/ espceara

CORONAVÍRUS

(COVID-19)

Insuficiência Respiratória Aguda pelo COVID-19

Escola de Saúde Pública do Ceará

Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Saúde

QUADRO 1

PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO DE INFECÇÃO PELO COVID-19
AVALIAR ENVOLVIMENTO RESPIRATÓRIO

SpO_2 > 92%
Em ar ambiente

Sem indicação de O_2
Manter observação em isolamento respiratório, realizar raio-X de tórax ou TC em casos selecionados

SpO_2 < 92%
Em ar ambiente

Cateter nasal de O_2 (Tipo óculos) 3-5l/min

SpO_2 < 85%
Em ar ambiente

Sem oximetria ou sinal ruim:
Cianose central
f > 35 irpm

Preferencialmente Máscara de reservatório (manter bolsa insuflada) ou na ausência desta, Máscara de Venturi 50% sem umidificação

- Sinais claros de fadiga ou risco iminente de parada respiratória
- Outras indicações de intubação orotraqueal[1]

Proceder intubação traqueal eletiva e iniciar Ventilação Mecânica Invasiva protetora (QUADRO 2)

Avaliar resposta (no máximo em 30min) SpO_2, sinais vitais (f, FC, PA), conforto e dispneia, Gasometria arterial (com O_2) – registrar. Realizar Raio-x de tórax no leito

SpO_2 > 92%
$PaO2$ > 65mmHg
pH > 7,34, $PaCO_2$ < 50mmHg
f < 30 irpm
Melhora clínica

Manter em enfermaria de isolamento

Manter conduta
Seguir monitorização
Reavaliar em caso de mudança do quadro

SpO_2 < 92%
PaO_2 < 65mmHg
com ou sem hipercapnia
f >30irpm
Piora clínica

- Sinais claros de fadiga ou risco iminente de parada respiratória
- Outras indicações de intubação orotraqueal[1]

Cuidados intensivos em UTI

Proceder intubação traqueal eletiva e iniciar Ventilação Mecânica Invasiva protetora (QUADRO 2)

Obs.: O uso de Ventilação Não-Invasiva (VNI) ou de Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo não é recomendado na rotina. Casos especiais devem ser discutidos com equipe multiprofissional com experiência em suporte ventilatório mecânico.

1. Escore de Coma de Glasgow < 8 pontos, proteção de via aérea prejudicada, choque ou arritmias graves, hemorragia digestiva alta

FONTES: Ministério da Saúde do Brasil / Organização Mundial da Saúde (OMS)
WORLD HEALTH ORGANIZATION. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected. Interim guidance. January 2020.

QUADRO 2

PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO DE COVID-19 INTUBADO
INICIAR VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA (VMI) PROTETORA

AJUSTES INICIAIS DA VMI APÓS A INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL (IOT)

1. Ventilação mecânica controlada (esforços musculares respiratórios devem ser inibidos com sedação adequada, com ou sem BNM a critério)
2. VC 6mL/kg/peso previsto (estimar ou medir altura, usar fórmula ARDSNET*)
3. f controlada de 15 a 20irpm
4. Tempo inspiratório ao redor de 1.0s (+/– 0,2s)
5. PEEP 5cmH_2O (8cmH_2O se obesidade mórbida)
6. FIO_2 inicial de 60% e rapidamente titulada para uma SpO_2 entre 93 a 97%
7. Sensibilidade para um valor mais sensível, evitando autodisparo
8. Modo VCV - alarme de pressão máx 10cmH_2O acima do pico de pressão
9. Modo PCV – alarme de VC (min e máx) +/- 20% do programado
10. Medir pressões de platô e de distensão

Acessórios: circuito fechado para aspiração de via aérea, umidificação passiva (filtro HME), filtro de barreira na válvula exalatória (HEPA), inaladores pressurizados dosimetrados com adaptador para administração de broncodilatadores, pressão do balonete do tubo traqueal entre 25-32cmH_2O, checar e zerar vazamentos.

Após 30 min a 1 h

Colher gasometria arterial
Medir relação PaO_2/FIO_2 (P/F)
Fazer Raio-X de tórax pós IOT.

Obs.: O raio-X de tórax pode mostrar apenas opacidades focais tipo vidro fosco de visualização difícil nas fases iniciais, TC de tórax pode ser necessária em casos selecionados.

DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DA ANGÚSTIA RESPIRATÓRIA AGUDA (SARA)

SARA LEVE (P/F 200 - 300)
Manter estratégia protetora
(p. platô < 28cmH_2O e
driving pressure < 15cmH_2O)

SARA MODERADA A GRAVE (P/F <200)
Manter estratégia protetora
(p. platô < 28cmH_2O e driving pressure < 15cmH_2O)
Permitir hipercapnia desde que pH > 7,20
Titular PEEP até 10-12cmH_2O
Posição prona (por 16h) se P/F < 150 após titulação da PEEP
Considerar oxigenação por membrana extracorpórea – ECMO
se relação P/F < 80 por mais de 6h
Considerar consultoria multiprofissional experiente em suporte ventilatório

* Fórmula Peso ideal (kg) ARDSNET: Homem 50 + 0,91 x (altura – 152,4cm) / Mulher 45,5 + 0,91 x (altura – 152,4cm)

Medidas adjuvantes: monitorização com PAM invasiva, evitar balanço hídrico positivo se possível, não administrar de rotina corticoesteróides, não proceder manobras de recrutamento alveolar máximo, evitar assincronias do tipo duplo-disparo e solicitar consultoria de equipe experiente no manejo de pacientes com SARA.

FONTES: ESPAÑA, Ministério de Sanidad -. Manejo clínico de pacientes con enfermedad por el nuevo coronavirus (COVID-19). Disponível em: https://secip.com/wp-content/uploads/2020/02/Protocolo-de-manejo-cl%C3%ADnico-COVID-19.pdf. Acesso em: 13 mar. 2020.
WORLD HEALTH ORGANIZATION. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected. Interim guidance. January 2020.
Manuseio do paciente com infecção pelo Coronavírus COVID-19 e pneumonia e insuficiência respiratória | Pelo Comitê de Ventilação Mecânica da AMIB.
https://www.amib.org.br/noticia/nid/manuseio-do-paciente-com-infeccao-pelo-coronavirus-covid-19-e-pneumonia-e-insuficiencia-respiratoria-pelo-comite-de-ventilacao-mecanica-da-amib/