

Recomendações para Atendimentos de Casos Suspeitos de COVID-19 em Emergências Pediátricas

Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE)

Patrícia Lago¹, João Carlos Santana², Jordana Hendler³, Luiza Foschiera³, Ana Paula Silva⁴, Gabriela Biondo⁵, Jefferson Piva⁶

1. Pediatra Intensivista e Emergencista. Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Chefe da Unidade de Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Diretoria da Sociedad Latinoamericana de Emergencias Pediatricas (SLEPE).

2. Pediatra Intensivista e Emergencista. Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da UFRGS. Chefe do Serviço de Urgência e Emergência do HCPA. Diretoria da SLEPE. Vice-Presidente da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE).

3. Pediatra. Médica-residente em Emergência Pediátrica do Serviço de Emergência e Medicina Intensiva Pediátricos (SEMIP) do HCPA.

4. Pediatra Intensivista e Emergencista. Membro do SEMIP-HCPA. Plantonista da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital de Pronto Socorro (HPS) de Porto Alegre.

5. Pediatra Emergencista. Membro do SEMIP-HCPA.

6. Pediatra Intensivista. Chefe do SEMIP-HCPA. Diretoria da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Introdução:

O Brasil e o mundo encontram-se em momento de pandemia causada pela infecção do novo coronavírus, Sars-Cov-2, e apesar de as crianças não apresentarem altas taxas de complicações e mortalidade pela doença, elas são reconhecidas como uma das principais transmissoras do vírus (1,2), sendo de fundamental importância o preparo das equipes de emergências pediátricas para o atendimento desses pacientes.

O material contido nestas recomendações é baseado em artigos e diretrizes publicados e revisados, assim como na opinião de especialistas. Portanto, parte dessas recomendações deve ser ponderada como grau de evidências de nível C (evidência limitada ou opinião de especialistas). Este documento será atualizado continuamente à medida que mais evidências científicas estiverem disponíveis.

Neste cenário, a ABRAMEDE recomenda que:

- ✓ O Departamento de Emergência Pediátrica seja dividido em dois setores separados fisicamente e atendidos por equipes distintas: um para casos suspeitos de Covid-19 e outro para casos não suspeitos. A triagem inicial dos pacientes deve ser feita com base nos seguintes critérios:
 - Pacientes com sintomas de síndrome gripal aguda de provável etiologia viral (febre, tosse, dor de garganta ou congestão nasal) são atendidos no setor de suspeitos, incluindo também os lactentes com quadro de bronquiolite viral aguda, mesmo sem relato de febre.
 - Pacientes sem sintomas respiratórios, ou com sintomas respiratórios, mas que não apresentavam evidência de infecção viral, tais como, asma exacerbada sem pródromos virais, fibrose cística exacerbada, pacientes traqueostomizados, pacientes com pneumonia aspirativa, são atendidos no setor de não suspeitos.

No atendimento inicial, aqueles pacientes assintomáticos que consultam por terem tido contato com caso confirmado de Covid-19 e os casos sintomáticos leves devem ser atendidos e liberados com orientações para isolamento domiciliar e de sinais de alarme para reavaliação por profissional de saúde, conforme consta no Anexo 1, e atestado médico para os familiares que moram junto do paciente (Anexo 2). Enquanto aguardam a consulta, os pacientes suspeitos e o acompanhante devem utilizar a máscara cirúrgica.

Os pacientes com quadros leves a moderados são atendidos em consultório. Já os casos graves, que apresentam disfunção ventilatória ou saturação abaixo de 93% em ar ambiente, são encaminhados para atendimento em consultório ou box de Emergência conforme o grau de gravidade (Fluxograma 1). Preferencialmente o Departamento de Emergência deve ter boxes de pressão negativa que podem ser determinados para os seguintes critérios de prioridade: casos altamente suspeitos ou confirmados de Covid-19, pacientes em ventilação de alto fluxo e pacientes imunocomprometidos.

Durante a internação ou observação na emergência, os pacientes devem ficar apenas um acompanhante com troca a cada 12 horas e o familiar e a criança recebem as refeições no leito com materiais descartáveis.

O manejo clínico da Covid-19 é realizado como de costume para síndrome gripal aguda por outros vírus, bem como para bronquiolites virais agudas. Alta precoce é objetivada sempre que houver melhora clínica com possibilidade de tratamento domiciliar, buscando manter o paciente o menor tempo possível na emergência. Iniciamos oxigenoterapia para pacientes com hipoxemia, disfunção respiratória ou choque, objetivando SatO₂ > 93% através de cateter extra-nasal, máscara de venturi ou não reinalante conforme grau de hipoxemia. Mantemos monitorização com oximetria de pulso contínua. Se necessário realizar expansão volumétrica, iniciamos com volumes menores (10 a 20 ml/Kg em 30 minutos), com vistas a evitar administração excessiva de líquidos pelo risco de edema pulmonar e piora do quadro respiratório. Importante monitorizar diurese e balanço hídrico, objetivando balanço hídrico neutro, e iniciar dieta enteral nas primeiras 24 horas se o estado clínico permitir. Na suspeita de coinfeção bacteriana ou sepse, está indicado início precoce de antibioticoterapia.

A solicitação de exames complementares, como radiografia de tórax, hemograma, hemocultura (2 amostras periféricas) e gasometria arterial ficam a critério da avaliação clínica, bem como de tomografia de tórax em casos selecionados.

A oxigenoterapia/ventilação de alto fluxo (VAF) deve continuar sendo utilizada como de costume, mas os pacientes idealmente devem ser alocados em box com pressão negativa, tendo em vista que a VAF não é um sistema fechado, podendo gerar aerossóis. A VNI pode ser usada em pacientes selecionados, mas o paciente deve ser rigorosamente monitorizado, com indicação de intubação se piora clínica ou se não houver melhora em 1 a 2 horas após a instalação. Não é indicado em paciente com hipercapnia, alteração de sensório ou instabilidade hemodinâmica.

Se o paciente tiver broncoespasmo ou outra indicação específica, como choque refratário a drogas vasoativas, o corticoide deve ser utilizado dentro da sua rotina.

Pacientes com quadro grave idealmente devem ser transferidos precocemente para UTIP, porém os que necessitarem de ventilação mecânica na emergência devem ser intubados por profissional experiente, utilizando equipamentos de proteção individual (EPI's) adequados e através da técnica de sequência rápida de intubação (anexo 3). Os pacientes com choque devem ser manejados como de costume, evitando-se balanços hídricos positivos. Os exames laboratoriais para disfunção orgânica incluem hemograma,

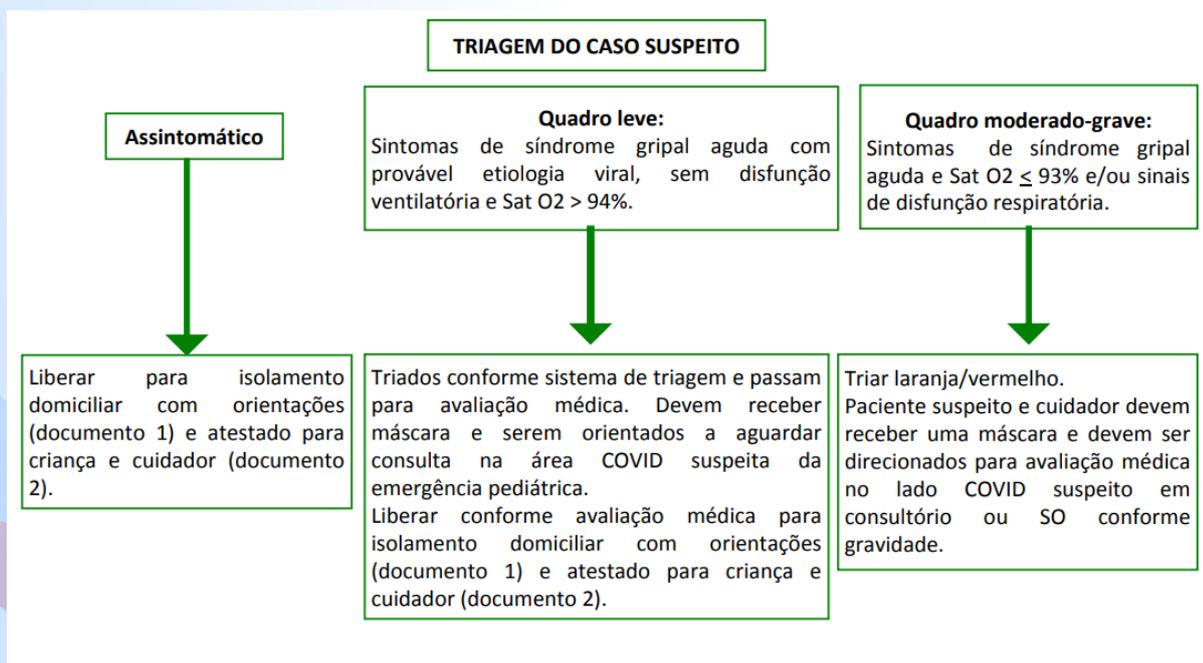
gasometria arterial, coagulograma, função renal, eletrólitos, perfil hepático, CPK, LDH e D-Dímeros (Fluxograma 2) (3,4).

A pesquisa de Sars-Cov-2 por PCR é solicitada apenas em casos selecionados, tais como, pacientes internados menores de 2 meses de idade, que apresentam comorbidade (doença pulmonar crônica, asma, cardiopatia, diabetes, insuficiência renal ou imunossupressão), que necessitem de VAF ou VNI ou naqueles com evolução desfavorável, que necessitam FiO2 acima de 40%. Os pacientes que internam com quadros leves a moderados com possibilidade de alta hospitalar em 24 a 48 horas não coletam PCR viral.

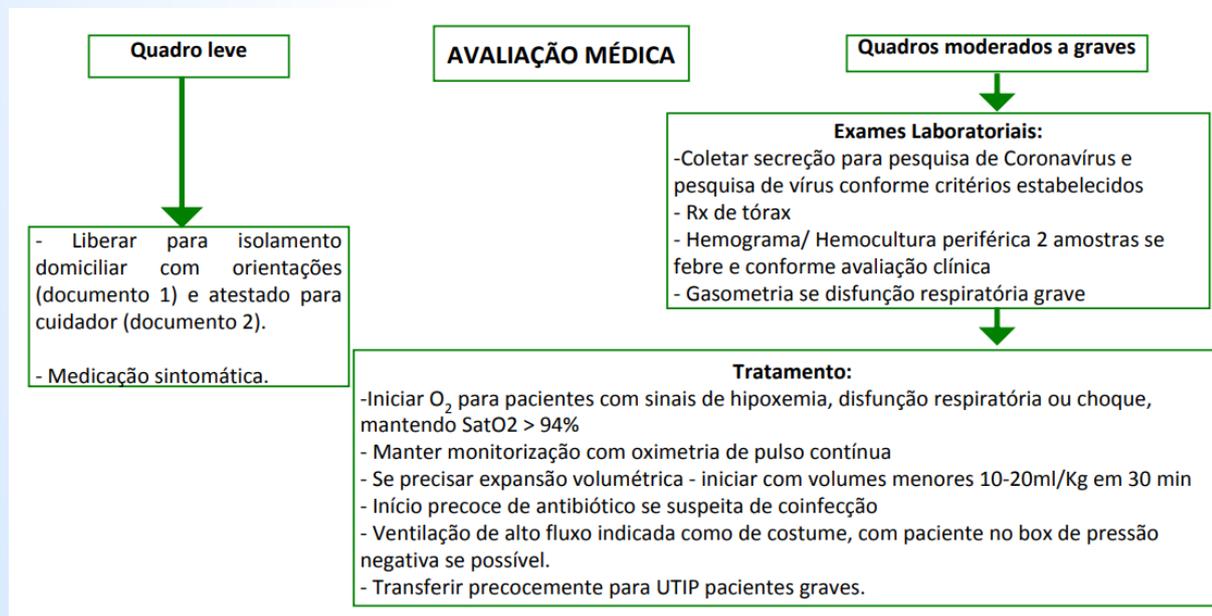
Os profissionais de saúde devem estar familiarizados com o uso dos EPI's na tentativa de evitar contaminações no momento de colocação e retirada dos equipamentos, para isso, demonstrações e treinamentos devem ser realizadas juntamente à equipe. Pela dificuldade na separação dos dois fluxos, mesmo os profissionais que atendem na área não suspeita de COVID devem usar os EPIs básicos durante o atendimento.

Estes protocolos e recomendações são modificados conforme a dinâmica de evolução da pandemia, a troca de conhecimentos e a racionalização de recursos (5).

FLUXOGRAMA 1



FLUXOGRAMA 2



ANEXO 1

Informações e cuidados para pacientes em isolamento domiciliar

O COVID 19 é uma nova variante do Coronavírus, um vírus responsável por casos de resfriado comum. A diferença é que o COVID 19 apresenta alta transmissibilidade. Os sintomas mais comuns são febre, tosse seca ou produtiva, falta de apetite, dor muscular, dor de garganta, congestão nasal ou dor de cabeça. Assim como nos outros casos de resfriados, estes sintomas são autolimitados (o que significa que se resolvem sozinhos) e não necessitam de tratamento ou cuidados hospitalares. O melhor a se fazer é higiene nasal frequente, medicar, se necessário, os sintomas como dor e febre, e realizar o isolamento domiciliar a fim de reduzir o contágio. As medidas para o isolamento domiciliar orientadas são as seguintes:

1. A criança deve ter seus próprios itens para alimentação e higiene separados dos demais da família (copo, prato, talheres, toalhas, escova e pasta de dente, roupa de cama).
2. A criança deve ser mantida em um quarto individual bem arejado, sempre que possível com janelas abertas e porta fechada.
3. Se não foi possível ter um quarto individual, o cuidador não deve dormir na mesma cama da criança.
4. A criança deve preferencialmente utilizar sabonete líquido para higiene.
5. Após a criança utilizar o banheiro, desinfetar as superfícies do vaso sanitário, pia, torneiras e descarga, e separar os resíduos de fezes ou urina em lixeira diferente.
6. Limpar maçanetas e móveis com álcool 70% ou água sanitária.
7. A criança e o cuidador devem utilizar máscaras e manter distância mínima de 1 metro de distância.
8. A máscara deve ser trocada sempre que estiver úmida ou com secreção.
9. Se necessário contato físico, o cuidador deve usar luvas de procedimento e trocar a sua roupa após o contato.
10. Higienizar os itens pessoais, roupas e roupas de cama da criança com água e sabão.
11. A criança deve cobrir nariz e boca com lenço de papel ou papel higiênico durante tosse ou espirro.
12. Não receber visitas durante o período de isolamento.
13. Criança e cuidador devem lavar as mãos com água e sabão frequentemente e cuidar para não levar as mãos em olhos e rosto.

No entanto, alguns casos necessitam de avaliação médica. Então, procure uma unidade de saúde se o seu filho ou sua filha apresentarem dificuldade para respirar, dificuldade para aceitar líquidos, prostração ou respiração rápida e ofegante, acompanhados ou não de febre alta (>39°C).

ANEXO 2

Atestado médico

Paciente

Adulto

responsável

Nome (Grau de parentesco)

Foi acolhido no Departamento de Emergência do Hospital XXXXX na data de hoje, considerado suspeito para infecção por COVID 19, sem critérios para internação hospitalar no momento.

Paciente apresenta-se eupneico, sem sinais de esforço ventilatório, com Saturação acima de 93% em ar ambiente.

Responsável pelo paciente foi orientado a realizar o isolamento domiciliar do paciente.

Foram fornecidas máscaras para o paciente e responsável e os mesmos foram orientados a utilizá-las.

Diante desse caso de suspeita de COVID 19, atesto que o paciente necessita de isolamento domiciliar por 14 dias, a partir do dia de hoje, além disso, necessita de acompanhamento de responsável adulto durante o período, mantendo-se afastado de suas atividades.

CID 10: B34.9 (Criança)

CID 10: Z29.0 (Responsável)

Data:

Assinatura e carimbo do médico

ANEXO 3 - INTUBAÇÃO E SEQUÊNCIA RÁPIDA EM COVID-19

1. Check list de material.
2. Paramentação da equipe com EPI para liberação de aerossóis
3. Pré- oxigenação com O₂ 100% por 3 a 5 minutos
4. Pré medicação:
 - a. Usar LIDOCAÍNA 3 minutos antes para inibir reflexo de tosse, a critério médico.
5. Indução: Cetamina é a droga de escolha.
6. Bloqueio neuromuscular: Succinilcolina ou Rocurônio.
7. Intubação:
 - a. Procurar não ventilar com bolsa-válvula-máscara. Se precisar ventilar, utilizar um filtro HEPA entre a máscara e a bolsa e vedar muito bem a máscara na face da criança.
 - b. Deve ser realizada pelo médico mais experiente em via aérea, utilizando videolaringoscopia na primeira e segunda tentativas. Se houver dificuldade, considerar uso de máscara laríngea para ventilação de resgate até providenciar via aérea definitiva.
 - c. Utilizar sempre tubo com cuff.
 - d. O tubo deve permanecer “fechado” com o uso de uma traquéia curta ocluída, ou com o êmbolo de uma seringa de 20 mL.
8. Após intubação, inflar o balonete, pinçar o tubo e conectar no respirador. O respirador já deve estar configurado e em stand by, com sistema de aspiração fechada conectado.

Referências:

1. LU, Xiaoxia et al. SARS-CoV-2 infection in children. New England Journal of Medicine, 2020.
2. Dong Y, Mo X, Hu Y, et al. Epidemiological characteristics of 2143 pediatric patients with 2019 coronavirus disease in China. Pediatrics. 2020; doi: 10.1542/peds.2020-0702
3. Chen, Z., Fu, J., Shu, Q. et al. Diagnosis and treatment recommendations for pediatric respiratory infection caused by the 2019 novel coronavirus. World J Pediatr (2020). <https://doi.org/10.1007/s12519-020-00345-5>
4. World Health Organization. (2020). Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: interim guidance, 13 March 2020 (No. WHO/2019-nCoV/clinical/2020.4). World Health Organization.
5. Liu W, Zhang Q, Chen J, et al. Detection of Covid-19 in children in a early January 2020 in Wuhan, China. N Engl J Med 382:14. 2020. DOI: 10.1056/NEJMc2003717.
6. Meselson M. Droplets and aerosols in the transmission of SARS-CoV-2. DOI: 10.1056/NEJMc200324.