



Nota Técnica Nº 2: Manejo de Pacientes com Síndrome Gripal Aguda e COVID-19 nas Unidades Sentinelas

O novo coronavírus (SARS-CoV-2) provoca a COVID-19, uma doença com perfil de alta transmissibilidade e quadros clínicos respiratórios que variam de leves a graves, devendo ter um manejo clínico adequado. O município de Campo Alegre apresenta duas Unidades Sentinelas (US) para atendimento exclusivo de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 com fins de centralizar o atendimento desses casos e reduzir o contágio nos serviços de saúde.

O objetivo desta Nota Técnica é normatizar o tratamento para COVID-19 no município de Campo Alegre de forma precoce e eficaz, reduzindo as chances de complicação para SARA (Síndrome da Angústia Respiratória Aguda) e possível necessidade de regulação para hospitais terciários de referência no estado.

Ao receber um paciente com síndrome respiratória aguda na unidade, o profissional médico deverá estabelecer o diagnóstico clínico com base nos sintomas e sinais apresentados à admissão, considerando complementar a abordagem com exames laboratoriais disponíveis no momento (hemograma, PCR, ALT, AST, Ur e Cr).

Para fins teóricos de auxiliar o médico na conclusão diagnóstica, o profissional pode utilizar um escore de sintomas/dados. Apesar de não existir nenhum escore validado e universalmente aceito, os serviços médicos vêm apresentando um alinhamento para sugerir orientações. Este, porém, não conclui diagnósticos de COVID-19. Sugere-se observar a seguinte disposição de sintomas por escore:



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- Febre (aferida ou referida) – 5 pontos
- Cefaleia – 1 ponto
- Secreção nasal ou espirros – 1 ponto
- Tosse seca – 3 pontos
- Odinofagia – 1 ponto
- Dispneia – 10 pontos
- Mialgia – 1 ponto
- Astenia – 1 ponto
- Diarreia – 1 ponto
- Ageusia/anosmia – 5 pontos
- Contato com caso positivo de COVID-19 nos últimos 14 dias – 10 pontos

Interpretação – os casos com mais de 10 pontos serão considerados de risco médio e acima de 20 pontos, fortemente suspeitos, com risco alto para COVID-19.

Pacientes admitidos na US com quadro clínico leve ou moderado de sintomas respiratórios deverão ser avaliados pelo médico plantonista, que poderá considerar a realização de teste molecular (RT-PCR) ou teste rápido por imunocromatografia (detectando IgM/IgG. Para a coleta do swab naso-orofaríngeo, considerar casos com 3-5 dias de sintomas e encaminhar à sala de testagem após avaliação inicial. Nas situações em que o paciente apresente sintomas há pelo menos 7 dias, dar preferência à realização do teste rápido (Ver Nota Técnica N° 1/2020).



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Se o paciente for considerado um caso suspeito para COVID-19, deverá receber o diagnóstico clínico da doença (CID10 U07.2) mesmo sem a confirmação laboratorial (ou no caso de estar aguardando o resultado definitivo do RT-PCR realizado na US).

Na US, todos os pacientes deverão ter seus sinais vitais aferidos à admissão (temperatura, pressão arterial, frequência respiratória, frequência cardíaca, saturação periférica de oxigênio).

Em relação à evolução, a doença apresenta diferentes fases, sendo importantes para orientar a conduta médica. A fase 1 é descrita pela presença de sintomas compatíveis de COVID-19 há pelo menos 5 dias, dentre eles febre, tosse seca, secreção respiratória, odinofagia, cefaleia, mialgia, astenia, anosmia ou ageusia. Nessa fase, não há sinais de gravidade clínica e o paciente está eupneico em ar ambiente (FR < 20ipm e SpO2 > 95%). Nesses casos, o médico plantonista deverá proceder com o seguinte protocolo:

- | |
|--|
| - Iniciar hidroxicroquina 400mg VO 12/12h (D1) e 400mg/dia (D2-D6); 2ª opção |
| - Cloroquina 450mg VO 12/12h (D1) e 450 mg VO/dia (D1-D5); |
| - Iniciar azitromicina 500mg/dia VO por 5 dias; |
| - Solicitar eletrocardiograma na US; |
| - Indicar isolamento domiciliar; |
| - Monitorar situação de saúde pela equipe da ESF a cada 48h ¹ . |

¹Intervalo variável conforme necessidade do paciente e domiciliares.

A fase 2 é dividida em 2A e 2B. A fase **2A** contempla os pacientes com comorbidades de risco (obesidade, asma, DPOC, imunodeficiência,



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

neoplasia, idosos > 60 anos, nefropatas, hepatopatas, doença cerebrovascular e/ou hipertensos) **E/OU** sintomas com mais de 5 e menos de 7 dias de evolução e que não apresentam dispneia, mantendo SpO₂ > 95% em ar ambiente e FR < 22ipm. A febre persiste e tem evolução contínua de até 4 dias. O médico plantonista deverá proceder com o seguinte protocolo:

- Admitir o paciente na sala de observação AZUL ;
- Solicitar Tomografia Computadorizada (TC) de alta resolução do tórax;
- Solicitar eletrocardiograma na US;
- Iniciar hidroxicloroquina 400mg VO 12/12h (D1) e 400mg/dia (D2-D8) ¹ ; 2ª opção – Cloroquina 450mg VO 12/12h (D1) e 450 mg VO/dia (D1-D5);
- Iniciar azitromicina 500mg/dia VO durante 5 dias;
- Iniciar Henoxaparina 40 mg/0,4ml (D1-D5)/ 2ª opção - Iniciar tromboprolaxia – heparina não fracionada subcutânea (liquemine) 5000UI/0,25ml – peso <70kg: 0,25ml 12/12h / peso >70kg: 0,25ml 8/8h por 7 dias;
- Prescrever analgésicos/antipiréticos/antieméticos conforme necessidade clínica;
- Solicitar hemograma, PCR, AST, ALT, ureia e creatinina sérica;
- Manter em observação por até 24h na US;
- Indicar isolamento domiciliar;
- Monitorar situação de saúde pela equipe da ESF a cada 24h.

¹ Considerar prolongar tratamento até 10 dias.

Os casos da fase **2B** incluem pacientes com sintomas de COVID-19 há mais de 7 dias, TC de tórax evidenciando comprometimento de pelo menos 50% do parênquima pulmonar **E** que tenham desconforto respiratório com SpO₂ < 95% e/ou FR > 24ipm. Considerar também os mesmos critérios clínicos de fatores de risco nestes casos. Mediante



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

avaliação médica, o seguinte protocolo deverá ser aplicado:

- Admitir o paciente na sala de observação AMARELA ;
- Oferecer oxigênio suplementar por cateter nasal de baixo fluxo (5l/min) sem umidificação por bolhas;
- Iniciar hidroxicloroquina 400mg VO 12/12h (D1) e 400mg/dia (D2-D8) ¹ ; 2ª opção – Cloroquina 450mg VO 12/12h (D1) e 450 mg VO/dia (D1-D5);
- Iniciar azitromicina 500mg/dia VO durante 5 dias;
- Administrar broncodilatadores – terbutalina 0,5mg/ml – 0,25ml SC 12/12h / salbutamol 100mcg spray VI 4/4h ou 6/6h se houver broncoespasmo;
- Iniciar Henoaparina 40 mg/0,4ml (D1-D5)/ 2ª opção - Iniciar tromboprolaxia – heparina não fracionada subcutânea (liquemine) 5000UI/0,25ml – peso <70kg: 0,25ml 12/12h / peso >70kg: 0,25ml 8/8h por 7 dias;
- Iniciar corticoide – dexametasona 4mg/ml – 4ml + 16ml AD IV 24/24h por 3 dias;
- Prescrever analgésicos/antipiréticos/antieméticos conforme necessidade clínica;
- Solicitar hemograma, PCR, AST, ALT, ureia e creatinina sérica;
- Aferir sinais vitais 6/6h;
- Manter paciente em observação por pelo menos 48h na US;
- Monitorar situação de saúde pela equipe da ESF a cada 24h após alta para isolamento domiciliar.

Independente da fase de evolução do paciente (CID10 U07.1 ou U07.2), os casos de Síndromes Gripais SEM sinais de gravidade (posteriormente descritos), cujo quadro predomina sobre os sintomas clássicos de COVID-19 (anosmia, ageusia, mialgia, astenia e febre), o médico plantonista deverá liberar o paciente para isolamento domiciliar com prescrição de oseltamivir (Tamiflu®) na dose de 75mg 12/12h durante 5



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

dias. Em caso de insuficiência renal, a dose deverá ser ajustada pelo clearance de creatinina (utilizar a fórmula de Cockcroft-Gault). Deverá ser avaliada a complementação do tratamento domiciliar conforme fase de evolução do paciente no momento do atendimento médico, conforme explanado nesta Nota Técnica. Considerar a prescrição de oseltamivir (Tamiflu®) para todos os casos com até 48h de evolução devem enquadrar-se em, pelo menos, uma das seguintes condições de risco: gestantes e puérperas; obesos; adultos com mais de 60 anos de idade; crianças com menos de 5 anos de idade; asmáticos; pacientes com DPOC ou tabagistas crônicos; hepatopatas; pacientes com neoplasias ou condições de imunodeficiência; nefropatas; portadores de doenças valvares; doenças hematológicas; pacientes com sequelas neurológicas; distúrbios metabólicos ou diabetes mellitus. Os demais casos não descritos neste parágrafo não deverão receber Tamiflu®.

Em caso de paciente previamente diagnosticado com COVID-19 (CID10 U07.1), que estava em isolamento domiciliar e procura a unidade por piora clínica, apresentando pelo menos uma das seguintes alterações físicas (febre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$, $\text{SpO}_2 < 95\%$ em ar ambiente e/ou $\text{FR} < 24\text{ipm}$), deverá ser direcionado à sala de observação **AMARELA**. Neste caso, recomenda-se adotar o seguinte protocolo:

- | |
|--|
| - Ofertar oxigênio suplementar por cateter nasal de baixo fluxo (3-5 l/min) sem umidificação por bolhas; |
| - Iniciar corticoide – dexametasona 4mg/ml – 4ml + 16ml AD IV 24/24h OU hidrocortisona 200mg + AD IV 12/12h por 5 dias; |
| - Iniciar hidróxicloroquina ¹ – 400mg VO 12/12h (D1) e 400mg/dia (D2-D8); 2ª opção – Cloroquina 450mg VO 12/12h (D1) e 450 mg VO/dia (D1-D5); |



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- Iniciar azitromicina 500mg/dia VO durante 5 dias;
- Sulfatar – sulfato de magnésio 50% - <i>ataque</i> : 8 ml + 100ml SG5% (correr em 20-30 min) / <i>manutenção</i> : 10 ml + 240 ml SG5% (correr 50ml/h por 24h) mediante controle da dispneia;
- Iniciar Henoxaparina 40 mg/0,4ml (D1-D5)/ 2ª opção - Iniciar tromboprolaxia – heparina não fracionada subcutânea (liquemine) 5000UI/0,25ml – <i>peso <70kg</i> : 0,25ml 12/12h / <i>peso >70kg</i> : 0,25ml 8/8h por 7 dias;
- Iniciar antibioticoterapia venosa: ceftriaxona 1g – 2 FA IV 24/24h por 5-7 dias OU claritromicina 500mg IV 12/12h por 5-7 dias;
- Prescrever broncodilatadores – terbutalina 0,5mg/ml – 0,25ml SC 12/12h / salbutamol 100mcg spray VI 4/4h ou 6/6h se houver broncoespasmos;
- Aferir sinais vitais 6/6h;
- Monitorar laboratorialmente linfócitos com hemograma;
- Manter sintomáticos (analgésico/antipirético/antieméticos) se necessário ² ;
- Considerar encaminhar para referência os casos sem evolução satisfatória em 48-72h ou que apresentam piora significativa dos parâmetros clínicos (SpO2 < 95% sob cateter nasal, sinais de hipoxemia ou rebaixamento do nível de consciência).

¹Em caso de não ter iniciado previamente.

²Associar metoclopramida + ondasetrona se vômitos persistentes e refratários à monoterapia para êmese.

Os pacientes na **AMARELA** poderão receber alta da US em caso de ausência de febre por 24h na ausência do uso de antipiréticos E SpO2 > 95% em ar ambiente nas últimas 24h. A alta deve ser prescrita com orientações de isolamento e continuação do tratamento a nível domiciliar com o suporte contínuo da equipe de ESF.



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Pacientes críticos, com confirmação clínica de SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave) que sejam admitidos na US com quadro clínico de rebaixamento do nível de consciência **E/OU** instabilidade hemodinâmica (**fase 3**), deverão ser encaminhados diretamente para a sala de [REDACTED] e manejados de acordo com o seguinte protocolo:

- Considerar intubação orotraqueal precoce ^{1, 2, 3, 4}
- Pré-oxigenar com máscara com reservatório de oxigênio não-reinalante (fluxo 6-10l/min) com FiO2 de 100% nos casos de dessaturação com cateter nasal (5l/min);
- Manter sedação após IOT – fentanil (50mcg/ml) 4 ampolas + SF0.9% 100ml IV (10ml/h em BIC) e midazolam (5mg/ml) 2 ampolas + SF0.9% 100ml IV (10ml/h), mantendo RASS -2;
- Iniciar droga vasoativa se instabilidade hemodinâmica – norepinefrina (8mg/4ml) – 4 ampolas em SF0.9% 100ml IV em BIC ⁵ ;
Iniciar corticoide – dexametasona 4mg/ml – 4ml + 16ml AD IV 24/24h OU hidrocortisona 200mg + AD IV 12/12h;
- Sulfatar – sulfato de magnésio 50% - <i>ataque</i> : 8 ml + 100ml SG5% (correr em 20-30 min) / <i>manutenção</i> : 10 ml + 240 ml SG5% (correr 50ml/h por 24h);
- Iniciar Henoxaparina 40 mg/0,4ml (D1-D5)/ 2ª opção - Iniciar tromboprolaxia – heparina não fracionada subcutânea (liquemine) 5000UI/0,25ml – <i>peso <70kg</i> : 0,25ml 12/12h / <i>peso >70kg</i> : 0,25ml 8/8h;
- Prescrever gluconato de cálcio 10% - 1 ampola IV 6/6h;
- Iniciar antibioticoterapia venosa: ceftriaxona 1g – 2 FA IV;
- Aferir sinais vitais 4/4h;
- Após estabilização, encaminhar para hospital de referência e tratamento em UTI.

¹ Mediante necessidade de > 5l O2 suplementar para manter SpO2 > 93% ou FR > 28 ipm;



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

2Na ordem, prescrever KETAMINA (1 mg/kg), LIDOCAÍNA 20% (1,5mg/kg), KETAMINA (1mg/kg), SUCCINILCOLINA (1 mg/kg) ou ROCURÔNIO (1,2mg/kg);

3O médico deverá pré-oxigenar o paciente após a administração da primeira dose de KETAMINA inicial por pelo menos 4 minutos; 4FENTANIL (50mcg/ml) e MIDAZOLAM (5mg/ml) podem ser utilizados para a sedação e analgesia imediatas pós-intubação, porém é importante lembrar do seu potencial de bradicardia e hipotensão;

5Fazer 2 bolus em BIC e manter infusão continuada respeitando-se as faixas de 0,01 a 0,3 mcg/kg/min (diluição de 2,67 mcg/min).

A Ventilação Mecânica protetora deverá ser mantida inicialmente por volume (VCV), respeitando-se os VC = 4-6ml/kg de peso predito. Deve-se ajustar a PEEP o suficiente para manter a SpO2 entre 90-95% com FiO2 < 60% e FR entre 20 e 25ipm.

Os casos omissos nesta Nota Técnica deverão ser discutidos com as equipes multidisciplinares responsáveis, devendo ser observada a individualização do tratamento, sempre minimizando as chances de complicação e orientando o paciente e responsáveis quanto aos benefícios e riscos dos tratamentos instituídos.

Campo Alegre, 13 de maio de 2020.


Yuri Silva Toledo Brandão
MÉDICO CRM 7250/AL