

Abordagem clínica dos doentes pediátricos com COVID-19



Síndromes clínicas em idade pediátrica

Doença Ligeira

Infeção não complicada Sintomas inespecíficos como febre, tosse, odinofagia, congestão nasal, cefaleia, mialgias e astenia, diarreia, vômitos, anósmia. Sem sinais de desidratação, sépsis ou dificuldade respiratória. Forma mais frequente em idade pediátrica.

Doença Moderada

Pneumonia não grave Tosse ou dificuldade respiratória + polipneia mas sem sinais de gravidade clínica, com ou sem infiltrado pulmonar.
(Polipneia: < 2 meses ≥ 60 cpm; 2 – 11 meses ≥ 50 cpm; 1 – 5 anos ≥ 40 cpm; >5 anos/ adolescentes > 30 cpm)

Doença Grave

Pneumonia grave Tosse ou dificuldade respiratória com pelo menos um dos seguintes critérios:
// Cianose central ou SpO2 <90% (<93% adolescentes);
// Dificuldade respiratória grave;
// Dificuldades importantes na alimentação ou alteração do estado de consciência;
// Polipneia grave (<12 meses: ≥ 70 cpm; > 12 meses: ≥ 50cpm).

Síndrome de dificuldade respiratória aguda (ARDS) Infiltrados pulmonares bilaterais + insuficiência respiratória na ausência de outra etiologia como insuficiência cardíaca ou sobrecarga de volume.

Sépsis Infeção suspeita ou confirmada e ≥ 2 critérios de SIRS, dos quais um deve ser temperatura anormal ou contagem total de leucócitos alterada.

Choque séptico Hipotensão (TAS < P5 ou < 2DP do normal para a idade e sexo) ou 2-3 dos seguintes critérios:
// Alteração do estado de consciência;
// Taquicardia ou bradicardia (FC < 90 bpm ou > 160 bpm em lactentes e FC < 70 bpm ou > 150 bpm em crianças até os 5 anos);
// TRC prolongado (> 2 segundos) ou pulso fraco;
// Exantema petequial ou purpúrico;
// Lactato aumentado;
// Oligúria;
// Hipertermia ou hipotermia.

Outras manifestações associadas a quadros graves Alterações da coagulação (TP prolongado e D-dímeros elevados), lesão do miocárdio (aumento de enzimas, alterações de ST-T no ECC, cardiomegalia e insuficiência cardíaca), insuficiência renal, elevação de enzimas hepáticas e rabdomiólise.

Grupos de doentes considerados suscetíveis para maior gravidade, necessitando de uma avaliação individualizada

Doença respiratória crónica

Fibrose cística; displasia broncopulmonar; ventilados no domicílio; doença do interstício pulmonar; asma grave; doenças neurológicas ou metabólica com compromisso respiratório.

Cardiopatia

Cardiopatias hemodinamicamente significativas e que requerem tratamento médico ou têm hipertensão pulmonar associada; cardiopatias graves recentemente intervenções ou em lista de espera de transplante cardíaco.

Imunodeprimido

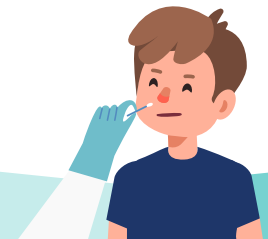
Imunodeficiências primárias (exceto dífice de IgA); infeção VIH com CD4 diminuídos; transplante de órgão sólido ou células hematopoéticas; asplenia (anatômica ou funcional, incluindo anemia falciforme); IRC sob diálise; doentes a realizar imunossuppressores.*

*quimioterapia, azatioprina, metotrexato, micofenolato, ciclosporina, ciclofosfamida, tacrolimus, sirolimus, DMARDs biológicos, inibidores JAK ou corticoterapia diária >28 dias. Não inclui hidroxiquina ou sulfasalazina.

Outros

DM tipo 1 com mau controlo. Crianças < 1 ano, avaliar caso a caso.

Estádios possíveis da COVID-19



Fase Viral 1-7 dias

>= 8 dias Fase Imune

Ligeira	Moderada	Grave	Crítico
Febre ligeira, diarreia, cefaleia, astenia, anosmia, conjuntivite, tosse sem dispneia	Tosse seca, febre moderada, mialgias, SDR ligeiro	SDR grave, hipoxia, taquicardia	Febre, ARDS, choque, falência multiorgânica, coagulopatia, síndrome de ativação macrofágica
Avaliação laboratorial e imagiológica habitualmente normais pelo que não há indicação para realização	Linfopenia, ligeiro ↑TP, Ferritina, D-dímeros, LDH TC pulmonar com imagens em vidro despolido e infiltrados pulmonares bilaterais	↑↑ D-dímeros, ferritina e triglicéridos, ↑ ALT, CK, pro-BNP e troponina. ↑ pCr e PCT Rx tórax e TC pulmonar com consolidações múltiplas lobares. Sinal do halo com reforço	↑↑↑ marcadores de inflamação, TP, D-dímeros, pro-BNP, troponina, ALT, creatinina e citopenias progressivas

Crítérios de internamento

- // Ausência de condições de vigilância domiciliária
Ver requisitos mínimos
- // Doença progressiva/prolongada
Febre alta persistente com mais de 3 dias de evolução
- // Dificuldade respiratória ou apneias
- // SpO2 < 93% em ar ambiente
- // Desidratação grave ou vômitos
- // Disfunção de órgão
Cardíaca, renal, neurológica, hepática ou coagulopatia
- // Pequeno lactente (< 3 meses) com febre
Excluir outras etiologias
- // Presença de fatores de risco
Discutir medicação e internamento caso a caso com a equipa infeciologia pediátrica e médico assistente

Crítérios de admissão em Cuidados Intensivos

- // Necessidade de FIO2 ≥ 60% para manter SpO2 92%
- // Hipercapnia com pH ≤7.30
- // Sinais de dificuldade respiratória graves
- // Instabilidade hemodinâmica
- // Necessidade de suporte de outros órgãos
- // Alteração do estado de consciência

Orientação na doença ligeira

- / Não são necessários exames complementares de diagnóstico
- / Tranquilizar a criança/adolescente e família
- / Tratamento sintomático
- / Isolamento no domicílio (ver requisitos mínimos para isolamento no domicílio, enviar os folhetos <https://jo.my/infocovid> e <https://jo.my/covid-child>)
- / Monitorização TRACE-COVID
- / Monitorização telefónica diária
- / Os doentes em domicílio, com resultado laboratorial positivo, que fiquem assintomáticos durante o seguimento, devem repetir o teste entre o 10.º e o 14.º dia após o início dos sintomas

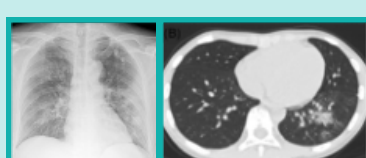
Requisitos mínimos para isolamento no domicílio

1. Domicílio adequado: de preferência com sala/quarto com boa ventilação que possa ser dedicada ao isolamento do caso, com a possibilidade eventual de casa de banho exclusiva para a criança doente e para o cuidador;
2. Disponibilidade de telefone que garanta comunicação permanente com a equipa de saúde até que os sintomas estejam resolvidos;
3. Facilidade de acesso ao hospital;
4. Ausência de coabitantes com condições de saúde que indiquem maior risco (> 65 anos, doenças crónicas, imunodeprimidos, grávidas); ponderar caso a caso e consoante a capacidade de isolamento dos mesmos;
5. O doente e os seus coabitantes devem ser capazes de entender e aplicar medidas básicas de higiene, prevenção e controle da infeção de maneira correta e consistente;
6. Disponibilidade por parte do hospital ou de outros serviços de saúde locais para acompanhamento do caso.

Orientação na doença moderada a grave ou se fatores de risco

Exames complementares (a efetuar na doença moderada e grave; ponderar na doença ligeira se fatores de risco)

- / Hemograma, estudo bioquímico (AST e ALT, bilirrubina total e direta, LDH, creatinina sérica, ureia, enzimas musculares, PCR e PCT) e coagulação com doseamento de D-dímeros
- / Na doença grave: troponinas, pro-BNP, fibrinógeno, ferritina e triglicérides
- / Hemocultura se suspeita de sobreinfeção bacteriana
- / Gasimetria arterial se hipoxemia mantida sob oxigenoterapia
- / Radiografia de tórax se suspeita de pneumonia
- / TC pulmonar não é um exame de primeira linha na avaliação de pneumonia. Poderá ser considerada em quadros clínicos graves ou se suspeita de complicações
- / ECG: a ponderar caso a caso, no internamento



Terapêutica

- / **Analgesia e antipirexia** paracetamol como primeira linha. Os AINEs não estão contraindicados. Não há evidência clara que agravem o curso da doença. Há um risco teórico que está a ser investigado.
- / **Evitar sempre que possível procedimentos geradores de aerossóis como aspiração de secreções ou nebulização.**
- / **Oxigenoterapia** se necessária utilizar por cânula nasal ou máscara facial.
- / **Terapêutica inalatória** se dificuldade respiratória, utilizar inalador de pressão positiva +/- câmara expansora (salbutamol, fluticasona, etc).
- / **Corticóides sistémicos** não devem ser utilizados, exceto em doentes com indicação clínica para tal, pela(s) comorbidade(s) presentes.
- / **Fluidoterapia** a maioria das crianças com doença ligeira não requer restrição de fluidos; no entanto, atendendo a que a fluidoterapia agressiva pode agravar o quadro respiratório, poderá haver necessidade de restrição nos quadros mais graves quando não há evidência de choque.
- / **Antibioterapia** considerar apenas na doença grave, se persistência da febre e/ou aumento da PCR, procalcitonina e leucocitose ou se agravamento da pneumonia. A antibioterapia deverá ser adaptada à utilizada na pneumonia adquirida na comunidade. Se houver suspeita de sépsis, a antibioterapia deverá ser orientada pela clínica, idade e características do doente, e administrada o mais precocemente possível.
- / **Terapêutica antivírica** não existem atualmente medicamentos autorizados para o tratamento de COVID-19. Há várias moléculas apontadas como possíveis tratamentos terapêuticos. A sua utilização deverá ser avaliada caso a caso, com discussão com a equipa de infeciologia pediátrica, sobretudo na doença grave e nos grupos de risco. Administrar Oseltamivir se co-infeção com vírus da gripe.

Todos os doentes com suspeita de COVID-19 devem ser registados no SINAVE