



**PROTOCOLO CLÍNICO– CENTRO ESTADUAL DE DISSEMINAÇÃO DE EVIDÊNCIAS EM
SAÚDE DO COVID-19 DA SES-PB (CDES-COVID19)**

Avaliação pré-hospitalar de pacientes com suspeição COVID-19 (PHTSL/USF)

JOÃO PESSOA – PB

17 DE ABRIL DE 2020

GERALDO ANTÔNIO ALMEIDA DE MEDEIROS

Secretário da Saúde do Estado da Paraíba

RENATA VALÉRIA NÓBREGA

Secretária Executiva de Saúde

DANIEL BELTRAMMI

Secretário Executivo de Gestão da Rede de Unidades de Saúde

PAULO CÉSAR GOTTARDO

Médico intensivista/ Diarista médico da UTI COVID-19

LUIZ GUSTAVO CÉSAR DE BARROS CORREIA

Coordenador do Centro Estadual de Disseminação de Evidências em Saúde do COVID-19

Sistema de Avaliação do *National Early Warning Score* (NEWS) para COVID.

O “National Early Warning Score”, com a tradução representando o “Escore para alerta precoce, também denominado de NEWS-score, foi desenvolvido pelo Royal “College of Physicians” em Dezembro de 2017, cujo objetivo principal era o de desenvolver uma ferramenta de detecção de deterioração clínica/orgânica de pacientes críticos.

No seu contexto de aplicabilidade, são avaliados 5 (cinco) parâmetros fisiológicos; cada parâmetro receberá uma nota de 0 a 3 pontos. O escore será definido a partir da soma das pontuações atingidas na avaliação do sensório, temperatura, frequência cardíaca, pressão arterial sistólica, saturação periférica de oxigênio, suplementação de oxigênio.

Quanto maior a pontuação atingida no escore, duas ações são disparadas: 1) Definição da frequência dos controles dos sinais vitais adequada a criticidade do caso; 2) Comunicação aos profissionais envolvidos no atendimento do paciente, para avaliação e definição da conduta. Desta forma, para cada pontuação no escore, se tem uma frequência de reavaliação, e uma resposta clínica significativa de acordo com a pontuação.

Tabela 1. Sistema de Avaliação do *National Early Warning Score* (NEWS) para COVID.[1]

	3	2	1	0	1	2	3
Idade				< 65 anos			≥ 65 anos
FR (irpm)	< 8		9 - 11	12 - 20		21, 24	≥ 25
SaO₂	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
Ar / O₂		Uso de O ₂		Ar ambiente			
FC (bpm)	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
PAS (mmHg)	< 90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			≥ 220
Consciência				Alerta			CVUP*
Temperatura (°C)	< 35		35,1-36	36,1-38	38,1-39	≥39,1	

* CVUP: V - paciente responde a chamados verbais; P - paciente responde a estímulos algícos, U - Paciente completamente inconsciente; C - Novo quadro confusional

Tabela 2. Estadiamento e Critérios para Reavaliação perante o escore NEWS modificado

Escore	Grau de Risco	Nível de Atenção	Frequência de Avaliação	Resposta Clínica	Conduta
0	-	-	-	-	Procurar hospital de sinais de alarme
1 - 4	Baixo	Amarelo	-	Unidade básica de saúde	Observação em domicílio e procurar hospital se sinais de alarme
5 - 6 ou parâmetro 3	Moderado	Laranja	1-2/1-2h	Hospital de pronto-atendimento, UPAs, pronto-atendimentos. Enfermagem na beira-do-leito, com avaliação Médica	Manter avaliações com planejamento conforme conduta médica
≥ 7	Alto	Vermelho	Contínua	avaliação de Enfermagem e Médica de Urgência Urgente	Conduta Médica de Imediato (avaliar vaga de UTI)
≥ 7	Alto	Preto	Contínua	- Pacientes extremamente grave, com doenças em estágio final, com disfunções de múltiplos órgãos e sistemas - Decisão de internação deve ser feita conforme priorização de leitos e com consulta ao coordenador da UTI	

National Early Warning Score (NEWS) para COVID-19 modificado/simplificado (NEWS-FAST-COVID) para ambiente Pré-Hospitalar/ USF

Através do modelo NEWS, conforme já utilizado pela rede SES-PB, em consonância com a Central Estadual de Regulação (CEHR) do COVID-19, foi realizado o desenvolvimento de um escore, mais simplificado, curto, com o principal objetivo de direcionar a decisão clínica e o tipo de manejo a ser indicado nos pacientes

A maior parte das infecções pelo COVID-19 são autolimitadas. Os casos mais críticos são comumente associados a população idosa, e indivíduos com comorbidades. Em estudo recente, na China, que incluiu 44,500 indivíduos com COVID-19 confirmados através de testes de RT-PCR, foi constatado que 81% dos pacientes apresentavam sintomas leves; enquanto que, em torno de 14% dos pacientes evoluíram com doença crítica/severa, que incluiu hipoxemia e > 50% de envolvimento pulmonar bilateral nas primeiras 24 a 48hs; disfunção orgânica foi evidenciada em torno de 5% dos pacientes e a letalidade ocorreu entre 2,3 – 5% dos casos [4]

A infecção pelo COVID-19 pode desencadear uma séria de síndromes clínicas no indivíduo, desde sintomas mais brandos, sem repercussões significativas, até doenças graves, potencialmente fatais. O período de incubação não é totalmente conhecido, porém presumido entre 2 – 14 dias após exposição, com a maioria dos sintomas ocorrendo no 5º dia pós-exposição [1,2,3].

A presença de sintomas leves (80% dos casos), costuma ser caracterizada pela presença de: febre, fadiga, tosse (seca ou produtiva), anorexia, mialgia, astenia, dor de garganta, congestão nasal ou cefaleia, diarreia, náuseas, vômitos (menos frequente), anosmia.

A pneumonia severa costuma causar febre, sintomas respiratórios exacerbados, e taquipnéia (frequência respiratória > 25 IRPM), SpO₂ < 93%; podendo evoluir com síndrome respiratória aguda grave (SARD); Sepsis; Choque Séptico.

O estudo prospectivo realizado em Wuhan, com 1.099 pacientes, avaliou a frequência dos principais sintomas nos pacientes infectados com COVID-19 (tabela 3). [5]. Neste estudo, 80% dos pacientes apresentaram sintomas leves da doença; enquanto em torno de 13% apresentavam doença crítica com dispnéia, FR > 25 IRPM, SPO₂ < 93%, relação P/F < 300, infiltrado pulmonar bilateral > 50% ambos pulmões nas primeiras 24-48hs de internamento). Disfunção orgânica e disfunção múltiplas de órgãos ocorreu em torno de 6% dos pacientes. [5]

Tabela. Sintomas mais frequentes em estudo prospectivo, Wuhan (N:1099)

Febre	88%
Fadiga	38%
Tosse	67%
Mialgia	14,9%
Dispnéia	18,7%
Outros (cefaleia, dor de garganta, rinorréia, sintomas gastrointestinais)	3,4%

Desta forma, para melhor avaliação dos pacientes, no ambiente pré-hospitalar (regulação SAMU), Unidades de Saúde da família e hospitais de baixa complexidade, foi

idealizado a criação de uma escala de Escore de Gravidade de pacientes com suspeição de COVID-19.

A escala utilizou as casuísticas previamente publicadas, com $N > 1000$ pacientes. A partir de vários estudos, realizou a caracterização da Síndrome Gripal com suspeição COVID-19, quando o paciente possui a “Síndrome Gripal”, que será caracterizada pela presença de 2 (dois) ou mais fatores, conforme visualizado na tabela 4.

Tabela 4. Caracterização da síndrome Gripal

Presença de 2 ou mais critérios

- Febre ($Tax > 37,8$); tosse seca; dispnéia; mialgia; coriza nasal; fadiga nos últimos 07 (sete) dias.

A partir da caracterização da Síndrome Gripal em paciente suspeito, a equipe de Saúde, realizará a aplicação da escala denominada de NEWS-FAST-COVID. A escala tem o nome NEWS, em referência ao escore de alerta precoce, utilizando algumas variáveis deste protocolo; o termo “fast”, da tradução, significa rápido/acelerado; enquanto que COVID, representará o acrônimo, ou as iniciais da letra COVID, que servirão como guia-principal para os profissionais de saúde. Desta forma, o termo COVID, significará C: comorbidades; O: oxigênio periférico; V: verificação de pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC) e temperatura (Temp); I: idade; D: desorientação.

Desta forma, através do NEWS-FAST-COVID (tabela 5), os profissionais de saúde avaliarão vários componentes que podem apresentar severas disfunções orgânicas na vigência da infecção por COVID-19 (aparelho respiratório; macrohemodinâmica; temperatura; nível de consciência), além de idade e comorbidades.

Tabela 5. NEWS-FAST-COVID

		0	1
C	omorbidades? -- Checar <i>checklist</i>	Não	Sim
O	xigênio periférico (SPO2)	SPO2 ≥ 94	SPO2 $\leq 93\%$ OU Presença de taquidispnéia (FR ≥ 25 IRPM)
V	erificar PA/FC/Temp	FC < 110 bpm OU PAS > 90 mmHg OU Temp. $36,1 - 38,9^{\circ}\text{C}$	FC ≥ 110 bpm OU PAS ≤ 90 mmHg OU Temp. $\geq 39^{\circ}\text{C}$
I	dade	< 65 anos	≥ 65 anos
D	esorientado?	Não	Sim

Tabela 6. Checklist de comorbidades de COVID-19**Check-List de Comorbidades a serem reavaliadas no ato da admissão do paciente.**

- Doença Pulmonar Pré-Existente
- Lesão Renal Crônica
- Diabetes Mellitus com HbA1C > 7,6%
- História de Hipertensão Arterial Sistêmica
- Uso de Imunobiológicos
- História de Transplante
- História de cardiopatia prévia (doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca)
- Uso de imunossupressor (incluindo quimioterápicos e corticosteroides)
- Diagnóstico de HIV (independente do nível sérico de CD4)

Após a classificação do NEWS-SCORE-COVID, a equipe de saúde, será responsável pela graduação em risco de acordo com o escore. Quando ≥ 3 pontos, será considerado risco alto, sendo classificado como Vermelho; neste caso, o paciente deverá ser encaminhado ao Centro de referência do COVID-19. Quando a pontuação for 2 pontos, o risco será denominado de intermediário; o intermediário com nível de atenção amarelo é a situação na qual o indivíduo deverá ser analisado pela Unidade básica de Saúde, objetivando conciliação medicamentosa, e evitando descompensação clínica que possa, eventualmente, causar mais agravos ao paciente em exposição ambiental ao COVID-19; enquanto que os indivíduos com grau de risco intermediário, com Frequência Respiratória (FR) ≥ 25 IRPM ou SPO2 $\leq 93\%$, deverá ser graduado como nível de atenção Laranja, sendo necessário a sua avaliação clínica em Hospital de Pronto-Atendimento ou Unidade de Pronto-atendimento (UPA). O escore 0-1, definitivamente, é o paciente com nível de verde, sem quaisquer necessidades de procura de atendimento médico/USF, apenas manter isolamento social; deve receber orientação para procurar hospital, se sinais de alarme.

Tabela 7. Proposta de acionamento, de acordo com graduação NEWS-SCORE-COVID.

Escore	Grau de Risco	Nível de Atenção	Frequência de Avaliação	Resposta Clínica	Conduta
0 - 1	Baixo	Verde	-	-	Procurar serviços de saúde se sinais de alarme
2	Intermediário	Amarelo	1x	Unidade básica de saúde Sem necessidade de Hospitalização	Sem sinais de alarme, após avaliação USF, encaminhar para isolamento domiciliar
2	Intermediário <u>com FR ≥ 25 IRPM ou SPO2 $\leq 93\%$</u>	Laranja	6/6hs durante 24hs	Avaliação de Enfermagem e Médica em ambiente hospitalar/ Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	Observação durante 6h a 24hs, em unidade hospitalar/UPA, com realização de Laboratório/Imagem se possível.
≥ 3	Alto	Vermelho	Contínua	Avaliação de Enfermagem e Médica de Urgência Urgente	Conduta Médica de Imediato (avaliar vaga de UTI); Encaminhar ao Centro de Referência COVID-19; realizar laboratório, radiografia torácica, avaliação clínica.

ANEXO 1 – FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

NEWS-FAST - COVID**Síndrome gripal (2 ou + fatores)****Febre (Tax > 37,8), tosse seca, dispnéia, mialgia, coriza nasal, fadiga nos últimos 7 (sete dias)**

- Paciente possui comorbidades? (check list de comorbidades)
- Paciente está dispneico (FR > 25 IRPM)?
 Spo2 ____ FC ____ PA ____ Temp ____
- Paciente tem > 65 anos
- Paciente está desorientado?

		0	1
C	comorbidades? -- Checar checklist	Não	Sim
O	oxigênio periférico (SPO2)	SPO2 ≥ 94	SPO2 ≤ 93% OU Presença de taquidispnéia (FR ≥ 25 IRPM)
V	erificar PA/FC/Temp	FC < 110 bpm OU PAS > 90 mmHg OU Temp. 36,1 – 38,9°C	FC ≥ 110 bpm OU PAS ≤ 90 mmHg OU Temp. ≥ 39°C
I	idade	< 65 anos	≥ 65 anos
D	esorientado?	Não	Sim

Escore	Grau de Risco	Nível de Atenção	Frequência de Avaliação	Resposta Clínica	Conduta
0 - 1	Baixo	Verde	-	-	Procurar serviços de saúde se sinais de alarme
2	Intermediário	Amarelo	1x	Unidade básica de saúde Sem necessidade de Hospitalização	Sem sinais de alarme, após avaliação USF, encaminhar para isolamento domiciliar
2	Intermediário <u>com FR ≥ 25 IRPM ou SPO2 ≤ 93%</u>	Laranja	6/6hs durante 24hs	Avaliação de Enfermagem e Médica em ambiente hospitalar/ Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	Observação durante 6h a 24hs, em unidade hospitalar/UPA, com realização de Laboratório/Imagem se possível.
≥ 3	Alto	Vermelho	Contínua	Avaliação de Enfermagem e Médica de Urgência Urgente	Conduta Médica de Imediato (avaliar vaga de UTI); Encaminhar ao Centro de Referência COVID-19; realizar laboratório, radiografia torácica, avaliação clínica.

Checklist de comorbidades de COVID-19

Check-List de Comorbidades a serem reavaliadas no ato da admissão do paciente.

- Doença Pulmonar Pré-Existente
- Lesão Renal Crônica
- Diabetes Mellitus com HbA1C > 7,6%
- História de Hipertensão Arterial Sistêmica
- Uso de Imunobiológicos
- História de Transplante
- História de cardiopatia prévia (doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca)
- Uso de imunossupressor (incluindo quimioterápicos e corticosteroides)
- Diagnóstico de HIV (independente do nível sérico de CD4)

Referências

1. Li Q, Guan X, Wu P, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med* 2020.
2. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med* 2020
3. Chan JF, Yuan S, Kok KH, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet* 2020; 395:514.
4. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA* 2020.
5. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. W. Guan, Z. Ni, Yu Hu, W. Liang, C. Ou, J. He, L. Liu, H. Shan, C. Lei, D.S.C. Hui, B. Du, L. Li, G. Zeng, K.-Y. Yuen, R. Chen. *JAMA* 2020.