



PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE PACIENTES COM 2019-nCoV (Casos suspeitos/confirmados)

Atualizado em 30/01/2020

SUMÁRIO

CLASSIFICAÇÃO DOS CASOS.....	1
CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO.....	2
MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE NO AMBIENTE HOSPITALAR.....	3
COLETA DE AMOSTRAS PARA EXAMES.....	3
MEDIDAS TERAPÊUTICAS	4
REFERÊNCIAS.....	4

© 2020. Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte.
Av. Marechal Deodoro da Fonseca, 730 - Centro, Natal/RN

Autor: André Luciano de Araújo Prudente (Diretor Geral do Hospital Giselda Trigueiro – Médico Infectologista)
Colaboradores: Igor Thiago Queiroz (Presidente da Sociedade Riograndense do Norte de Infectologia – Médico Infectologista); Camila Raposo da Fonseca (Médica Pediatra).

1. CLASSIFICAÇÃO DOS CASOS

As infecções por 2019-nCoV tem um amplo espectro de sintomas. A classificação de casos sintomáticos adotada pela Organização de Saúde (OMS) é:

- Doença não complicada – quadro compatível com infecção de vias aéreas superiores, sem sinais de desidratação, dispneia, sepse ou disfunção de órgãos. Os sinais e sintomas mais comuns são: febre, tosse, dor na garganta, congestão nasal, cefaleia, mal-estar e mialgia. Imunossuprimidos, idosos e crianças podem apresentar quadro atípico;
- Pneumonia sem complicações – infecção do trato respiratório inferior sem sinais de gravidade;
- Pneumonia grave – infecção do trato respiratório inferior com algum dos seguintes sinais de gravidade:
 - frequência respiratória > 30 incursões por minuto;
 - dispneia;
 - SpO₂ < 90% em ar ambiente;
 - cianose;
 - disfunção orgânica.

Crianças com pneumonia ainda podem ter como critérios de gravidade:

- uso de musculatura acessória para respiração;
- incapacidade ou recusa de se amamentar ou ingerir líquidos;
- sibilância ou estridor em repouso;
- vômitos incoercíveis;
- alteração do sensorio (irritabilidade ou sonolência);
- convulsões.

A frequência respiratória que denota gravidade em infantes dependerá da idade, a saber:

- < 2 meses – a partir de 60 ipm;
- 2 a 11 meses e 29 dias – a partir de 50 ipm;
- 1 a 4 anos, 11 meses e 29 dias – a partir de 40 ipm.



- Síndrome da angústia respiratória aguda (SARA) – surgimento ou agravamento dos sintomas respiratórios, até 1 semana do início da doença. Pode ainda apresentar:
 - alterações radiológicas – opacidades bilaterais, atelectasia lobar/pulmonar ou nódulos;
 - edema pulmonar não explicado por insuficiência cardíaca ou hiper-hidratação;
 - relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300$ mmHg – leve (entre 200-300 mmHg), moderada (entre 100-200 mmHg) e grave (abaixo de 100 mmHg).
- Sepses – síndrome da resposta inflamatória sistêmica com disfunção orgânica na presença de infecção presumida ou confirmada. São sinais frequentes de disfunção orgânica: alteração do nível de consciência, oligúria, taqui e/ou dispneia, baixa saturação de oxigênio, taquicardia, pulso débil, extremidades frias, coagulopatia, trombocitopenia, acidose, elevação do lactato sérico ou da bilirrubina;
- Choque séptico – sepses acompanhadas de hipotensão [pressão arterial média (PAM) < 65 mmHg] a despeito de ressuscitação volêmica adequada.

2. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

Exceto os casos de doença não complicada, **todos os demais devem ser internados**. Pessoas em acompanhamento ambulatorial devem ser orientadas a:

- permanecer em seu domicílio enquanto perdurarem os sintomas;
- higienizar as mãos frequentemente com água e sabão (na presença de sujidade visível) ou álcool em gel;
- cobrir boca e nariz ao tossir ou espirrar com a parte interna do cotovelo flexionado ou com um lenço de papel, descartando-o em lixo imediatamente após e higienizando as mãos em seguida;
- limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência;
- evitar contato próximo (menos de um metro) com outras pessoas que apresentam sintomas respiratórios;
- não compartilhar objetos que entrem em contato com vias aéreas (talheres, por exemplo);
- retornar ao serviço de saúde se houver piora do quadro clínico.

Os casos de sepses, choque séptico e síndrome da angústia respiratória aguda devem ser manejados em unidades de terapia intensiva.



3. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE NO AMBIENTE HOSPITALAR

As medidas de proteção e controle são fundamentais para diminuir a chance de disseminação da doença para outras pessoas, incluindo para os profissionais da saúde. Precauções padrão como higienização das mãos e uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPI) que evitem contato com sangue, secreções e lesões cutâneas sempre devem ser adotadas, bem como medidas que diminuam o risco de acidentes com materiais perfurocortantes. As recomendações específicas são:

ATENDIMENTO INICIAL DE CASO SUSPEITO	Fornecer máscara cirúrgica ao paciente (desde que não esteja com dispneia) e afastá-lo dos demais doentes. Instruí-lo a cobrir boca e narinas ao espirrar ou tossir com lenços ou cotovelo flexionado, além de higienizar as mãos sempre que entrar em contato com secreções. Os profissionais devem ficar afastados em 2 metros até que esteja com os EPIs necessários.
PRECAUÇÃO PARA GOTÍCULAS	Uso de máscaras cirúrgicas pela equipe de saúde. Em situação de aerossolização das secreções, ou seja, quando houver procedimentos que gerem aerossóis (aspiração de vias aéreas, intubação, reanimação cardíaca, broncoscopia), máscara N-95 é a de escolha. Quando houver a necessidade de manter contato próximo ao doente, utilizar óculos ou máscara facial
PRECAUÇÃO DE CONTATO	Deve-se utilizar capotes e luvas, além dos equipamentos de proteção descritos para precaução para gotículas. Sempre que possível, disponibilizar aparelhos específicos para o paciente (estetoscópio, tensiômetro, termômetro, etc.). Quando não for possível, devem ser higienizados com álcool 70% imediatamente após o uso. O leito deve preferencialmente ser privativo, com pressão negativa (quando não disponível, discutir com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Evitar o trânsito do paciente em outras áreas do hospital, quando necessário, utilizar máscara cirúrgica no doente.

4. COLETA DE AMOSTRAS PARA EXAMES

A coleta de exames é essencial para o diagnóstico definitivo. Devem ser colhidos o mais rapidamente possível, porém não podem retardar o início do tratamento. Recomenda-se os seguintes espécimes:



- Aspirado de nasofaringe ou swab combinado (nasal e oral). Quando possível, secreções de vias aéreas inferiores devem também ser colhidas (escarro, lavado broncoalveolar, aspirado traqueal). Solicitar painel de vírus respiratórios e enviar ao LACEN-RN (02 amostras);
- Hemoculturas para bactérias (1 par, pelo menos);
- Radiografia simples de tórax ou tomografia computadorizada (considerar risco inerente ao deslocamento);
- Outros exames para diagnóstico e manejo de complicações podem ser necessários: hemograma, ureia, creatinina, gasometria arterial, lactato, eletrólitos, enzimas hepáticas, coagulograma e outros a critério médico.

5. MEDIDAS TERAPÊUTICAS

Não há medicamento específico conhecido. Portanto, as medidas terapêuticas visam a manutenção das funções vitais do enfermo e o suporte clínico adequado. Recomenda-se:

- Oxigenoterapia suplementar – iniciar com fluxo de 5L/min, objetivando manter a $SpO_2 \geq 90\%$. Em gestantes manter SpO_2 entre 92-95%. Em crianças, $\geq 94\%$. Monitorar com oxímetro de pulso;
- Antimicrobianos empíricos – prescrever esquema antimicrobiano indicado para pneumonia adquirida na comunidade, conforme protocolo de cada instituição (cefalosporina de 3ª geração + macrolídeo ou fluorquinolona, por exemplo). Iniciar precocemente oseltamivir, com as doses indicadas para o tratamento de influenza, de acordo com a idade do enfermo;
- Hidratação venosa – reposição volêmica adequada com cristaloides. Cuidado com a hiper-hidratação, pois pode piorar a oxigenação por congestão pulmonar;
- Controle das comorbidades pré-existentes, principalmente doenças pulmonares, cardíacas, hipertensão arterial sistêmica e diabetes;
- Monitorar sinais clínicos que indiquem evolução para gravidade e necessidade de terapia intensiva;
- Havendo necessidade de terapia intensiva, os protocolos para sepse e/ou SARA nortearão a conduta.

REFERÊNCIAS

CHEN, Nanshan; et. al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. **The Lancet**. 29 de Janeiro, 2020.

THE EDITOR. Importation and Human-to-Human Transmission of a Novel Coronavirus in Vietnam. **The New England Journal of Medicine**. Correspondence. 28 de Janeiro, 2020.

HUANG, Chaolin; et. al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The Lancet**. 24 de Janeiro, 2020.

LI, Qun; et. al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. **The New England Journal of Medicine**. Original Article. 29 de Janeiro, 2020.

MUNSTER, Vincent J.; et. al. A Novel Coronavirus Emerging in China — Key Questions for Impact Assessment. **The New England Journal of Medicine**. ED. Perspective - A Novel Coronavirus Emerging in China. 26 de Janeiro, 2020.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Advice on the use of masks the community, during home care and in health care settings in the context of the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak: Interim guidance. 29 de Janeiro, 2020.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: Interim guidance. 28 de Janeiro, 2020.

PERLMAN, Stanley. Another Decade, Another Coronavirus. **The New England Journal of Medicine**. Editorial. 26 de Janeiro, 2020.

RUBIN, Eric J; et. al. Medical Journals and the 2019-nCoV Outbreak. **The New England Journal of Medicine**. Editori a l. 28 de Janeiro, 2020.

ZHU, Na; et. al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. Brief Report. **The New England Journal of Medicine**. 24 de Janeiro, 2020.

© 2020. **Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte.**

Av. Marechal Deodoro da Fonseca, 730 - Centro, Natal/RN

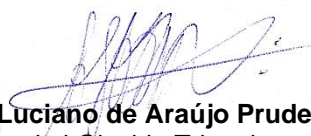
Cipriano Maia de Vasconcelos – **Secretário de Estado da Saúde Pública do RN**

PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DE PACIENTES COM 2019-nCoV (Casos suspeitos/confirmados)

Autor: André Luciano de Araújo Prudente (Diretor Geral do Hospital Giselda Trigueiro – Médico Infectologista)

Colaboradores: Igor Thiago Queiroz (Presidente da Sociedade Riograndense do Norte de Infectologia – Médico Infectologista); Camila Raposo da Fonseca (Médica Pediatra).

Elaboração: André Luciano de Araújo Prudente; Alessandra Lucchesi de Menezes Xavier Franco.



Dr. André Luciano de Araújo Prudente
Diretor Geral do Hospital Giselda Trigueiro – SESAP/RN
Médico Infectologista – CRM/RN 4819