

***Plano de ação Emergencial***  
***COVID-19***  
**MANEJO**  
**PACIENTES PEDIÁTRICOS**

ABRIL/2020



---

## SUMÁRIO

---

JUSTIFICATIVA .....	3
FLUXO DE MANEJO CLÍNICO PEDIÁTRICO - HRMS .....	4
PACIENTE COM SÍNDROME GRIPAL .....	4
RECOMENDAÇÃO PARA INTUBAÇÃO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE COVID-19.....	14
PREPARO DO MATERIAL – CHECK LIST .....	14
VENTILADOR MECÂNICO.....	15
ORGANIZAR A EQUIPE DE ASSISTÊNCIA.....	15
PROCEDIMENTO.....	16
APÓS O PROCEDIMENTO.....	17
PARÂMETROS DO RESPIRADOR .....	18
MEDICAÇÕES.....	18
RECOMENDAÇÕES PARA RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP) DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO OU SUSPEITA DE COVID-19 .....	18
FLUXO PARA INTUBAÇÃO DE PACIENTE PEDIÁTRICO – COVID-19 .....	21
TRANSPORTE DE PACIENTE PEDIÁTRICO/NEONATAL COM SUSPEITA DE COVID19 NO HRMS .....	22
TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DO PACIENTE.....	23
IMEDIATAMENTE ANTES DO TRANSPORTE.....	23
COMUNICAR SETOR QUE RECEBERÁ PACIENTE COM SUSPEITA DE COVID.....	23
APÓS TRANSPORTE .....	24
ANTES DE SAIR DO QUARTO, AINDA PARAMENTADO .....	24
AO SAIR DO QUARTO .....	24
REFERÊNCIA:.....	25
APROVAÇÃO:.....	26



---

## JUSTIFICATIVA

---

Considerando a elaboração das diretrizes para diagnóstico e tratamento da COVID-19 é uma resposta rápida para o enfrentamento da COVID-19, diante da declaração de pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e das iniciativas do Ministério da Saúde para enfrentamento dessa nova situação no Brasil.

Considerando que há relativamente poucos casos relatados de crianças confirmadas com COVID-19; aqueles que têm sido relatados, são casos de doença leve.

Considerando que os profissionais de saúde devem detectar precocemente as crianças com sinais de emergência (respiração obstruída ou ausente, dificuldade respiratória grave, cianose central, choque, coma ou convulsões) e que devem receber tratamento das vias aéreas e oxigenoterapia.

Considerando que a criança é um ser em crescimento e desenvolvimento, que ainda não dispõe de recursos internos para lidar com situações estressantes, a hospitalização pode se tornar uma experiência bastante complexa e difícil de ser aceita.

Considerando que para ajudá-la a enfrentar essa situação, de maneira que lhe seja garantido o pleno restabelecimento da saúde física e mental, com um mínimo de agravos ao estado psicoemocional da criança, é necessário um atendimento harmônico com as necessidades da família e da equipe de saúde.

Este documento traz orientações e tem como objetivo informar a equipe de saúde sobre as principais condutas acerca do atendimento ao paciente pediátrico acometido pelo COVID-19.

## FLUXO DE MANEJO CLÍNICO PEDIÁTRICO - HRMS

### PACIENTE COM SÍNDROME GRIPAL

(febre  $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$  aferida ou referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta)

#### PACIENTE TEM SINAIS DE GRAVIDADE? \*

- Dispneia;
- Desconforto respiratório (tiragem intercostal, batimento de aleta nasal, desidratação, inapetência e cianose);
- Saturação de O<sub>2</sub> em 95% em área ambiente;
- Piora nas condições clínicas de doença preexistente;
- Palidez cutânea

NÃO

SIM

Indicar isolamento domiciliar conforme protocolos da Atenção Primária à Saúde.

- Não coletar painel viral/ COVID;
- Monitoramento via telefone por médico HRMS;
- Grupo de Risco.

Síndrome Respiratória Aguda Grave- SRAG

Coleta de painel viral COVID-19

Paciente tem indicação para internação em UTI?

- Choque;
- Disfunção de órgãos vitais;
- Insuficiência respiratória; ou
- Instabilidade hemodinâmica

NÃO

SIM

- Oxigenoterapia sob monitoramento;
- Hidratação venosa \*\*;
- Exames complementares.

Acompanhamento leito clínico em isolamento individual ou coorte.

Notificar e Coletar exames específicos

Tomografia de tórax

- Suporte intensivo;
- Oxigenoterapia sob monitoramento;
- Hidratação venosa \*\*;
- Exames complementares.

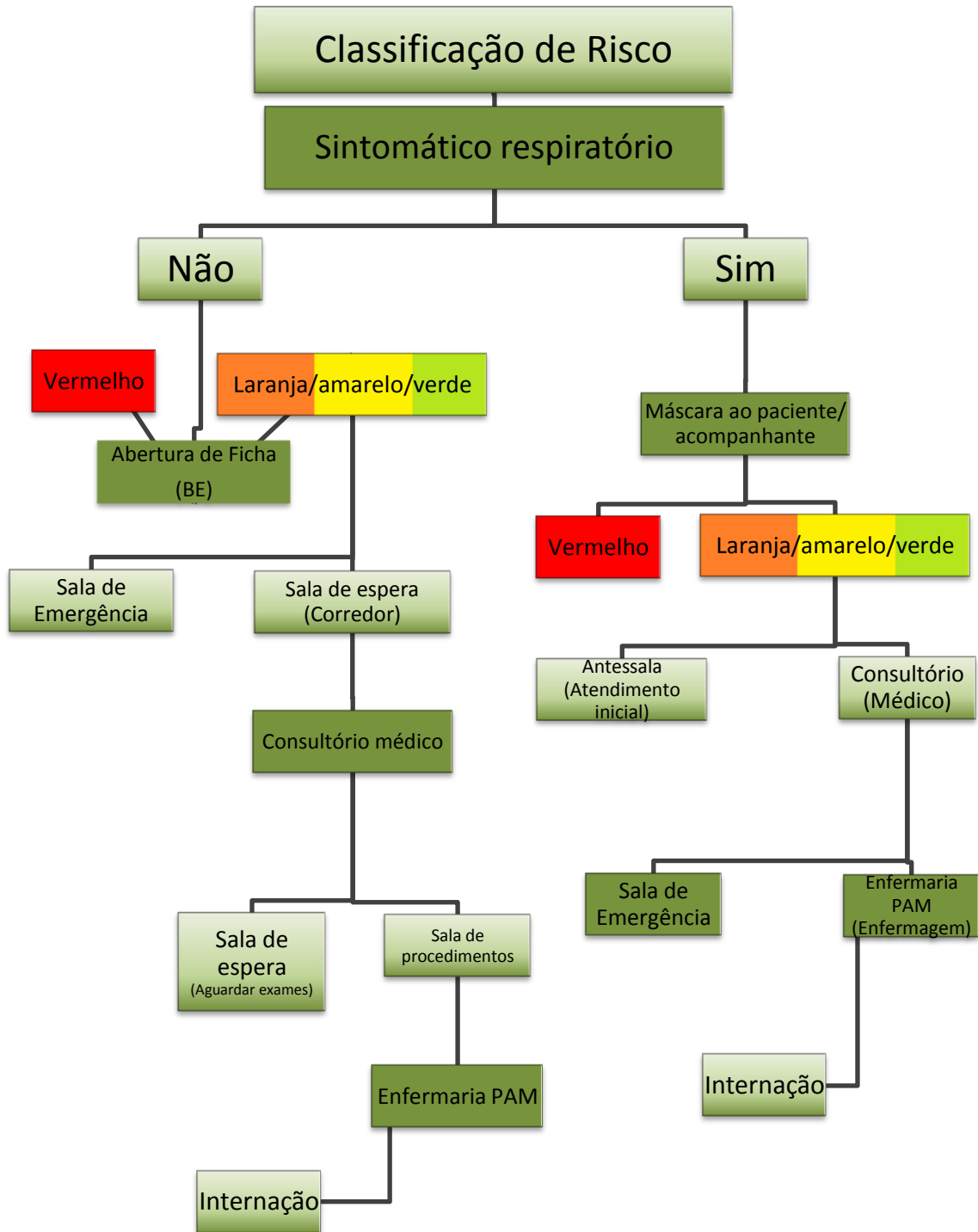
Acompanhamento leito de terapia intensiva em isolamento individual ou coorte.

Notificar e Coletar exames específicos

\*Em crianças com menos de 2 anos de idade, considera-se também como caso de síndrome gripal: febre de início súbito (mesmo que referida) e sintomas respiratórios (tosse, coriza e obstrução nasal), na ausência de outro diagnóstico específico.

\*\* Não é indicado o uso profilático de antibióticos e, também, na ausência de comprovada infecção associada glicocorticoides não devem ser prescritos, no entanto podem ser considerados em situações específicas, quando houver indicação clara para sua utilização (sem evidências de benefícios no tratamento da infecção por SARS-CoV-2).

### FLUXO DE ATENDIMENTO PAM PEDIATRIA



### MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS COM COVID-19

#### Tipos de infecção:

**Infecção assintomática:** ausência de sinais e sintomas clínicos da doença e exame de imagem normal dos pulmões, com teste do ácido nucleico positivo para 2019-nCoV

**Leve:** sintomas de infecção de vias aéreas superiores, incluindo febre, fadiga, mialgia, tosse, dor de garganta, coriza e espirros. A ausculta pulmonar é normal. Alguns casos podem não apresentar febre ou ter apenas sintomas digestivos, como náuseas, vômitos, dor abdominal e diarreia

**Moderada:** com pneumonia, febre frequente, tosse inicialmente seca, que se torna produtiva, pode haver sibilância, mas não há desconforto respiratório e podem ser identificados roncosp e estertores à ausculta pulmonar. Alguns casos podem não ter sintomas ou sinais clínicos, mas a TC de tórax revela lesões pulmonares subclínicas;

**Grave:** os sintomas respiratórios iniciais podem ser acompanhados por sintomas gastrintestinais, como diarreia. A doença geralmente progride em uma semana, com aparecimento de dispneia e hipoxemia → saturação arterial de oxigênio (SatO<sub>2</sub>) < 94%

**Crítica:** os pacientes podem evoluir rapidamente para síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) ou falência respiratória e podem apresentar choque, encefalopatia, lesão miocárdica ou insuficiência cardíaca, alteração da coagulação, lesão renal aguda e disfunção de múltiplos órgãos.

#### MANEJO INICIAL:

**TC de tórax:** não é necessário para o diagnóstico. Recomenda-se minimizar o uso de TC devido a necessidade de isolamento e de transporte

**RX de tórax:** não há necessidade a menos que haja mudança na condução do caso

**Fluidoterapia IV:** de acordo com a necessidade basal; Importante para não piorar o risco de insuficiência respiratória (“dry lungs= happy lungs”)

**Corticóides:** Usar apenas se indicação (asma, choque ou uso crônico) ou paciente crítico

**Antibióticos:** de acordo com os fatores de risco do paciente. Consultar caso a caso

#### UTI

- Sem melhora da saturação de O<sub>2</sub> apesar da oferta de O<sub>2</sub>
- Hipotensão arterial
- Alteração do tempo de enchimento capilar
- Alteração do nível de consciência
- Oligúria

#### Enfermaria (Grupo de risco para complicações):

- Idade < 5 anos
- Doenças crônicas (cardiopatias, DM, neoplasias, HAS, etc)
- Imunossupressão
- Paciente com tuberculose pulmonar
- Gestantes e puérperas
- Obesidade

#### PARA OS INTERNADOS:

- **Oseltamivir**: de acordo com a faixa etária
- **Hidroxicloroquina**: 6,5 mg/kg/dose, via oral ou por SNE a cada 12 horas no primeiro dia e após manter 3,25 mg/kg/dose via oral ou SNE a cada 12 horas por mais 4 dias (até a dose máxima de adulto)
- **Azitromicina** 10 mg/kg/dia no primeiro dia e em seguida 5 mg/kg/dia por 4 dias (dose máxima total de 30 mg/kg ou 1500 mg)
- Manter protocolo de higiene bucal
- Em pacientes estáveis, com suspeita de infecção bacteriana, iniciar **Ceftriaxone** 100 mg/kg/dia, de 12/12h por 10 dias
- Pacientes graves com suspeita de MSSA, introduzir **piperacilina – tazobactam** (de acordo com a faixa etária) por 14 dias;
- Pacientes com critérios para multirresistência, introduzir **teicoplanina** (de acordo com a faixa etária) + **meropenem** 120 mg/kg/dia de 8/8h. Avaliar o aumento para cobertura de outros agentes multirresistente, conforme epidemiologia local.
- Considerar: uso de **ácido ascórbico** (vitamina C).

**Monitorização da hidroxicloroquina: ECG 3 horas após a primeira dose, e, após, diariamente**



- Contagem leucocitária normal
- Linfopenia
- Discreta trombocitopenia
- Procalcitonina normal
- ↑ TGO /TGP
- ↑ CRP
- ↑ DLH
- ↑troponina
- ↑creatinina
- ↑d- dímero

### Marcadores de gravidade:

### Solicitar parecer para especialista:

- Infectologista: para todos
- Anestesista: caso > 6L/min ou aumento rápido de FiO<sub>2</sub>
- Fisioterapia: se necessita de 6L/min de O<sub>2</sub>
- Terapia intensiva: ↑6L/min ou falência clínica
- Cardiologista: se falência cardíaca
- Oncologista: avisar se doença prévia

### Choque ou Broncoespasmo Severo

Iniciar vasopressores em veia periférica

**Distributivo (CD) // Cardiogênico (CC)**

Se CD: condução seguindo manual de sepsis

Se CC:

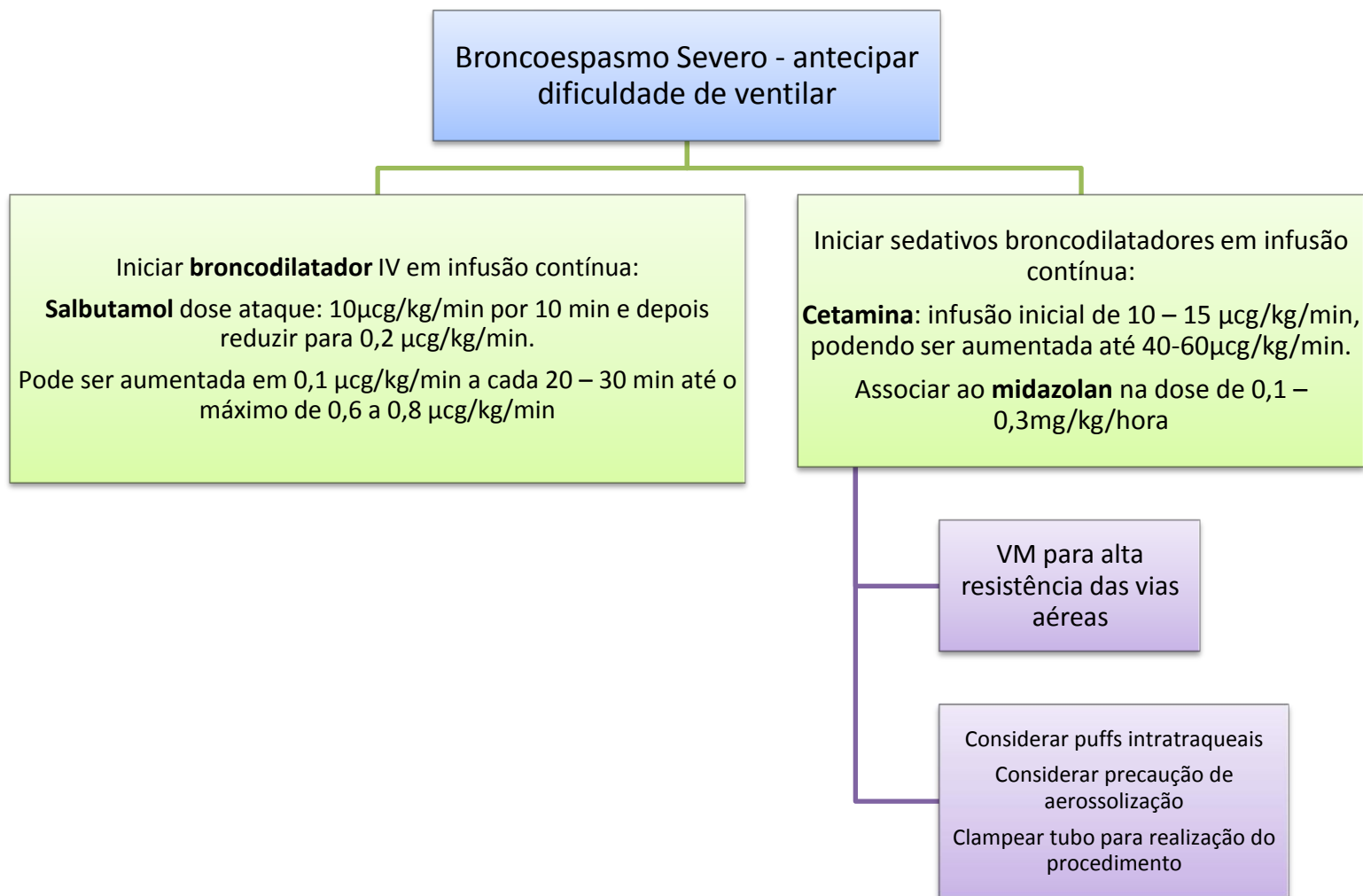
- **norepinefrina** caso PAM menor que o limite para idade

- **dobutamina** se Sat Venosa Central > 60 e PAM > que o limite para a idade. Iniciar com 3 mcg/kg/min e subindo a cada 1 ou 2 horas em torno de 1 a 2 mcg/kg/min;

- Indicar VM se Sat Venosa Central < 60 e lactato. 4 → dobutamina 5 mcg/kg/min

SFO,9% 20 ml/kg/dose  
caso não haja  
contraindicações

Intubação precoce por sequência rápida com primeira tentativa ótima por SRI, sempre usando doses máximas das medicações e com cânula com cuff e sistema fechado (de acordo com protocolo já pré-estabelecido)



GUIA RÁPIDO PARA MANEJO DE  
PACIENTES PEDIÁTRICOS COM  
COVID-19

Uso de corticoides: por curto prazo. Para inibir a cascata de inflamação.

- Casos críticos ou graves
- Febre alta, persistente
- TC com achado de vidro fosco ou com mais de 30% de área pulmonar afetada
- TC demonstrando progressão rápida (mais de 50% de área em menos de 48 horas de história)
- Casos com dosagem de IL-6 maior que 5 ULN

**Metilprednisolona:** 0,75 – 1,5 mg/kg IV diariamente (aproximadamente 40 mg uma ou duas vezes ao dia. A dosagem de 40 mg de 12/12h pode ser considerada em pacientes com temperatura em queda ou pacientes com redução significativa de citocinas em uso da medicação. Até a dose de 40 a 80 mg de 12/12h pode ser usada em casos críticos. Monitorar a temperatura e saturação com rotina sanguínea, PCR, perfil bioquímico e TC de tórax a cada 2 ou 3 dias conforme a necessidade. A dosagem de metilprednisolona deve ser dividida pela metade a cada 3-5 dias se: apresentar melhora da condição clínica, normalização da temperatura ou reabsorção das lesões pulmonares. O tempo de terapia ainda não está definido.

Acompanhamento  
laboratorial:  
Diariamente hmg +  
CPK+ Mg

## Referências

CCIH – HRMS – Vigilância Epidemiológica

J. Pediatr (Rio J) 2003;79 Supl 2: s223-s30 Analgesia e Sedação em situações de emergência e unidades de tratamento intensivo pediátrico

Manual sobre o tratamento de Covid-19. Informações compiladas de acordo com a experiência clínica. The First Affiliated Hospital, Escola de medicina da Universidade de Zhejiang

Protocolo de intubação orotraqueal para caso suspeito ou confirmado de covid – 19 ABRAMEDE – AMIB – AMB

Protocolo e Manejo de pacientes pediátricos com Covid – 19 – medicina USP

[www.covidprotocols.org/](http://www.covidprotocols.org/) Brigham and Women's Hospital de Harvard



---

## RECOMENDAÇÃO PARA INTUBAÇÃO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE COVID-19

---

### PREPARO DO MATERIAL – CHECK LIST

- Drogas para SRI (abaixo descritas);
- Máscara facial de tamanho adequado;
- Reanimador Manual (AMBU®);
- Filtro HME adequado para peso/idade;
  - Umidificador (HME): entre o TOT e o circuito;
  - Filtro Barreira (HEPA): entre o circuito e o ventilador no ramo expiratório;
- Lâmina e cabo de laringoscópio:
  - Laringoscópio convencional: cabo pediátrico com lâminas retas 1 e 2 para lactentes e crianças < que 3 anos e cabo adulto com lâminas curvas 2 e 3 para crianças ≥ 3 anos;
  - Videolaringoscópio convencional com lâminas pediátricas descartáveis 1; 2 e 2,5 (preconizado como primeira escolha na intubação desses pacientes por facilitar a visualização e direcionamento do tubo nas vias aéreas habituais e difíceis, além de possuir lâminas descartáveis, o que diminuiria a chance de contaminação;
- Tubos traqueais com balonete: 3,0; 3,5; 4,0; 4,5; 5,0; 5,5; 6,0; 6,5 – Todos com cuff e adequados para a idade;
- Pinça para oclusão do tubo traqueal;
- Máscara laríngea ou tubo laríngeo:
  - Tamanhos 1,0 (<5 Kg); 1,5 (5 – 10Kg); 2,0 (10 – 20 Kg); 2,5 (20 – 30kg); 3,0 (30 – 50Kg) – opção apenas de resgate, quando tentativa de IOT fracassa;
  - Máscara laríngea ou outros dispositivos supraglóticos podem ser utilizados para ventilação no caso de falha na tentativa de intubação, mas caso não haja vedação adequada pode permitir dispersão em aerossol. Em pacientes que necessitam de altas pressões (> 20 cmH<sub>2</sub>O de pressão de pico) o dispositivo supraglótico pode não selar adequadamente a via aérea, sendo insuficiente para ventilar o paciente além de dispersar aerossóis. O dispositivo supraglótico deve ser entendido como resgate e temporário (não é via aérea definitiva), devendo ser substituído assim que possível por tubo endotraqueal;
- 2 seringas de 5 ml (utilizar o êmbolo para ocluir o TOT);
- Sondas gástricas: n6; n8; n10; n12 de acordo com a idade;
- Estetoscópio;



- Fixação para TOT;
- Sistema de aspiração fechado;
- Ventilador mecânico;
- Filtro HEPA;
- Carrinho de parada;
- Paramentação (5 KITS EPIs: gorro, máscara N95, luvas, capote impermeável, óculos de proteção e/ou protetor facial). Devem participar do procedimento o médico, o enfermeiro e o fisioterapeuta (uma equipe ideal precisaria de um kit de EPI para um potencial segundo intubador e para uma circulante);

### VENTILADOR MECÂNICO

- Montar o ventilador mecânico SEM a jarra de aquecimento e posicionando o filtro HEPA (*High Efficiency Particulate Arrestance*) no final da via expiratória;
- Colocar parâmetros para as características do paciente:
  - Checar sensor de fluxo;
  - Checar abertura de gases;
  - Configurar peso ideal do paciente no sistema do ventilador mecânico;
  - Configurar modo e valores dos parâmetros ventilatórios;
  - Configurar alarmes;
  - Deixar o ventilador mecânico pronto em *Stand by*;

### ORGANIZAR A EQUIPE DE ASSISTÊNCIA

- Deixar claro a função de cada um durante o procedimento
- Checar carro de parada e mantê-lo na entrada do quarto do paciente
- Realizar procedimento com a porta fechada

## PROCEDIMENTO

- Montagem do sistema fechado para intubação:
  - Conectar o conjunto bolsa-válvula (AMBÚ) à fonte de O<sub>2</sub>;
  - Conectar o filtro HEPA entre o AMBÚ e a máscara;
  - Iniciar com o menor fluxo de O<sub>2</sub> possível 6-7 Litros / min para manter Sat > 94% (não ventilar o paciente);
  - Ocluir o tubo traqueal com o êmbolo da seringa de 5 ml;
  - Conectar o sistema de aspiração fechado ao circuito do ventilador.
  
- Pré – oxigenação:
  - Entre 3 a 5 minutos com O<sub>2</sub> a 100% com unidade “máscara – filtro HEPA – válvula – bolsa – reservatório “. Evitar ventilação assistida com a unidade ventilatória (AMBU®), pelo potencial de produção de aerossol e contaminação do ambiente e dos profissionais. Não ventilar até que o paciente esteja intubado;
  - IMPORTANTE: Um alerta sobre o balão de ventilação com pressão positiva: a maioria dos nossos balões, senão TODOS que temos possuem válvula liberadora de fluxo que só permite a passagem do gás quando se comprime o corpo do balão. Assim, nossos dispositivos não permitem fornecer gás ao paciente para pré oxigenar antes de realizar a IOT. O dispositivo em questão permitiria a passagem de gás sem ser necessário gerar pressão, liberando fluxo contínuo para o paciente. Esse dispositivo permite a pré oxigenação antes da IOT e com segurança, uma vez vedada a máscara a face, minimizar a exposição da equipe às secreções de boca e vias aéreas;
  - Realizar a pré oxigenação com máscara com reservatório de oxigênio com o menor fluxo de ar possível, para manter a bolsa cheia a fim manter oxigenação efetiva ou cateter nasal.
  
- Sequência Rápida de Intubação:
  - Considerar a atropina se pré oxigenação for ineficiente (SaO<sub>2</sub> < 94%) ou se for utilizar succinil colina ou se houver instabilidade hemodinâmica;





- Considerar lidocaína como supressor do reflexo laríngeo, sendo ainda mais importante na ausência de bloqueador neuromuscular, a fim de se evitar a tosse;
- Indução com cetamina: droga de escolha por não causar instabilidade hemodinâmica além de propriedade broncodilatadora;
- Midazolam associado a Fentanil podem ser usados para indução na ausência ou contra-indicação específica para uso de Cetamina, desde que não haja instabilidade hemodinâmica;
- Fazer bloqueador neuromuscular para evitar a tosse: Rocurônio ou Succinilcolina;
- Evite as doses mínimas das medicações:

Medicação	Dose (IV)	Início (SEG)	Duração (MIN)
Cetamina	2 mg/kg	60 – 120	30 – 60
Fentanil	2 – 4 mcg/kg	60	30 – 60
Midazolam	0,1 – 0,4 mg/kg	60 – 120	30 – 60
Rocurônio	0,6 – 1,2 mg/kg	60 – 90	15 – 30
Succinilcolina	1 a 2 mg/kg	30 – 60	5 – 10
Lidocaína	1,5 mg/kg	Fazer 3 minutos antes da indução	
Atropina	0,02 mg/kg	SaO <sub>2</sub> < 94% Instabilidade hemodinâmica; uso de succinilcolina	

- Fazer laringoscopia e inserir tubo orotraqueal ocluído;
- Insuflar balonete;
- Clampear o tubo orotraqueal ao VPM e imediatamente iniciar a sua operação;
- Desclampear o tubo orotraqueal;
- Confirmar posição do tubo (de preferência com capnografia);
- Verificar escape de ar laríngeo ajustando volume de selamento do balonete;

## APÓS O PROCEDIMENTO

- Realizar RX de tórax;



## PARÂMETROS DO RESPIRADOR

- VC entre 3 – 6 ML/KG P
- Pressão platô < 28 cmH<sup>2</sup>O
- Ph 7,15 – 7,30;
- PEEP: considerar a estratégia de triagem de acordo com a menor FiO<sup>2</sup>
- Manter saturação > 94%
- Manter ventilação protetora

## MEDICAÇÕES

- Considerar Metilprednisolona 4 mg/kg/dia de 6/6horas nos casos de graves (SRAG).

---

## RECOMENDAÇÕES PARA RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP) DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO OU SUSPEITA DE COVID-19

---

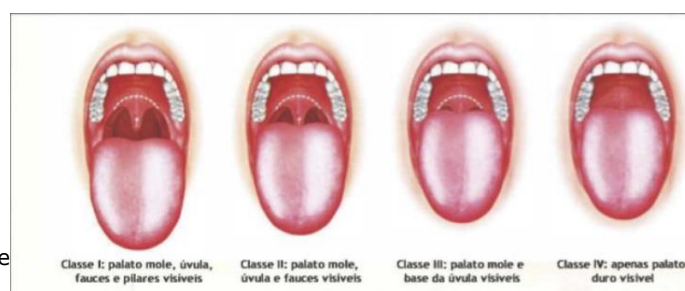
Procedimento máximo de emergência e passível de ocorrência em pacientes portadores de COVID-19. Atenção especial, particularmente quanto ao risco maior de aerossóis durante as manobras de compressão torácica e ventilação, oferecendo risco relevante de contaminação para a equipe assistente.

- **AINDA QUE POSSA OCORRER ATRASO NO INÍCIO DAS COMPRESSÕES TORÁCICAS, A SEGURANÇA DA EQUIPE QUE ATENDE A PCR DEVE SER PRIORIZADA. NENHUM PROCEDIMENTO DEVE SER REALIZADO SEM A INSTALAÇÃO PRÉVIA DO EPI COMPLETO, INCLUINDO O INÍCIO DAS COMPRESSÕES!**
- O reconhecimento da PCR segue a conduta preconizada pelo ILCOR/AHA com avaliação de pulso central e ausência de respiração efetiva.
- A RCP deve ser iniciada por compressões torácicas e monitorização do ritmo da parada cardíaca (chocáveis ou não chocáveis) o mais rápido possível para estabelecimento do algoritmo adequado.
- A desfibrilação em ritmos chocáveis não deve ser adiada para acesso as vias aéreas ou outros procedimentos;
- Deve-se evitar a ventilação com bolsa valva máscara (BVM) ou bolsa tubo endotraqueal, pelo elevado risco de gerar aerossóis e contaminação da equipe, além da efetividade não ser superior à da ventilação mecânica, em acordo com as evidências disponíveis atuais.
- No caso de absoluta necessidade de ventilação com BVM, a técnica de selamento da máscara deve sempre envolver dois profissionais e deve-se utilizar uma cânula orofaríngea (Guedel). Além disso, preconiza-se a instalação de filtros (HEPA) entre a máscara e a bolsa.

- A intubação através de videolaringoscopia deve ser a prioridade desde a primeira tentativa, realizada **SEMPRE** pelo operador de maior experiência.
- A falência ou impossibilidade de intubação demanda a necessidade de dispositivos extraglóti- cos (tubo laríngeo ou máscara laríngeo), que permitem a ventilação mecânica em circuito fechado até que haja a adequada possibilidade de acesso definitivo à via aérea (IOT ou cricotomia). No Brasil, a instalação de dispositivos extraglóti- cos faz parte do escopo profissional de médicos e enfermeiros, podendo assim ser alternativa para acesso as vias aéreas em unidades de suporte intermediário pré – hospitalar nos atendimentos realizados por enfermeiros.
- Quando a PCR ocorre em paciente sob ventilação mecânica, deve-se manter o paciente conectado ao ventilador em circuito de ventilação fechado com os seguintes parâmetros:
  - Modo AC
  - Fração inspirada de O<sup>2</sup> a 100%
  - FR de 10 a 12 por min
- Identificar e tratar quaisquer causas reversíveis antes de considerar interromper a RCP, com especial consideração para hipóxia e acidemia (5 H's e 5 T's)
- Antecipe a solicitação de leito em CTI e isolamento respiratório em caso de retorno à circulação espontânea (RCE).
- Após procedimento de intubação, realizar o descarte adequado de materiais utilizados e higienização dos equipamentos como laringoscópio, máscaras faciais.
- Remover os EPIs com segurança para evitar autocontaminação.
- A avaliação de potencial dificuldade para laringoscopia / intubação deve ser realizada quando da admissão do paciente no hospital e/ou na UTI. Utilizar escore MACOCHA:

PARÂMETRO	PONTUAÇÃO
Mallampati II a IV	5
Apneia obstrutiva do sono	2
Mobilidade cervical reduzida	1
Abertura oral < 3 cm	1
Coma	1
Oximetria < 80%	1
Médico não anestesista	1

- **Macocho > 3 indica via aérea difícil. Nesse cenário, chamar médico experiente ajudar!!**



Av. Engenhe

Clínica Pediátrica – HRMS  
| TEL (67)3378-2500

Classificação de Mallampati. Essa classificação é usada para visualização da hipofaringe. Classe I: palato mole, úvula, fauces e pilares visíveis; Classe II: palato mole, úvula e fauces visíveis; Classe III: palato mole e base da úvula visíveis; Classe IV: apenas palato duro visível



### **Avaliação LEMON:**

**L= Localização externa:** procurar características que sabidamente dificultam a intubação ou ventilação;

**E = Estimativa da regra 3-3-2:** para permitir o alinhamento dos eixos faríngeo, laríngeo e oral e, assim, a intubação ser fácil, deve-se observar:

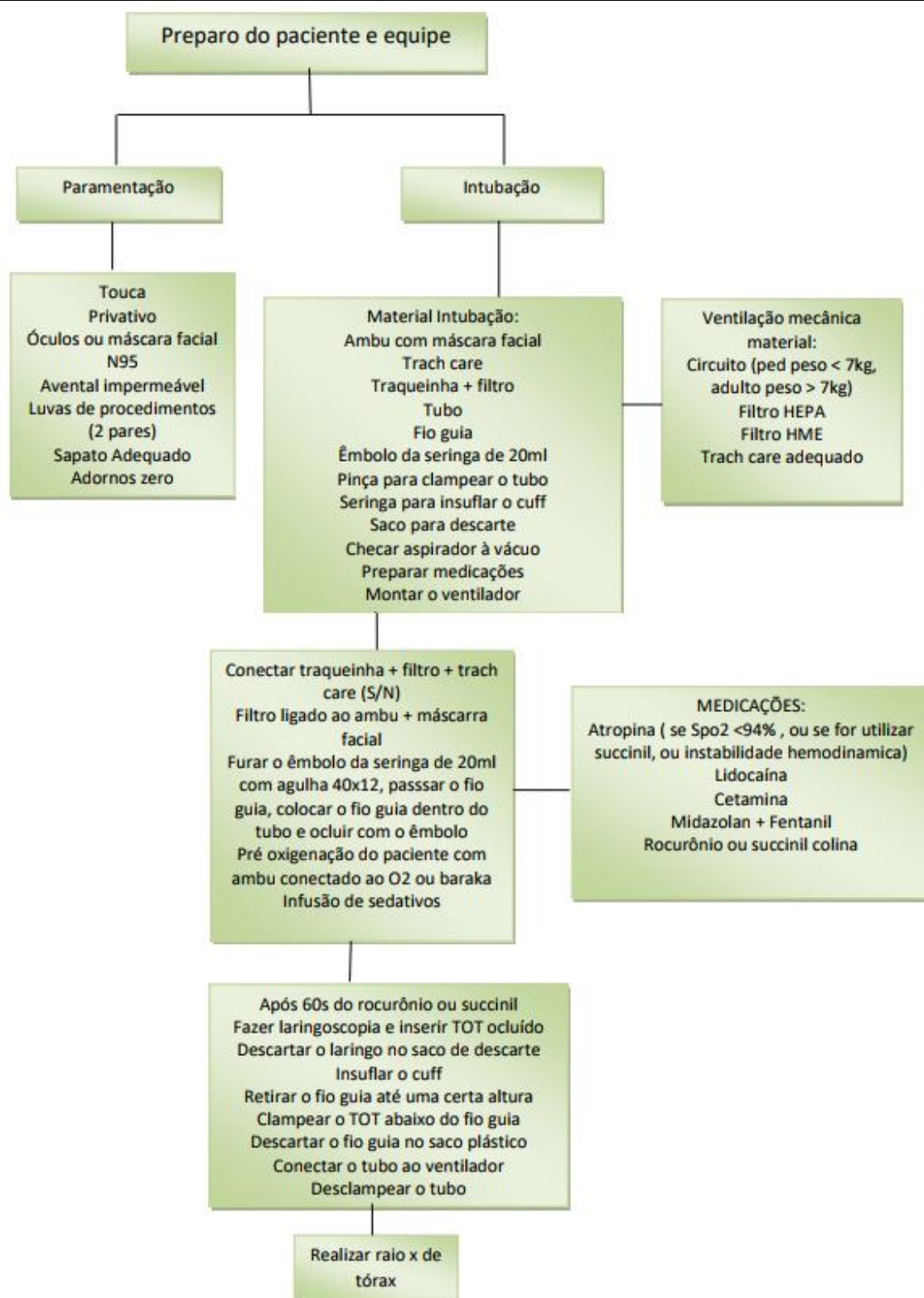
- A distância entre os dentes incisivos do doente deve ser de pelo menos 3 dedos
- A distância entre o osso hioide e o queixo deve ser de, pelo menos, 3 dedos
- A distância entre a incisura tireoide e o assoalho da boca deve ser, de pelo menos, 2 dedos;

**M= Mallampati:** a hipofaringe deve ser adequadamente visualizada. Isso pode ser realizado da forma tradicional, usando a classificação de Mallampati.

**O= Obstrução/ obesidade:** presença de quaisquer condições como epiglote, abscesso peritonsilar ou trauma

**N= Neck**

## FLUXO PARA INTUBAÇÃO DE PACIENTE PEDIÁTRICO – COVID-19





---

**TRANSPORTE DE PACIENTE PEDIÁTRICO/NEONATAL COM SUSPEITA DE COVID19 NO  
HRMS**

---

**IMEDIATAMENTE ANTES DO  
TRANSPORTE:**

**Comunicar setor que receberá paciente  
com  
Suspeita de COVID**

Os profissionais que tiveram contato com o paciente e que irão participar do transporte deverão:

- RETIRAR 1º par de luvas de procedimento
- Higienizar as mãos
- RETIRAR avental descartável com 2º par de luvas
- Higienizar as mãos
- Vestir NOVO avental descartável e PERMANECER com máscara N95, gorro e óculos de proteção
- Higienizar as mãos
- Calçar 2 NOVOS pares de luvas de procedimento
- Prosseguir para transporte do paciente

**APÓS TRANSPORTE:**

**Antes de sair do quarto, ainda paramentado**

- Retirar 1º par de luvas de procedimento
- Ao retornar ao setor de origem**
- Higienizar as mãos
  - Calçar novo par de luvas
  - Realizar limpeza e desinfecção de maca ou berço e demais equipamentos
  - Retirar 1º par de luvas de procedimento
  - Higienizar as mãos
  - Retirar avental descartável com 2º par de luvas
  - Higienizar as mãos
  - Retirar gorro
  - Retirar óculos de proteção
  - Retirar máscara N95
  - Higienizar as mãos

**Comunicar PRIME para higienização do elevador**

**ATENÇÃO**

Destacar um profissional APENAS para tocar superfícies, como maçanetas, elevador etc) durante o transporte

EPIs necessários para transporte do paciente com suspeita de COVID 19

**AVENTAL DE PROCEDIMENTO, MÁSCARA N95, 2 PARES DE LUVAS, ÓCULOS**

**DURANTE O TRANSPORTE DEVEM SER UTILIZADOS AVENTAL DESCARTÁVEL E 2 PARES DE LUVAS DE PROCEDIMENTO LIMPOS**



---

## TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DO PACIENTE

---

- Limite o transporte ao estritamente necessário;
- Notificar o setor que irá receber o paciente e o ascensorista que o paciente está em precaução (contato e gotículas);
- Durante o transporte o paciente deve utilizar máscara cirúrgica se em respiração espontânea (o transporte será realizado por técnico de enfermagem se paciente em enfermaria e estável e por equipe composta por 1 médico, 1 enfermeiro e 1 técnico de enfermagem se paciente grave);
- Para pacientes em ventilação mecânica (o transporte será realizado por 1 médico, 1 enfermeiro e 1 técnico de enfermagem. Eventualmente com a presença do fisioterapeuta)
- Montar ventilador de transporte (enfermeiro do setor providencia equipamento, cilindro de oxigênio, circuito para o ventilador mecânico, filtro HEPA e pinça para clampar TOT. Fisioterapeuta monta o ventilador e faz teste)
- Técnico de enfermagem separa as drogas necessárias para o transporte
- Colocação da prancha de suporte para ventilador de transporte/ medicações na maleta de transporte (se disponível)
- Enfermeiro separa prontuário e coloca em saco plástico (quando necessário), providencia maleta de emergência e oxímetro de pulso (isolar do leito com colocação de avental descartável)
- **TODOS os profissionais que participam do transporte do paciente devem utilizar equipamentos de proteção (máscara N95, óculos, avental descartável, dois pares de luvas e gorro).**

---

## IMEDIATAMENTE ANTES DO TRANSPORTE

---

### Comunicar setor que receberá paciente com suspeita de COVID

Os profissionais que tiveram contato com o paciente e que irão participar do transporte deverão:

- RETIRAR 1º par de luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- RETIRAR avental descartável com 2º par de luvas;
- Higienizar as mãos;
- Vestir NOVO avental descartável e PERMANECER com máscara N95, gorro e óculos de proteção;
- Higienizar as mãos;
- Calçar 2 NOVOS pares de luvas de procedimento;
- Prosseguir para transporte do paciente.



**ATENÇÃO:**

Destacar um profissional APENAS para tocar superfícies, como maçanetas, elevador etc e sinalizar evacuação para possíveis pessoas que possam estar no percurso.

Durante o transporte deve ser utilizado avental descartável e luvas de procedimento LIMPOS (se profissional em uso de avental impermeável/macacão por todo período, usar avental descartável (TNT) por cima e fazer a troca apenas deste e das luvas).

---

**APÓS TRANSPORTE**

---

**Antes de sair do quarto, ainda paramentado**

- Retirar 1º par de luvas de procedimento.

**Ao sair do quarto**

- Higienizar as mãos;
- Calçar novo par de luvas;
- Realizar limpeza e desinfecção de maca e equipamentos;
- Retirar 1º par de luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Retirar avental descartável com 2º par de luvas;
- Higienizar as mãos;
- Retirar gorro;
- Retirar óculos de proteção;
- Retirar máscara N95;
- Higienizar as mãos.

**OBS: Comunicar PRIME para higienização do elevador.**





---

**REFERÊNCIA:**

---

CDC, Interim considerations for Infection Prevention and Control of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in patient obstetric healthcare settings. Acessado em 15/03/2020.

CHEN H., GUO J., WANG C., e col. "Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission in nine pregnant women: a retrospective review of medical reports." Lancet, fev. 12, 2020.

INTUBAÇÃO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE COVID 19, AMIB, 29.03.2020. Disponível em  
[http://www.amib.org.br/fileadmin/user\\_upload/amib/2020/marco/23/15\\_INTUBACAO\\_DE\\_PACIENTES\\_PEDIATRICOS\\_COM\\_SUSPEITA\\_OU\\_CONFIRMACAO\\_DE\\_COVID-19.pdf](http://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/23/15_INTUBACAO_DE_PACIENTES_PEDIATRICOS_COM_SUSPEITA_OU_CONFIRMACAO_DE_COVID-19.pdf)

LYRA JC, REBELLO DM, CALDAS JPS, e col. Recomendações para cuidados e assistência ao recém-nascido com suspeita ou diagnóstico de COVID-19, 26 de Mar de 2020.

LYRA JC, REBELLO DM, CALDAS JPS, e col. Recomendações para cuidados e assistência ao recém-nascido com suspeita ou diagnóstico de COVID-19, 26 de Mar de 2020.

MULLINS E., EVANS D., VINER R.M., e col. "Coronavirus in pregnancy and delivery: rapid review". Accepted for publication DOI 10.1002/uog.22014

NOTA TÉCNICA Nº 5/2020-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Condutas para a realização de doação de leite materno aos bancos de leite humano e postos de coleta de leite humano no contexto da infecção coronavírus (SARSCoV-2).

NOTA TÉCNICA Nº 6/2020-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Atenção à saúde do recém-nascido no contexto da infecção pelo novo coronavírus.

NOTA TÉCNICA Nº 6/2020-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Atenção à saúde do recém-nascido no contexto da infecção pelo novo coronavírus.

PAPEL DO FISIOTERAPEUTA EM DIFERENTES CENÁRIOS DE ATUAÇÃO, ASSOBRAFIR, 25.03.2020. Disponível em <https://assobrafir.com.br/covid-19-papel-do-fisioterapeuta-em-diferentes-cenarios-de-atuacao/>

TORONTO, Region COVID-19 Recommendations for Management of Pregnant Woman and Neonates with suspected or confirmed COVID-19. Março, 17. 2020

WANG L., SHI Y., XIAO T., e col. "Chinese expert consensus of the perinatal and neonatal management for the prevention and control of the 2019 novel coronavirus infection" (First edition). Ann Transl Med. 2020;8(3):47-55

**Versão 01 – 31/03/2020**



**RESPONSÁVEL:**

Alberto Cubbel Brum Junior – Coordenador da Linha Pediatria.  
Mayara Carolina Cañedo – Gerência Assistencial da Linha Pediátrica;  
Paola Stella Wanderley De Oliveira – Pediatra;  
Priscila Costa – Médica intensivista pediátrica

---

**APROVAÇÃO:**

---

Em 08/04/2020, por:

Diretoria da Presidência HRMS: Rosana Leite Melo  
CCIH: Rodrigo Nascimento Coelho  
Diretoria Técnica Assistencial: Patrícia Rubini  
Gabinete de Crise COVID-19 HRMS:  
Ana Paula Cangussu Silva Rosa Pires  
Ana Paula de Souza Borges Bueno  
Cristiane Costa Schossler  
Denia Gomes da Silva Felix  
Juliana Fátima Fernandes Dorigão