



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORRENTE

Av. Manoel Lourenço Cavalcante, 600 - Bairro Nova Corrente

Fone: 89-35731647 – CEP. 64980-000 – Corrente/PI

CNPJ: 02.034.458/0001-97

E-mail: smscorrente@hotmail.com.br

**Protocolo Clínico de Corrente- PI para Manejo de
Pacientes Adultos com infecção pelo novo Coronavírus
(SARS-CoV-2) de aplicação nas Unidades Básica de
Saúde/Ambulatórios**

Corrente (PI), 16/05/2020



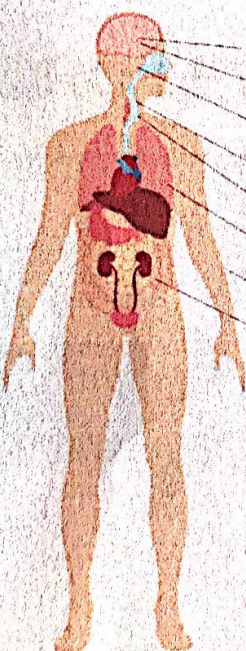
CEMSAS CORRENTE-PI



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORRENTE
Av. Manoel Lourenço Cavalcante, 600 - Bairro Nova Corrente
Fone: 89-35731647 – CEP. 64980-000 – Corrente/PI
CNPJ: 02.034.458/0001-97
E-mail: smscorrente@hotmail.com.br

Protocolo Clínico de Corrente- PI para Manejo de Pacientes Adultos com infecção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2)


AUTO-AVALIAÇÃO - COVID-19



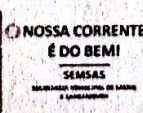
Tem febre?	05 pontos
Tem dor de cabeça?	01 ponto
Tem secreção nasal / espirros?	01 ponto
Tem dor / irritação na garganta?	01 ponto
Tem tosse seca?	03 pontos
Tem dificuldade respiratória?	10 pontos
Tem dores no corpo?	01 ponto
Tem diarreia?	01 ponto
Viajou nos últimos 14 dias para algum local com casos confirmados?	03 pontos
Esteve em contato, nos últimos 14 dias, com algum caso diagnosticado?	10 pontos

QUAL A SOMA DOS SEUS PONTOS?

Risco baixo	de 01 a 09 pontos
Risco médio	de 10 a 19 pontos
Risco alto	de 20 a 36 pontos



PREFEITURA MUNICIPAL DE CORRENTE-PI



NOSSA CORRENTE É DO BEM!
SEMSAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E HIGIENIZAÇÃO

Observação: Esse painel de autoavaliação estará nas recepções de cada unidade de saúde e deve ser feito pelo setor de triagem.

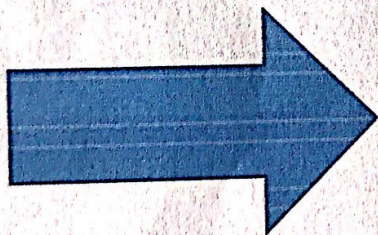


SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORRENTE
Av. Manoel Lourenço Cavalcante, 600 - Bairro Nova Corrente
Fone: 89-35731647 – CEP. 64980-000 – Corrente/PI
CNPJ: 02.034.458/0001-97
E-mail: smscorrente@hotmail.com.br

Classificação

QUADRO LEVE

Presença de pelo menos duas manifestações clínicas



Febre

Tosse

Cefaléia

Mialgia

Anosmia

Rinorréia

Diarréia

Dor de garganta

Exceto

Dispnéia

Taquipnéia (FR > 24 rpm)

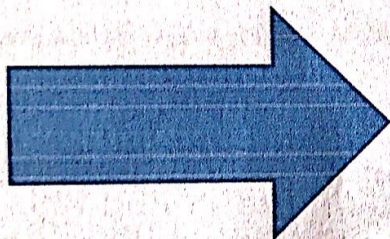
SpO2 < 92% em ar ambiente (usar oxímetro de dedo)



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORRENTE
Av. Manoel Lourenço Cavalcante, 600 - Bairro Nova Corrente
Fone: 89-35731647 – CEP. 64980-000 – Corrente/PI
CNPJ: 02.034.458/0001-97
E-mail: smscorrente@hotmail.com.br

Abordagem Clínica

QUADRO LEVE



- Acompanhamento ambulatorial
- Isolamento Domiciliar por 14 dias
- Medicamentos sintomáticos (não utilizar ibuprofeno);
- Orientar sobre sinais de alarme (próximo slide) ;
- Notificação de caso suspeito e coleta de pesquisa viral (até 7º dia do início dos sintomas) ou teste rápido (a partir do 8º dia), se disponíveis.
- Coletar: HMG, K, Na, Ca, Uréia, Creatinina, TGO, TGP, TAP, TTPa, CPK, se disponíveis;
- Avaliar necessidade de: Eletrocardiograma, raio x, se necessário.

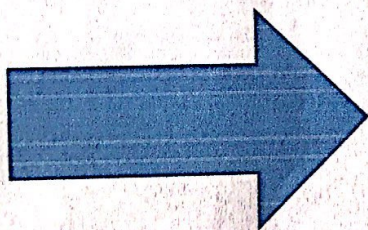


SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORRENTE
Av. Manoel Lourenço Cavalcante, 600 - Bairro Nova Corrente
Fone: 89-35731647 – CEP. 64980-000 – Corrente/PI
CNPJ: 02.034.458/0001-97
E-mail: smscorrente@hotmail.com.br

Abordagem Clínica

QUADRO LEVE

Sinais que indicam nova avaliação médico



SINAIS DE ALARME

- Aparecimento de dispnéia (FR > 24 rpm)
- Persistência de Febre por mais de 48h
- Piora dos sintomas
- Oligúria
- Alteração do Estado Mental
- Hipotensão

GRUPO DE RISCO

- Gestantes;
- Idade > 60 anos, especialmente > 65 anos;
- Profissionais de saúde;
- Tabagistas;
- HAS, DM, doença pulmonar prévia, DCV, DCeV;
- Imunossupressão (por medicação, imunodeficiências humorais, HIV +, renal crônico);
- Uso crônico de corticoides ou imunossupressores;
- Oncológicos (doenças hematológicas ou quimioterapia nos últimos 30 dias especialmente);
- Obesidade, especialmente IMC > 40;



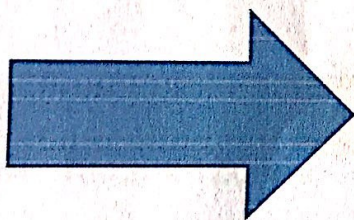
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORRENTE
Av. Manoel Lourenço Cavalcante, 600 - Bairro Nova Corrente
Fone: 89-35731647 – CEP. 64980-000 – Corrente/PI
CNPJ: 02.034.458/0001-97
E-mail: smscorrente@hotmail.com.br

Abordagem Clínica

QUADRO LEVE

Fase 1- replicação viral:

Considerar prescrever



TRATAMENTO I:

- Azitromicina 500mg – 1 comprimido, via oral, 1 vez ao dia, durante 5 dias;
- Oseltamivir 75 mg (pela possibilidade de diagnóstico diferencial com H1N1) – 1 comprimido, via oral, 12/12 horas, durante 5 dias;
- Zinco 66mg e vitamina C.
- Hidroxicloroquina (HCQ) 400mg – 1 comprimido, via oral, 12/12 horas no D01, e manter 1cp por dia até D05. Se intervalo QT<440ms (11 quadradinhos)*, uso mais seguro, ou;

TRATAMENTO II:

- Ivermectina 150 a 200mcg/kg dose única
- Azitromicina 500mg – 1 comprimido, via oral, 1 vez ao dia, durante 5 dias;

O tratamento deve obedecer a escolha médica. O paciente deve assinar termo de ciência e consentimento, e o fornecimento de medicamento será realizado após preenchimento. modelo anexo I.

Durante o uso de HCQ, estimular a ingestão de frutas ricas em potássio e isotônicos. Evitar o uso de outras medicações que podem prolongar o intervalo QT: sotalol, quinidina, amiodarona, levofloxacina, eritromicina, ciprofloxacina, haloperidol, fluoxetina, sertralina, amitriptilina, sumatriptano, domperidona, ondasetrona.



SEMSAS CORRENTE-PI



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORRENTE
Av. Manoel Lourenço Cavalcante, 600 - Bairro Nova Corrente
Fone: 89-35731647 – CEP. 64980-000 – Corrente/PI
CNPJ: 02.034.458/0001-97
E-mail: smscorrente@hotmail.com.br

HIDROXICLOROQUINA

FATORES DE RISCO	PONTUAÇÃO
Idade ≥ 68 anos	1
Sexo Feminino	1
Diuréticos de alça	1
K sérico ≤ 3.5 mEq/L	2
Admissão com QTc ≥ 450 ms	2
Infarto Agudo de Miocárdio	3
≥ 2 drogas que prolongam o QTc	3
Sepse	3
Insuficiência Cardíaca	3
Uma droga que prolonga o QTc	3
Máximo Score de Risco 2	21

Níveis de risco para QT Longo associado a medicamentos

Baixo Risco ≤ 6 pontos

Moderado Risco 7 – 10 pontos

Alto Risco ≥ 11 pontos

Ventricular Arrhythmia Risk due to Hydroxychloroquine-Azithromycin Treatment For COVID-19 - ACC
30/03/2020

Score de Pontuação	Intervalo QTc	Segurança do Tratamento
Baixo Risco ≤ 6 pontos	≤ 450 ms	Liberado
Moderado Risco 7 – 10 pontos	450 – 470ms	Cautela no uso
Alto Risco ≥ 11 pontos	470 – 500ms	Monitoramento CTI
	≥ 500 ms	Avaliar risco/benefício



SEMSAS CORRENTE-PI



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORRENTE
Av. Manoel Lourenço Cavalcante, 600 - Bairro Nova Corrente
Fone: 89-35731647 – CEP. 64980-000 – Corrente/PI
CNPJ: 02.034.458/0001-97
E-mail: smscorrente@hotmail.com.br

EXAMES DIAGNOSTICOS

EXAMES SOROLOGICOS SARS – COV -2 RNA RT-PCR E ANTICORPOS IGM E IGG

ASSINTOMÁTICO

SINTOMÁTICO

INÍCIO DE RECUPERAÇÃO

CURA

IGG ANTICORPO

IGM ANTICORPOS

SARS – COV -2 RNA E ANTÍGENOS (RT-PCR)

0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30
DIAS DE EVOLUÇÃO

Observação: Realização de exames com testes rápidos apenas em casos sintomáticos com início a mais de 7 dias.

ENCAMINHAMENTOS:

QUADRO MODERADO

**Manifestações Clínicas da Doença + Dispneia Taquipnéia (até 24 rpm),
febre por dois dias consecutivos, SpO2 < 92% em ar ambiente.**



**Os casos de classificação moderada serão referenciados ao
HOSPITAL ESTADUAL DR.JOÃO PACHECO CAVALCANTE.**



SEMSAS CORRENTE-PI



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORRENTE

Av. Manoel Lourenço Cavalcante, 600 - Bairro Nova Corrente

Fone: 89-35731647 – CEP. 64980-000 – Corrente/PI

CNPJ: 02.034.458/0001-97

E-mail: smscorrente@hotmail.com.br

Elaborado por:

FRANCISCO WILSON GRANGEIRO
CRM-PI 1167

MÉDICO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA CORRENTE-PI
MEMBRO DA JUNTA MÉDICA MUNICIPAL

JEAN CARLOS FELIX
CRM-PI 2124

MÉDICO HOSPITAL ESTADUAL DR. JOAO PACHECO CAVALCANTI

JESSICA NATALIA DA SILVA NEVES
COREN-PI 413.311

ENFERMEIRA COORDENADORA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

LEONARDO DE OLIVEIRA SOUZA
CRM-PI 7840

MÉDICO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
MEMBRO DA JUNTA MÉDICA MUNICIPAL

LIBÉRIO VENÂNCIO AMARAL JÚNIOR
CRF-PI 0997

GERENTE DE ANÁLISES CLÍNICAS LABORATORIAIS CORRENTE-PI

NELSON FERREIRA CAMPOS FILHO
CRM-PI 1345

MÉDICO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA CORRENTE-PI
MEMBRO DA JUNTA MÉDICA MUNICIPAL



SEMSAS CORRENTE-PI



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORRENTE
Av. Manoel Lourenço Cavalcante, 600 - Bairro Nova Corrente
Fone: 89-35731647 – CEP. 64980-000 – Corrente/PI
CNPJ: 02.034.458/0001-97
E-mail: smscorrente@hotmail.com.br

ANEXO I – TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

Termo de Ciência e Consentimento Hidroxicloroquina/Cloroquina em associação com Azitromicina para COVID 19

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações médicas ou laboratoriais revelaram possibilidade ou comprovação de diagnóstico:

COVID 19 causada pelo coronavírus SARS-COV-2

E com base neste diagnóstico me foi orientado o seguinte tratamento/procedimento:

Cloroquina ou Hidroxicloroquina em associação com Azitromicina

OS PROCEDIMENTOS, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), que:

1. A cloroquina e a hidroxicloroquina são medicamentos disponíveis há muitos anos para a prevenção e tratamento da malária e também para o tratamento de algumas doenças reumáticas como artrite reumatoide e lúpus. Investigadores chineses demonstraram a capacidade dessas drogas de inibir a replicação do coronavírus em laboratório (in vitro). Um estudo francês mostrou que a eliminação do coronavírus da garganta de portadores da COVID-19 se deu de forma mais rápida com a utilização da combinação de hidroxicloroquina e o antibiótico azitromicina, quando comparados a pacientes que não usaram as drogas. Entretanto, não há, até o momento, estudos suficientes para garantir certeza de melhora clínica dos pacientes com COVID-19 quando tratados com cloroquina ou hidroxicloroquina;
2. A Cloroquina e a hidroxicloroquina podem causar efeitos colaterais como redução dos glóbulos brancos, disfunção do fígado, disfunção cardíaca e arritmias, e alterações visuais por danos na retina. Compreendi, portanto, que não existe garantia de resultados positivos para a COVID-19 e que o medicamento proposto pode inclusive apresentar efeitos colaterais; Estou ciente de que o tratamento com cloroquina ou hidroxicloroquina associada à azitromicina pode causar os efeitos colaterais descritos acima e outros menos graves ou menos frequentes, os quais podem levar à disfunção de órgãos, ao prolongamento da internação, à incapacidade temporária ou permanente e até ao óbito.

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO HIDROXICLOROQUINA/CLOROQUINA- COVID 19





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CORRENTE

Av. Manoel Lourenço Cavalcante, 600 - Bairro Nova Corrente

Fone: 89-35731647 – CEP. 64980-000 – Corrente/PI

CNPJ: 02.034.458/0001-97

E-mail: smscorrente@hotmail.com.br

Também fui informado(a) que, independente do uso da cloroquina ou hidroxicloroquina associada à azitromicina, será mantido o tratamento padrão e comprovadamente benéfico para minha situação, que pode incluir medidas de suporte da respiração e oxigenação, ventilação mecânica, drogas para sustentar a pressão e fortalecer o coração, hemodiálise e antibióticos, entre outras terapias oferecidas a pacientes que estão criticamente doentes.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que os medicamentos sejam utilizados da forma como foi exposto no presente termo; Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s); Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura; Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas, reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

CORRENTE(PI), ____ de ____ de 20____: ____ (hh:min)

☐ Paciente ☐ Responsável

Nome: _____

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

CORRENTE (PI), ____ de ____ de 20____: (hh:min)

Nome do Médico: _____

CRM: _____

Assinatura: _____



SEMSAS CORRENTE-PI