

REVISÃO LITERÁRIA SOBRE OS PRINCIPAIS PONTOS NO MANEJO RESPIRATÓRIO DE PACIENTES COM COVID-19.

Jonas Sona Pires

INTRODUÇÃO

Este breve artigo, tem como obrigação auxiliar no manejo de terapia respiratória para pacientes acometidos pela Covid-19.

De acordo com Lanza e Ribeiro (2020) em dezembro de 2019, casos de infecção do sistema respiratório diagnosticados em Wuhan, província de Hubei, na China, chamaram a atenção. Poucos dias depois, em janeiro de 2020, uma nova cepa de coronavírus foi identificada no lavado brônquico de uma das pacientes infectadas, sendo denominada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como Coronavírus 2019 (SARS-CoV-2), sendo a doença causada por ele denominada como COVID-19 (LANZA; RIBEIRO, 2020). Em concordância com Lanza e Ribeiro, para o Ministério da Saúde (2020), o Coronavírus é uma família comum de vírus que causam infecções respiratórias, sendo que em 1965 que o vírus foi descrito como corona, em decorrência do perfil na microscopia, parecendo uma coroa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A organização Mundial de Saúde OMS declarou a COVID-19 como emergência de saúde pública de preocupação mundial e posteriormente a qualificou como pandemia¹. Assim considerada, estratégias globais deveriam ser tomadas para evitar que o vírus fosse levado a outros continentes.

Apenas durante o mês de março de 2020, haviam sido confirmados mais de 80.000 casos de COVID-19 na China, mais de 120.000 casos em 64 outros países, incluindo Europa, EUA e Canadá, e quase 9.000 mortes no mundo, sendo mais de 4.000 somente na Itália (LANZA; RIBEIRO, 2020). A taxa de mortalidade italiana não para de crescer tendo ultrapassado em números

¹ Uma pandemia é uma epidemia de doença infecciosa que se espalha entre a população localizada numa grande região geográfica como, por exemplo, um continente, ou mesmo em todo o mundo (<https://pt.wikipedia.org/wiki/Pandemia>)

absolutos a mortalidade chinesa. No que se refere a curva de contágio e de mortalidade brasileira, esta, se mostra muito semelhante as curvas europeias, haja vista estarmos com pouco mais de duas semanas do primeiro caso e por enquanto termos em dados oficiais 24 mortes.

TAXA DE MORTALIDADE

A letalidade do vírus parece considerável. No total, de 3% a 4% das pessoas que sabemos que contraíram a doença morreram. Mas esse cálculo é uma medida imprecisa da verdadeira letalidade, que certamente será menor. O principal motivo é a falta de detecção: há pessoas que adoecem com Covid-19 com sintomas leves e, se fossem detectadas, a letalidade seria menor. É o que sugerem as cifras da Coreia do Sul, que está realizando mais testes do que outros países e relata uma mortalidade mais baixa, de 0,6% (ANDRINO; GRASSO ; LLANERA, 2020).

A respeito da gravidade, diferentemente do que vem sendo observado em pacientes adultos e idosos infectados pelo SARS-CoV-2, destaca-se que os pacientes graves em pediatria são a minoria. Cerca de 5% são assintomáticos, 51% apresentam sintomas leves, 39% sintomas moderados, e 5% sintomas graves e gravíssimos (LANZA; RIBEIRO, 2020).

GRUPOS DE RISCO

Fazem parte dos denominados como grupos de risco, indivíduos idosos maiores que 60 anos, pacientes portadores de diabetes, hipertensos, cardiopatas, doentes com doenças pulmonares prévias (asmáticos, bronquíticos e enfisematosos), gestantes, imunodeprimidos, pacientes oncológicos e em tratamento quimioterápico.

PRINCIPAIS SINTOMAS

Dor de garganta, febre, tosse, desconforto respiratório ou taquipneia, ou fadiga; cabe ressaltar que a manifestação dos sintomas pode ser variada de acordo com cada indivíduo, como podemos ver abaixo:

Infecção assintomática: aquela sem nenhum sinal e sintomas de desconforto, RX normal, com *swab* ou lavado positivo para COVID-19.

- **Infecção leve:** sintomas leves de infecção respiratória de vias aéreas superiores, incluindo febre, fadiga, tosse.

- **Infecção moderada:** infecção de vias aéreas inferiores com tosse, febre, desconforto respiratório, sibilos na ausculta pulmonar, e possível hipoxemia. TC de tórax com lesão pulmonar subclínica.

- **Infecção grave:** infecção de vias aéreas inferiores com tosse, desconforto respiratório precoce, febre, cianose, hipoxemia ($SpO_2 < 92\%$). Pode haver sintomas gastrointestinais, como diarreia. A progressão de sintomas, geralmente, acontece em uma semana.

- **Infecção gravíssima:** infecção de vias aéreas inferiores com tosse, desconforto respiratório rápido e progressivo, evolução rápida para a insuficiência respiratória e SDRA. Choque séptico, encefalopatia, insuficiência cardíaca e renal, evoluindo para disfunção de múltiplos órgãos. (LANZA; RIBEIRO, 2020).

MANEJO CLÍNICO E RESPIRATÓRIO

1. Terapia e monitoramento precoces de suporte (oxigenioterapia)
2. Implementar ventilação mecânica usando volumes correntes mais baixos (4-8 ml / kg de peso corporal previsto) e pressões inspiratórias mais baixas (pressão de platô < 30 cmH₂O). (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2020).

Para Lanza; Ribeiro (2020), após ter instalada a ventilação mecânica invasiva, os parâmetros ventilatórios protetores devem ser mais ortodoxos, como:

- VC entre 3-6 ml/kg previsto;
- Pressão platô < 28 cmH₂O;
- pH 7,15 – 7,30;

PEEP: considerar a estratégia de triagem de acordo com a menor FiO₂.

Em documento publicado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, recomenda-se também a estratégia de ventilação baseada nos protocolo de tratamento da SDRA:

- Volume corrente de 6 mL/Kg de peso corporal ideal

- Limite superior para pressões de *plateau* < 30 cmH₂O
- Tabela de PEEP elevada em doentes com SDRA moderado a grave, associada a *driving pressure* < 15 cmH₂O

INDICAÇÕES E ESTRATÉGIA DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Não recomenda-se a utilização de ventilação mecânica não invasiva nestes doentes, nomeadamente em fase ativa de replicação viral²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Superar a nova pandemia Covid-19, é atualmente, um dos maiores desafios da saúde pública mundial e dos Estados Nacionais.

A Magnamed e seus profissionais técnicos, têm se esforçado para compreender a dinâmica desse processo, o seu impacto na saúde pública brasileira e dos demais países submetidos a esse flagelo.

Muitos estudos estão sendo produzidos neste momento, não dispomos ainda de vasto material, haja a vista, estarmos no olho do furacão. Tivemos infelizmente a oportunidade de observamos como telespectadores a tragédia italiana, e, como os chineses, coreanos e principalmente os alemães vêm superando esta crise sem precedentes em pleno século XXI.

Dentre as recomendações no manejo ventilatório pesquisadas nesse ensaio, destacam-se o quase consenso da não utilização de ventilação não invasiva, por vários fatores, como o aumento da mortalidade e da disseminação do vírus pelo ar.

No que tange ao gerenciamento da ventilação mecânica invasiva em si, cabe aos profissionais de saúde (fisioterapeutas e médicos intensivistas) buscarem estratégias ventilatórias protetoras com volume corrente mais baixo, PEEP elevado o suficiente para a manutenção da mínima oferta de concentração de oxigênio possível, *driving pressure* < 15 cmH₂O e p.platô < 28 cmH₂O.

REFERÊNCIAS

² A utilização de ventilação mecânica não invasiva tem piores resultados que a oxigenoterapia convencional e a oxigenoterapia de alto fluxo por cânula nasal em doentes com insuficiência respiratória hipoxêmica e foi associada a elevada taxa falência terapêutica em doentes, bem como, a risco acrescido da geração de aerossóis (SPCI, 2020).

ANDRINO,B; GRASSO,D. LLANERA, K. Assim evolui a curva do coronavírus no Brasil e no resto da América Latina; artigo el Pais; acesso em: https://brasil.elpais.com/brasil/2020/03/18/ciencia/1584535031_223995.html

Lanza F; Ribeiro S. Aspectos epidemiológicos e atuação do fisioterapeuta na prevenção e tratamento da covid-19 na população infantil em ambiente hospitalar. Comunicação oficial Assobrafir, 2020.

Ministério da Saúde: Acesso 23/03/2020 : <https://coronavirus.saude.gov.br/>

Sociedade Brasileira de Pediatria, Novo Coronavírus: Departamento Científico de Infectologia (2019-2021).

Sociedade portuguesa de cuidados intensivos para a abordagem do COVID-19 em medicina intensiva, 2020.