diálise:

- As instalações devem manter no mínimo 1 metro de separação entre pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (usando máscaras cirúrgicas) e outros pacientes durante o tratamento de diálise.
- Pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus devem preferencialmente ser dialisados em uma sala separada, respeitando-se a distância mínima de 1 metro:
- A sala de isolamento de hepatite B pode ser usada para dialisar pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus, caso não haja pacientes com hepatite B sendo dialisados no mesmo turno.
- Essa sala deve sofrer limpeza e desinfecção antes e após os turnos. É importante reforçar a limpeza e desinfecção de todas as superfícies próximas ao leito/cadeira de diálise, de forma a reduzir o risco de transmissão do vírus SARS-CoV-2 para os pacientes com hepatite B que utilizam essa sala, bem como para reduzir o risco de transmissão de hepatite B para pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus. Se possível, não dialisar nessa sala pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus que não estejam imunes ao vírus da hepatite B.
- > Se não tiver condições de colocar esses pacientes em uma sala separada, o serviço deve dialisá-los no turno com o menor número de pacientes, nas máquinas mais afastadas do grupo e longe do fluxo principal de tráfego, quando possível. Lembrando que deve ser estabelecida uma distância mínima de 1 metro entre os pacientes.
- ➤ Caso haja mais de um paciente suspeito ou confirmado de infecção pelo novo coronavírus, sugerese realizar o isolamento por coorte, ou seja, colocar em uma mesma área pacientes com infecção pelo mesmo agente infeccioso. Sugere-se ainda que sejam separadas as últimas seções do dia para esses pacientes OU, no caso de haver muitos pacientes com COVID-19 confirmada, o serviço deve remanejar os turnos de todos os pacientes, de forma a manter aqueles com COVID- 19 (suspeita ou confirmada)



dialisando em um turno exclusivo para esses pacientes (de preferência o último turno do dia). De qualquer forma, deve haver a distância mínima de 1 metro entre os leitos/poltronas, os pacientes devem utilizar máscara cirúrgica durante toda a sua permanência no setor e os profissionais devem seguir todas as medidas de precaução (uso de EPI e higiene das mãos, etc).

- > Devem ser definidos profissionais exclusivos para o atendimento dos pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (coorte de profissionais).
- > Os profissionais designados a prestar assistência a pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus deverão utilizar as precauções para gotículas e de contato, além das precauções padrão. Isso inclui, entre outras ações, o uso de:
 - Óculos ou protetor facial;
 - Máscara cirúrgica;
 - Gorro;
 - Propés;
 - Aventais descartáveis de manga longa (principalmente, para iniciar e terminar o tratamento dialítico, manipular agulhas de acesso ou cateteres, ajudar o paciente a entrar e sair da estação, limpar e desinfetar o equipamento de assistência ao paciente e a estação de diálise);
 - Luvas.
- As linhas de diálise e dialisadores utilizados em pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus devem ser descartadas após o uso, não podendo assim ser reaproveitados, nem mesmo para o próprio paciente.
- ➤ Utilizar produtos para saúde exclusivos para pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (termômetros, esfigmomanômetros, etc). Caso não seja possível, proceder a rigorosa limpeza e desinfecção após o uso (pode ser utilizado álcool líquido a 70%, hipoclorito de sódio ou outro desinfetante padronizado pelo serviço). Caso o produto seja classificado como crítico, o mesmo deve ser encaminhado para a esterilização, após a limpeza.
- Após o processo dialítico deve ser realizada uma rigorosa limpeza e desinfecção de toda a área que o paciente teve contato, incluindo a máquina, a poltrona, a mesa lateral, e qualquer superfície e



equipamentos localizados a menos de um metro da área do paciente ou que possam ter sido tocados ou utilizados por ele.

Quando houver suspeita ou confirmação de infecção pelo novo coronavírus, conforme definição de caso do Ministério da Saúde, o serviço de diálise deve fazer a notificação do caso suspeito ou confirmado e avisar a CCIH.

12 Prevenção e Controle de COVID 19 em Procedimentos Cirúrgicos

Os hospitais e as equipes cirúrgicas devem revisar cuidadosamente todos os procedimentos eletivos com o objetivo de minimizar, adiar ou cancelar cirurgias eletivas não essenciais, endoscopias ou outros procedimentos invasivos até que seja ultrapassado o ponto de inflexão previsto no gráfico de exposição.

São consideradas cirurgias eletivas aquelas com data facultada pelo paciente ou cirurgião e que não se enquadrem em nenhuma das classificações a seguir:

- emergência: devem ser realizadas em até 1 hora;
- urgência: devem ser realizadas em até 24 horas;
- urgência eletiva: devem ser realizadas dentro de 2 semanas
- eletiva essencial: devem ser realizadas entre 3 a 8 semanas Nos casos eletivos essenciais e não essenciais, como cirurgias oncológicas ou doenças benignas com alta capacidade de complicações, ou sequelas decorrentes da não realização da cirurgia, deve-se avaliar criteriosamente o risco e o benefício do procedimento, assim como o momento da sua execução.
 - > Todo o paciente cirúrgico, sempre que possível, deve ser triado para síndrome gripal antecipadamente, de modo a facilitar a preparação da equipe cirúrgica para recebe-lo.

12.1 Composição da equipe cirúrgica:

Somente os profissionais considerados <u>essenciais</u> devem participar do procedimento cirúrgico e, a menos que haja uma emergência, não deve haver troca de profissionais da sala durante os procedimentos:



- a) Qualquer membro da equipe cirúrgica, anestésica ou colaborador da instituição que apresente sintomas de infecção pelo SARS-CoV-2 ou outra infecção respiratória deve ser orientado a não participar do ato operatório, deve ser testado para COVID-19 e ser afastado do trabalho, seguindo as orientações do Ministério da Saúde.
- b) Profissionais de saúde podem se tornar veículos do SARS-CoV-2 para o ambiente hospitalar.. No Brasil, essa situação pode ser ainda mais problemática, pois, frequentemente, um profissional de saúde trabalha em mais de uma instituição.

ATENÇÃO: Recomenda-se para pacientes submetidos à tomografia de abdome para investigação de quadros abdominais agudos, onde exista alguma alteração parenquimatosa na base dos pulmões, que seja realizada adicionalmente uma tomografia de tórax para investigação de suspeição da COVID-19, pois existem relatos de quadros gastrointestinais relacionados ao SARS-CoV-2.

12.2 Capacitação e equipe

Estimular a realização de simulações de situações críticas:

- a) O treinamento simulado minimiza o estresse da equipe diante de futuras situações críticas;
- b) Possibilidade de reproduzir inúmeras vezes vários possíveis cenários de assistência, antes dos eventos reais;
- c) Aumento de segurança para a equipe e para os pacientes durante o treinamento/capacitação.

Adotar escalas racionais de trabalho:

- a) Evitar aglomeração de profissionais de saúde no mesmo ambiente;
- b) Poupar força de trabalho para momentos críticos, como por exemplo, quando parte da equipe estiver afastada por motivo de doença ou em isolamento de casos suspeitos sintomáticos.

12.3 Equipamentos de Proteção Individual e Orientações Gerais

- Antes de realizar um procedimento cirúrgico é imperativo que haja equipamento de proteção individual (EPI) para toda a equipe, adequado para o atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19.
- Todos os membros da equipe da sala cirúrgica devem usar EPIs, conforme recomendado pela
 CCIH. Em cirurgias, utilizar a máscara N95 e o protetor facial.



- Não se deve utilizar máscaras N95/PFF2 ou equivalente com válvula de expiração durante procedimentos cirúrgicos. Essas válvulas permitem a saída do ar expirado pelo profissional que está usando esse EPI que pode contaminar o campo operatório, paciente e outros profissionais.
- Para evitar a saída do profissional circulante de sala durante o procedimento, recomenda-se disponibilizar um profissional da equipe fora da sala operatória para providenciar materiais, equipamentos e insumos que sejam essenciais para o ato operatório.
- Para o transporte do paciente da sala cirúrgica ao local de internação, o profissional deverá trocar avental e luvas; demais EPIs devem ser mantidos até que a ação tenha sido concluída; e, o profissional tenha acessado local adequado para a desparamentação, dentro do centro-cirúrgico. O paciente deve utilizar máscara cirúrgica durante o transporte e fluxo interno no centro cirúrgico.

12.4 No Ambiente Cirúrgico

- Definir sala de cirurgia exclusiva para pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19.
- Durante os procedimentos como a indução anestésica, intubação e extubação orotraqueal, e procedimentos cirúrgicos com geração de aerossóis, é recomendável que o paciente permaneça em sala com pressão negativa, com filtro HEPA, que permita a filtração entre 6 e 25 vezes/hora e com a pressão negativa de pelo menos -5Pa em relação a antessala (para reduzir a disseminação do vírus para além da sala cirúrgica ABNT 7256). Na indisponibilidade de sala cirúrgica, que evite a dispersão dos aerossóis carreados com o vírus para fora da sala ou de sala com pressão negativa, recomenda-se desligar o equipamento de ar condicionado da sala cirúrgica durante a realização de procedimentos potencialmente geradores de aerossóis (pressão neutra).

NOTA: normalmente, os centros cirúrgicos têm pressão positiva, as salas não são independentes e o sistema de climatização é geral. Assim, desligando o sistema de uma sala, desliga todo o sistema. Dessa forma, em situações de cirurgias em pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19, é recomendado não deixar o sistema de ar central ligado no centro cirúrgico se tiver pressão positiva. Porém, é importante consultar a equipe responsável pela operação do sistema de climatização, certificando-se de que essas



adaptações são possíveis e que a solução adotada não contaminará os ambientes de apoio da unidade ou outras unidades do serviço de saúde. Após a cirurgia (ou procedimento) e antes da liberação para utilização da sala por outros pacientes e equipes, a sala deverá ser mantida com a mesma pressão (negativa ou neutra), enquanto a limpeza terminal estiver sendo realizada.

- Objetos pessoais (bolsas, carteiras, chaves, etc.) não devem ser levados para o ambiente cirúrgico. No caso de aparelhos celulares, o seu uso deve ser feito de forma bastante criteriosa, para minimizar a chance de levar contaminação ao centro cirúrgico, bem como, de contaminar tais objetos e torná-los fômites fora do ambiente hospitalar.
- Restringir o quantitativo de pessoal em sala operatória (SO) durante a intubação orotraqueal. Os demais membros da equipe devem retornar a SO quando a equipe de anestesiologia tenha uma via aérea segura e adaptada ao aparelho de anestesia em sistema fechado.
 - a) O acesso às vias aéreas é um momento crítico de dispersão viral. A equipe cirúrgica deve estar paramentada e fora da sala de cirurgia, para assim que terminar a intubação, o ato operatório possa ser iniciado sem atraso.
 - b) Se necessário e possível, a intubação e a extubação devem ocorrer dentro de uma sala de pressão negativa.
 - c) Durante a extubação traqueal, a equipe cirúrgica não deverá permanecer na sala de cirurgia ou, nesta impossibilidade, deve manter-se afastada do paciente.

12.5 Procedimentos Laparoscópicos

A evidência cientifica é limitada a respeito dos riscos relativos a Cirurgia Minimamente Invasiva versus a abordagem aberta convencional, em pacientes com COVID-19 suspeita ou confirmada. Contudo, o vírus foi encontrado em várias células do trato gastrointestinal e em todos os fluidos, incluindo saliva, conteúdo entérico, fezes e sangue. Além disso, pacientes podem apresentar manifestações gastrointestinais da COVID-19, e por este motivo, todos os procedimentos endoscópicos de emergência realizados atualmente devem ser considerados de alto risco de infecção. É altamente recomendável, que seja considerada a possibilidade de contaminação viral



para a equipe em cirurgias abertas, laparoscópicas ou robóticas, e que medidas de proteção sejam empregadas para a segurança da equipe e manutenção da força de trabalho. Os benefícios comprovados da cirurgia minimamente invasiva de redução do tempo de permanência e complicações devem ser considerados nesses pacientes.

- Recomenda-se que o procedimento cirúrgico seja realizado pelo cirurgião com mais proficiência para diminuir tempo operatório e consequentemente exposição à contaminação.
- Verificar a vedação dos trocartes antes do procedimento
 - a) Possibilidade de extravasamento do pneumoperitônio contaminado sob pressão.
 - b) Verificar se as válvulas estão adequadas e as borrachas de vedação não estão rompidas antes de iniciar o pneumoperitônio.
- Recomendável o uso de trocartes descartáveis
 - a) Menor possibilidade de desgaste por uso com consequente falha nos mecanismos de vedação. Principalmente, os trocartes de maior calibre (com espessura 10 mm ou superior) devem ser descartáveis, pois neles a retirada e colocação de instrumentos como ótica, pinças de trabalho, grampeadores, etc., é mais constante durante a cirurgia.
- Escolher um único trocarte para esvaziamento do pneumoperitônio durante a cirurgia, em sistema fechado e com dispositivos de filtragem.
 - a) Evitar dispersão de gás contaminado para o ambiente cirúrgico. Na ausência de insufladores com dispositivos fechados de desinsuflação, deve-se conectar sistema fechado a um único trocarte. Muitos autores têm advogado pelo uso de dispositivos em selo d'água com filtros, e em sistema fechado (respiro conectado ao vácuo). Recente publicação da European Society of Endoscopic Surgery recomenda o uso de filtros de ventilação mecânica, por serem eficazes e baratos. Entretanto, filtros específicos para laparoscopia são altamente recomendados



- Cerclagem em torno dos trocartes com suturas (principalmente acima de 10 mm) ou uso de trocartes-balão.
 - a) Evitar escape de gás em torno dos trocartes.
- Retirada de peças cirúrgicas e trocartes somente após total desinsuflação e com uso de dispositivos ("bags") próprios.
 - a) Evitar dispersão não controlada do pneumoperitônio com a abertura da cavidade e/ou retirada dos trocartes com o abdome insuflado.
 - b) O uso de "bags" próprios para extração de peças cirúrgicas minimiza a perda do gás do pneumoperitônio, mesmo após a desinsuflação. Dispositivos artesanais com o uso de luvas e outros materiais não são apropriados para tal finalidade.

Considerações gerais sobre os procedimentos laparoscópicos:

- As incisões nos orifícios devem ser as menores possíveis para permitirem a passagem dos equipamentos/instrumentos, mas não o vazamento ao redor dos orifícios;
- A pressão de insuflação de CO2 deve ser mantida no padrão mínimo, e recomendase o uso de uma ultrafiltração (sistema de evacuação de fumaça ou filtragem), se disponível;
- Todo pneumoperitônio deve ser evacuado com segurança por um sistema de filtragem antes
 do fechamento, remoção do trocarte, extração da amostra ou conversão para abrir;
- Como o vírus foi encontrado em várias células do trato gastrointestinal e em todos os fluidos, incluindo saliva, conteúdo entérico, fezes e sangue, o uso de qualquer forma de energia para hemostasia cirúrgica deve ser minimizada;
- Procedimentos endoscópicos que requerem insuflação adicional de CO2 ou ar ambiente por fontes adicionais devem ser evitados até que se tenha um melhor conhecimento sobre as propriedades de aerossolização do vírus. Isso incluiria muitos procedimentos de ressecção endoscópica da mucosa e endoluminal;
- A remoção das tampas nos endoscópios pode liberar fluido ou ar e deve ser evitada.



NOTA: a decisão de usar ou não a via laparoscópica deve ser individualizada a critério clínico e do cirurgião, levando em consideração o risco de contágio por questões técnicas inerentes ao material cirúrgico apresentado.

- a) Alguns procedimentos se beneficiam mais ou menos com o acesso laparoscópico.
- b) O acesso laparoscópico pode reduzir morbidade e tempo de internação.
- c) Deve-se avaliar o risco de contaminação da equipe e aumento de morbimortalidade específica no pós-operatório versus benefício do acesso laparoscópico.

13 Orientações para Preenchimento do Atestado de Óbito

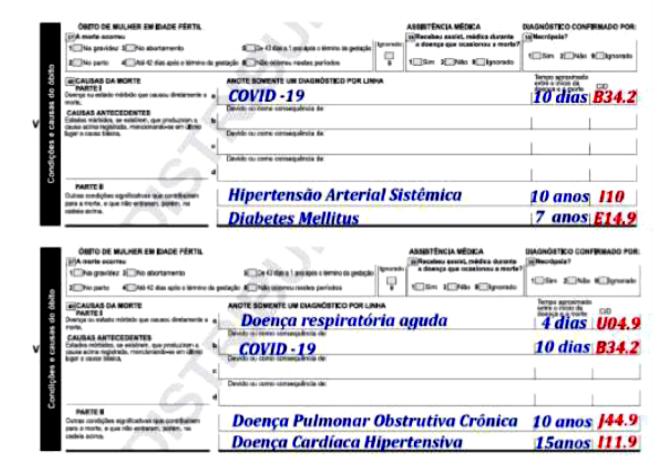
A declaração de óbito deve ser emitida pelo médico assistente, em caso de morte ocorrida no hospital. O código B34.2 (Infecção por Coronavírus de localização não especificada) da CID-10 deve ser utilizado para a notificação de todos os óbitos por COVID-19.

Para os óbitos ocorridos por doença respiratória aguda devido à COVID-19, deve ser utilizado também, como marcador, o código U04.9 (Síndrome Respiratória Aguda Grave – SARG).

13.1 Preenchimento do Atestado de CASOS CONFIRMADOS de COVID-19



- Sempre incluir as comorbidades na Parte II do Bloco V



13.2 Preenchimento do Atestado de CASOS SUSPEITOS de COVID-19

- Casos com síndrome respiratória aguda grave sem diagnóstico etiológico;
- Qualquer caso suspeito de COVID-19 sem confirmação;
- ➤ Check-list: Checar se há exame de COVID-19 em andamento;
- > Se não houver: coletar SWAB nasal/orofaringe post-mortem (até 24 horas);
- Preencher a Declaração de Óbito com "as informações coletadas do quadro sindrômico na Autópsia Verbal e Aguarda Exames".



- Sempre incluir as comorbidades na Parte II do Bloco V





14 Parte 2: Medidas de Prevenção e Controle Hospitalares

14.1 Uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI)

A CCIH recomenda a utilização dos EPIs listados abaixo:

14.2 Profissionais de Saúde Responsáveis pelo Atendimento de Casos Suspeitos ou Confirmados

- ✓ Higienização das mãos com preparação alcoólica;
- ✓ Gorro;
- ✓ Óculos de proteção ou Protetor facial;
- ✓ Máscara N95 ou PFF2. Na falta desta, utilizar máscara cirúrgica;
- ✓ Avental (capote) ou macação impermeável de mangas longas;
- ✓ Luvas de procedimentos.

14.3 Profissionais de Apoio (Limpeza, Transporte, Manutenção, Nutrição e Outros)

- ✓ Higienização das mãos com preparação alcoólica;
- ✓ Gorro;
- ✓ Óculos de proteção ou Protetor facial;
- ✓ Máscara N95 ou PFF2. Na falta desta, utilizar máscara cirúrgica;
- ✓ Avental (capote) ou macação impermeável de mangas longas;
- ✓ Luvas de procedimentos.

14.4 Recepcionistas, Vigilantes ou Outros que Atuem no Acolhimento dos Pacientes

- ✓ Higienização das mãos com preparação alcoólica;
- ✓ Máscara cirúrgica.

Nota 1: até o momento, a ANVISA proíbe os profissionais da saúde de utilizarem máscaras de tecido para prestação de serviços assistenciais nos serviços de saúde.

Nota 2: as máscaras cirúrgicas e os capotes poderão ser confeccionados, seguindo as normas técnicas da AMVISA (NT 04/2020 de 31/03/2020).



14.5 Área de Isolamento Hospitalar

O isolamento hospitalar deverá ocorrer em área privativa e devidamente sinalizada.

Instituir isolamento respiratório e de contato com capote impermeável de mangas longas + uso de óculos ou protetor facial, conforme descrito anteriormente, para atender todo o paciente com suspeita de infecção por COVID-2019.

Os profissionais de saúde que atuarem na assistência direta aos casos suspeitos ou confirmados devem ser organizados para trabalharem somente na área de isolamento, evitando circulação para outras áreas de assistência.

Deverá ser respeitada distância mínima de 1 metro entre os leitos e restringir ao máximo o número de acessos à área. Visitantes e acompanhantes estão proibidos de ficarem na área de isolamento, exceto nos casos pediátricos, gestantes e de pessoas com necessidades especiais.

14.6 Sequência Correta para Vestir e Retirar os EPIs

Os profissionais de saúde e de apoio devem fazer todo esforço possível para usar EPIs com cuidado a fim de evitar contaminar a eles mesmos, bem como outros colaboradores, pacientes, visitantes e superfícies do ambiente.

14.6.1 Colocação dos EPIS

Colocação de EPI's para trabalhar na área de isolamento:

- Ajustar protetor facial antes da paramentação;
- Higienização das mãos;
- Vestir o gorro;
- Vestir a máscara N95;
- Higienizar as mãos;
- Colocar os propés;
- Higienizar as mãos;
- Vestir o capote ou macação;
- Vestir o protetor facial ou óculos de proteção;



- Higienizar as mãos;
- Colocar as luvas de procedimento (cobrindo os punhos do capote).

Assistência ao paciente (no leito)

- Higienizar as mãos com as luvas;
- ➤ Vestir 2° capote;
- ➤ Calçar o 2° par de luvas de procedimento;
- Prestar assistência ao paciente;
- Higienizar as mãos;
- ➤ Retirar o 2° par de luvas e descarta-las;
- Higienizar as mãos;
- Retirar o 2º capote e descarta-lo em local apropriado;
- Higienizar as mãos e manter o 1° par de luvas.

14.6.2 Retirada dos EPIs

Retirada de EPI's para sair da área de isolamento

- Higienizar as mãos;
- Retirar os própés;
- Higienizar as mãos;
- Retirar o capote ou macação juntamente com as luvas e descarta-los em local apropriado;
- Higienizar as mãos;
- Vestir luva de procedimento;
- Retirar o protetor facial ou óculos de proteção;
- Retirar luva de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Retirar a máscara N95;
- Higienizar as mãos;
- Retirar gorro;
- Higienizar as mãos.



Nota:

i.As máscaras N95 ou PFF2 são as preferenciais para assistência nas áreas de isolamento. Contudo, caso ocorra escassez das mesmas no mercado, elas deverão ser substituídas por máscaras cirúrgicas, de modo que as N95 ou PFF2 deverão ser utilizadas somente para assistência direta ao paciente em procedimentos que gerem aerossóis (intubação, extubação, RCP, aspiração orotraqueal. As máscaras N95 e PFF2 podem ser reutilizadas enquanto estiverem secas, limpas e com boa vedação. Deverão ser acondicionadas em sacos de papel fornecidos pela instituição.

ii.Em situações que gerem muito aerossol (IOT, extubação e RCP), **descartar a máscara** após o procedimento e colocar uma nova máscara.

iii.O uso do protetor facial ajuda a proteger as máscaras contra contaminações (barreira física).

iv.Recomendamos que os profissionais da área de isolamento utilizem roupas privativas durante o trabalho e guardem suas roupas pessoais fora da área isolada.

v.Protetores faciais e óculos de proteção deverão ser higienizados com desinfetante hospitalar ou álcool a 70% ao término do plantão, pelo próprio profissional e com uso de luvas de procedimento.

14.7 Transporte do Paciente Dentro da Instituição

- Limite o transporte ao estritamente necessário;
- Notificar o setor que irá receber o paciente que o mesmo 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 cirúrgica ou N95, óculos de proteção ou protetor facial, avental impermeável descartável de mangas longas e luvas de procedimento.

14.8 Transporte do Paciente por Veículos

- Isolar precocemente pacientes suspeitos durante o transporte. Os mesmos deverão utilizar máscara cirúrgica todo o momento, desde a identificação até chegada ao local de isolamento.
- Melhorar a ventilação do veículo para aumentar a troca de ar durante o transporte.
- Participantes do transporte deverão utilizar Equipamento de Proteção Individual (EPI)
- Realizar higiene das mãos com preparação alcoólica frequentemente.



- Orientar pacientes e possíveis acompanhantes quanto à importância da higienização frequente das mãos.
- Comunicar imediatamente aos profissionais dos serviços de atendimento ambulatorial ou pronto atendimento se caso suspeito ou confirmado.
- 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.
- Reforçar a provisão de todos os insumos (máscaras cirúrgicas, máscaras N95, sabonete líquido ou preparação alcoólica, lenços de papel, avental impermeável, óculos de proteção e luvas de procedimento) do veículo de transporte.

14.9 Processamento de Produtos para Saúde

Deverá ser realizado de acordo com as características, finalidade de uso e orientação dos fabricantes e métodos escolhidos, uma vez que, até o momento, não há uma orientação especial quanto ao processamento de equipamentos, produtos para saúde ou artigos utilizados na assistência a casos suspeitos ou confirmados do novo coronavírus.

14.10 Limpeza e Desinfecção de Superfícies

Profissionais da higiene e limpeza devem usar EPI completo, conforme orientado anteriormente.

Não há recomendação diferenciada para a limpeza e desinfecção de superfícies em contato com casos suspeitos ou confirmados pelo COVID-2019. Seguir as normas e rotinas do Serviço de Higiene e Limpeza e da CCIH já estabelecidas na instituição.

Destacamos:

• Medidas de precaução, bem como o uso do EPI, devem ser apropriadas para a atividade a ser exercida e necessária ao procedimento.



- Nunca varrer superfícies a seco, pois esse ato favorece a dispersão de microrganismos que são veiculados pelas partículas de pó. Utilizar varredura úmida que pode ser realizada com mops ou rodo e panos de limpeza de pisos.
- Para a limpeza dos pisos devem ser seguidas técnicas de varredura úmida, ensaboar, enxaguar e secar.
- Todos os equipamentos (oxímetro, estetoscópios, aparelho de glicemia, etc) deverão ser limpos e desinfetados a cada uso e a cada término do turno de trabalho, ainda com os profissionais usando EPI e evitando contato com os materiais infectados.
- Superfícies: a enfermagem deve realizar limpeza e desinfecção das superfícies a cada turno de trabalho.

14.11 Processamento de Roupas

Pode-se adotar o mesmo processo estabelecido para as roupas provenientes de outros pacientes em geral, não sendo necessário nenhum ciclo de lavagem especial. Porém, na retirada da roupa suja deve-se haver mínima agitação e manuseio, observando as medidas de precaução já citadas anteriormente.

14.12 Tratamento de Resíduos

Conforme o que se sabe até o momento, o novo coronavírus (COVID-2019) pode ser enquadrado como agente biológico classe de risco 3, seguindo a Classificação de Risco dos Agentes Biológicos publicada em 2017 pelo Ministério da Saúde, sendo sua transmissão de alto risco individual e moderado risco para a comunidade. Portanto, todos os resíduos provenientes da assistência a pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (COVID-2019) devem ser enquadrados na categoria A1, conforme Resolução RDC/Anvisa no 222, de 28 de março de 2018.

Os resíduos devem ser acondicionados, em saco branco leitoso, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 48 horas e identificados pelo símbolo de substância infectante.

14.13 Familiares e Acompanhantes no Hospital



- Clientes, visitantes e acompanhantes devem ser <u>orientados a virem de máscara ao hospital E somente se estiverem assintomáticas</u>. Elas devem utilizar máscara enquanto estiverem dentro da instituição. Nesse caso, pode ser utilizada a máscara de tecido, que deve ser adquirida pelo próprio paciente. Os profissionais da saúde devem orientá-las sobre o uso correto da máscara, quando necessário.
- Restringir as visitas. Portadores de doenças ou condições que reduzam a imunidade (câncer, radioterapia, quimioterapia, transplantados, portadores de HIV e grávidas) não devem participar das visitas nos setores hospitalares e não podem ser eleitos como acompanhantes de casos suspeitos ou confirmados;
- À princípio, não serão permitidos visitantes e acompanhantes para pacientes internados com suspeita ou confirmação de COVID-19. No entanto, caso seja necessária a permanência, será permitido apenas um acompanhante e o mesmo deverá utilizar máscara, gorro, avental e luvas enquanto estiver com o paciente, e deverá ser orientado a ficar a 1 metro ou mais de distância do paciente. Portanto, é fundamental que a equipe de enfermagem oriente corretamente esse grupo de pessoas.
- Os acompanhantes não devem permanecer no ambiente durante procedimentos que gerem aerossol: intubação traqueal, ventilação não invasiva, traqueostomia, ressuscitação cardiopulmonar, nebulização, ventilação manual antes da intubação e broncoscopia.
- Crianças ou pacientes dependentes: limitar em um acompanhante.

14.14 Orientações para casos suspeitos (em investigação) ou confirmados sem necessidade de internação

- Permanecer em isolamento domiciliar voluntário (em casa) durante 14 dias (a partir da data do início dos seus sintomas);
- Mantenha distância dos demais familiares, permanecendo em ambiente privativo;
- Não dormir junto de outra pessoa (utilizar outro cômodo). Se não for possível, manter distância de 1 metro ou mais.
- Mantenha o ambiente da casa com ventilação natural;
- Utilizar a máscara cirúrgica descartável ou de tecido durante este período;



- Não receber visitas;
- Cobrir o nariz e a boca com lenço descartável ao tossir ou espirrar.
- Higienizar as mãos frequentemente com gel alcoólico ou com água e sabonete;
- Higienizar o ambiente com água sanitária (hipoclorito);
- Evitar tocar boca, olhos e nariz sem higienizar as mãos;
- Não compartilhar alimentos, copos, toalhas e objetos de uso pessoal.
- Evitar contato com idosos e/ou imunossuprimidos nos próximos 30 dias.

14.15 Orientações para comunicantes de caso positivo ou suspeito (em investigação) de infecção por COVID-19

ASSINTOMÁTICOS que tiveram contato com caso positivo ou suspeito nos últimos 14 dias:

- Orientar isolamento domiciliar com uso de máscara cirúrgica ou de tecido durante 14 dias, a partir do último contato (atestado);
- Não receber visitas;
- Não compartilhar alimentos, copos, toalhas e objetos de uso pessoal.
- Higienizar as mãos frequentemente com gel alcoólico ou com água e sabonete;
- Caso apresente sintomas respiratórios ou febre, procurar assistência médica.
- Médicos fornecem o atestado para os contatos domiciliares.

14.16 Cuidados com os Formulários, Documentos e Demais Materiais Administrativos da Área de Isolamento

Como há estudo mostrando a sobrevivência do vírus por até 09 dias em superfícies inertes, a CCIH recomenda que formulários, documentos e demais materiais administrativos provenientes da área de isolamento sejam acondicionadas em sacos plásticos ou caixas de papelão, com data do acondicionamento, e fiquem "em quarentena" de 10 dias em local específico, antes de serem manipulados novamente. Higienizar as mãos imediatamente antes e após o contato com esses materiais. Após a "quarentena", dar destino aos documentos e descartar os sacos plásticos e as caixas como lixo infectante. Higienizar as mãos imediatamente antes e após o contato com esses materiais.



15 Referências:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus, 2020.
 Nanshan Chen, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet. 2020 Feb 15;395(10223):507-513.
- 2. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Novel Coronavirus (2019-nCoV) technical guidance. 2020.
- 3. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19), 2020.
- 4. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected, 2020.
- 5. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Known or Patients Under Investigation for 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) in a Healthcare Setting, 2020. Disponível em: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control.html.
- 6. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 05. 14/03/2020.
- 7. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 08. 09/04/2020.
- 8. MANEJO NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19). Hospital Israelita Albert Einstein. 27/03/2020
- 9. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/therapeutic-options.html
- 10. Thomas R. Broker, et al. An Effective Treatment for Coronavirus (COVID-19). In consultation with Stanford University School of Medicine, UAB School of Medicine and National Academy of Sciences researchers.
- 11. http://www.koreabiomed.com/news/articleView.html?idxno=7428
- 12. Novel Coronavirus Pneumonia Diagnosis and Treatment Plan (Provisional 7th Edition) translate as https://www.chinalawtranslate.com/en/coronavirus-treatment-plan-7/
- 13. AMIB. Protocolo Suplementação de Oxigênio em Paciente com Suspeita ou Confirmação de Infecção por COVID-19, 2020.
- 14. ILAS. Implementação de Protocolo Gerenciado de Sepse, 2018.



- 15. Wang, Y., Zhu, L. Pharmaceutical care recommendations for antiviral treatments in children with coronavirus disease 2019. World J Pediatr (2020). https://doi.org/10.1007/s12519-020-00353-5.
- 16. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2016/021251s052_021906s046lbl.pdf
- 17. Yang Liu et al. The Lancet, 03/2020.
- 18. Ministério da Saúde. Protocolo de Tratamento de Influenza 2017.
- 19. Ministério da Saúde. NOTA INFORMATIVA Nº 5/2020 de 27/03/2020.
- 20. Ministério da Saúde. NOTA INFORMATIVA 04/2020 de 31/03/2020.
- 21. Hospital das Clínicas USP Ribeirão Preto. Proposta de tratamento farmacológico imunomodulador para casos internados com SARS-CoV-2 versão 06/04/2020 (Versão número 3).
- 22. Fardet L, Galicier L, Lambotte O et al. Development and Validation of the HScore, a Score for the Diagnosis of Reactive Hemophagocytic Syndrome. Arthritis Rheumatol 2014:66;2613–20.
- 23. https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agravos/coronavirus/index.php?p=295099
- 24. Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA No 9/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS.
- 25. Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 10/2020-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS.
- 26. Klok FA, Kruip MJHA, van der Meer NJM, et al. Incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19. Thrombosis research. 2020.
- 27. Decousus H, Tapson VF, Bergmann JF, et al. Factors at Admission Associated With Bleeding Risk in Medical Patients. CHEST:2011.139(1):69-79.
- 28. GRUPO FORÇA COLABORATIVA COVID-19 BRASIL. Orientações sobre Diagnóstico, Tratamento e Isolamento de Pacientes com COVID-19.13/04/2020.
- 29. SVO IML regras para preenchimento da D. O. Governo do Estado de São Paulo.
- 30. World Journal of Pediatrics https://doi.org/10.1007/s12519-020-00362-4.
- 31. COVID-19 ACHADOS DE IMAGEM. Material gentilmente cedido pelo Dr. Guilherme Uchoa radiologista da UNIÃO MÉDIA RADIOLÓGICA DE CATANDUVA (UMERC).
- 32. Sociedade Brasileira de Análises Cínicas. Decisão sobre Isolamento Social com Base em Exames Laboratoriais para Covid-19 - RTPCR e Sorologias para Anticorpos. Disponível em:



https://www.sbac.org.br/blog/2020/06/12/decisao-sobre-isolamento-social-com-base-em-exames-laboratoriais-para-covid-19-rtpcr-e-sorologias-para-anticorpos/

- 33. Ji, Dong et al. Prediction for Progression Risk in Patients With COVID-19 Pneumonia: The CALL Score. Clin Infect Dis. 2020 9 de abril; ciaa414. doi: 10.1093 / cid / ciaa414.
- 34. National Institutes of Health (NIH). https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/overview/prophylaxis/
- 35. Boulware DR, et al. N Engl J Med. 2020. PMID: 32492293.
- 36. Horby PW et al. Effect of Dexamethasone in Hospitalized Patients With COVID-19 Preliminary Report. medRxiv Preprint 2020.
- 37. Sociedade Brasileira de Infectologia. INFORME DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA SOBRE O NOVO CORONAVÍRUS Nº 14: DEXAMETASONA NO TRATAMENTO DA COVID-19 Elaborado em 16/06/2020.
- 38. Sociedade Brasileira de Infectologia. INFORME DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA SOBRE O NOVO CORONAVÍRUS Nº 15: USO DE MEDICAMENTOS PARA COVID-19 Elaborado em 30/06/2020.
- 39. Procalcitonin use in lower respiratory tract infections. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/procalcitonin-use-in-lower-respiratory-tract-infections.
- 40. World Journal of Pediatrics https://doi.org/10.1007/s12519-020-00362-4.
- 41. Diretrizes para o Tratamento Farmacológico da COVID-19. Consenso da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, da Sociedade Brasileira de Infectologia e da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Publicado em 18/05/2020. Disponível em: http://associacaopaulistamedicina.org.br/covid19/area-cientifica/?p=46.
- 42. GRUPO FORÇA COLABORATIVA COVID-19 BRASIL. Orientações sobre Diagnóstico, Tratamento e Isolamento de Pacientes com COVID-19.13/04/2020.
 - 43. Sociedade Brasileira de Pediatria. Recomendações para Assistência ao Recém-Nascido na sala de parto de mãe com COVID-19 suspeita ou confirmada Atualização 2, 07/05/2020.



- 44. Hu X, Gao J, Luo X, et al. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) vertical transmission in neonates born to mothers with coronavirus disease 2019 (COVID-19) pneumonia. Obstet Gynecol. 2020 Apr 24.
- 45. Karimi-Zarchi M, Neamatzadeh H, Dastgheib SA, et al. Vertical transmission of coronavirus disease 19 (COVID-19) from infected pregnant mothers to neonates: A review. Fetal Pediatr Pathol. 2020 Apr 2.
- 46. ANVISA. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 06/2020 ORIENTAÇÕES PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DAS INFECÇÕES PELO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-cov-2) EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS Revisão: 29.05.2020

PROTOCOLO PARA INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL DE PACIENTES ADULTOS SUSPEITOS OU CONFIRMADO PARA COVID-19

RECURSOS NECESSÁRIOS

a. Materiais

- Tubos orotragueais nos tamanhos: 7,0 / 7,5 / 8,0 / 8,5
- Fio Guia 01 unidade
- Bougie 01 unidade
- Seringa de 20mL 02 unidades
- Agulha 40x12 01 unidade
- Laringoscópio com lâminas 3 e 4
- Lidocaína 2% Geleia 01 tubo
- Pinça Reynald ou Kelly
- Máscara de Alto Fluxo Não Reinalante
- Bandeja para materiais
- Bandeja para contaminados

b. Sistema Ventilatório

- Circuito adequado para o ventilador mecânico
- Sistema fechado para aspiração (TrackCare®) 01 unidade
- Filtro HME ou HMEF 01 unidade
- Filtro HEPA 01 unidade

c. Medicamentos

- Lidocaína 2% (20mg/mL) sem vasoconstritor (frasco 20mL) 01 Frasco
- Dextrocetamina 50mg/mL (ampola 02 mL) 02 ampolas
- Suxametônio 100mg (frasco para reconstituição) 01 frasco
- Rocurônio 10mg/mL (ampola com 05 mL) 02 ampolas
- Midazolan 5mg/mL (ampola 03 mL) 02 ampolas
- Fentanil 50mcg/mL (ampola 02 mL) 02 ampolas
- Solução de NaCl 0,9% 500mL 02 bolsas
- Solução de NaCl 0,9% 250mL 01 bolsa
- Norepinefrina 2mg/mL (ampola 2 mL) 02 ampolas
- Epinefrina 1mg/mL (ampola 1 mL) 02 ampolas

PLANEJAMENTO

Preparo dos Medicamentos

- Lidocaína (Dose 1,5mg/Kg): Preparar seringa com volume a ser administrado sem diluição (Δ 70Kg = 5 mL)
- Dextrocetamina (Dose 1,5 a 2,0mg/Kg): Diluir 02 ampolas com 16 mL de Solução de NaCl 0,9% - Solução diluída com 10mg/mL (Δ 70Kg = 14 mL)
- Suxametônio (Dose 1mg/Kg): Reconstituir com 10mL de solução de NaCl 0,9% -Solução reconstituída com 10mg/mL (Δ 70Kg = 7 mL)



Roncurônio (Dose 0,6 a 1,2mg/Kg): Diluir 01 ampola com 15 mL de Água Destilada
 Solução diluída com 5mg/mL (Δ 70Kg = 8 mL)

Preparo do Material para IOT

- 1. Abrir o TOT adequado;
- 2. Testar o balonete insuflando 20mL de ar com seringa;
- 3. Desinsuflar o balonete;
- 4. Retirar a "borracha" do êmbolo da seringa de 20mL;
- 5. Acoplar a "borracha" do êmbolo na extremidade distal do TOT;
- 6. Perfurar a "borracha" com agulha 40x12;
- 7. Introduzir o fio guia através do buraco perfurado na borracha;
- 8. Aplicar a Lidocaína geleia na extremidade proximal do TOT.

Preparo do Sistema de Ventilação

- 1. Conectar o circuito adequado ao ventilador mecânico;
- 2. Instalar o Filtro HEPA próximo a válvula exalatória do ventilador mecânico;
- 3. Conectar o Filtro HME/HMEF na extremidade proximal do circuito;
- 4. Conectar o sistema de aspiração fechado.

EXECUÇÃO

ROTINA EM SEQUÊNCIA RÁPIDA COM 02 OPERADORES

KOII	•	ENCIA KAPIDA COM UZ OPEKADOKES
	Profissional	Atividade
1	Médico	Pré-Oxigenação: Instalar Máscara de Alto Fluxo Não Reinalante (φ 6 a 10L/min);
2	Médico	Avaliar estabilidade hemodinâmica (1)
3	Médico	Confirmar disponibilidade dos materiais: "Badeja para Materiais" (TOT preparado, laringoscópio, pinça, medicamentos preparados), Bandeja para contaminados e sistema de ventilação pronto;
4	Médico	Testar funcionamento do Laringoscópio
5	Médico	Confirmar preparação da equipe;
		Ordenar administração dos medicamentos
		 Pré-Medicação (inibição dos reflexos laríngeos): Lidocaína sem vasoconstritor na dose adequada 3 minutos antes
6	Médico	da Indução;
		2. Indução: Dextrocetamina na dose adequada;
		 Bloqueio Neuromuscular: Suxametônio/Rocurônio na dose adequada;
7	Auxiliar	Medicar conforme ordem médica;
8	Médico	Realizar Laringoscopia Direta;
9	Médico	Introduzir o TOT sob visão direta (2);
10	Médico	Acomodar o laringoscópio na "Bandeja para Contaminados";
11	Auxiliar	Insuflar o balonete com 20mL de ar;
12	Médico	Estabilizar TOT na posição com mão direita e segurar a "borracha" de oclusão com a mão esquerda;
13	Auxiliar	Retirar com cuidado o fio guia até 03 centímetros antes da saída completa;
14	Auxiliar	Pinçar o TOT;
15	Médico	Retirar fio guia e "borracha" de oclusão;
16	Auxiliar	Conectar o sistema fechado de ventilação;
17	Auxiliar	Retirar a pinça;



18	Auxiliar	Ligar ventilador mecânico;
19	Médico	Verificar a posição adequada do TOT pelo monitoramento da ventilação;
20	Auxiliar	Fixar o TOT;
21	Médico	Avaliar estabilidade hemodinâmica (1);
22	Médico	Avaliar necessidade de Analgesia / Sedação / Curarização
23	Médico	Otimizar parâmetros ventilatórios;
24	Médico	Solicitar radiografia de controle.
25	Auxiliar	Descartar os materiais em lixo infectante

- ⁽¹⁾ Iniciar infusão de droga vasoativa (Noradrenalina 02 ampolas + Solução de NaCl 0,9% 250mL) em veia periférica e se possível infundir Solução de NaCl 0,9% 500mL visando reverter a instabilidade hemodinâmica;
- É aceitável a introdução de Bougie e inserção do TOT usando deste como guia.

ROTINA EM SEQUÊNCIA RÁPIDA COM 03 OPERADORES

KOII	ROTINA EM SEQUENCIA RAPIDA COM 03 OPERADORES				
	Profissional	Atividade			
1	Médico	Pré-Oxigenação: Instalar Máscara de Alto Fluxo Não Reinalante (φ 6 a 10L/min);			
2	Médico	Avaliar estabilidade hemodinâmica (1)			
3	Médico	Confirmar disponibilidade dos materiais: "Badeja para Materiais" (TOT preparado, laringoscópio, pinça, medicamentos preparados), Bandeja para contaminados e sistema de ventilação pronto;			
4	Médico	Testar funcionamento do Laringoscópio			
5	Médico	Confirmar preparação da equipe;			
6	Médico	Ordenar administração dos medicamentos 1. Pré-Medicação (inibição dos reflexos laríngeos): Lidocaína 2% sem vasoconstritor na dose adequada 3 minutos antes da Indução; 2. Indução: Dextrocetamina na dose adequada; 3. Bloqueio Neuromuscular: Suxametônio/Rocurênio na dose adequada;			
7	Enfermeiro	Medicar conforme ordem médica;			
8	Médico	Realizar Laringoscopia Direta;			
9	Médico	Introduzir o TOT sob visão direta (2);			
10	Médico	Acomodar o laringoscópio na "Bandeja para Contaminados";			
11	Fisioterapeuta	Insuflar o balonete com até 20mL de ar;			
12	Médico	Estabilizar TOT na posição com mão direita e segurar a "borracha" de oclusão com a mão esquerda;			
13	Fisioterapeuta	Retirar com cuidado o fio guia até 03 centímetros antes da saída completa;			
14	Fisioterapeuta	Pinçar o TOT;			
15	Médico	Retirar fio guia e "borracha" de oclusão;			
16	Fisioterapeuta	Conectar o sistema de ventilação;			
17	Fisioterapeuta	Retirar a pinça;			
18	Fisioterapeuta	Ligar ventilador mecânico;			
19	Médico	Verificar a posição adequada do TOT pelo monitoramento da ventilação;			
20	Enfermeiro	Fixar o TOT;			



21	Médico	Avaliar estabilidade hemodinâmica (1);
22	Médico	Avaliar necessidade de Analgesia / Sedação / Curarização
23	Médico	Otimizar parâmetros ventilatórios;
24	Médico	Solicitar radiografia de controle.
25	Enfermeiro	Descartar os materiais em lixo infectante

- Iniciar infusão de droga vasoativa (Noradrenalina 02 ampolas + Solução de NaCl 0,9% 250mL) em veia periférica e se possível infundir Solução de NaCl 0,9% 500mL visando reverter a instabilidade hemodinâmica;
- ⁽⁴⁾ É aceitável a introdução de Bougie e inserção do TOT usando deste como guia.



PROTOCOLO PARA DESMAME E EXTUBAÇÃO DE PACIENTES ADULTOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS PARA COVID-19

A. MATERIAIS

- Lidocaína 2% (20mg/mL) sem vasocontritor (frasco 20mL) 01 frasco
- Sonda de aspiração nº 12 02 unidades
- Luva estéril 01 par
- Seringa de 20mL 02 unidades
- Cateter Nasal de O₂ 01 unidade
- Água Destilada Ampola 20mL (higienização do sistema)
- Máscara Cirúrgica 01 unidade
- Proteção Plástica
- Bandeja para contaminados

B. CRITÉRIOS PARA REALIZAÇÃO DO TESTE DE RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA (TRE)

- Causa da ventilação mecânica resolvida ou controlada
- $PaO_2 > 60$ mmHg com $FiO_2 \le 40\%$ e PEEP de 5 a 8cmH₂O
- RASS de -2 a 0
- Estabilidade hemodinâmica / boa perfusão tecidual / sem ou com dose baixa de amina vasoativa
- Ausência de insuficiência coronariana descompensada ou arritmias com repercussão hemodinâmica
- Paciente com drive respiratório
- Balanço hídrico adequado nas últimas 24 horas
- Equilíbrio ácido-básico e hidroeletrolítico adequado (pH>7,30)
- Ausência de programação cirúrgica nas próximas 24 horas

Se "SIM" para todos os itens acima, prosseguir com o TRE. Se "NÃO" a algum dos itens discutir o seguimento com a equipe multidisciplinar.

TRE (PSV – PEEP=05 / PS=min 07 / $FiO_2 \le 40\%$)



C. ROTINA PARA EXTUBAÇÃO

	Profissional	Atividade
1	Fisioterapeuta	Aplicar Check-list de Avaliação Diária para "TRE"
2	Fisioterapeuta	Ajustar ventilação com pressão de suporte (PSV)
3	Fisioterapeuta	Verificar pressão do balonete
4	Enfermeiro	Realizar higiene oral (1)
5	Fisioterapeuta	Aspirar TOT e vias aéreas
6	Médico	Prescrever "Extubação" e "Medicação"
7	Fisioterapeuta	Posicionar-se atrás ou ao lado do paciente
8	Enfermeiro	Administrar medicação
9	Fisioterapeuta	Posicionar cateter nasal de O ₂ no paciente
10	Fisioterapeuta	Posicionar proteção plástica sobre a face paciente
11	Fisioterapeuta	Ajustar fluxo do cateter nasal em até 5L/min
12	Fisioterapeuta	Desligar o ventilador mecânico
13	Fisioterapeuta	Desinsuflar o balonete
14	Fisioterapeuta	Tracionar o TOT sem desconectar o sistema ventilatório
15	Fisioterapeuta	Posicionar máscara cirúrgica na face do paciente
16	Enfermeiro	Desconectar o circuito de ventilação do filtro HME/HMEF
17	Fisioterapeuta	Retirar a proteção plástica envolvendo o sistema de aspiração fechado e HME/HMEF
18	Fisioterapeuta	Descartar os materiais em lixo infectante

Não será necessário realizar a higiene oral se foi realizada nas últimas 02 horas antes do procedimento.



