



COVID-19 – Manejo do Paciente Internado na Enfermaria

Hospital de Clínicas da UNICAMP
Abril/2020
(2ª versão)

Primeiro passo: identificação de síndrome gripal

SÍNDROME GRIPAL - SG

Indivíduo que apresente febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta ou dificuldade respiratória e pelo menos um dos seguintes sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia, na ausência de outro diagnóstico específico.



- SARS-CoV - 2: Transmissão local no Brasil – Potencialmente envolvido em qualquer síndrome gripal

Segundo passo :

Critérios de internação da síndrome gripal

- **Presença de síndrome gripal E ao menos um dos critérios abaixo:**
 - Saturação de O₂ < 95% em ar ambiente
 - Sinais de desconforto respiratório:
 - Frequência respiratória ≥ 24 ipm (em UTI se FR > 30 ipm)
 - Sinais clínicos de insuficiência respiratória
 - Hipotensão (PAS < 90mmHg ou PAD < 60mmHg)
 - Piora clínica das condições de base
 - Diabetes / Doenças cardíacas crônicas / Doenças renais crônicas / Imunosupressão
 - Doenças respiratórias crônicas / Gestantes de alto risco

Segundo passo :

Critérios de internação da síndrome gripal

- Sinais de alerta

ADULTOS

Déficit no sistema respiratório:

- Falta de ar ou dificuldade para respirar; ou
- Ronco, retração sub/intercostal severa; ou
- Cianose central; ou
- Saturação de oximetria de pulso <95% em ar ambiente; ou
- Taquipneia (>30 mpm);

Déficit no sistema cardiovascular:

- Sinais e sintomas de hipotensão (hipotensão arterial com sistólica abaixo de 90 mmHg e/ou diastólica abaixo de 60mmHg); ou
- Diminuição do pulso periférico.

Sinais e sintomas de alerta adicionais:

- Piora nas condições clínicas de doenças de base;
- Alteração do estado mental, como confusão e letargia;
- Persistência ou aumento da febre por mais de 3 dias ou retorno após 48 horas de período afebril.

Segundo passo :

Critérios de internação da síndrome gripal

- **Comorbidades – internação de síndrome gripal**
 - Doenças cardíacas crônicas e congênitas
 - Insuficiência cardíaca ou doença cardíaca isquêmica mal controladas
 - Doenças respiratórias crônicas (incluindo DPOC e asma mal controlados)
 - Doenças pulmonares intersticiais
 - Fibrose cística
 - Doenças renais crônicas (estágio III, IV e V) e pacientes em hemodiálise
 - Imunosuprimidos (por doenças ou medicações)
 - Receptores de transplante de órgãos sólidos e medula óssea
 - Diabetes mellitus
 - Doenças cromossômicas (Síndrome de Down)

Terceiro passo:

Definição do local de internação da síndrome gripal

- **Critérios de Internação na UTI**

- **Choque**

- PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg ou queda de PA > 40 mmHg
 - Lactato acima do valor de referência

- **Insuficiência respiratória**

- Sinais clínicos de insuficiência respiratória
 - Relação PaO₂/FiO₂ < 300 ou necessidade de oxigênio para manter SpO₂ > 90%

Terceiro passo:

Definição do local de internação da síndrome gripal

- **Critérios de Internação na UTI**

- **Novas disfunções orgânicas**

- Rebaixamento do nível de consciência
 - Creatinina $> 2,0$ mg/dL ou diurese menor que $0,5\text{mL/Kg/h}$ nas últimas 2 horas **OU**
 - Bilirrubina $> 2\text{mg/dL}$ **OU**
 - Contagem de plaquetas $< 100.000\text{mm}^3$ **OU**
 - Coagulopatia (INR $> 1,5$ ou TTPA > 60 seg)

Quarto passo:

Manejo clínico na enfermaria

- **Exames complementares indicados:**
 - Definição de etiologia
 - Exames de admissão e monitoramento da evolução clínica
 - Exames de imagem

Quarto passo: Manejo clínico na enfermaria

- **Definição de etiologia: recomendação atual do HC-UNICAMP**
 - **Coletar amostra respiratória:** procedimento feito por profissional de enfermagem treinado
 - **Aspirado de Nasofaringe (preferencialmente) OU**
 - **Swab nasal** (narinas direita e esquerda) e de orofaringe
 - A opção pela amostra coletada pode variar em função da disponibilidade de materiais recomendados para coleta e acondicionamento das amostras (Ex: swabs)

Quarto passo:

Manejo clínico na enfermaria

- **Aspirado de Nasofaringe:**

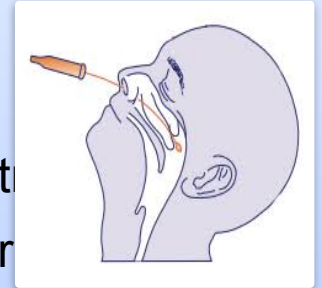
- Material: Tubo de Falcon com 1mL de soro
- Seringa de 20 mL com 2mL de soro fisiológico
- Sonda traqueal ou uretral (6 ou 8)
- Técnica: Inserir a sonda até a altura da coana, injetar 2ml de soro e aspirar imediatamente após. Depositar o aspirado no tubo de Falcon, colocar em banho de gelo e enviar ao laboratório



Quarto passo: Manejo clínico na enfermaria

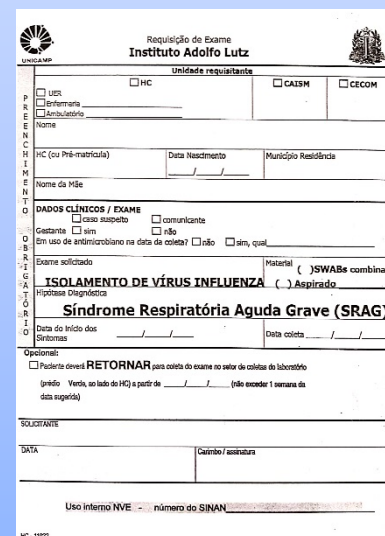
- **Swab combinado**

- Material: 3 Swabs
- Tubo de Falcon
- Técnica: Introduzir o swab na narina direita até encontrar resistência (coana), girar 180 graus e remover. Dobrar ou quebrar o swab e acondicionar no tubo de Falcon. Repetir o procedimento com outro swab na narina esquerda e acondicionar no mesmo tubo. Introduzir o terceiro swab na parede posterior da orofaringe, evitando tocar a língua, amígdalas e tonsilas. Dar um giro e retirar. Acondicionar no mesmo tubo. Por fim adicionar 3ml de soro fisiológico ao tubo de Falcon, fechar o tubo e enviar ao laboratório em banho de gelo.



Quarto passo: Manejo clínico na enfermaria

- Definição de etiologia:
- Na mesma amostra são realizadas ambos os testes:
 - rtPCR SARS-CoV 2
 - LPC Unicamp, mediante pedido AGHuse (COVID)
 - rtPCR Influenzae
 - IAL mediante pedido em papel do IAL



Requisição de Exame
Instituto Adolfo Lutz

Unidade requisitante: HC CAISM CECOM

PACIENTE: UCI Enfermaria Ambulatorio

Nome: _____

HC (ou Pré-matrícula): _____ Data Nascimento: _____ Município Residência: _____

Nome da Mãe: _____

DADOS CLÍNICOS / EXAME

caso assintomático comunicante

Gestante: sim não

Em uso de antimicrobiano na data de coleta? não sim, qual: _____

Exame solicitado: _____ Material: _____ () SWABs combinados

Hipótese Diagnóstica: **ISOLAMENTO DE VÍRUS INFLUENZA () Aspirado**

Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

Data de Início dos Sintomas: _____ Data coleta: _____

Opcional:
 Paciente deverá **RETORNAR** para coleta do exame no setor de colônias de laboratório
(Imido Verão, ao lado do HC) a partir de _____ (não exceder 1 semana de sua vigência)

SOLICITANTE: _____

DATA: _____ Cargo/ assinatura: _____

Uso Interno NVE: _____ número do SINAN: _____

HC - 1922

Quarto passo: Manejo clínico na enfermaria

- **Exames de admissão e monitoramento da evolução clínica (colher em todos casos internados com suspeita de covid-19)**
 - Gasometria arterial
 - ECG
 - Hemograma
 - Transaminases
 - Coagulograma
 - Uréia e creatinina
 - Proteína C reativa
 - Glicemia
 - D-dímero
 - LDH
 - Troponina
 - Fibrinogênio

Quarto passo: Manejo clínico na enfermaria

- **Exames de admissão e monitoramento da evolução clínica (colher em todos casos internados com suspeita de covid-19)**

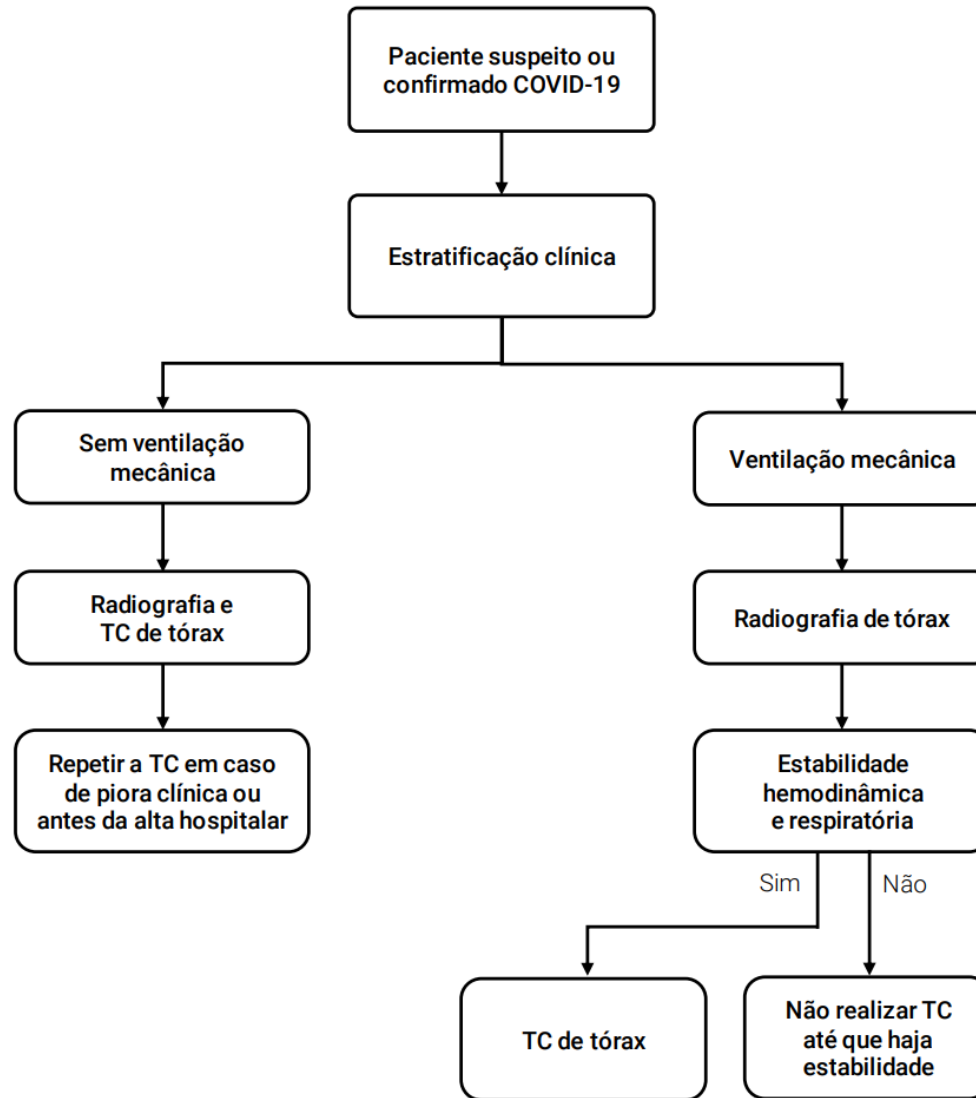
- Gasometria arterial
- ECG
- Hemograma
- Transaminases
- Coagulograma
- Uréia e creatinina
- Proteína C reativa
- Glicemia
- D-dímero
- LDH
- Troponina
- Fibrinogênio

A periodicidade das coletas destes exames pode variar em função das condições clínicas do paciente.

Quarto passo: Manejo clínico na enfermaria

- **Exames de admissão e monitoramento da evolução clínica**
 - **Exames de Imagem**
 - Raio X de tórax
 - **Tomografia computadorizada de tórax de alta resolução (TC de tórax)**
 - Sempre que disponível, deve-se solicitar TC de tórax na admissão de pacientes com critérios clínicos de internação hospitalar.
 - Os achados tomográficos, isoladamente, não definem a etiologia nem pautam a assistência ventilatória a ser utilizada. No entanto, podem ser muito úteis para seguimento clínico, avaliação de piora e para auxiliar na definição de critérios de alta hospitalar

Fluxograma para solicitação de exames de imagem



Quarto passo: Manejo clínico na enfermaria

- **Fármacos:**

- **Oseltamivir** 75mg 01 cp VO de 12/12 horas por cinco dias
 - Suspende se confirmação laboratorial de *influenza* negativo.
 - Correção de acordo com função renal

Clearance de Cr	Oseltamivir
> 60 ml/min	75 mg 12/12h
60 - 30 ml/min	30 mg 12/12h
< 30 ml-min	30 mg 24/24h
Hemodiálise	30 mg pós sessão
CAPD	30 mg 1 x / semana

Quarto passo: Manejo clínico na enfermaria

- **Fármacos:**

- **Antibióticos:** Amoxicilina + Clavulanato 1G EV 8/8 horas + Azitromicina 500mg (preferencialmente por via oral) até avaliação específica da CCIH
- Antibióticos de maior espectro: podem ser indicados para pacientes imunossuprimidos, com exposição prévia a antibióticos ou internação prévia nos 30 dias anteriores e portadores de infecções crônicas .
- (discutir no CCIH ramal 18198 – BIP CCIH (finais de semana e feriados das 07:00 às 19:00 horas 99648-1382)

Quarto passo: Manejo clínico na enfermaria

- **Fármacos:**
 - **Cloroquina OU hidroxiclороquina:**
 - **Síndrome gripal: considerar tratar nas seguintes situações:**
 - Evidência de pneumonia (TC ou RX) e/ou
 - Confirmação laboratorial de COVID-19;
 - **Síndrome respiratória aguda grave (dispneia, FR > 30 rpm, SpO₂ < 94%, PaO₂/FiO₂ < 300): considerar tratar, independente do achado na TC.**
 - Considerar não tratar ou suspender a CQ/HCQ em pacientes com comorbidades que justifiquem a insuficiência respiratória.
- O paciente/ responsável deve tomar ciência e autorizar a prescrição da medicação previamente à administração.**

Quarto passo: Manejo clínico na enfermaria

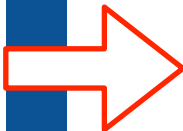
Cloroquina e Hidroxicloroquina

Posologia	
Hidroxiclороquina (HCQ) 400mg	Cloroquina (CQ) 150 mg
1cp duas vezes por dia no primeiro dia (total dia 800mg)	3cp de 150mg 2x/dia (dose de ataque 900mg)
Seguido de 400mg 1x/dia por 5 a 7 dias	Seguido por 3cp de 150mg 1x/dia por 5 a 7 dias (450mg/dia)
Cuidados na administração	
Monitorar intervalo QT (Realizar ECG antes de iniciar a medicação)	
Monitorar hemograma	
Ajuste para 50% da dose se insuficiência renal: TFG <10mL/min	
Pacientes com menos de 60Kg: corrigir para 7,5mg/Kg de peso	
Uso cuidadoso na insuficiência hepática (HCQ)	

Quarto passo: Manejo clínico na enfermaria

Cloroquina e Hidroxicloroquina

Posologia	
Hidroxicloroquina (HCQ) 400mg	Cloroquina (CQ) 150 mg
1cp duas vezes por dia no primeiro dia (total dia 800mg)	3cp de 150mg 2x/dia (dose de ataque 900mg)
Seguido de 400mg 1x/dia por 5 a 7 dias	Seguido por 3cp de 150mg 1x/dia por 5 a 7 dias (450mg/dia)
Cuidados na administração	
Monitorar intervalo QT (Realizar ECG antes de iniciar a medicação)	
Monitorar hemograma	
Ajuste para 50% da dose se insuficiência renal: TFG <10mL/min	
Pacientes com menos de 60Kg: corrigir para 7,5mg/Kg de peso	
Uso cuidadoso na insuficiência hepática (HCQ)	



Quarto passo: Manejo clínico na enfermaria

Cloroquina e Hidroxicloroquina

Eventos adversos	
Comuns	
Náuseas / vômitos, diarreia, dores abdominais	
Perturbação visual, dor de cabeça	
Sintomas <u>extra-piramidais</u>	
Graves	
Psoríase e porfíria	
Astenia Muscular	
Hepatite	
Alterações na retina ou no campo visual	
Hemólise com deficiência de G6PD	
Pancitopenia (anemia aplástica, neutropenia, trombocitopenia)	
Psicose (potencial de aumentar delírio)	
<u>Neuropatia periférica, paralisia muscular extraocular</u>	
Contra-indicações	
Hidroxicloroquina	Cloroquina
Porfíria	Porfíria
Retinopatia, <u>maculopatias</u>	Deficiência de G6PD
Crianças <6a <31 Kg	Epilepsia
	Insuficiência cardíaca
	Infarto agudo do miocárdio (recente)

Quarto passo: Manejo clínico na enfermaria

- **Fármacos:**
 - **Corticoesteróides** não estão indicados rotineiramente
 - Considerar em crise de asma ou DPOC exacerbado
 - **Omeprazol 20 mg 1x/dia**

Quarto passo:

Manejo clínico na enfermaria

- **Fármacos: Manejo do broncoespasmo**
 - Usar medicamentos com **aerossol dosimetrado** preferencialmente com espaçador
 - **Dose inicial** (pacientes asmáticos ou com DPOC): salbutamol spray 2-3 jatos a cada 4 ou a cada 6h.
 - O frasco de salbutamol spray deve ser do paciente, uso individual
 - Não fazer nebulizações com uso de máscara (gerador de aerossóis)

Quarto passo:

Manejo clínico na enfermaria

- **Fármacos:**

- **Profilaxia de tromboembolismo venoso**

- Sempre que não houver contra-indicação
 - Somente para pacientes que não estejam em uso de anticoagulação plena
 - Enoxaparina 40mg SC ao dia – recomendação inicial

Enoxaparina	
Condição clínica	Dose
Até 80 kg e ClCr > 30 ml/min	40 mg sc/dia
> 80 kg (com IMC < 35)	40 a 60 mg sc/dia**
> 100 kg + IMC > 35	40 mg sc 12/12h***
ClCr < 30 ml/min	Heparina não fracionada 5.000U sc 2 a 3x ao dia

* Para pacientes com menos de 30.000 plaquetas, sangramentos maiores ou outra indicação de heparina, fazer compressão pneumática intermitente.

** A critério clínico, pacientes com dímero D > 2.000 ng/mL e ClCr > 50 ml/min, podem utilizar a dose de 60mg/kg/dia

*** Usar esta dose apenas se ClCr > 50 ml/min

Quarto passo: Manejo clínico na enfermaria

– Fármacos:

- **Anti- hipertensivos:**
- Manter uso de inibidores de enzima conversora da Angiotensina (IECA) ou Bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA) para pacientes que já fazem uso contínuo destas medicações,
- Não introduza essas medicações por ocasião da suspeita de COVID-19

Quarto passo: Manejo clínico na enfermaria

– Suplementação de oxigênio

- Fornecer oxigênio suplementar para manter $SpO_2 \geq 93\%$
- Dispositivos
 - Catéter nasal (até 6L/min) (primeira opção)
 - Máscara com reservatório 10L/min (segunda opção)

- **Pacientes que não atinjam $SpO_2 \geq 93\%$ em uso de cateter nasal de oxigênio devem ser encaminhados para Unidades de Terapia Intensiva**

Quarto passo: Manejo clínico na enfermaria

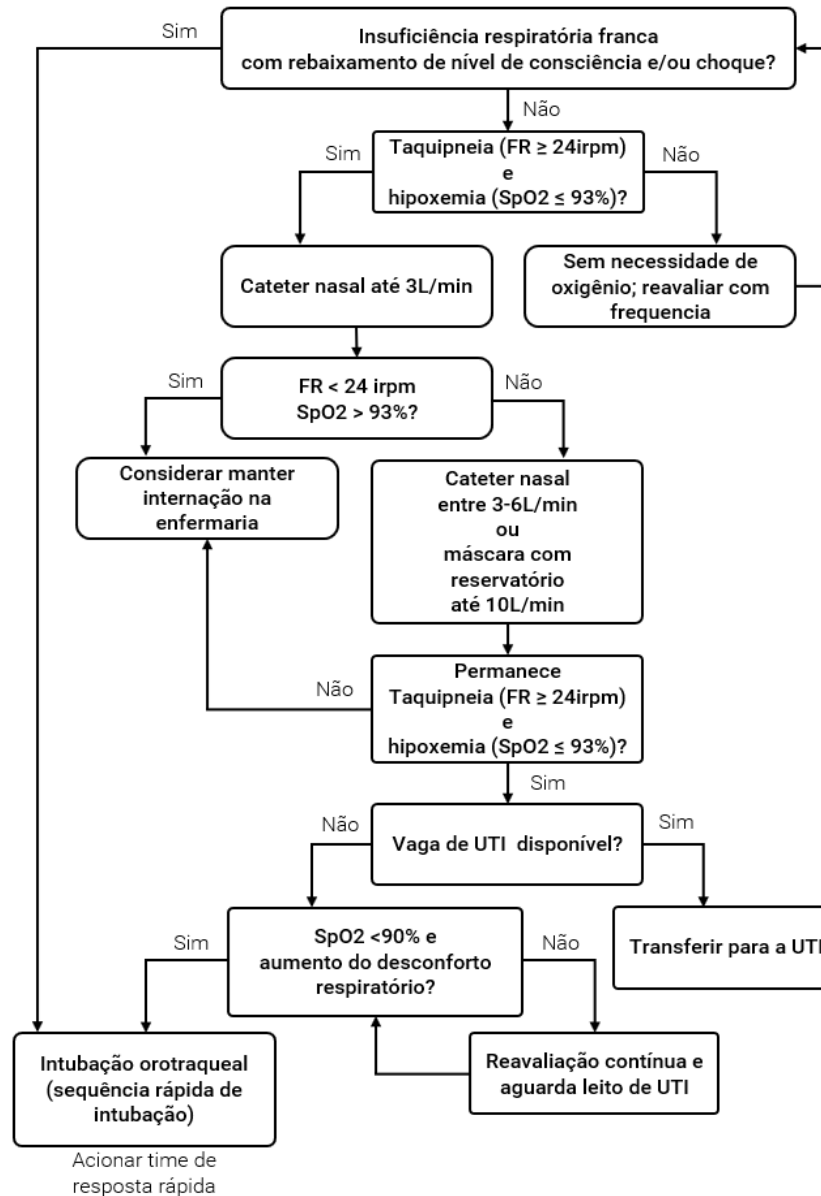
CASO NÃO TENHA VAGA NA UTI para transferência imediata:

- **Considere chamar o time de resposta rápida** : Anestesia COVID - ligar nos ramais 17325 (sala de anestesia), ou 17416 (Posto 2), ou 17487 (RPA), 17209 (urgência).

OU

- **Utilize a sequência rápida de intubação.**
- **Tenha um segundo médico e um cirurgião ou outro médico capacitado para obter uma via aérea cirúrgica.**

Fluxograma para manejo da insuficiência respiratória aguda



Quarto passo: Manejo clínico na enfermaria

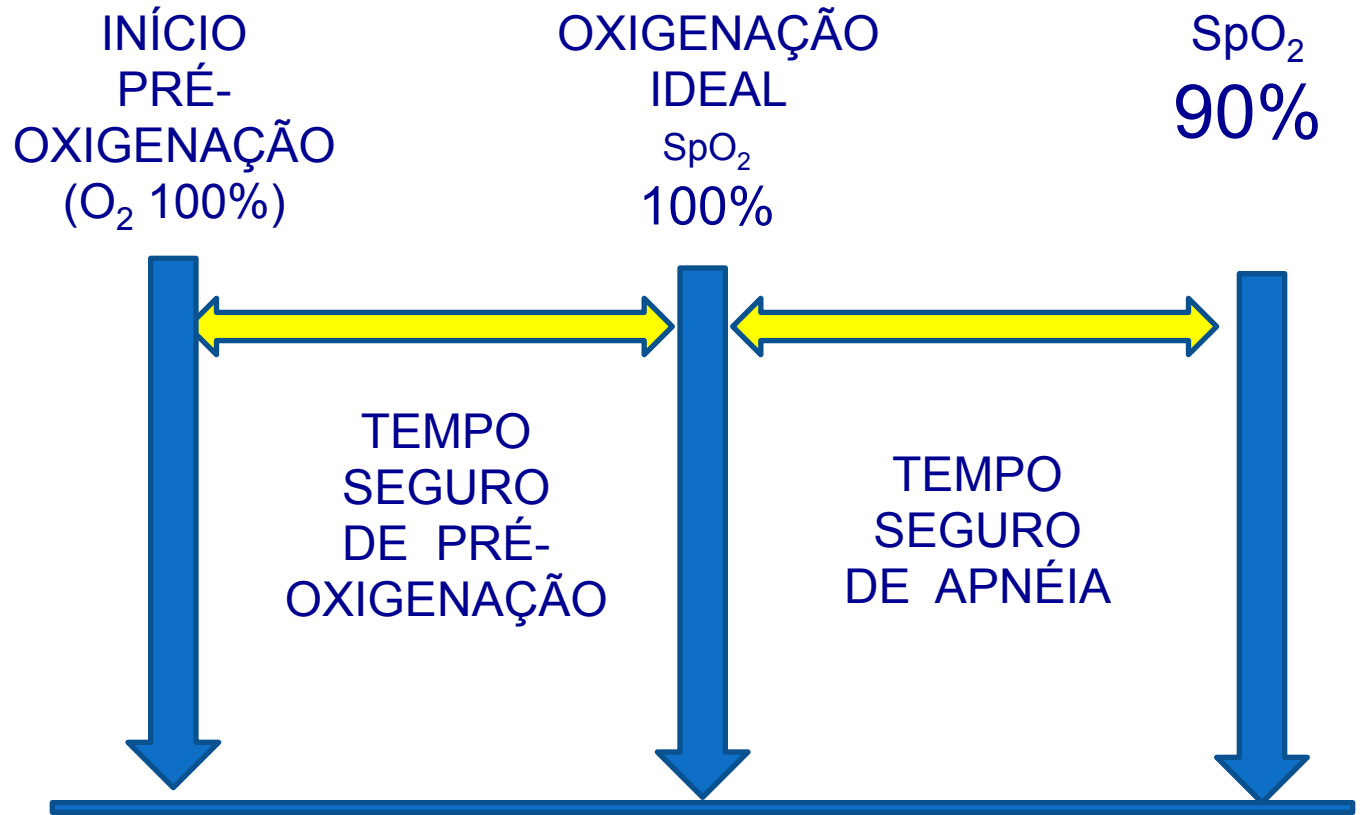
A intubação pode ser necessária na enfermaria, na ausência de vagas em UTIs para pronta admissão do paciente

- **Princípios para um procedimento seguro na enfermaria:**
 - **Ao identificar um paciente com insuficiência respiratória:**
 - Deixe-o em jejum
 - Instale monitorização contínua eletrocardiográfica e de oximetria.
 - Garanta dois acessos venosos periféricos.
 - Considere um acesso venoso central se necessário. Opte pelo sítio de punção mais seguro, e no qual você tenha a maior familiaridade.

Quarto passo: Manejo clínico na enfermaria

A intubação pode ser necessária na enfermaria, na ausência de vagas em UTIs para pronta admissão do paciente

- **Princípios para um procedimento seguro na enfermaria:**
 - **Realize a pré oxigenação antes de proceder a intubação por 3 a 5 minutos, sem ambuzar**
 - **Use um filtro HEPA ou HME entre a máscara e o bolsa.**



	minutos	tempo
ADULTO SAUDÁVEL	3 minutos	6,9 minutos
OBESO	3 minutos	2,9 minutos
ADULTO DOENTE	3 minutos	144seg

Anesthesiology 87: 979-82.

Quarto passo:

Manejo clínico na enfermaria

- **Avalie novamente a necessidade de Intubação**
- **Kit já montado de drogas para sequência rápida de intubação**
- **Paramentação adequada (assista ao vídeo)**
- **Vide anexo 1 no final da aula para drogas e doses**

A sequência rápida de Intubação

Pré-droga

Droga	Dosagem	Início (seg.)	Duração	Adulto 70 kg
Lidocaína	1,5 mg/kg	imediatamente	10-20min	5 ml
Fentanil	4 mcg/kg	30-60	3-5min	4 ml

CHEST/127/4/April, 2005-1397

A sequência rápida de Intubação hipnótico

Droga	Dosagem	Início (seg.)	Duração	Adulto 70 kg
Cetamina	1-2mg/kg	45-60	5-15min	3 ml
Etomidato	0.2-0.3mg/kg	30-60	3-5min	14 ml
Midazolam	0,1-0,5mg/kg	30-60	3-10min	3-4 ml
Propofol	1,5-3mg/kg	9-50	3-10min	11-20ml

CHEST/127/4/April, 2005-1397

A sequência rápida de Intubação

Relaxante muscular

Droga	Dosagem	Início (seg.)	Duração (min)	Adulto 70 kg
succinilcolina	1-1,5mg/kg	60-90	6-10	7-10 ml
Rocurônio	1,2mg/kg	9-50	22-94	8ml

CHEST/127/4/April, 2005-1397

INÍCIO
PRÉ-
OXIGENAÇÃO
(O₂ 100%)

OXIGENAÇÃO
IDEAL

SpO₂
90%



TEMPO
SEGURO
DE PRÉ-
OXIGENAÇÃO

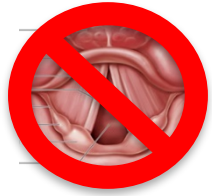
TEMPO
SEGURO
DE APNÉIA



Lidocaina
5ml

Cetamina
3ml

Succinil
10 ml



3-5 min

1 min

IOT

Quarto passo:

Manejo clínico na enfermaria

Manejo inicial do Ventilador

- Paciente sob sedação profunda + analgesia
- (midazolam ou propofol + fentanil)
 - **Modo ventilatório Assistido-controlado a volume (VCV)**
 - VC = 6 ml/kg (tabela no **ANEXO 2**)
 - FR = 24 mrm
 - Rel ins/ex = 1:1,5
 - PEEP = 10 cmH₂O
 - FIO₂ = 60% ou suficiente para saturar 94-96%
- Fazer BNM se assincronia com ventilador

Quarto passo: Manejo clínico na enfermaria

Choque

- **Etiologia:** 90% séptico; 10% miocardite
- **Reconhecimento:**
 - Insuficiência respiratória
 - Alteração de consciência
 - Oligúria
 - Extremidades frias, pulsos finos ou amplos
 - Taquicardia e taquipneia
 - Hipotensão é frequente mas pode não estar presente

Quarto passo: Manejo clínico na enfermaria

- **Choque**

- **Manejo do choque**

- Dosar lactato (gasometria venosa)
- Manter PA média (PAM) ≥ 65 mmHg
- Em **hipertensos**: alvo PAM = 80 a 85mmHg
- Iniciar ressuscitação volêmica no reconhecimento do choque
- Iniciar droga vasoativa em quem não responda a volume ou PA **sistólica** ≤ 80 mmHg

Quarto passo:

Manejo clínico na enfermaria

- **Choque**
- **Ressuscitação volêmica**
 - Solução cristalóide
 - Ringer Lactato (primeira opção)
 - Soro fisiológico (segunda opção)
 - Dose: 30ml/Kg em até 3 horas (faça bôlus de 250-500 ml) e reavalie a cada 10 min rapidamente:
 - PA subiu e/ou outros parâmetros melhoraram – continue.
 - PA estável; quadro inalterado – continue
 - PA caiu, piorou respiração - PARE

Quarto passo: Manejo clínico na enfermaria

- Choque
 - Droga Vasoativa
 - Noradrenalina
 - Dose: inicial: 4 ampolas em 250 ml SF – iniciar a de 0,1mcg/kg/min
 - **Dica:** com a **diluição acima**, a dose em mcg/kg/min será igual à **velocidade de infusão** da bomba dividida pelo **peso do paciente**. Ex: bomba em 7 ml/h; adulto de 70 kg, dose 0,1mcg/kg/min
 - Indicação:
 - PAM < 65mmHg
 - Pode ser simultânea à ressuscitação volêmica (sinais graves de choque) ou se não houver resposta à administração de volume em pacientes menos graves.

Quinto passo:

Manejo clínico na enfermaria

- **Notificação:**
 - **Notificação obrigatória**
 - **Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE-SEH “Profa.Dra. Maria Priscila de Oliveira Papaiordanou” – ramal 18214 ou 18222**

Quinto passo:

Manejo clínico na enfermaria

- **Manutenção do paciente em precauções de isolamento:**
 - **Casos confirmados:** Manter isolamento até resolução dos sintomas e negatificação do PCR em dois exames coletados com intervalo de 24 horas.
 - **Pacientes confirmados em condições de alta** devem ser encaminhados de alta com isolamento domiciliar até completar 14 dias do início dos sintomas

Quinto passo:

Manejo clínico na enfermaria

- **Manutenção do paciente em precauções de isolamento:**
 - **Casos suspeitos:** Os pacientes internados como casos suspeitos serão categorizados pela Seção de Epidemiologia Hospitalar, baseado em história clínica e achados tomográficos, em **suspeita forte e fraca.**

Quinto passo: Manejo clínico na enfermaria

- **Manutenção do paciente em precauções de isolamento:**
 - **Suspeita forte:** São necessários **dois exames** de PCR negativos coletados com intervalo de **24 horas** para suspensão do isolamento.
 - **Suspeita forte** em condições de alta devem ser encaminhados para casa com isolamento domiciliar até completar 14 dias do início dos sintomas.
 - **Suspeita fraca:** Basta um exame de PCR negativo para suspensão das medidas de precaução

Quinto passo: Critérios e orientação de alta hospitalar

– Critérios:

- **Afebril por 72 horas**
- **Saturação em ar ambiente $\geq 95\%$, sem O2 suplementar**
 - Individualizar critério para pneumopatas crônicos
- **Frequência respiratória ≤ 24 ipm**
- **Ausência de piora na TC tórax** (discutir caso com radiologista ou profissional com experiência em TC)
 - **Considerar alta sem TC caso indisponibilidade do exame**
- A possibilidade de retorno ao serviço de saúde deve ser considerada

Sexto passo:

Procedimentos em caso de óbito

- O Serviço de Verificação de óbitos não irá receber nenhum paciente com mais de 10 anos de idade;
- A Declaração de Óbito deve ser preenchida pelo médico que está dando assistência ao paciente;
- Na Declaração, não preencher o campo CID, espaço destinado aos codificadores dos serviços de estatística dos municípios

Sexto passo:

Procedimentos em caso de óbito

- Exemplos de preenchimento da Declaração:
- Em caso de paciente **confirmado** para COVID 19

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
37 A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	39 Necrópsia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
Condições e causas do óbito	40 CAUSAS DA MORTE ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	PARTE I		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID
	a	COVID -19	10 dias B34.2
	b	Devido ou como consequência de:	
	c	Devido ou como consequência de:	
PARTE II			
d	Hipertensão Arterial Sistêmica	10 anos I10	
e	Diabetes Mellitus	7 anos E14.9	

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
37 A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	39 Necrópsia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
Condições e causas do óbito	40 CAUSAS DA MORTE ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	PARTE I		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID
	a	Doença respiratória aguda	4 dias U04.9
	b	Devido ou como consequência de:	
	c	Devido ou como consequência de:	
PARTE II			
d	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	10 anos J44.9	
e	Doença Cardíaca Hipertensiva	15anos I11.9	

Sexto passo:

Procedimentos em caso de óbito

- Exemplos de preenchimento da Declaração:
 - Em caso de paciente **suspeito** para COVID 19**

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:	
37 A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		39 Necrópsia? <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
V Condições e causas do óbito	40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID		
	a		MORTE A ESCLARECER - AGUARDA EXAMES		
	b		Devido ou como consequência de:		
	c		Devido ou como consequência de:		
d		Devido ou como consequência de:			
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					

Coletar Swab nasal e orofaringe até 24h pós morte caso não tenha sido coletado na internação

Anexo 1 – drogas para SRI

Medicamento	Volume (mL) adulto 70 kg*	Diferença de volume (mL) a cada 10 kg*	Dose	Dose Calculada (70Kg)	Concentração	Tempo para início de ação	Duração efeito
Pré-indução							
Lidocaína	5	1	1,5m g/Kg	105mg	2% (20mg/mL)	45-90 s	10-20 min
Indução							
Dextrocetamina	3	0,5	1,5 a 2m g/Kg	105 a 140mg	50mg/mL	30-40 s	5-10 min
Considerar associação com midazolam, caso o efeito sedativo da Dextrocetamina seja insuficiente.							
Bloqueio Neuromuscular							
Succinilcolina	7	1	1-1,5m g/Kg	70m g	10m g/mL (após reconstituição em 10m L de AD)	30-60 s	6-10 min

Opções Terapêuticas							
Medicamento	Volume (mL) adulto 70 kg*	Diferença de volume (mL) a cada 10 kg*	Dose	Dose calculada (70 Kg)	Concentração	Tempo para início de ação	Duração efeito
Pré-indução							
Fentanila	4	1	3m cg/Kg	210m cg	50m cg/mL	Imediato	30-60 min
Indução							
Etomidato	10	1,5	0,3 mg/Kg	21m g	2m g/mL	10-20s	4-10 min
Midazolam	1,5 a 4	1	0,1 a 0,3 mg/Kg	7 a 21m g	5m g/mL	1,5-2,5 min	30-80 min
Propofol	11 a 20	1,5	1,5 a 3 mg/Kg	105 a 210m g	10mg/mL	10-50 s	3-10 min
Bloqueio Neuromuscular							
Rocurônio	8	1	1,2 mg/Kg	84m g	10mg/mL	1-1,6 min	22-94 min

*Os volumes foram arredondados para facilitar a administração

AD= Água destilada

Referências:

https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/Protocolo_de_Intubacao_Orotraqueal.pdf

Brown, C et al. Rapid sequence intubation for adults outside the operating room. Disponível em <https://www.uptodate.com>. Acesso em 17 de março de 2020.

Drugdex. Disponível em www.micromedexsolutions.com. Acesso em 22 de março de 2020

Anexo 2 – tabela peso ideal

Homens											
Altura (cm)	150	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200
Peso predito (kg)	48	52	57	62	66	71	75	80	84	89	93
Volume corrente 4mL/Kg de peso predito	192	210	228	246	264	282	300	319	337	355	373
Volume corrente 5mL/Kg de peso predito	240	262	285	308	330	353	376	398	421	444	466
Volume corrente inicial 6mL/Kg de peso predito	288	315	342	369	396	424	451	478	505	532	559

Mulheres											
Altura (cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
Peso predito (kg)	34	39	43	48	52	57	62	66	71	75	80
Volume corrente 4mL/Kg de peso predito	137	156	174	192	210	228	246	264	282	301	319
Volume corrente 5mL/Kg de peso predito	172	194	217	240	262	285	308	330	353	376	398
Volume corrente inicial 6mL/Kg de peso predito	206	233	261	288	315	342	369	397	424	451	478



Curso de reciclagem e protocolo de manejo do paciente na enfermagem COVID 19

GRUPO DE TRABALHO

Equipe médica

Prof^a. Dr^a. Mônica Corso Pereira (coordenação)

Profa. Dr^a. Derli Conceição Munhoz

Prof. Dr. Erich Vinicius de Paula

Prof^a. Dr^a. Luciene de Oliveira Conterno

Prof. Dr. Luíz Cláudio Martins

Prof^a. Dr^a. Mariângela Ribeiro Resende

Prof. Dr. Plínio Trabasso

Prof^a. Dr^a. Simone Appenzeller

Prof. Dr. Thiago Martins Santos

Dr. Daniel Batista Munhoz

Dr. Daniel Franci

Dr^a. Elisa Donalisio Teixeira Mendes

Dr. Luis Felipe Bachur

Dr. Tiago de Araujo Guerra Grangeia

Equipe da enfermagem

Enf. Mariana de Jesus Meszaros

Enf. Tiago Cristiano de Lima

Farmacêutica

Andrea de Castro Porto Mazzucca

Equipe da fisioterapia

Profa. Dra. Aline Maria Heidemann

Profa. Dra. Luciana Castilho de Figueiredo