



GUIA DE CONDOTA MÉDICA PARA COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE MATO GROSSO

SES
Secretaria
de Estado
de Saúde



Governo de
**Mato
Grosso**

Abril/2021



Aos médicos...

- Esse guia de conduta foi elaborado para nortear as condutas no atendimento aos pacientes com COVID-19.
- Ele não substitui o “ofício” do médico e nem retira a autonomia do médico e do paciente.
- Nesse sentido, as condutas devem ser individualizadas, levando em consideração sempre as peculiaridades de cada caso, tais como, a percepção médica da maior ou menor severidade e o consequente ajuste das doses propostas, as eventuais comorbidades, alergias medicamentosas e eventuais riscos individuais das medicações propostas (ex.: enoxaparina em portadores de coagulopatias ou plaquetopenias severas).
- As condutas propostas foram norteadas pelas publicações realizadas até o momento sobre o tema, podendo ser revistas diante de novas e impactantes publicações.
- O Código de Ética Médica VII, do Capítulo I – Princípios Fundamentais, item VII, esclarece que “o médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente”. Não há impedimentos quando a tentativa é de melhorar ou assegurar a vida do paciente.
- Ainda existe grande controvérsia sobre a eficácia do tratamento da fase viral da COVID-19.

Aos médicos...

- Existem estudos observacionais mostrando eficácia e muitos ensaios clínicos randomizados em vias de publicação, sendo revisto por pares, de modo que não houve consenso no grupo de consultores de que esses medicamentos devessem ser banidos, optando-se por preservar a autonomia do médico e do paciente, em consonância com o posicionamento do Conselho Federal de Medicina (CFM).
- No entanto, está bem demonstrado em boa literatura que o uso tardio (após a fase viral) da Azitromicina e da Hidroxiclorquina não foi eficaz.
- Importante ressaltar, no entanto, que a assistência médica imediata e adequada desde os primeiros dias da COVID-19 e mantida durante toda a doença, se traduz em redução de internações e mortalidade.

INFLUENZA, COVID OU DENGUE?

Aqui fica um alerta para eventuais diagnósticos diferenciais frente ao paciente com síndrome gripal:

- Na ausência de teste confirmatório de COVID-19 (RT-PCR ou COVID antígeno), de sintomas específicos (anosmia, ageusia) e com tomografia de tórax normal, atentar para a possibilidade de outros diagnósticos, como Influenza, Dengue, etc.
- Se presentes exantema e plaquetopenia < 90 mil, suspeitar de dengue.
- Se a suspeita maior for Influenza, considerar o uso de Oseltamivir nos mais idosos.

FATORES DE RISCO CLÍNICO PARA FORMAS GRAVES DE COVID-19

- Idade > 60 anos;
- Sexo masculino;
- Obesidade (IMC >30) ;
- Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus sem bom controle;
- Cardiopatia grave (Insuficiência Cardíaca);
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) moderada a grave;
- Asma moderada a grave;
- Imunodeprimidos (câncer, quimioterapia, etc);
- Uso de anabolizantes;
- Hiperglicemia na fase viral;
- Síndrome de Down;
- Doença renal crônica;
- Anemia Falciforme;
- Gestantes e lactantes.

DADOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS QUE INDICAM RISCO DE AGRAVAMENTO NA COVID-19

DADOS CLÍNICOS

- Persistência ou retorno da febre;
- Piora clínica (fadiga, hiporexia);
- Aumento da tosse;
- Dispnéia.

DADOS LABORATORIAIS

- Linfócitos $< 1.000 /\text{mm}^3$;
- Proteína C-reativa (PCR) $> 50 \text{ mg/L}$;
- Desidrogenase Láctica (DHL) $> 2x$ do valor normal;
- Ferritina $> 1000 \text{ ng/mL}$;
- D-dímero $> 1.000 \text{ ng/dL}$;
- Triglicerídeos $> 150 \text{ ml/dL}$;
- Relação neutrófilos/linfócitos (RNL):
 $> \text{que } 2,2 > \text{risco leve}$;
 $> 4,82 > \text{risco elevado}$.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO DA FASE I (DIA 1 A DIA 5-7)

- **Não recomendamos o uso de corticóide na fase viral.**

Salvo situações excepcionais, tais como uso diário prévio, asma grave, encurtamento da fase I, etc.

- **Considerando as controvérsias ainda existentes sobre os fármacos Ivermectina, Azitromicina e Hidroxicloroquina especificamente na fase I da COVID-19 e em respeito ao Conselho Federal de Medicina (CFM), que preza pela autonomia do médico e do paciente, fica à critério do médico a prescrição e do paciente o seu uso, sob consentimento.**

- **Considerando os robustos dados extraídos do estudo Recovery, não recomendamos o uso da Azitromicina e da Hidroxicloroquina na fase II, especialmente em pacientes hospitalizados.**

MEDICAÇÕES SUGERIDAS

FASE I

USO ORAL

- DIPIRONA 500 MG;
- PARACETAMOL 500;
- FAMOTIDINA 40 MG;
- N ACETIL CISTEÍNA 600 MG;;
- CLORIDRATO DE BROMEXINA
- AZITROMICINA 500 MG;
- IVERMECTINA 6 MG;
- HIDROXICLOROQUINA 400 MG;
- ZINCO QUELADO 30 MG;
- REPOFLOR OU ENTEROGERMINA;
- IRRIGAÇÃO NASAL;
- SORO FISIOLÓGICO 0,9%;
- ENOXAPARINA.

FASE II E III

USO ORAL

- FAMOTIDINA 40 MG;
- N ACETIL CISTEÍNA 600 MG;
- DEXAMETASONA 4 MG;
- PREDNISONA 20 MG;
- PREDNISOLONA 20 MG;
- COLCHICINA 0,5 MG;
- AMOXACILINA/CLAVULANATO 875 MG/125 MG;
- LEVOFLOXACINA 750 MG;
- CLORIDRATO DE MOXIFLOXACINO 400 MG.

USO SUBCUTÂNEO

- ENOXAPARINA.

USO ENDOVENOSO

- METILPREDNISOLONA 125 MG (frasco);
- DEXAMETASONA 4 MG/2,5
- CEFTRIAXONE 1 G.

USO INALATÓRIO

- BECLOMETASONA 200 MCG SPRAYSPRAY;
- BECLOMETASONA/FORMOTEROL 100MCG/6MCG SPRAY.

Classificação de formas clínicas da COVID-19 segundo National Institute OF Health (NIH):

Estágio (IH):

Características

Assintomático ou pré-sintomático	Teste positivo para Sars-Cov-2 sem sintomas.
COVID-19 LEVE	Febre, dor de garganta, tosse, mal estar, dor de cabeça sem falta de ar ou alteração radiológica (TC).
COVID-19 MODERADA	Evidência de pneumonia mas saturação ≥ 94 .
COVID-19 GRAVE	Evidência de pneumonia saturando <94 , >30 respirações por minuto, $> 50\%$ pulmão acometido, $PaO_2 / FiO_2 < 300$ na gasometria.
COVID-19 GRAVÍSSIMA	Insuficiência respiratória, choque séptico, falência de múltiplos órgãos.

NIH GUIDELINES: Espectro da severidade da COVID-19: Clinical management of COVID-19: Interim guidance (8)

APÓS AVALIAÇÃO, CLASSIFIQUE O CASO:

1. COVID-19 LEVE

- 1.1. SEM fatores de risco para COVID-19 GRAVE
- 1.2. COM fatores de risco para COVID-19 GRAVE

2. COVID-19 MODERADA

3. COVID-19 GRAVE

4. COVID-19 GRAVÍSSIMA

1.1. COVID-19 LEVE SEM FATORES DE RISCO

(Sintomas gripais leves, sem dispnéia e boa saturação)

NO DIA 5 – 7 DE SINTOMAS FAZER OS SEGUINTE EXAMES

- Hemograma;
- Creatinina;
- Glicemia de jejum;
- Transaminase oxalacética (TGO), Transaminase pirúvica (TGP);
- Proteína C-reativa (PCR);
- D-dímero.

SEGUIMENTO

Se boa evolução clínica, exames normais e boa saturação:

- Considerar dispensar a tomografia computadorizada;
- Alta no dia 10.

Se evolução clínica ruim, definida por:

- Febre persistente ou retorno da febre, piora da tosse e dispneia;
- E/ou exames alterados;
- Seguir recomendações para COVID-19 MODERADA.

1.2. COVID LEVE COM FATORES DE RISCO

(Obesidade, asma grave, outras comorbidades...)

FAZER OS SEGUINTE EXAMES NO D5- D7 E ACONSELHAMOS REPETIR EXAMES POR VOLTA DO DIA 10 DE SINTOMAS:

- Hemograma;
- Creatinina;
- Glicemia jejum;
- Transaminase oxalacética (TGO), Transaminase pirúvica (TGP);
- Proteína C-reativa (PCR);
- Ferritina;
- D-dímero;
- Fibrinogênio;
- Lactato desidrogenase (LDH);
- Tomografia computadorizada de tórax.

SEGUIMENTO

Se boa evolução clínica, exames normais e boa saturação:

- Alta no Dia 14 de sintomas;

Se evolução clínica ruim, definida por:

- Febre persistente ou retorno da febre, piora da tosse, dispneia, queda na saturação;
- E/ou exames alterados;
- Seguir as recomendações para COVID-19 MODERADA.

2. COVID-19 MODERADA

(Evidência de pneumonia viral com saturação > 94%)

Os pacientes COVID-19 MODERADOS E GRAVES usualmente estão na fase II ou III.

Entretanto, alguns pacientes podem apresentar piora clínica já nos primeiros dias, sugerindo um “encurtamento” da fase 1.

Os seguintes achados definem agravamento:

- Piora clínica → febre, tosse, dispneia;
- Piora nos marcadores inflamatórios → aumento na Proteína C-reativa (PCR), Ferritina;
- Piora nos marcadores de coagulopatia → Tempo de atividade da protrombina (TAP) alargado, D-dímero e Fibrinogênio aumentados;
- Aumento da extensão do acometimento pulmonar na tomografia computadorizada de tórax.

EXAMES IMEDIATOS E REPETIR NA EVOLUÇÃO

- Hemograma;
- Creatinina;
- Transaminase oxalacética (TGO) e Transaminase pirúvica (TGP);
- Glicemia de jejum;
- Proteína C-reativa (PCR) e Ferritina;
- Tempo de atividade da protrombina (TAP);
- Fibrinogênio;
- Lactato desidrogenase (LDH);
- Tomografia computadorizada de tórax.

2. COVID-19 MODERADA

SEGUIMENTO

Se exames e tomografia computadorizada de tórax confirmarem achados clínicos de pneumonia viral e se estiverem presentes achados laboratoriais de inflamação e coagulopatia, seguir a conduta:

- **Dexametasona: 4 a 8 mg/dia, até 60 kg; 6 a 12 mg até 90 kg e 9 a 18 mg até 120 kg;**
 - Essas doses equivalem a 0,5 – 1 mg/kg/dia de Prednisone;
 - Fazer em dose única, após o desjejum, 3 a 5 dias e reavaliar.
- **Colchicina 0,5 mg de 12/12 hs até 100 kg e de 8/8 horas >100 kg, 7 a 10 dias;**
- **Enoxaparina: 0,5 a 1 mg/kg/dia em dose única, até sair da fase inflamatória e queda substancial no D-dímero e no fibrinogênio e então:**
 - Alternar para Ácido Acetilsalicílico (AAS) 100 mg/dia ou Apixaban 2,5 mg 12/12 h, por 30-60 dias.

OBS: Não fazer enoxaparina se plaquetas < 90.000.

Repetir hemograma após 3 dias de início da Enoxaparina para avaliar se não surgiu plaquetopenia induzida pela enoxaparina e avaliar histórico de sangramentos.

2. COVID-19 MODERADA

SEGUIMENTO

- Na presença de achados indicativos de coinfeção bacteriana, iniciar um dos esquemas abaixo por sete a dez dias:
 - Amoxicilina com Clavulanato 875/125 mg 2x ao dia; ou
 - Levofloxacina 750 mg/dia; ou
 - Moxifloxacino 400 mg/dia.

- Famotidina 20 a 40 mg à noite, 7 dias;

- Cloridrato de Bromexina xarope 8 mg/5 ml: 5 ml 3x/dia (evitar nos diabéticos);

- Corticoide inalatório associado ou não com broncodilatador 12/12 h (se necessário);

- Fisioterapia Respiratória (se necessário).

2. COVID-19 MODERADA

Exemplo de caso clínico

- Paciente sexo masculino, 58 anos, hipertenso com bom controle, com índice de massa corpórea (IMC) 38, apresentando síndrome gripal há 7 dias e evoluindo com aumento progressivo da tosse, febre persistente e dispneia recente. Oximetria com 95%, e com frequência cardíaca (FC) de 104 bpm.
- Ao exame: hidratado, febril, acianótico, taquipneia leve (24 IR/min), tosse frequente e hemodinamicamente estável com taquicardia leve (104 bpm).
- Classificado como COVID-19 MODERADA.
- Solicitado exames e tomografia computadorizada de tórax (urgentes).
- Iniciado Enoxaparina 0,5 mg/kg/dia, Prednisona 0,5 mg/kg/dia, Colchicina 0,5 mg de 12/12 h, Levofloxacino 750 mg/dia, N-Acetil cisteína 600 mg/dia e Famotidina 40 mg/dia (noite).

3. COVID-19 GRAVE

(Pneumonia viral com saturação < 94%, Frequência Respiratória (FR) >30, tomografia computadorizada (TC) > 50% e PaO₂/FiO₂ < 300 na gasometria).

Internar o paciente

Até conseguir o leito:

- 1° Metilprednisolona 125 mg endovenoso (EV) + Soro Fisiológico 0,9% 100 ml, correr EV em meia hora, por 3 dias ou Dexametasona 15 a 20 mg EV;
- 2° Enoxaparina 1 mg/kg subcutâneo (SC), dividida em duas tomadas diárias;
- 3° Avaliar escalonar antibiótico se evidência de coinfeção:
 - Ceftriaxona, Amoxicilina com Clavulanato, Levofloxacina ou Moxiflocacino;
- 4° Colchicina 0,5 mg de 8/8 hs, por 7 dias;
- 5° N-Acetilcisteína 600 mg 1x ao dia;
- 6° Corticoide inalatório;
- 7° Oxigenoterapia nasal 2 a 5 lts/min com meta de saturação de 92 a 95%:
 - Evoluir para ventilação não invasiva (VNI) se não atingir meta;
- 8° Fisioterapia respiratória;
- 9° Pronação.

3. COVID-19 GRAVE

Exemplo de caso clínico

- Paciente sexo masculino, 45 anos, portador de Diabetes Mellitus, no Dia 9 de início dos sintomas, diagnóstico confirmado de COVID-19 por exame RT-PCR. Oximetria com 89%, Frequência cardíaca (FC) 120 bpm. Trouxe tomografia computadorizada de tórax com acometimento de 75%.
- Ao exame: desidratado +/-, febril, acianótico, dispneico, fácies de ansiedade, tosse severa.
- Aparelho Cardiovascular → ritmo cardíaco regular em 2 tempos com bulhas normofonéticas (RCR 2T BNF), frequência cardíaca (FC): 120 bpm, Pressão arterial (PA): 140/80 mmHg.
- Aparelho Respiratório → dispneia moderada, murmúrio versicular (MV) universal com roncosparsos e frequência respiratória (FR): 40 IR/min.
- Classificado como COVID-19 GRAVE.
- Solicitado internação hospitalar com urgência.

3. COVID-19 GRAVE

(Insuficiência respiratória, choque séptico e falência de múltiplos órgãos)

Internação de emergência e seguir o protocolo hospitalar

Até conseguir o leito:

- 1º Intubação orotraqueal (IOT) e instituir ventilação mecânica (VM);
- 2º Reposição volêmica vigorosa;
- 3º Drogas vasoativas;
- 4º Antibioticoterapia endovenosa (EV).

Corticoide - doses e equivalências

DEXAMETASONA 6 MG equivalem a:

- PREDNISONA OU PREDNISOLONA 40 MG ou;
- METILPREDNISOLONA 32 MG ou;
- HIDROCORTISONA 160 MG.

Recomendamos o uso de Prednisona na COVID-19 MODERADA ou GRAVE, na dose de 0,5 mg a 1 mg/kg/dia (dependendo da gravidade do caso), em dose única, após o desjejum ou o seu equivalente em Dexa ou Metilprednisolona. Ex.: caso moderado, 80 kg > fazer 80 mg de Prednisona em dose única após o desjejum ou o equivalente em Dexametasona (12 mg) ou Metilprednisolona por via endovenosa (64 mg).

ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS

- **Para a Enoxaparina:**
 - Fondaparinux sódico, nos casos de plaquetopenia induzida pela Enoxaparina;
 - Heparina 5.000 UI de 12/12 horas.
- Apixaban 2,5 a 5 mg 12/12 h ou Rivaroxaban 10-20 mg nos casos moderados e no pós COVID-19;
- Ácido Acetilsalicílico (AAS) 100 mg nos casos leves com alterações também leves nos marcadores de coagulopatias e no pós COVID-19 (30-60 dias).

COLABORADORES

Danielle P. D. Carmona Bertucini
Secretária Executiva de Saúde
GBEX/SES-MT

[Handwritten signature]
Danielle Pedroso Dias Carmona Bertucini
Secretária Adjunta Executiva de Saúde SES/MT

[Handwritten signature]
Dra. Elza Luiz de Queiroz
Médica Anestesiologista
Representante da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso

[Handwritten signature]
Dr. Carlos Augusto Carretoni Vaz
Médico Cardiologista
Representante da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso

[Handwritten signature]
Dr. Carlos Carretoni
Hemodinâmica e Cardiologia
Intervencionista
CRM-MT: 3573

[Handwritten signature]
Dr. José Eugênio de Paiva
Médico Anestesiologista e Deputado Estadual
Representante da Comissão de Saúde da ALMT

[Handwritten signature]
Dra. Hildenete Monteiro Fortes
Médica Hemoterapeuta e Homeopata
Representante do Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso

[Handwritten signature]
Dra. Hildenete Monteiro Fortes
Médica - Homeopata
CRM-MT 1555 RQE 1787

[Handwritten signature]
Dra. Eva Clarice Abdo Grigoli
Médica Infectologista
Representante da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá

[Handwritten signature]
Dr. Eva Clarice A. Grigoli
Médica Infectologista
CRM-MT 6012 / RQE 4443

[Handwritten signature]
Dr. Francisco Kennedy S. Faleiros de Azevedo
Médico Infectologista
Representante da Secretaria Municipal de Saúde de Varzea Grande

[Handwritten signature]
Francisco Kennedy S. F. de Azevedo
Infectologista
CRM/MT 4628

[Handwritten signature]
Dr. José Carlos Amaral Filho
Clínica Médica e Reumatologia
Representante da Academia de Medicina de Mato Grosso

[Handwritten signature]
DR. JOSÉ CARLOS AMARAL FILHO
REUMATOLOGISTA
CRM-MT 2028

[Handwritten signature]
Dr Adeildo Martins de Lucena Filho
Médico de Família e Comunidade
Representante do Sindicato dos Médicos de Mato Grosso

[Handwritten signature]
Adeildo M. de Lucena Filho
Medicina da Família
CRM/MT 2594

[Handwritten signature]
Dra. Alessandra Carvalho Mariano
Médica Urologista e Legista
Representante do Sindicato dos Médicos de Mato Grosso

[Handwritten signature]
Dr. Ivo Antônio Vieira
Urologia - Cirurgia
Médico Intensivista
Representante do Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso
CRM/MT 1043
Perícia Médica RQE 115
Med. do Trabalho RQE 6
Med. Intensiva RQE 3836

Anexo 1

GUIA DE CONDUTA MÉDICA PARA COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE MATO GROSSO

Protocolo sugerido para paciente adulto

Manter paciente e contactantes em isolamento social até término de período de transmissibilidade.

DEFINIÇÃO	EXAMES SUGERIDOS	TRATAMENTO	OBSERVAÇÕES	
<p>1.COVID-19 LEVE:</p> <p>1.1 SEM FATOR DE RISCO PARA FORMAS GRAVES;</p> <p>1.2 COM FATOR DE RISCO PARA FORMAS GRAVES.</p>	<p>Febre, dor de garganta, tosse, mal-estar e cefaleia</p> <p>SEM dispneia;</p> <p>Boa saturação;</p> <p>TC de tórax normal.</p>	<p>RT-PCR COVID-19;</p> <p>Creatinina;</p> <p>Glicemia jejum;</p> <p>TGO, TGP;</p> <p>PCR;</p> <p>D-dímero;</p> <p>TC DE TÓRAX.</p>	<p>Sintomáticos</p> <p>Não é recomendado o uso de corticoide (exceto pacientes com doença prévia que exija seu uso diário).</p> <p>Reavaliação diária (TELEMEDICINA ou PRESENCIAL)</p> <p>Se COVID LEVE COM FATOR DE RISCO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acrescentar exames ferritina e fibrinogênio; - Avaliar início de enoxaparina subcutânea na dose de 0,5 mg/kg/dia. <p>Atentar para diagnósticos diferenciais como dengue, Influenza (pesquisar antígenos).</p> <p>Se a suspeita maior for Influenza, considerar o uso de Osetamivir em pacientes com fatores de risco.</p> <p>Considerando as controvérsias ainda existentes sobre os fármacos Ivermectina, Azitromicina e Hidroxicloroquina especificamente na fase I da COVID e em respeito ao CFM, que preza pela autonomia do médico e do paciente, fica à critério do médico a prescrição e a critério do paciente o seu uso, sob consentimento.</p>	
<p>2. COVID-19 MODERADA</p>	<p>Pneumonia viral</p> <p>Saturação > 94%</p>	<p>Hemograma;</p> <p>Creatinina;</p> <p>Glicemia jejum;</p> <p>TGO, TGP;</p> <p>PCR;</p> <p>Ferritina;</p> <p>D-dímero;</p> <p>Fibrinogênio;</p> <p>TAP;</p> <p>LDH;</p> <p>Troponina;</p> <p>EAS (urina tipo I);</p> <p>TC DE TÓRAX.</p>	<p>Sintomáticos</p> <p>Reposição volêmica conforme avaliação clínica</p> <p>Dexametasona VO</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 a 8 mg/dia até 60 kg; - 6 a 12 mg até 90 kg; - 9 a 18 mg até 120 kg; <p>Essas doses equivalem a 0,5 - 1 mg/kg/dia de Prednisona, que pode ser outra opção; Fazer dose única, após o jejum, por 3-5 dias e reavaliar.</p> <p>Colchicina: 0,5 mg VO de 12/12 horas até 100 kg e de 8/8 horas >100 kg, 7 a 10 dias;</p> <p>Enoxaparina: 0,5 a 1 mg/kg/dia subcutâneo (SC), até sair da fase inflamatória e queda substancial no D-dímero e no fibrinogênio. Após: substituir por AAS 100 mg/dia VO ou Aproxaban 2,5 mg VO 12/12 hs, por 30-60 dias;</p> <p>Famotidina: 40 mg VO, 10 dias;</p> <p>Cloridrato de bromexina xarope 5 ml de 8/8 horas (evitar na hiperglicemia);</p> <p>Corticoide inalatório associado ou não com broncodilatador 12/12 horas (se necessário).</p>	<p>Reavaliação diária (TELEMEDICINA ou PRESENCIAL)</p> <p>Antibióticos: associar ou escalar se presentes achados de coinfeção bacteriana:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Azitromicina 500 mg/dia e Amoxicilina/Clavulanato 875/125 mg 2x/dia ou; • Levofloxacina 750 mg/dia ou; • Moxifloxacina 400 mg/dia. <p>Osetamivir 75mg VO 12/12h por 5 dias (se diagnóstico de COVID não confirmado);</p> <p>Não fazer Enoxaparina se plaquetopenia < 90 mil e/ou sangramento ativo ou recente ou outras contraindicações.</p> <p>Iniciar FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA;</p> <p>Exames laboratoriais e nova tomografia de tórax de acordo com a evolução clínica;</p> <p>Indicam piora evolutiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piora clínica: tosse, dispneia e febre; • Piora laboratorial: aumento do PCR, ferritina, D-dímero e no fibrinogênio; • Extensão do acometimento na TC de tórax; • Queda na saturação.
<p>3.COVID-19 GRAVE</p>	<p>Pneumonia viral</p> <p>FR > 30 IR/min;</p> <p>Saturação de O2 < 94%;</p> <p>TC de tórax c acometimento maior do que 50%;</p> <p>PAO2/FIO2 menor que 300mmHg.</p>	<p>(Na consulta e a cada 2-3 dias)</p> <p>Hemograma;</p> <p>Gasometria arterial;</p> <p>Creatinina;</p> <p>Glicemia jejum;</p> <p>TGO, TGP;</p> <p>PCR;</p> <p>D-dímero;</p> <p>Ferritina;</p> <p>Fibrinogênio;</p> <p>LDH;</p> <p>TAP;</p> <p>Troponina;</p> <p>EAS (urina tipo I);</p> <p>TC DE TÓRAX;</p> <p>Repetir conforme evolução clínica.</p>	<p>Internação</p> <p>Oxigenoterapia nasal 2 a 5 L/min ou máscara com reservatório de oxigênio até 15l/min com meta de saturação de 92 a 95%. Evoluir para VNI se não atingir meta Ventilação mecânica não invasiva precoce;</p> <p>FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA;</p> <p>Reposição volêmica conforme avaliação clínica e hemodinâmica;</p> <p>Famotidina: 40 mg ao dia por 10 dias;</p> <p>Metilprednisolona 125 mg/frasco: 1 Frasco + Soro fisiol 0.9% 100 ml - correr EV em meia hora, 3 dias OU;</p> <p>Dexametasona: 15 a 20 mg EV.</p> <p>Enoxaparina: 1 mg/kg SC, dividida em duas tomadas diárias;</p> <p>Colchicina: 0,5 mg VO de 8/8 hs, 7 dias;</p> <p>Cloridrato de bromexina xarope 5 ml de 8/8 hs (evitar na hiperglicemia).</p> <p>Corticoide inalatório associado ou não com broncodilatador 12/12 hs (se necessário).</p>	<p>Reavaliação diária (TELEMEDICINA ou PRESENCIAL);</p> <p>Antibiótico: Avaliar escalar EV se evidência de coinfeção. Ex.: Ceftriaxona.</p>
<p>4.COVID-19 GRAVÍSSIMA</p>	<p>Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD);</p> <p>Insuficiência respiratória Sepse.</p>	<p>Suporte clínico intensivo.</p> <p>Internação de emergência e seguimento hospitalar</p> <p>Até conseguir o leito:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. IOT e instituir VM; 2. Reposição volêmica conforme avaliação clínica hemodinâmica; 3. Drogas vasoativas ACM; 4. Antibioticoterapia EV; <p>Seguir protocolo UTI.</p>		

As condutas propostas orientativas foram norteadas pelas publicações até o momento sobre o tema, podendo ser revistas diante de novas e impactantes publicações sobre o tema.

SES
Secretaria
de Estado
de Saúde



Governo de

**Mato
Grosso**

