

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NO CENÁRIO ATUAL

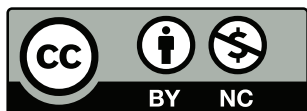
Atendimento de quadros suspeitos de covid-19 – UPA / CER / Pronto atendimento

**PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NO CENÁRIO ATUAL

Atendimento de quadros suspeitos de covid-19 – UPA / CER / Pronto atendimento

**Rio de Janeiro/RJ
2021**



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que para uso não comercial e com citação da fonte. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

© 2021 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro / Secretaria Municipal de Saúde (SMS-Rio)

Subsecretária de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE)

Rua Afonso Cavalcanti, 455, 8º andar, Sala 801 – CEP 20211-110 // Tel.: 3971- 1899 // E-mail: subhuemergencia@gmail.com

Eduardo Paes

Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Daniel Soranz

Secretário Municipal da Saúde

José Carlos Prado Júnior

Subsecretário Geral

Teresa Cristina Navarro Vannucci

Subsecretária de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência

FICHA TÉCNICA

Responsáveis Técnicos

Georgea Bathomarco Correa Artilles – CRM 52.62988-0
Direção Médica Assistencial – SUBHUE

Paulo de Oliveira Silveira – CRM 52.66293-3
Superintendente de Hospitais de Urgência e Emergência

Renato Kaufman – CRM 52.78359-5
Superintendente de Hospitais Gerais e Especializados

Elaboradores

Georgea Bathomarco Correa Artilles – CRM 52.62988-0
Direção Médica Assistencial – SUBHUE

Paulo de Oliveira Silveira – CRM 52.66293-3
Superintendente de Hospitais de Urgência e Emergência

Renato Kaufman – CRM 52.78359-5
Superintendente de Hospitais Gerais e Especializados

Colaboradores

Ana Helena Barbosa da Silva – CRM 52.60933-0
Coordenadora Médica da Terapia Intensiva do Hospital Municipal
Ronaldo Gazolla

Ana Lucia Eiras das Neves – CRM 52.50276-3
Assessora Médica Assistencial – SUBHUE

Andréa Corrêa de Moraes – CRM 52.71029-6
Coordenadora Médica DEA – RioSaúde

Antônio Ribeiro Pontes Neto – CRM 52.39265-3
Coordenador Médico da Terapia Intensiva do Hospital Municipal
Pedro II

Bruno de Almeida Campos Tessitore – CRM 52.104684-5
Coordenador Médico da Terapia Intensiva do Hospital Municipal
Ronaldo Gazolla

Débora Pinto da Silva – COREN 335085
Assessora de Gabinete – SUBHUE

Georgea Bathomarco Correa Artilles – CRM 52.62988-0
Direção Médica Assistencial – SUBHUE

Gildalvo Gomes Silva Junior – 52.106519-0
Coordenador Médico da Terapia Intensiva Adulta do Hospital
Municipal Albert Schweitzer

Gustavo Costanza – CRM 52.73276-1
Coordenador Médico da Terapia Intensiva (RT) do Hospital
Municipal Ronaldo Gazolla

Jorge Eduardo da Rocha Paranhos – CRM 52.28432-0
Coordenador Geral da Terapia Intensiva do Hospital Municipal
Albert Schweitzer

Margareth Rodrigues Maximo – COREN 66847
Assistente II – SUBHUE

Noângela Santos Nascimento – COREN 321088
Superintendência Geral – Coordenadora Geral de Enfermagem

Paulo de Oliveira Silveira – CRM 52.66293-3
Superintendente de Hospitais de Urgência e Emergência

Renata de Lima Orofino – CRM 52.75683-0
Coordenadora Médica de CCIH – RioSaúde

Renato Kaufman – CRM 52.78359-5
Superintendente de Hospitais Gerais e Especializados

Simone Lino Mello – CRM 52.55659-8
Assessora Chefe I de Programas de Desospitalização

Thyhedro Gonçalves da Cruz – CRM 52.92681-7
Coordenador Adjunto da Terapia Intensiva do Hospital Municipal
Albert Schweitzer

Revisores Técnicos

Ana Lucia Eiras das Neves – CRM 52.50276-3
Assessora Médica Assistencial – SUBHUE

Georgea Bathomarco Correa Artilles – CRM 52.62988-0
Direção Médica Assistencial – SUBHUE

Paulo de Oliveira Silveira – CRM 52.66293-3
Superintendente de Hospitais de Urgência e Emergência

Renato Kaufman – CRM 52.78359-5
Superintendente de Hospitais Gerais e Especializados

Aprovadores

Teresa Cristina Navarro Vannucci – CRM 52.77333-6
Subsecretária de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência

Ho Yeh Li – Médica
Paula Maria Raia Eliazar – Bióloga
Mariana Trinidad Ribeiro da Costa Garcia Croda – Médica
Consultores Nacionais OPAS Brasil

Assessoria de Comunicação Social

Paula Fiorito
Cláudia Ferrari
Clarissa Mello

Supervisão de Design

Aluisio Bispo – Ascom/SMS-Rio

Capa

Aluisio Bispo – Ascom/SMS-Rio

Projeto Gráfico

Aluisio Bispo – Ascom/SMS-Rio
Sandra Araujo – Ascom/SMS-Rio

Diagramação

Sandra Araujo – Ascom/SMS-Rio

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| APRESENTAÇÃO | 5 |
| INTRODUÇÃO..... | 5 |
| ADMISSÃO UPA/CER/PRONTO ATENDIMENTO | 5 |
| Pacientes com classificação de risco VERDE (baixa complexidade)..... | 5 |
| Paciente com síndrome gripal, sem fatores de risco e sem dispneia..... | 5 |
| Pacientes com fatores de risco, mas sem dispneia | 5 |
| Paciente com síndrome gripal, sem fatores de risco..... | 5 |
| Paciente com classificação de risco AMARELO e LARANJA (média complexidade) | 6 |
| Sinais e sintomas..... | 6 |
| Paciente com classificação de risco VERMELHO (alta complexidade)..... | 6 |
| Sinais de gravidade | 6 |
| Exames nos pacientes em observação | 6 |
| Tratamento inicial – Etapas do tratamento | 6 |
| Hidratação venosa..... | 6 |
| Sintomáticos | 7 |
| Antibioticoterapia | 7 |
| Anticoagulação | 7 |
| Corticoterapia | 7 |
| Proteção gástrica | 8 |
| Suporte de O ₂ | 8 |
| Complemento de Conduta | 8 |
| Dieta adequada | 8 |
| Conciliação das medicações de uso contínuo | 8 |
| Medicações SOS | 8 |
| Medicação inalatória | 8 |
| Monitorização dos sinais vitais | 8 |
| Cuidados gerais..... | 8 |
| Avaliar indicação de acesso venoso profundo | 8 |
| INTUBAÇÃO | 9 |
| Checar material para intubação..... | 9 |
| Procedimento de intubação | 9 |
| Drogas utilizadas no procedimento de intubação | 9 |
| Opções de combinações de drogas..... | 10 |
| Checklist pós-intubação | 10 |
| CRITÉRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO EM CTI | 12 |

APRESENTAÇÃO

A Secretária Municipal de Saúde, por meio da Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE), confeccionou o “Guia de Orientação para o Enfrentamento à covid-19 no Cenário Atual (Abril /01)”, visando atualizar o treinamento das equipes, uniformizar as condutas e ampliar, de forma adequada, as opções de tratamento para os diversos estágios da doença. O guia contém informações compactadas em tópicos de fácil consulta, e contempla a classificação por gravidade e as ferramentas para auxiliar o diagnóstico e o tratamento de paciente portadores da covid-19.

ADMISSÃO UPA/CER/PRONTO ATENDIMENTO

Pacientes com classificação de risco VERDE (baixa complexidade)

Paciente com síndrome gripal, sem fatores de risco e sem dispneia

■ Conduta

1. Prescrição de sintomáticos
2. Orientações de isolamento domiciliar
3. Orientação quanto a sinais e sintomas de gravidade
4. Orientação de acompanhamento junto a unidade básica de saúde (UBS)

Pacientes com fatores de risco, mas sem dispneia, e mantendo $SO_2 > 94\%$ e $FR < 24\text{irpm}$ em ar ambiente

■ Conduta

1. Prescrição de sintomáticos
2. Orientações de isolamento domiciliar
3. Orientação quanto a sinais e sintomas de gravidade
4. Orientação de acompanhamento junto a unidade básica de saúde ou retorno a unidade se houver piora clínica

Paciente com síndrome gripal, sem fatores de risco, com queixas de cansaço, prostração ou dispneia, e mantendo $SO_2 > 94\%$ e $FR < 24\text{irpm}$ em ar ambiente

■ Conduta

1. Prescrição de sintomáticos
2. Orientações de isolamento domiciliar
3. Orientação quanto a sinais e sintomas de gravidade
4. Orientação de acompanhamento junto a unidade básica de saúde ou retorno a unidade se houver piora clínica

Paciente com classificação de risco AMARELO e LARANJA (Média Complexidade)

Sinais e sintomas

- Febre (Tax > 37,8°C)
- Saturação de O₂ < 94%
- Taquicardia (FC > 100bpm)
- Taquipneia (FR > 24irpm em ar ambiente)
- **Avaliar presença de fatores de risco**
 - Gestação e puerpério
 - Idade > 60 anos (solicitar informações sobre estado vacinal para covid-19)
 - Pacientes não contemplados pela vacinação
 - Comorbidades (obesidade / HAS / DM / IRC / DPOC / doença cardiovascular)
 - Imunossuprimidos (transplantados, doenças autoimunes em tratamento) / HIV (independentemente do CD4) / outras imunodeficiências

Paciente com classificação de risco VERMELHO (Alta Complexidade)

Sinais de gravidade

- Dispneia grave (FR > 30irpm e sinais de esforço respiratório)
- Saturação de O₂ < 90%
- Taquicardia e/ou arritmias (FC > 120bpm)
- Hipotensão (PAS < 90mmHg)
- Alteração de estado mental

Exames nos pacientes em observação

- Gasometria arterial/Lactato
- Hemograma / Glicose / Ureia / Creatinina / Sódio / Potássio
- PCR – **Atenção:** avaliar quadro clínico, se PCR normal ou pouco elevada, não exclui gravidade
- ECG
- Radiografia de tórax
- Teste de antígeno
- D-Dímero (quando disponível)
- TC de tórax (quando disponível)
- Coleta de RT-PCR (quando disponível)

Tratamento Inicial – Etapas do Tratamento

- 1. Hidratação venosa – em pacientes com sinais e sintomas de desidratação, recomendado**

- Hidratação venosa com SF 0,9% de 1-2ml/kg/hora em 24 horas;
- Avaliar a cada 6 horas, visando evitar congestão;
- Ajustar de acordo com idade e comorbidades;
- Suspender assim que possível.

2. Sintomáticos

- Analgesia, antitérmico, antiemético;
- Atenção ao manejo da diarreia;
- Avaliar de acordo com sintomatologia;
- Atenção para a hepatotoxicidade do paracetamol, que, somada a possíveis alterações hepáticas do SARS-coV-2, contribuem para pior prognóstico.

3. Antibioticoterapia

Critério para indicação de uso:

- Pacientes com critérios de sepse;
- Leucocitose com desvio;
- Consolidação lobar ;
- Doença pulmonar prévia com sinais de exacerbação.

Reavaliar a indicação de uso em 48 horas

Opções:

- Clavulin 1g 8/8 horas
- Rocefin 1g 12/12 horas

Pacientes em uso prévio de quinolona respiratória: Cefepime, 2g, via IV, 8/8 horas.

4. Anticoagulação (indicada para pacientes internados e restritos ao leito)

- Enoxaparina Profilática
 - IMC < 30 kg/m² – 40mg/dia
 - IMC > 30 kg/m² – 60mg/dia
 - Clearance < 30 ml/kg/min – 20mg/dia

Alternativa ➔ Até 100kg: heparina não-fracionada 5.000UI, de 8/8 horas; acima de 100kg: 10.000UI, de 12/12 horas.

O uso de anticoagulação plena será indicado para pacientes com eventos trombóticos diagnosticados ou suspeitos ou patologias prévias com indicação de anticoagulação plena.

- Enoxaparina dose plena
 - 1mg/kg de 12/12 horas, não ultrapassando dose máxima de 100mg de 12/12 horas.

Alternativa ➔ Heparina não-fracionada em *dripping* contínuo se grande obeso + trombose confirmada, com controle de PTT a cada 4 horas e após estabilidade laboratorial, a cada 6 horas.

Observação: ATENÇÃO para as contraindicações e fatores de risco para sangramento.

5. Corticoterapia (indicada em pacientes com mais de 6 dias de sintomas e/ou suplementação de O₂ – sintomas de hipoxemia)

Opções:

- Dexametasona 6mg 1x ao dia IV
- Metilprednisolona 62,5mg 2X ao dia

Uso inicial por 10 dias, preferencialmente pela manhã. Em substituição: paciente com capacidade de deglutição presente e com quadro clínico moderado, uso de Prednisona 40mg/dia VO.

6. Proteção gástrica

- Omeprazol 20mg VO ou 40mg IV, 1x ao dia (se houver indicação/pacientes em uso de corticosteroide ou em ventilação mecânica)

7. Suporte de O₂ – saturação alvo > 94%: iniciar suplementação se saturação ≤ 93% e/ou FR ≥ 24IRPM

- Uso de cateter do tipo 'óculos' para fluxo de O₂ até 5l/min
- Uso de máscara com reservatório para fluxo de O₂ entre 6-15l/min

Se paciente ainda mantendo saturação ≤ 93% e/ou FR ≥ 24IRPM:

- Avaliar medidas para a melhora do padrão ventilatório e da gasometria arterial (cabeceira elevada/prona ativa/aspiração de VAS);
- Avaliar a indicação de suporte ventilatório não invasivo, quando possível e disponível;
- Avaliar a indicação de suporte ventilatório invasivo.

Observação: Paciente em ventilação mecânica com SARA grave – saturação alvo = 90%-92%.

Complemento de conduta**8. Avaliar liberação de dieta adequada****9. Conciliação das medicações de uso contínuo: de acordo com quadro clínico (exceto hipoglicemiantes orais)****10. Medicações SOS – para/ HAS, hiperglicemia** e hipoglicemia**

**Observar e corrigir hiperglicemia associada à corticoterapia → considerar introdução de esquema basal + bolus ou *dripping* de insulina, conforme protocolo da unidade, se paciente crítico.

11. Medicação inalatória: se indicado, Salbutamol spray 200mcg 4x ao dia**12. Monitorização dos sinais vitais****13. Cuidados gerais****14. Avaliar indicação de acesso venoso profundo**

Risco ventilatório/impossibilidade de acesso periférico/instabilidade hemodinâmica (acesso preferencial – jugular interna / em paciente em ventilação mecânica com PEEP alta, baixar PEEP no momento da punção)

INTUBAÇÃO

Checar material para intubação

1. Tubo/fio guia/Bougie se disponível/máscara laríngea se disponível/seringa/pinça reta forte para oclusão do TOT, se necessário /máscara facial tipo boia acoplada a filtro EPA e ao dispositivo bolsa-válvula-máscara/aspirador
2. Checar funcionamento do laringoscópio
3. Checar ventilador mecânico
4. Posicionamento correto do paciente

Procedimento de intubação

1. Avaliar preditores de VAD
2. Checar acesso venoso funcionante
3. Garantir pré oxigenação adequada
4. Checar drogas disponíveis:
 - Analgésico/proteção neurovegetativa
 - Sedativo/hipnótico
 - Bloqueador neuromuscular (se indicado)
 - Aminas (se necessário)
5. Soro fisiológico 0,9% 1000ml com equipo
6. Checar uso completo e correto de EPI por toda a equipe envolvida

Recomendações:

- Antes de iniciar o uso do bloqueador neuromuscular, avaliar a frase: “não intuba; não ventila”;
- Caso o bloqueio seja necessário, proceder bolus e titular a menor dose possível para o bloqueio, avaliando a redução da titulação a cada 3 horas;
- Avaliar o paciente, checar se todas as etapas do procedimento foram realizadas de forma adequada e repetir o checklist pós-intubação;
- Após o procedimento, manter soluções de manutenção – priorizar o uso de soluções diluídas e optar por volumes menores, evitando o desperdício.

Drogas utilizadas no procedimento de intubação

O uso do bloqueador neuromuscular deve ocorrer de acordo com a necessidade clínica e após o uso da dose adequada das medicações iniciais.

Opções de combinações de drogas

| | | |
|--|---|--|
| <p>1. LIDOCAINA 2% 20mg/ml s/ vaso – 1,5mg/kg (fazer de 2 a 5 minutos antes do Etomidato)</p> <p>2. ETOMIDATO Ampola 20mg/10ml (2mg/ml) Dose de indução: 0,3mg/kg Puro em bolus lento 50Kg = 7,5ml 60kg = 9,0ml 70kg = 10,5ml 80kg = 12,0ml 90kg = 13,5ml Acima de 90kg = 14ml</p> <p>3. SUCCIONILCOLINA 1 frasco 100mg – diluir em 10ml de SF (10mg/ml) Dose de indução: 1mg/kg</p> | <p>1. LIDOCAINA 2% 20mg/ml s/ vaso – 1,5mg/kg (fazer de 2 a 5 minutos antes da Ketamina)</p> <p>2. KETAMINA Ampola 500mg/10ml (50mg/ml) Dose de indução: 1mg/kg Puro em bolus lento</p> <p>3. SUCCIONILCOLINA 1 frasco 100mg – diluir em 10ml de SF (10mg/ml) Dose de indução: 1mg/kg</p> | <p>1. FENTANIL 50mcg/ml Ampola de 5ml Infundir puro e lento na dose de 1-3mcg/kg 50-60kg = 2ml 65-85kg = 3ml Acima de 90kg = 4ml</p> <p>2. ETOMIDATO Ampola 20mg/10ml (2mg/ml) Dose de indução: 0,3mg/kg Puro em bolus lento 50kg = 7,5ml 60kg = 9,0ml 70kg = 10,5ml 80kg = 12,0ml 90kg = 13,5ml Acima de 90kg = 14ml</p> <p>OU</p> <p>MIDAZOLAM Ampola 15mg/3ml (5mg/ml) Dose de indução: 0,05- 0,1mg/kg Puro em bolus lento</p> <p>OU</p> <p>PROPOFOL Ampola 200mg/20ml (10mg/ml) Dose de indução: 1,0- 2,5mg/kg Puro em bolus lento</p> |
|--|---|--|

Checklist pós-intubação

1. Checar posicionamento do TOT;
2. *Cuff* (testar e evitar hiperinsuflação);
3. Aspiração de vias aéreas;
4. Ausculta pulmonar para avaliar possível intubação seletiva, sinais de pneumotórax e/ou broncoespasmo;
5. Ajuste de padrões respiratórios;
6. Gasometria arterial;
7. Raio-x de tórax (intubação seletiva, pneumotórax e pneumomediastino);
8. Analgesia e sedação adequadas;
9. Checar vazamento no circuito e *Cuff*;
10. Checar posição do paciente e componentes do leito que possam estar contribuindo para desconforto.

Se o paciente mantiver má adaptação à prótese ventilatória (Pf <100), iniciar bloqueio neuromuscular utilizando Atracúrio intermitente com vigilância contínua, intervalo de avaliação de 3/3 horas ou de 6/6 horas, de acordo com a resposta clínica do paciente. A decisão do uso do bloqueador neuromuscular deve ser em conjunto com médico rotina e/ou coordenador de equipe. Avaliar suspensão do bloqueador após 48 horas, manter quando houver ganho significativo da Pf.

| | |
|--|---|
| <p>1. Analgésico / proteção neurovegetativa: FENTANIL 50mcg/ml – Ampola de 5ml – Infundir puro e lento na dose de 1-3mcg/kg 50-60kg = 2ml / 65-85kg = 3ml / Acima de 90kg = 4ml</p> <p>Alternativa: KETAMINA Ampola 500mg/10ml (50mg/ml) Dose de indução: 1mg/kg Puro em bolus lento</p> | |
| <p>2. Sedativo / hipnótico: ETOMIDATO Ampola 20mg/10ml (2mg/ml) Dose de indução: 0,3mg/kg Puro em bolus lento 50kg = 7,5ml 60kg = 9,0ml 70kg = 10,5ml 80kg = 12,0ml 90kg = 13,5ml Acima de 90kg = 14ml</p> | <p>2. Sedativo / hipnótico: MIDAZOLAM Ampola 15mg/3ml (5mg/ml) Dose de indução: 0,05-0,1mg/kg Puro em bolus lento</p> <p>PROPOFOL Ampola 200mg/20ml (10mg/ml) Dose de indução: 1,0-2,5mg/kg Puro em bolus lento</p> |
| <p>3. Bloqueadores neuromusculares: ATRACÚRIO Ampola de 50mg/5ml (10mg/ml) Dose de indução: 0,3-0,6mg/kg Puro em bolus lento</p> <p>CISATRACÚRIO Ampola de 10mg/5ml (2mg/ml) Dose de indução: 0,15-0,2mg/kg Puro em bolus lento</p> | <p>3. Bloqueadores neuromusculares: ROCURÔNIO Ampola de 50mg/5ml (10mg/ml) Dose de indução: 0,6mg/kg Puro em bolus lento Dose de indução de sequencia rápida: 0,9-1,2mg/kg Puro em bolus lento</p> |

Avaliar parâmetros da gasometria e implementar tratamento adequado para correção:

- Hipoxemia: $pO_2 < 70\text{mmHg}$ com CN 5l/min;
- Acidose metabólica: $HCO_3 < 20\text{mEq/l}$;
- Acidose respiratória: $pCO_2 > 45\text{mmHg}$;
- Hiperlactatemia: Lactato $> 2,0\text{mmol/l}$.

Reavaliar o paciente após tratamento inicial e repetir gasometria. Manter paciente monitorizado e sob vigilância até a correção dos parâmetros.

CRITÉRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO EM CTI

- Paciente em ventilação mecânica
- Necessidade de drogas vasoativas ou sepse
- Exame físico compatível com insuficiência respiratória
- Dispneia grave
- Saturação de O₂ < 90%
- Saturação de O₂ < 93% em CN 5l/min
- Alteração de estado mental e/ou sinais e sintomas de hipoperfusão (hipotensão, anúria / disfunção de outros órgãos na admissão – SNC / cardíaca / renal)



SAÚDE



OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESTABELECE NORMAS PARA AS AMÉRICAS