



# PROTOCOLO COVID-19 GOIÂNIA

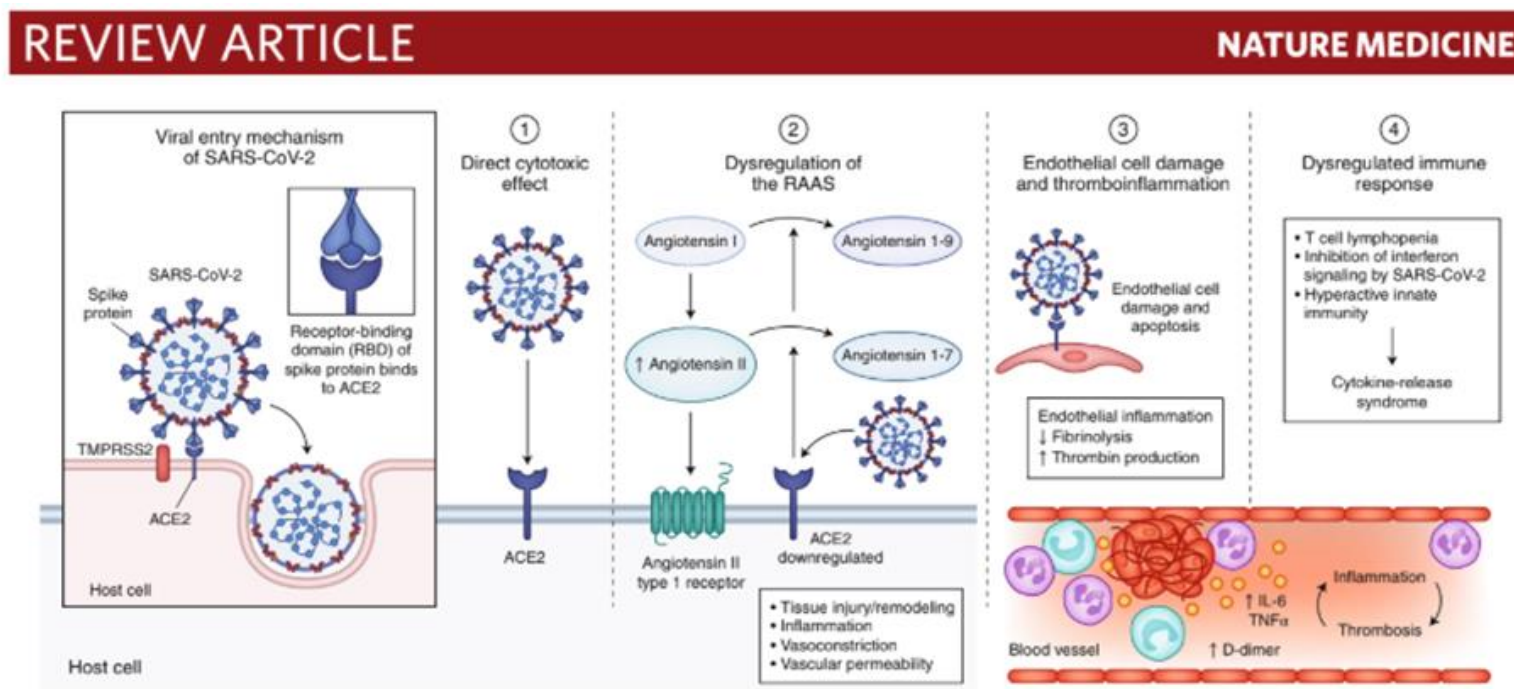
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIANIA

MARÇO

2021

A lesão básica da Covid-19 é uma endotelite que desencadeia uma resposta com a liberação de citocinas principalmente a IL-1, IL-6, IL-7, IL-8, e FNT alfa

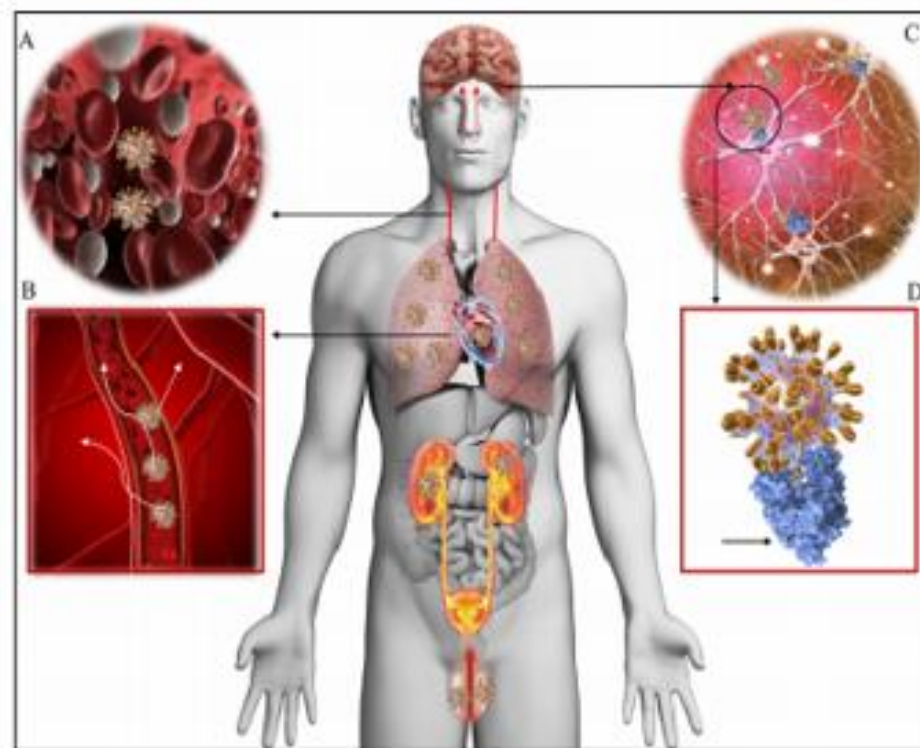
Fig 1- Esquema didático: mecanismo postulado de penetração e ação do SARS CoV-2 nas células humanas.



**Fig. 1 | Pathophysiology of COVID-19.** SARS-CoV-2 enters host cells through interaction of its spike protein with the entry receptor ACE2 in the presence of TMPRSS2 (far left). Proposed mechanisms for COVID-19 caused by infection with SARS-CoV-2 include (1) direct virus-mediated cell damage; (2) dysregulation of the RAAS as a consequence of downregulation of ACE2 related to viral entry, which leads to decreased cleavage of angiotensin I and angiotensin II; (3) endothelial cell damage and thromboinflammation; and (4) dysregulation of the immune response and hyperinflammation caused by inhibition of interferon signaling by the virus, T cell lymphodepletion, and the production of proinflammatory cytokines, particularly IL-6 and TNF $\alpha$ .

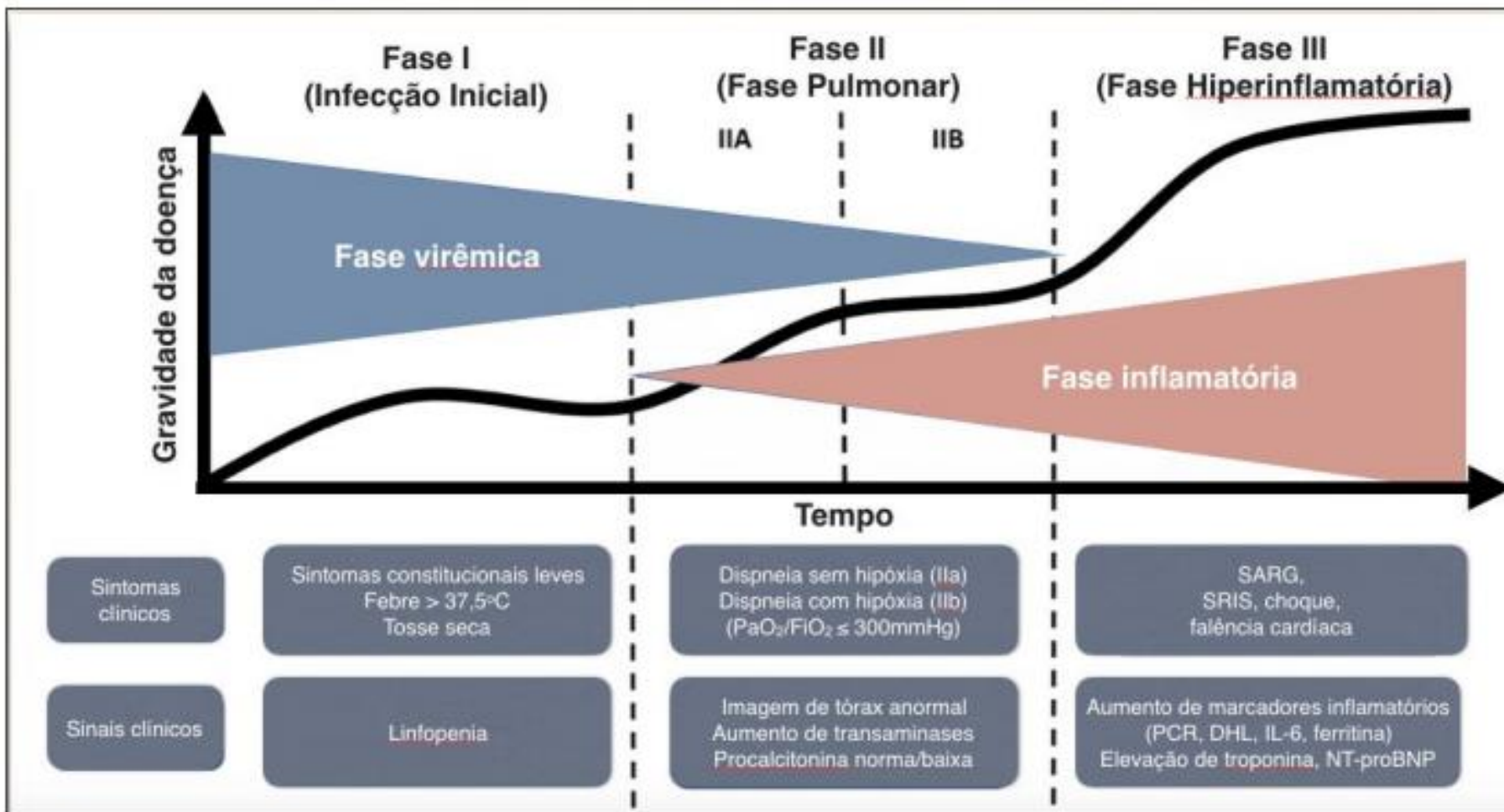
Fonte: Gupta, A., Madhavan, M.V., Sehgal, K. *et al.* Extrapulmonary manifestations of COVID-19. *Nat Med* 26, 1017–1032 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0968-3>. Acesso em: 16 julho 2020.

Fig 2-Esquema didático da hipótese do acometimento preferencial de órgãos com maior concentração dos receptores da ECA2 no organismo → tropismo maior.



**Figure 1.** Tissue distribution of ACE2 receptors in humans. Viremia (A) disseminates the COVID-19 virus throughout the body via the bloodstream (B). Neurotropism may occur via circulation and/or an upper nasal transcribrial route that enables the COVID-19 to reach the brain (C) and bind and engage with the ACE2 receptors (D, blue). COVID-19 docks on the ACE2 via spike protein (D, golden spikes). Shown are lungs, heart, kidneys, intestines, brain, and testicles that are well-known to express ACE2 receptors and are possible targets of COVID-19.

Raig, A.M. *et al.* Evidence of the COVID-19 Virus Targeting the CNS: Tissue Distribution, Host–Virus Interaction, and Proposed Neurotropic Mechanisms. *ACS Chem. Neurosci.* 2020, 11, 7, 995–998998. <https://doi.org/10.1021/acscchemneuro.0c00122>. Acesso em: 16 julho 2020.



Traduzido de Siddiq et al<sup>3</sup> (2020)

**Referências:**

1. ZU ZY, JIANG MD, XU PP, et al. **Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Perspective from China** [published online ahead of print, 2020 Feb 21]. *Radiology*. 2020;200490. doi:10.1148/radiol.2020200490
2. FDA. **Recommendations for Investigational COVID-19 Convalescent Plasma**. Disponível em; <https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/investigational-new-drug-ind-or-device-exemption-ide-process-cber/recommendations-investigational-covid-19-convalescent-plasma#Patient%20Eligibility>. Visitado em junho de 2020.
3. SIDDIQI HK, MEHRA MR. **COVID-19 illness in native and immunosuppressed states: A clinical-therapeutic staging proposal**. *J Heart Lung Transplant*.

## CLASSIFICAÇÃO DE FORMAS CLÍNICAS DA COVID-19 SEGUNDO NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH):

ESTÁGIO	CARACTERÍSTICAS
Assintomático ou pré-sintomático	Teste positivo para Sars-CoV2 sem sintomas
Doença leve	Febre, dor de garganta, tosse, mal estar, dor de cabeça, sem falta de ar ou alterações radiológicas (TC) .
Doença moderada	Evidência de pneumonia <b>MAS</b> saturação $\geq 94$ .
Doença grave	Evidência de pneumonia saturando $< 94$ , $>30$ respirações por minuto, $>50\%$ pulmão acometido, $PaO_2/FiO_2 < 300$ na gasometria.
Doença 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).

Escores de risco de agravamento da COVID-19 estão em pesquisa até o momento. Por se tratar de doença inflamatória, os principais biomarcadores que têm sido utilizados como preditores de agravamento da doença são:

1. linfocitopenia abaixo de  $1.000 \times 10^9$  cel mm<sup>3</sup>;
2. aumento de proteína c reativa (pcr) acima de 50 mg/L ;
3. desidrogenase láctica (DHL) maior que 2 vezes o valor normal;
4. ferritina > 1000 ng/mL;
5. d-dímero maiores que 1.000 ng/dL;
6. triglicerídeos > 150 mg/dL (nesse caso relacionado a maior risco metabólico);
7. relação neutrófilos/linfócitos (RNL) maior que 2,2.

NLR	ACHADOS
RISCO BAIXO	0,54-2,21
RISCO INTERMEDIÁRIO	> 2,21-4,82
RISCO ELEVADO	> 4,82-88,09

\* NLR: razão de neutrófilos e linfócitos (11).

- Portanto, sugere-se pedir exames laboratoriais **plausíveis** na atenção primária da rede pública entre o quarto/quinto dia e entre repetir exames entre 7º/8º dia; no 10º- 12/13º dia ou em caso de piora de sintomas (geralmente entre 8º/12º dia de sintomas): hemograma, proteína c reativa, desidrogenase láctica (DHL), ferritina, triglicérides (colher na primeira consulta). Caso se observe queda de linfócitos, aumento da NLR\*, aumento de 2x no DHL, aumento de ferritina, o paciente deverá ser melhor avaliado conforme explicado abaixo, quando se realizará outros exames.



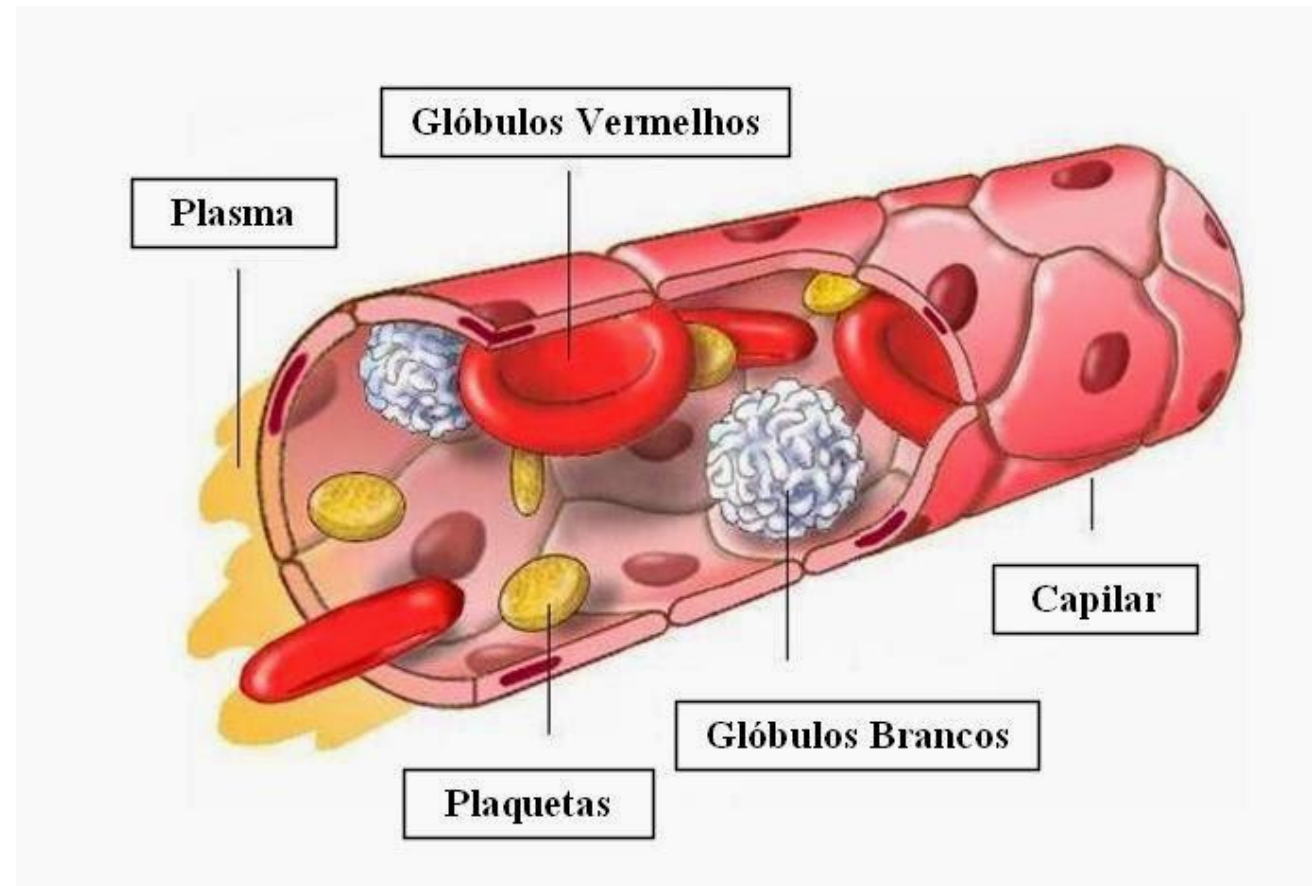
# Definições

- Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.
- Sempre anotar dia de evolução no prontuário (considerar dia zero (sintomas antes de 24 h), a partir daí: D1, D2, D3...
- Exame de RT PCR negativo não afasta a hipótese de COVID-19.
- **Em caso de suspeita de COVID-19**, a febre pode estar ausente, pode ser baixa e sintomas podem ser calafrios, cefaléia e diarreia, com sintomas gripais muito leves, que o paciente não valoriza, no início. Esses sintomas gripais devem ser perguntados, para não haver diagnóstico errôneo de dengue.



## Dengue como diagnóstico diferencial

A presença de plaquetopenia junto a leucopenia pode ser fator confundidor nesse caso, mas na dengue o aumento do **hematócrito** é **comum** após o terceiro dia na ausência de anemia prévia ou hemodiluição como em gestantes, por exemplo. Além disso, dengue **NÃO** cursa com sintomas gripais.



Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos. Sempre anota dia de evolução no prontuário (considerar dia zero (sintomas antes de 24 h), a partir daí: D1, D2, D3... Exame de RT PCR negativo não afasta a hipótese de COVID-19.

SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO LEVE SEM GRUPO DE RISCO	SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO LEVE COM GRUPO DE RISCO	SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO MODERADO (COM OU SEM GRUPO DE RISCO)	SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO GRAVE
<p><b>Solicitar exames:</b> hemograma, proteína c reativa, DHL, ferritina, triglicérides entre 4º/5º Dia.</p> <p><b>Achados laboratoriais:</b> Se Linfócitos &gt; 1000 X10<sup>9</sup> cel/mm<sup>3</sup>, pcr &lt; 50 mg/L, DHL &lt; 2X o valor de referência, ferritina &lt;1000 ng/ml, triglicérides &lt;150 ml/dl.</p> <p><b>Conduta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicação sintomática.</li> <li><b>Não prescrever corticóides.</b></li> <li>Antibióticos apenas com suspeita de pneumonia bacteriana.</li> <li>Acompanhamento pelo Telemedicina ou ESF a cada <b>48h</b>, repetir exames entre 7º/8º dia; no 10º- 12/13º dia.</li> <li>Se não houver piora, alta pelo Telemedicina ou ESF após 14 dias de monitoramento (24 horas assintomático).</li> </ul> <p>2. <b>Se houver piora clínica</b> ou <b>se linfócitos &lt; 1000 X10<sup>9</sup> cel/mm<sup>3</sup></b>, pcr &gt; 50 mg/L, DHL &gt; 2X o valor de referência, ferritina &gt;1000 ng/ml, triglicérides &gt;150 ml/dl.</p> <p><b>Conduta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fornecer oxímetro se apresentar 2 ou mais fatores de risco.</li> <li>Acompanhamento Telemedicina a cada 24 horas.</li> <li>Avaliar necessidade de TC.</li> </ul>	<p><b>Solicitar exames:</b> hemograma, proteína c reativa, DHL, ferritina, triglicérides entre 4º/5º Dia.</p> <p>Achados laboratoriais: Se Linfócitos &gt; 1000 X10<sup>9</sup> cel/mm<sup>3</sup>, pcr &lt; 50 mg/L, DHL &lt; 2X o valor de referência, ferritina &lt;1000 ng/ml, triglicérides &lt;150 ml/dl.</p> <p><b>Conduta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicação sintomática.</li> <li><b>Não prescrever corticóides.</b></li> <li>Antibióticos apenas com suspeita de pneumonia bacteriana.</li> <li>Acompanhamento pelo Telemedicina a cada 48h ou diário se paciente idoso ou gestante; repetir exames entre 7º/8º dia; no 10º- 12/13º dia</li> <li>Se não houver piora, alta pelo Telemedicina ou ESF após 14 dias de monitoramento (24 horas assintomático).</li> </ul> <p><b>Se linfócitos &lt; 1000 X10<sup>9</sup> cel/mm<sup>3</sup>, pcr &gt; 50 mg/L, DHL &gt; 2X o valor de referência, ferritina &gt;1000 ng/ml.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Acompanhamento pelo Telemedicina a cada 24 h ; repetir exames entre 7º/8º dia; no 10º- 12/13º dia.</li> <li><b>FORNECER OXÍMETRO</b></li> </ul> <p><b>Conduta:</b> <b>Se houver piora clínica:</b> Solicitar D-dímero</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Realizar TC</b></li> <li><b>Avaliar ECG</b></li> <li>Internar UPA COVID mesmo com saturação ≥ 94% para monitoramento médico. Por pelo menos 48 h.</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Se saturação &lt; 94% com estabilidade hemodinâmica.</b></li> <li><b>Dexametasona 6 mg/dia (manter por 10 dias) ou corticóides equivalentes de acordo com avaliação clínica.</b></li> <li>Heparina profilática.</li> <li>Solicitar internação em enfermaria hospitalar com suporte de oxigênio.</li> <li>Monitorar tempo de protrombina se usar heparina não fracionada e plaquetas se usar enoxaparina.</li> <li>Hidratação venosa cuidadosa.</li> <li>Se idoso ou gestante avaliar realização de EAS se febre a esclarecer</li> <li>Avaliar fisioterapia.</li> </ol> <p>2. <b>Se saturação &lt; 94%.sem estabilidade hemodinâmica: vide SINTOMÁTICO GRAVE</b></p>	<p>Tosse persistente + febre persistente diária ou Tosse persistente + piora progressiva de outro sintoma relacionado à COVID-19 (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia) <b>COM OU SEM GRUPO DE RISCO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Realizar TC</b></li> <li>Solicitar exames: hemograma, proteína c reativa, DHL, ferritina, D-dímero, triglicérides.</li> </ul> <p>1-Se Linfócitos &gt; 1000 X10<sup>9</sup> cel/mm<sup>3</sup>, pcr &lt; 50 mg/L, DHL &lt; 2X o valor de referência, ferritina &lt;1000 ng/ml, d-dímero &lt;1000 ng/dl, triglicérides &lt;150 ml/dl <b>ou TC &lt; 50% e saturação ≥ 94%:</b></p> <p><b>Conduta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicação sintomática</li> <li><b>Não prescrever corticóides.</b></li> <li>Antibióticos apenas com suspeita de pneumonia bacteriana.</li> <li><b>FORNECER OXÍMETRO</b></li> <li>Acompanhamento pelo Telemedicina a cada 24 h, repetir exames A CADA 48 H.</li> <li>Se não houver piora, alta pelo Telemedicina ou ESF após 14 dias de monitoramento (24 horas assintomático).</li> </ul> <p>2-<b>Se Linfócitos &lt; 1000 X10<sup>9</sup> cel/mm<sup>3</sup></b>, pcr &gt; 50 mg/L, DHL &gt; 2X o valor de referência, ferritina &gt;1000 ng/ml, d-dímero &gt;1000 ng/dl, triglicérides &gt;150 ml/dl <b>ou TC &gt; 50%</b></p> <p><b>Conduta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Internar UPA COVID mesmo com saturação ≥ 94% para monitoramento médico por 48h no mínimo.</li> </ul> <p><b>OBS 1: Se saturação &lt; 94% com estabilidade hemodinâmica: Dexametasona 6 mg/dia ou corticóides equivalentes de acordo com avaliação clínica.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Heparina profilática.</li> <li>Solicitar internação em enfermaria hospitalar com suporte de oxigênio.</li> <li>Monitorar tempo de protrombina se usar não fracionada e plaquetas se usar enoxaparina.</li> <li>Hidratação venosa cuidadosa.</li> <li>Se idoso ou gestante: avaliar realização de EAS.</li> <li>Avaliar ECG.</li> <li>Avaliar fisioterapia.</li> </ul> <p><b>OBS 2: Se saturação &lt; 94% e sem estabilidade hemodinâmica: vide SINTOMÁTICO GRAVE</b></p>	<p>Síndrome respiratória Aguda Grave (SRAG) – síndrome gripal que apresente: Dispneia/desconforto respiratório OU Pressão persistente no tórax ou Coloração azulada de lábios ou rosto (Cianose Central)). Saturação de O<sub>2</sub> &lt; <b>94%</b> em ar ambiente</p> <p><b>Solicitar AIIH para internação UTI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Suspeitos: Solicitar Teste Rápido Antigênico (TRA)</li> <li>Se negativo, solicitar RT PCR para Covid 19;</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitar Hemograma, Ureia, Creatinina, DHL, proteína c reativa, TGO, TGP, triglicérides, d-dímero, ferritina.</li> <li>Solicitar Tomografia de Tórax</li> <li>Realizar ECG, enzimas cardíacas e/ou outros exames conforme avaliação clínica</li> <li>Dexametasona 6 mg/dia ou corticóides equivalentes de acordo com avaliação clínica.</li> <li>Heparina profilática.</li> <li>Suporte Ventilatório: Oxigenioterapia ou Manejo de Ventilação Mecânica conforme diretrizes (VNI/ VM).</li> <li>Monitorização Hemodinâmica + Oximetria de Pulso contínuas.</li> <li>Hidratação venosa / ressuscitação volêmica cuidadosa, se hipotensão</li> <li>Vasopressor quando o choque persistir (PAS &lt; 90mmHg PAM &lt; 65mmHg) durante ou após a ressuscitação volêmica;</li> <li>Fisioterapia.</li> <li>Pacientes internados são monitorados pela equipe do CIEVS/Epidemiologia.</li> </ul>
<p><b>Não usar corticóides:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>antes de 7 dias/ se saturação ≥ 94 %.</li> </ul>			
<p><b>Avaliar uso de oseltamivir em grupos de risco em caso de circulação de influenza já nas primeiras 48 h.</b></p>			<p><b>GRUPOS DE RISCO:</b> &gt;60 anos; miocardiopatias hipertensão arterial sistêmica; pneumopatias graves ou descompensadas(DPOC); fragilidade imunológica; neoplasia maligna; gravidez, gestantes idosas, diabetes gestacionais e pre-edmãpsia, doença cerebrovascular, demências, doenças mentais, tabagismo; obesidade (IMC de 30 ou mais); imunodepressão; doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5); Diabetes mellitus (principalmente tipo II).</p>

# SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO LEVE SEM GRUPO DE RISCO

- **Solicitar exames:** hemograma, proteína cr reativa (pcr), desidrogenase láctica (DHL), ferritina, triglicérides entre 4°/5° Dia.
- **Achados laboratoriais:**
- Se Linfócitos  $> 1000 \times 10^9$  cel/mm<sup>3</sup>, pcr  $< 50$  mg/L, DHL  $< 2X$  o valor de referência, ferritina  $< 1000$  ng/ml, triglicérides  $< 150$  ml/dl.
- **Conduta:**
- Medicação sintomática.
- **Não prescrever corticóides.**
- Antibióticos apenas com suspeita de pneumonia bacteriana.
- Acompanhamento pelo Telemedicina ou ESF a cada **48h**, repetir exames entre 7°/8° dia; no 10° - 12/13° dia.
- Se não houver piora, alta pelo Telemedicina ou ESF após 14 dias de monitoramento (24 horas assintomático).
- 2. **Se houver piora clínica** ou se linfócitos  $< 1000 \times 10^9$  cel/mm<sup>3</sup>, pcr  $> 50$  mg/L, DHL  $> 2X$  o valor de referência, ferritina  $> 1000$  ng/ml, triglicérides  $> 150$  ml/dl.
- **Conduta:**
- Fornecer oxímetro se apresentar 2 ou mais fatores de risco.
- Acompanhamento Telemedicina a cada **24** horas .
- Avaliar necessidade de TC.

# SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO LEVE COM GRUPO DE RISCO

- **Solicitar exames:** hemograma, pcr, DHL, ferritina, triglicérides entre 4°/5° Dia.
- Achados laboratoriais:
- Se Linfócitos  $> 1000 \times 10^9$  cel/mm<sup>3</sup>, pcr  $< 50$  mg/L, DHL  $< 2X$  o valor de referência, ferritina  $< 1000$  ng/ml, triglicérides  $< 150$  ml/dl.
- **Conduta:**
- Medicação sintomática:
- **Não prescrever corticóides.**
- Antibióticos apenas com suspeita de pneumonia bacteriana.
- Acompanhamento pelo Telemedicina/ESF a cada 48h ou diário se paciente idoso ou gestante; repetir exames entre 7°/8° dia; no 10° - 12/13° dia
- Se não houver piora, alta pelo Telemedicina ou ESF após 14 dias de monitoramento (24 horas assintomático).
- **Se linfócitos  $< 1000 \times 10^9$  cel/mm<sup>3</sup>, pcr  $> 50$  mg/L, DHL  $> 2X$  o valor de referência, ferritina  $> 1000$  ng/ml.**
- Acompanhamento pelo Telemedicina/ESF a cada 24 h ; repetir exames no 7° dia (ou antes em caso de piora), no 10°, 12/13° dias.
- **FORNECER OXÍMETRO**
- **Conduta:**
- **Se houver piora clínica:** Solicitar D-dímero;
- **Realizar TC**
- **Avaliar ECG**
- Internar UPA COVID mesmo com saturação  $\geq 94\%$  para monitoramento médico.

# SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO LEVE COM GRUPO DE RISCO

1. Se saturação < 94% com estabilidade hemodinâmica.
  - **Dexametasona 6 mg/dia (manter por 10 dias) ou corticóides equivalentes de acordo com avaliação clínica.**
  - Heparina profilática.
  - Solicitar internação em enfermaria hospitalar com suporte de oxigênio.
  - Monitorar tempo de protrombina se usar heparina não fracionada e plaquetas se usar enoxaparina.
  - Hidratação venosa cuidadosa.
  - Se idoso ou gestante avaliar realização de EAS.
  - Avaliar fisioterapia.
2. Se saturação < 94%:sem estabilidade hemodinâmica: vide **SINTOMÁTICO GRAVE**

# SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO MODERADO (COM OU SEM GRUPO DE RISCO)

- Tosse persistente + febre persistente diária ou
- Tosse persistente + piora progressiva de outro sintoma relacionado à COVID-19 (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia) **COM OU SEM GRUPO DE RISCO:**
- **Realizar TC**
- Solicitar exames: hemograma, pcr, DHL, ferritina, D-dímero, triglicérides.
- 1-Se Linfócitos  $> 1000 \times 10^9$  cel/mm<sup>3</sup>, pcr  $< 50$  mg/L, DHL  $< 2X$  o valor de referência, ferritina  $< 1000$  ng/ml, d-dímero  $< 1000$  ng/dl, triglicérides  $< 150$  ml/dl **ou** TC  $< 50\%$  e saturação  $\geq 94\%$ :
- **Conduta:**
- Medicação sintomática
- **Não prescrever corticóides.**
- Antibióticos apenas com suspeita de pneumonia bacteriana.
- **FORNECER OXÍMETRO**
- Acompanhamento pelo Telemedicina a cada **24** h, repetir exames A CADA 48 H .
- Se não houver piora, alta pelo Telemedicina ou ESF após 14 dias de monitoramento (24 horas assintomático).

# SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO MODERADO (COM OU SEM GRUPO DE RISCO)

- 2-**Se Linfócitos < 1000 X10<sup>9</sup> cel/mm<sup>3</sup>**, pcr > 50 mg/L, DHL > 2X o valor de referência, ferritina >1000 ng/ml, d-dímero >1000 ng/dl, triglicérides >150 ml/dl ou TC > 50%
- **Conduta:**
- Internar UPA COVID mesmo com saturação ≥ 94% para monitoramento médico por 48h no mínimo.
- **OBS 1: Se saturação < 94% com estabilidade hemodinâmica:**
- **Dexametasona 6 mg/dia ou corticóides equivalentes de acordo com avaliação clínica.**
- Heparina profilática.
- Solicitar internação em enfermaria hospitalar com suporte de oxigênio.
- Monitorar tempo de protrombina se usar não fracionada e plaquetas se usar enoxaparina.
- Hidratação venosa cuidadosa.
- Se idoso ou gestante: avaliar realização de EAS.
- Avaliar ECG.
- Avaliar fisioterapia.
- **OBS 2: Se saturação < 94% e sem estabilidade hemodinâmica: vide SINTOMÁTICO GRAVE.**



# SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO GRAVE

- Síndrome respiratória Aguda Grave (SRAG) – síndrome gripal que apresente: Dispneia/desconforto respiratório OU Pressão persistente no tórax ou Coloração azulada de lábios ou rosto (Cianose Central)).
- Saturação de O<sup>2</sup> < **94%** em ar ambiente .
- **Solicitar AIH para internação UTI**
- Suspeitos: Solicitar Teste Rápido Antigênico (TRA)
- Se negativo, solicitar RT PCR para Covid 19;
- Solicitar Hemograma, Ureia, Creatinina, DHL, PCR, TGO, TGP, triglicérides.
- Solicitar Tomografia de Tórax .
- Realizar ECG, enzimas cardíacas e/ou outros exames conforme avaliação clínica.
- Dexametasona 6 mg/dia ou corticóides equivalentes de acordo com avaliação clínica.
- Heparina profilática.
- Suporte Ventilatório: Oxigenioterapia ou Manejo de Ventilação Mecânica conforme diretrizes (VNI / VM).
- Monitorização Hemodinâmica + Oximetria de Pulso contínuas.
- Hidratação venosa / ressuscitação volêmica cuidadosa, se hipotensão
- Vasopressor quando o choque persistir (PAS < 90mmHg PAM < 65mmHg) durante ou após a ressuscitação volêmica;
- Fisioterapia.
- Pacientes internados são monitorados pela equipe do CIEVS/Epidemiologia.

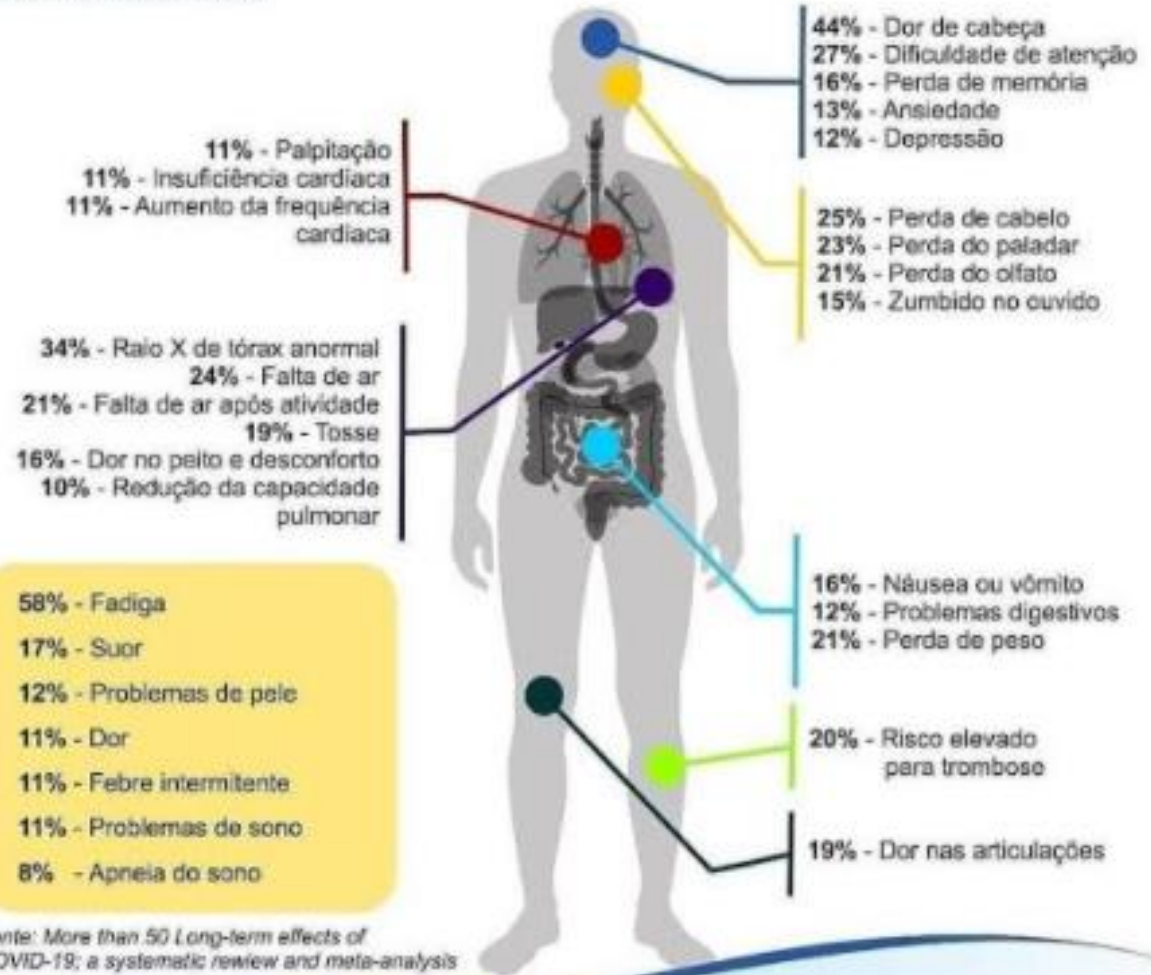
# Síndrome da Inflamação Multissistêmica em crianças ou adolescentes.



- Observada dias ou semanas após COVID-19 confirmado ou relato de contato com casos suspeitos, mesmo se a criança esteve assintomática, sugerindo uma possível associação temporal com a infecção pelo SARS-COV-2.
- Febre alta persistente por 3 dias, manifestações gastrointestinais exuberantes em 50-60% dos casos (dor abdominal intensa, diarreia e vômitos), conjuntivite não purulenta, exantema polimórfico, edema de mãos e pés, mucosite oral, linfadenopatia generalizada (inclusive mediastinal e intra-abdominal), hepatoesplenomegalia, serosite (pleurite, pericardite e ascite), irritabilidade, cefaléia, alteração de nível de consciência.
- Alguns casos complicam com choque (hipotensão arterial, taquicardia e distúrbio de perfusão) resultante tanto da disfunção miocárdica quanto da diminuição da resistência vascular periférica, geralmente exigindo ressuscitação com cristalóides e em alguns casos de infusão de aminas vasoativas, devendo ser encaminhados para unidades de urgências com pediatria preferencialmente.

# Sintomas persistentes pós COVID 2 semanas a 4 meses pós-infecção

Dados referentes a 15 estudos em 2020



Fonte: More than 50 Long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis

Encaminhar para unidades básicas de referência para avaliar necessidade de encaminhamento para atenção especializada.



PREFEITURA DE GOIÂNIA