

**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19

Nota Técnica N.º 7/2020 - SES/SAIS/CAT-COVID19

Brasília-DF, 05 de agosto de 2020.

FLUXO DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE PEDIÁTRICO COM INFECÇÃO PELO COVID-19 (SUSPEITOS E CONFIRMADOS)**1. CONTEXTO DA COVID-19 NA PEDIATRIA**

A população pediátrica pode desempenhar papel importante na disseminação pelo SARS-COV-2 na comunidade. Especula-se que além da dispersão viral nas secreções nasais, exista dispersão fecal por várias semanas após o diagnóstico, o que representa um desafio para o controle da infecção.

A maioria das crianças com COVID-19 tem curso clínico favorável e suas manifestações clínicas diferem amplamente das dos adultos. Febre e sintomas respiratórios não devem ser considerados como um forte marcador de COVID-19 em pediatria. Assim, devemos ter muito cuidado no estabelecimento do diagnóstico, já que a maioria dos casos varia de leves a moderado.

No Brasil, a doença pode apresentar uma evolução diferente por conta de aspectos como clima ou condição socioeconômica da comunidade.

A sazonalidade atua em tantas outras doenças virais do trato respiratório prevalentes (vírus sincicial respiratório, rinovírus, influenza, entre outras) torna a infecção por SARS-CoV-2 mais um diagnóstico diferencial.

Para o manejo clínico adequado desses quadros respiratórios, é preciso diferenciar casos de síndrome gripal e de síndrome respiratória aguda grave.

2. CONCEITOS E DEFINIÇÕES**2.1. SÍNDROME GRIPAL (SG):**

- Febre de início súbito (mesmo que referida) + tosse ou dor de garganta **E** cefaleia, mialgia ou artralgia (pelo menos um) – na ausência de outro diagnóstico específico.
 - < 2 anos: Febre de início agudo **E** sintomas respiratórios (tosse, coriza e obstrução nasal) na ausência de outro diagnóstico específico.

2.2. SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG):

- Qualquer idade com Síndrome Gripal **E** sinal de gravidade:
- SpO2 < 95% em ar ambiente
- Sinais de desconforto respiratório (batimento de asa do nariz, tiragem intercostal, cianose) ou aumento da FR avaliada pela idade (tabela abaixo)

Referências para Diagnóstico de Taquipneia em Crianças - adaptado do

Protocolo de manejo Clínico da COVID-19 na Atenção Especializada - 1a. edição revisada, Ministério da Saúde, 2020.

Idade	Frequência Respiratória
< 2 meses	> 60 irpm
2-11 meses	> 50 irpm
1- 5 anos	> 40 irpm
6 - 8 anos	> 30 irpm
> 8 anos	> 25 irpm

- Piora nas condições clínicas de doença de base
- Hipotensão, desidratação, inapetência
- Sintomas gastrintestinais como desconforto abdominal, náusea, vômito, dor abdominal e diarreia.

3. **DIAGNÓSTICO**

Devido à similaridade dos sinais e sintomas com as infecções causadas por outros vírus respiratórios comumente identificados conforme a sazonalidade, o diagnóstico definitivo de COVID-19 confirma-se após a identificação do agente viral.

3.1. **RT-PCR:** Com resultado detectável para SARS-CoV2. Deve ser coletado durante o período sintomático, entre o terceiro e o sétimo dia do início dos sintomas.

- A coleta de RT-PCR estará recomendada, conforme temporalidade, para todos os pacientes que apresentem quadro compatível com SRAG e para aqueles portadores de síndrome gripal pertencentes a grupos de risco:
 - Menores de 5 anos que necessitem de internação,
 - Portadores de doença respiratória crônica (asma, fibrose cística, displasia broncopulmonar, hipertensão arterial pulmonar),
 - Cardiopatas,
 - Portadores de doença renal crônica,
 - Portadores de doença hepática crônica,
 - Portadores de doença neurológica crônica,
 - Diabetes,
 - Imunossupressão,
 - Portadores de trissomias.
- **Seu resultado não é vinculado como critério de internação.**

3.2. **Testes Sorológicos (Detecção de anticorpos IgM/IgG por teste rápido ou quimioluminescência ou ELISA): com resultado positivo para anticorpos IgM e/ou IgG.**

- Em amostra coletada a partir do 8º dia de início dos sintomas (melhor sensibilidade depois do décimo dia). Não se recomenda a realização deste exame em pessoas assintomáticas para tentar identificar uma possível imunidade ao SARS-CoV-2.

3.3. Exames inespecíficos:

Indicados nos casos em que for necessária hospitalização, com vistas à avaliação da gravidade.

- Exames laboratoriais: hemograma, proteína C reativa, ferritina, gasometria arterial, eletrólitos, TGO, TGP, D-dímero, troponina, hemoculturas.
- Exames de imagem: as manifestações radiológicas na fase inicial são leves ou até mesmo ausentes. Na população pediátrica, tem se tornado mais evidentes a partir do 4º dia de doença, sendo observado acometimento bilateral a medida que o quadro progride. Acometimento pleural infrequente.
 - Radiografia de tórax: exame de imagem recomendado à admissão dos pacientes internados.
 - Tomografia de tórax: não está indicada rotineiramente, apenas em quadros graves. Múltiplas opacidades bilaterais irregulares em vidro fosco, opacidades em vidro fosco esparsas e irregulares e/ou infiltrados irregulares no terço médio em periferia pulmonar ou subpleurais, habitualmente mais brandos do que os achados observados em adultos. **Sua realização não é vinculada como critério de internação.**

4. PRECAUÇÕES

- **GOTÍCULAS + CONTATO:** Assistência direta ao paciente em consultório, enfermaria de coorte ou leito de isolamento
- **AEROSSÓIS + CONTATO:** Durante procedimentos geradores de aerossóis (intubação e aspiração de vias aéreas, ventilação mecânica não-invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual e coletas de amostras nasotraqueais). Em ambientes de coorte destinado ao atendimento de pacientes pediátricos graves com COVID-19 (UTI, box de emergência, sala vermelha), os profissionais assistentes devem estar completamente paramentados durante todo o plantão.

5. CLASSIFICAÇÃO

- **Assintomáticos**
- **Leves:** pacientes com acometimento de via aérea alta não complicada, apresentando sintomas inespecíficos, mantendo SpO2 > ou igual a 95%: febre, fadiga, mialgia, tosse, anorexia, odinofagia, dispneia leve, congestão nasal e cefaleia.
 - Monitoramento em ambiente domiciliar. Recomendado isolamento domiciliar, uso de sintomáticos. Orientação quanto a sinais de alerta e deterioração clínica. Oseltamivir indicado para pertencentes a grupos de risco até resultado do painel viral e exclusão de possível infecção por influenza.
- **Moderados:** pneumonia não complicada, tosse e/ou taquidispneia leve com SpO2 > ou igual a 90%.
 - Monitoramento em ambiente domiciliar se manutenção de SpO2 adequada.
 - Caso SpO2 < 95% e > 90%, indicada hospitalização em leito de enfermaria.

- Oseltamivir indicado para pertencentes a grupos de risco até resultado do painel viral e exclusão de possível infecção por influenza.
- **Graves:** pneumonia grave associada a uma das seguintes alterações: cianose central ou SpO₂ < 90%, dispneia moderada a grave, sinais de comprometimento sistêmico (sucção débil ou impossibilidade de ingerir líquidos, letargia, sonolência, crises convulsivas).
 - Internação em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.
 - Suporte ventilatório: Máscara de Venturi, máscara não-reinalante com reservatório, ventilação não-invasiva ou ventilação mecânica.
- **Críticos:** SRAG não responsiva as medidas iniciais e evoluindo para choque.
 - Internação em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
 - Suporte ventilatório e/ou uso de drogas vasoativas.

6. PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE

Ainda não há consenso na literatura sobre o período de transmissibilidade, porém com as evidências disponíveis no momento, é possível afirmar que o risco é maior no período pré-sintomático e no início da fase sintomática e que pacientes imunossuprimidos ou com evolução crítica tendem a apresentar maior período de transmissibilidade.

É possível ainda que o contágio possa ocorrer mesmo que o indivíduo não apresente sinais e sintomas da doença. No entanto, ainda podem ser detectadas partículas não infectantes de material genético viral por metodologia RT-PCR por até 5 semanas (máximo descrito).

6.1. **Período de isolamento:**

- **Caso Suspeito:** Manter em coorte de casos suspeitos, preferencialmente até a alta.
 - Na necessidade de suspensão do isolamento antes da alta: Suspende após 10 dias do início dos sintomas, desde que haja resolução da febre (sem o uso de antitérmicos) e melhora dos sintomas respiratórios nas últimas 24h. Na persistência dos sintomas respiratórios além de 10 dias, manter isolamento até 24h afebril (sem o uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas respiratórios.
 - Pacientes críticos ou imunossuprimidos: A precaução deve ser estendida para, no mínimo, 20 dias do início dos sintomas, desde que haja resolução da febre (sem o uso de antitérmicos) e melhora dos sintomas respiratórios nas últimas 24h. Pacientes que persistam sintomáticos após 20 dias do início dos sintomas, especialmente os imunossuprimidos, deverão ser reavaliados caso a caso pela equipe assistencial e médico Infectologista do Hospital de Referência para definição quanto a extensão do prazo.
- **Caso Confirmado:** Manter em coorte de casos confirmados, preferencialmente até a alta.
 - Na necessidade de liberação do isolamento antes da alta: Suspende após 10 dias do início dos sintomas, desde que haja resolução da febre (sem o uso de antitérmicos) e melhora dos sintomas respiratórios nas últimas 24h. Na persistência dos sintomas respiratórios além de 10 dias, manter isolamento até 24h afebril (sem o uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas respiratórios.
 - Pacientes críticos ou imunossuprimidos: A precaução deve ser estendida para no mínimo 20 dias do início dos sintomas, desde que haja resolução da febre (sem o uso de antitérmicos) e melhora dos sintomas respiratórios nas últimas 24h. Pacientes que persistam sintomáticos após 20 dias do início dos sintomas, especialmente os imunossuprimidos,

deverão ser reavaliados caso a caso pela equipe assistencial e médico Infectologista do Hospital de Referência para definição quanto a extensão do prazo.

7. **FLUXO DE INTERNAÇÃO**

Após atendimento inicial em emergência, verificar elegibilidade de coleta de RT-PCR ou sorologia para SARS-CoV2, painel viral e estabilização clínica.

Isolar paciente em coorte de suspeitos para COVID-19.

Solicitar transferência para hospital de referência para COVID-19 conforme a gravidade (enfermaria - Sisleitos ou UTI - Trakcare). A ausência de resultado de RT-PCR não deve retardar a transferência de sintomáticos respiratórios para Hospital de referência para COVID-19. Pacientes com necessidade de internação provenientes da atenção primária poderão ser encaminhadas diretamente para os Hospitais de referência, sem necessidade de avaliação por serviço da RUE regional ou inserção no SISLEITOS, seguindo as orientações de contato com o Hospital de referência e transporte dispostos na Circular COAPS-SAMU (nº 10/2020 - SES/SAIS/COAPS - 00060-00281831/2020-19).

No Hospital de referência, os pacientes devem ser admitidos, preferencialmente, em leitos de quartos privativos ou ambientes de coorte para casos suspeitos, devendo ser transferidos para coorte de casos confirmados, se houver confirmação laboratorial.

Todas as unidades de saúde devem adotar protocolos de rastreamento dos acompanhantes das crianças internadas quanto a febre e sintomas respiratórios. Estes acompanhantes devem ser substituídos caso possuam condições clínicas de risco e devidamente encaminhados para avaliação.

7.1. **CASOS MODERADOS**

INTERNAÇÃO EM LEITO DE ENFERMARIA (Panorama 1 intervalo 7-10h/ Panorama 3: 10h-07h do dia seguinte)

Critérios de admissão:

- Pneumonia não complicada, com tosse e/ou taquidispneia leve com SpO2 < 95%
- Necessidade de oxigenioterapia por cateter nasal.

7.2. **CASOS GRAVES**

INTERNAÇÃO EM LEITO DE UTI (Panorama 3)

Critérios de admissão

- Suporte ventilatório: Máscara de Venturi, máscara não-reinalante com reservatório, ventilação não-invasiva ou ventilação mecânica.
- Sinais de comprometimento sistêmico: sucção débil ou impossibilidade de ingerir líquidos, letargia, sonolência, crises convulsivas.

7.3. **CASOS CRÍTICOS**

INTERNAÇÃO EM LEITO DE UTI (Panorama 3)

Critérios de admissão

- Suporte ventilatório: Máscara de Venturi, máscara não-reinalante com reservatório, ventilação não-invasiva ou ventilação mecânica.
- Instabilidade hemodinâmica com necessidade de drogas vasoativas.

Casos não enquadrados nestes critérios serão analisados em conjunto entre Câmara Técnica de Diretrizes e Orientações para o Manejo da COVID-19 e Referência Técnica Distrital de Pediatria.

Esta Nota Técnica poderá ser revisada de acordo com a necessidade do cenário da rede SES/DF.

SAMARA FURTADO CARNEIRO

Mat. 0196789-4 / Coordenadora da Câmara Técnica

JULIA MOREIRA DE SOUZA DANTAS

Mat. 1664102-7 / Gerente de Assistência Farmacêutica Especializada

LIVIA VANESSA RIBEIRO GOMES PANSERA

Matr. 0186146-8 / Referência Técnica Distrital (RTD) Infectologia

CLARISSE LISBOA DE AQUINO ROCHA

Mat. 1688413-2 / Referência Técnica Distrital (RTD) Colaboradora - Infectologia

MILENA ZAMIAN DANILOW

Mat. 1677223-7 / Referência Técnica Distrital (RTD) - Pneumologia

MARCELO JORGE CARNEIRO DE FREITAS

Mat. 0154929-4 / Referência Técnica Distrital (RTD) - Hematologia

ARILENE DE SOUZA LUIS

Mat. 1671682-5 / Diretora de Serviços de Internação (DSINT)

RAQUEL VAZ CARDOSO

Matr. 1673346-0/ Gerente da Estratégia de Saúde da Família (GESFAM)

CAMILA MONTEIRO DAMASCENO

Mat. 16876393 / Referência Técnica Distrital (RTD) - Medicina de Família e Comunidade

ROSANA COSTA OLIVEIRA

Mat. 0142690-7 / Referência Técnica Distrital (RTD) - Cardiologia

EDNA MARIA MARQUES DE OLIVEIRA

Mat. 0142690-7/ Referência Técnica Distrital (RTD) Colaboradora - Cardiologia

MARJAN MARIA DE MEDEIROS RAULINO

Mat. 0131475-0 / Referência Técnica Distrital (RTD) Medicina de Emergência

ALESSANDRA PINHEIRO DE MEDEIROS

Mat. 1676605-9 / Referência Técnica Distrital (RTD) em Patologia Clínica

GUSTAVO BERNARDES

Subsecretário de Atenção Integral à Saúde (SAIS)



Documento assinado eletronicamente por **CLARISSE LISBOA DE AQUINO ROCHA - Matr.1688413-2, Membro da Câmara Técnica**, em 06/08/2020, às 18:20, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **JULIA MOREIRA DE SOUZA DANTAS - Matr.1664102-7, Membro da Câmara Técnica**, em 06/08/2020, às 18:20, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **LIVIA VANESSA RIBEIRO GOMES PANSERA - Matr.0186146-8, Membro da Câmara Técnica**, em 06/08/2020, às 18:21, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **MARCELO JORGE CARNEIRO DE FREITAS - Matr.0154929-4, Membro da Câmara Técnica**, em 06/08/2020, às 18:21, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **MARJAN MARIA DE MEDEIROS RAULINO - Matr.0131475-0, Membro da Câmara Técnica**, em 06/08/2020, às 18:22, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **ARILENE DE SOUZA LUIS - Matr.1671682-5, Membro da Câmara Técnica**, em 06/08/2020, às 18:23, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **RAQUEL VAZ CARDOSO - Matr.1673346-0, Membro da Câmara Técnica**, em 06/08/2020, às 18:23, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **ROSANA COSTA OLIVEIRA - Matr.0142690-7, Membro da Câmara Técnica**, em 06/08/2020, às 18:30, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **ALESSANDRA PINHEIRO DE MEDEIROS - Matr.1676605-9, Membro da Câmara Técnica**, em 06/08/2020, às 18:44, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **DAFNY OLIVEIRA DE MATOS - Matr.1697574-X, Farmacêutico(a) Bioquímico(a) - Farmácia**, em 06/08/2020, às 19:15, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **EDNA MARIA MARQUES DE OLIVEIRA - Matr.0140457-1, Membro da Câmara Técnica**, em 06/08/2020, às 19:16, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **SAMARA FURTADO CARNEIRO - Matr.0196789-4, Coordenador(a) da Câmara Técnica**, em 06/08/2020, às 19:21, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=44766739)
verificador= **44766739** código CRC= **47666A72**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

Setor de Áreas Isoladas Norte (SAIN) - Parque Rural, lote s/n - Bloco B - Bairro Asa Norte - CEP 70770-200 - DF