



**Guia de Manejo
COVID-19**

Versão 1 - 08/04/2021

HC FMUSP



SUMÁRIO

Apresentação	3
Avaliação inicial	5
Crítérios de internação hospitalar	7
Exames admissionais à internação hospitalar	9
Estratificação de casos (OMS)	10
Manejo dos casos de acordo com gravidade	11
CASO NÃO GRAVE	11
CASO GRAVE/CRÍTICO	12
Considerações sobre o uso de anti-coagulantes	13
Anti-coagulação dos pacientes após a alta hospitalar (profilaxia estendida)	16
Considerações sobre o uso de tocilizumabe	19
Manejo da anosmia:	20



APRESENTAÇÃO

Este documento visa normatizar a vigilância, atendimento e tratamento de casos suspeitos e confirmados de COVID-19 no complexo HC-FMUSP.

Foi elaborado a partir de reuniões nas quais a literatura existente sobre o tema foi apresentada e amplamente discutida por profissionais de diversas especialidades. Ao final, a conduta foi definida baseada na literatura e adaptada à nossa realidade e às nossas práticas.

Reuniões 22/03/2021 a 08/04/2021
Versão1 - 08/04/21



COORDENAÇÃO

Grupo de Controle de Infecção Hospitalar

Enfa. Ana Rúbia Guedes Vinhole

Profa. Anna Sara S. Levin

Dra. Maria Beatriz Souza Dias

Dra. Maura Salaroli de Oliveira

EQUIPE TÉCNICA DE TRABALHO

Divisão de Doenças Infecciosas e Parasitárias

Profa. Anna Sara S. Levin

Dra. Alessandra Luna

Dra. Ana Catharina de Seixas Santos Nastro

Dra. Adriana Coracini Tonacio de Proenca

Dr. Andrés Mello López

Dra. Bárbara de Almeida Lessa Castro

Dra. Camila Loredana Pereira Alves Madeira Bezerr

Prof. Esper Kallás

Dr. Felipe Arthur Faustino de Medeiros

Dra. Gisela Serra Rodrigues Costa

Dr. Hermes Ryoiti Higashino

Dra. Ho Yeh Li

Dra. Isabela Carvalho Leme Vieira da Cruz

Dr. Igor Marinho

Dra. Jéssica Fernandes Ramos

Dra. Luciana Vilas Boas

Dr. Matheus Polly

Dr. Marcello Mihailenko Chaves Magri

Dra. Maristela Pinheiro Freire

Profa. Silvia Figueiredo Costa

Dr. Vitor Falcão de Oliveira

Disciplina de Pneumologia

Dr. Bruno Rocha De Macedo

Prof. Carlos Roberto Ribeiro de Carvalho

Profa. Juliana Carvalho Ferreira

Prof. Rogerio de Souza

Disciplina de Hematologia

Dra. Paula Ribeiro Villaca



Disciplina de Clínica Médica

Dr. Arnaldo Lichtenstein

Dr. Rodrigo Antonio Brandao Neto

Diretoria Clínica

Dra. Anna Miethke Morais

Dra. Amanda Cardoso Montal

Profa. Eloisa Silva Dutra De Oliveira Bonfa

Dra. Leila Suemi Harima Letaif

Dra Maria Beatriz de Moliterno Perondi

Farmácia

Dra. Vanusa Barbosa Pinto



AValiação Inicial

Definição de casos (adaptado da OMS, 2020):

- **Suspeito:**
 - Síndrome gripal :início agudo de febre e tosse ou três ou mais dos seguintes sinais e sintomas: febre, tosse, fadiga, dor de cabeça, mialgia, congestão nasal, coriza, dispneia, anorexia/náuseas/vômitos, diarreia ou alteração do status mental.
 - Síndrome respiratória aguda grave (SRAG), definido como: Síndrome gripal com dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU cianose.
- **Provável:**
 - Caso suspeito com contato com caso provável ou confirmado de Covid-19.
 - Caso suspeito com imagens radiológicas de tórax sugestivas de acometimento por Sars Cov 2.
 - Início agudo de anosmia e ageusia sem outra causa identificada.
- **Confirmado:**
 - Presença de PCR positivo para Sars Cov 2 em swab de nasofaringe, escarro, secreção traqueal ou lavado broncoalveolar.
 - Caso suspeito ou provável com pesquisa de antígeno para Sars Cov 2 positivo.

O atendimento inicial para esses pacientes deve se basear em história clínica e exame físico direcionados.

- História clínica:
 - Data de início dos sintomas.
 - Contato com casos suspeitos ou confirmados (domicílio ou trabalho, por exemplo).
 - Questionar ativamente sobre dispneia, dor torácica, alteração do nível de consciência.
 - Comorbidades e fatores de risco (idade > 60 anos, obesidade, diabetes, cardiopatias, pneumopatias e imunossupressão).
 - Uso prévio de medicações de uso contínuo
 - Vacinação para COVID-19 (numero de doses e tempo entre última dose e início doença)
- Avaliação de sinais vitais:
 - Frequência respiratória, oximetria de pulso, frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura axilar.



CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Indicação de Internação Hospitalar

- Sinais de desconforto respiratório e/ou hipoxemia:
 - Esforço ventilatório (uso de musculatura acessória, tiragem intercostal, batimento de asa nasal);
 - Taquipneia (FR ≥ 24 ipm);
 - Dessaturação ao repouso ou aos esforços (SpO₂ < 93% em ar ambiente)*;
- Febre alta persistente (> 7 dias) com PCR elevado (≥ 100 mg/L);
- Descompensação de doença de base (por exemplo, hiperglicemia, cetoacidose diabética em diabéticos);
- Outros sinais e sintomas de gravidade: hipotensão, alteração de pulso periférico ou tempo de enchimento capilar, alteração do sensorio.

Considerar Internação nos seguintes casos:

- Pacientes acima de 60 anos com ou sem comorbidades, imunodeprimidos (por doença ou uso de medicações imunossupressoras) que referem piora do quadro já na primeira semana de doença**.

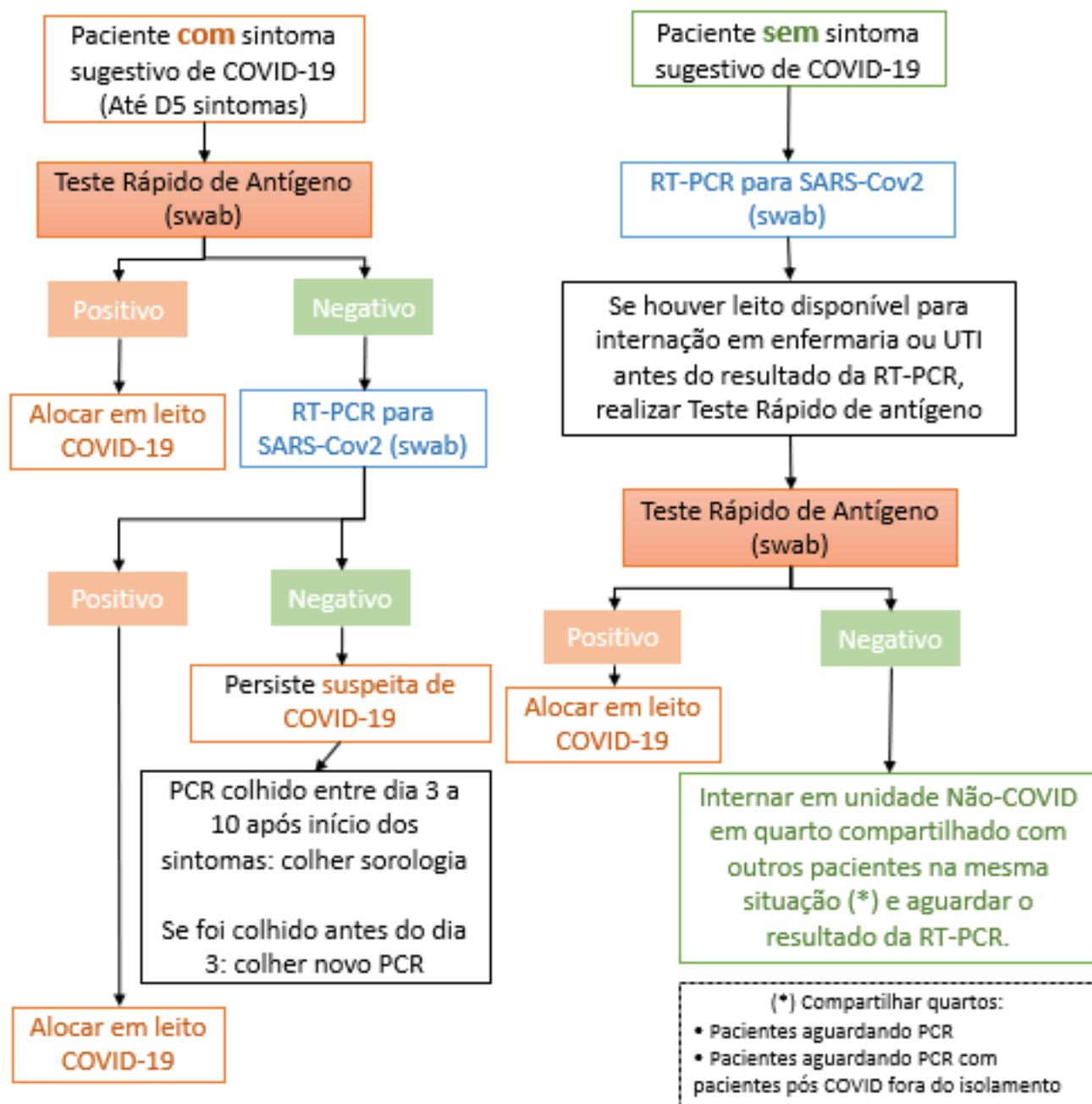
Levar em consideração para todos os casos, suporte social e facilidade de acesso aos serviços de saúde em caso de piora.

*Lembrar: o valor de SatO₂ pode variar a depender das doenças subjacentes do paciente, por exemplo paciente com doença pulmonar crônica.

**Lembrar: Esses pacientes podem ter uma apresentação atípica.

Considerar internação em UTI para seguintes casos:

- Sem melhora da saturação de oxigênio apesar da oferta de O₂ (SatO₂ < 92% com oferta de 5L/min);
- Esforço ventilatório (uso de musculatura acessória, tiragem intercostal, batimento de asa nasal) apesar da oferta de O₂;
- Relação pO₂/FiO₂ < 200;
- Insuficiência Respiratória (IRpA) - ventilação mecânica invasiva;
- Sinais de disfunção orgânica aguda (hipotensão arterial, alteração da perfusão periférica, alteração do nível de consciência, oligúria, insuficiência hepática, entre outros);



Como solicitar: **Solicitar como CORVAGPS ou Teste rápido de antígeno (COVID)**

Atenção: não serão cadastrados pedidos que solicitem simultaneamente PCR (CORV) e teste rápido de antígeno (CORVAGPS)

Neste momento, só a Emergência do ICHC está autorizada a solicitar este exame.



EXAMES ADMISSIONAIS À INTERNAÇÃO HOSPITALAR

- TC de tórax sem contraste*
- Hemograma completo**
- Proteína C Reativa**
- Creatinina/Ureia**
- D-dímero**
- Fibrinogênio**
- TGO/TGP e bilirrubinas totais/frações
- CPK
- Troponina (para pacientes com suspeita de acometimento cardíaco)
- Ferritina
- DHL
- Sódio/Potássio
- Glicemia (principalmente para pacientes diabéticos)
- Gasometria arterial
- Eletrocardiograma, se necessário
- Para diagnóstico de COVID-19:
 1. Pronto Socorro - Antígeno (CORVAGPS) para Sars Cov 2 (exclusivo PS)
 2. PCR (CORV) para Sars Cov 2, de preferência a partir do 4º dia do início dos sintomas, por meio de Swab de oro/nasofaringe. Caso resultado negativo, e mantido suspeita clínica, o teste de PCR pode ser repetido.
 3. Considerar coleta de PCR trato respiratório inferior em pacientes em fases mais tardias da doença (aproximadamente 7º dia em diante) ou que tenham o primeiro Swab de trato respiratório superior negativo.
 4. Teste sorológico pode ser realizado a partir de 14 dias do início dos sintomas, em pacientes com PCRs negativos e mantida a suspeita clínica.

* A tomografia deve ser realizada para todos os pacientes que internaram na enfermaria. Caso não seja possível realizar TC de tórax, é imprescindível a realização de RX de tórax.

** Em situação de racionalização de recursos, coletar pelo menos esses exames.

ESTRATIFICAÇÃO DE CASOS (OMS)

NÃO GRAVE

- Ausência de critérios que definem COVID-19 grave ou crítico

GRAVE

- Saturação de oxigênio < 90% em ar ambiente.
- Aumento da frequência respiratória
 - > 30 ipm em adultos e crianças acima de 5 anos -
 - ≥ 60 ipm em crianças <2 meses;
 - ≥ 50 em crianças de 2-11 meses;
 - ≥ 40. crianças de 1 a 5 anos.
- Sinais de insuficiência respiratória grave (uso de musculatura acessória, incapacidade de completar completamente sentenças, e, em crianças, parede torácica muito severa, puxando, grunhindo, central cianose)

CRÍTICO

- Síndrome da angústia respiratória aguda (SARA)
- sepse
- choque séptico
- uso de ventilação mecânica (invasiva ou não invasiva)
- uso de droga vasoativa



MANEJO DOS CASOS DE ACORDO COM GRAVIDADE

CASO NÃO GRAVE

- Tratamento tem como objetivo aliviar sintomas
- Recomendar Isolamento domiciliar por 10 dias
- **NÃO prescrever:**
 - Hidroxicloroquina/cloroquina
 - Hidroxicloroquina/cloroquina e azitromicina
 - Lopinavir - ritonavir
 - Ivermectina (fora do contexto de ensaio clínico)
 - Antimicrobianos
 - Estudos apontam co-infecção em apenas 3 a 8% dos casos.
 - Iniciar antimicrobianos apenas na suspeita de infecção bacteriana
 - Corticóides
- Orientar quanto aos seguintes **sinais de alarme**, para retorno e reavaliação:
 - Dificuldade em respirar, falta de ar.
 - Cianose labial ou periférica.
 - Ofegante ao falar, fala entrecortada.
 - Hemoptise.
 - Dor/pressão no peito (não associada à tosse).
 - Estado mental alterado ou sonolência grave.
 - Incapacidade de comer, beber ou andar.
 - Oximetria menor que 94% em ar ambiente.

- **Plasma convalescente em pacientes internados**

Indicação: considerar o uso em pacientes de alto risco (ex: >75 anos, obesidade, diabetes, doença arterial crônica, imunodeprimidos) para evolução para quadro grave, idealmente até 3 dias após o início dos sintomas e até no máximo 5 dias.

Critérios de utilização mediante interconsulta da MI ou Grupo de infecção em imunodeprimidos (GRIDE)

Dose Indicada:

- ✓ Infusão única de 1 bolsa de Plasma, idealmente de amostra com anticorpo neutralizante em altos títulos;
- ✓ Realizar 50mg de difenidramina 30 minutos antes da infusão;

CASO GRAVE/CRÍTICO

CORTICOIDE (apenas pacientes com necessidade de oxigenioterapia suplementar, a partir do 7º dia do início dos sintomas)	Primeira opção: DEXAMETASONA 6mg/dia EV ou VO por 10 dias. Outras opções: metilprednisolona 30 mg/dia ou prednisona 40 mg/dia. SITUAÇÕES ESPECIAIS: Considerar individualizar a prescrição com maior dosagem na piora clínico-laboratorial (PCR, DHL e ferritina elevados), FIO ₂ > 50%, pacientes com disfunção orgânica. Metilprednisolona 1 mg/kg/dia por pelo menos 5 dias. Dexametasona 20mg por 5 dias, seguida de 10mg por mais 5 dias.
ANTIMICROBIANOS	Estudos apontam co-infecção em apenas 3-8% dos casos. Iniciar antimicrobianos apenas se suspeita de infecção bacteriana.
PROFILAXIA ANTITROMBÓTICA	INDICAÇÃO: para todos os pacientes com idade superior a 18 anos e peso > 40 kg. ESQUEMA RECOMENDADO: HEPARINA NÃO FRACIONADA (HNF) Sub Cutânea: 5.000 UI 8/8 h 10.000 UI 12/12h (IMC > 40) OU ENOXAPARINA: 40 mg 1x/dia (<80 kg) 60 mg 1x/dia (80 a 120 kg) 40 mg 12/12h (>120 kg) OBS: iniciar com heparina não fracionada, devido ao desabastecimento de enoxaparina SITUAÇÕES ESPECIAIS: Se ClCr < 30 ml/min: usar heparina não fracionada na dose de 5000 UI 12/12h com ajuste posterior se necessário. Se gestante/puérpera: HNF - 5.000 UI 8/8 h ou 7500 UI de 12/12 h Se gestante/puérpera <50 kg: HNF – 5.000 UI de 12/12 h Se gestante/puérpera IMC >40: HNF – 10.000 UI 12/12 h MANTER ALTA VIGILÂNCIA PARA TEV/TEP/OCLUSÃO ARTERIAL: <ul style="list-style-type: none"> • Coletar fibrinogênio e D-dímero em pacientes com aumento na demanda de O₂ e procurar confirmar o diagnóstico. • Usar métodos indiretos como eletro/ecocardiograma a beira leito e/ou doppler MMII. Se dados não suficientes e o paciente puder ser mobilizado, realizar angiotomografia de artérias pulmonares e/ou cintilografia pulmonar V/Q. • Considerar anti-coagulação plena naqueles com alta suspeita e sem condições de confirmação diagnóstica.
NÃO PRESCREVER	- hidroxicloroquina/cloroquina com ou sem azitromicina. - lopina/ritonavir - ivermectina e remdesivir fora do contexto de um ensaio clínico.



CONSIDERAÇÕES SOBRE O USO DE ANTI-COAGULANTES

Estudos multicêntricos de alta relevância deverão ter seus dados publicados em poucas semanas e as indicações atuais deverão ser revistas neste contexto.

Situações de alto risco de trombose não relacionada a COVID- 19 (neoplasia em atividade, hipercoagulabilidade conhecida, etc) considerar o uso de doses profiláticas mais elevadas da enoxaparina.

Contagem de plaquetas: a cada 3 dias, a partir de 3 a 5 dias (e até o 10º dia do início da heparina), para vigilância do desenvolvimento de trombocitopenia induzida por heparina (HIT).

Hemograma com reticulócitos e plaquetas, TP/TTPa, dímero-D, fibrinogênio deverão ser realizados nos seguintes momentos: admissão, piora clínica e transferência entre unidades (para vigilância de evolução para CIVD).

Anticoagulação plena: apesar da hipercoagulabilidade relatada na literatura e na experiência institucional, ainda não foram publicadas evidências robustas que justifiquem o uso rotineiro de dose terapêutica, sem que haja diagnóstico presuntivo ou confirmado de trombo-embolia. Em pacientes críticos seu uso mostrou mais riscos do que benefícios e está contra-indicado. A opção pela anticoagulação plena deve ser individualizada sempre considerando os potenciais RISCOS E BENEFÍCIOS.

Considerar anticoagulação plena nos pacientes sem condições de confirmação e com alta suspeita diagnóstica de fenômenos trombo-embólicos. Recomenda-se que o motivo da decisão terapêutica seja registrado em prontuário médico.

Avaliação do risco trombótico e hemorrágico e conduta sugerida: aplicável a todos os pacientes internados, diariamente (ideal), pois pode exigir modificação no tratamento (ANEXO I)

Anexo I. Avaliação do risco trombótico e risco hemorrágico (paciente internado)

Risco hemorrágico	Conduta
Doença hemorrágica prévia	Coagulopatia ou plaquetopatia hereditária, ou histórico de sangramento prévio: mandatório discutir com Hematologia PTI: pedir hemograma + discutir com Hematologia
Lesões potencialmente sangrantes: úlceras em TGI ou TGU, metástases cerebrais, varizes esofágicas, cirurgia recente	Uso de heparina somente em paciente com alto risco trombótico e se lesão tratada/ controlada e em ausência de sangramento < 30 dias Caso sangramento < 30 dias e/ou lesão não tratada: medidas mecânicas antitrombóticas, apenas Considerar possibilidade de tratamento/ erradicação da lesão se sangrante
HAS descompensada (PAS > 180 mmHg e/ou PAD > 110 mmHg)	Medidas mecânicas antitrombóticas até compensação
Uso de antiplaquetários	Necessário discutir caso a caso com Cardiologia/ Neurologia/Cirurgia Vascular Se dupla antiagregação por angioplastia < 30 dias: contagem plaquetária: ≥ 50.000/mm ³ : manter > 25.000 e < 50.000/mm ³ : reduzir para 1 antiplaquetário ≤ 25.000/mm ³ : interromper antiplaquetários
CIVD com plaquetopenia e/ou hipofibrinogenemia ⁷ Cálculo escore de CIVD da ISTH ² (MDcalc online calculator)	Manter contagem plaquetária: ≥ 20.000/mm ³ em ausência de sangramentos e ≥ 50.000/mm ³ se sangramento ou antes de procedimento invasivo Manter fibrinogênio ≥ 200 mg/dL (crio: 1U/10 Kg peso) repetir diariamente se escore ≥ 5 repetir a cada 3 dias se escore < 5
Plaquetopenia	≥ 50.000/mm ³ : manter anticoagulante > 25.000 e < 50.000/mm ³ : reduzir dose do anticoagulante em 50% ≤ 25.000/mm ³ : interromper anticoagulante ou transfundir plaquetas se altíssimo risco trombótico (TEV agudo) + iniciar medidas antitrombóticas mecânicas
Uremia, insuficiência hepática	Monitorização de sangramento e laboratorial Considerar uso de dose reduzida de heparina até compensação
Prolongamento de TP ou	Repetir exame:



TTPA antes de iniciar heparina, sem histórico de sangramento	<ul style="list-style-type: none"> . TP prolongado: vitamina K1 (10mg/d por 3 dias) + repetir exame . TTPA prolongado: discutir com Hematologia . TP e TTPA prolongados: dosar fibrinogênio e discutir com Hematologia
Procedimentos invasivos (intubação, punção de veias profundas, biópsias, cirurgias, punção líquórica, etc)	<p>Baixo risco de sangramento:</p> <ul style="list-style-type: none"> . suspender HNF 8-12h antes e reintroduzi-la 8-12h depois . suspender enoxaparina 12h antes e reintroduzi-la 12h depois <p>Alto risco de sangramento:</p> <ul style="list-style-type: none"> . suspender HNF 24h antes e reintroduzi-la 12h depois . suspender enoxaparina 24h antes e reintroduzi-la 24h depois <p># Medidas mecânicas durante suspensão da heparina</p> <p># Reintrodução da heparina: em ausência de sangramento</p>

PTI: trombocitopenia imune; TG: trato gastrointestinal; TGU: trato genitourinário; HAS: hipertensão arterial sistêmica; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; CIVD: coagulação intravascular disseminada; TEV: tromboembolismo venoso; IMC: índice de massa corpórea; ISTH: Sociedade Internacional de Trombose e Hemostasia (International Society of Thrombosis and Hemostasis)

¹O escore de CIVD da ISTH é calculado usando: contagem de plaquetas ($\geq 100.000/\text{mm}^3=0$; $50.000-99.999/\text{mm}^3=1$; $<50.000/\text{mm}^3=2$), nível de fibrinogênio ($\geq 100 \text{ mg/dL}=0$; $<100 \text{ mg/dL}=1$), prolongamento do tempo de protrombina acima do limite superior do normal (LSN) ($<3 \text{ segundos}=0$, $3-6 \text{ segundos}=1$, $> 6 \text{ segundos}=2$) e dímero D ($<2 \text{ vezes LSN} = 0$, $2-4 \text{ vezes LSN} = 2$, $>4 \text{ vezes LSN}= 3$). (<http://www.mdcalc.com/isth-criteria-disseminated-intravascular-coagulation-dic>)



ANTI-COAGULAÇÃO DOS PACIENTES APÓS A ALTA HOSPITALAR (PROFILAXIA ESTENDIDA)

Avaliar escala de risco (score de Pádua e IMPROVE, anexo II); havendo indicação, optar por agentes orais (com agente anticoagulante oral direto - DOAC), frente à baixa dos estoques mundiais de heparina de baixo peso molecular e não fracionada.

1. Pacientes sem trombose

- Todos os pacientes deverão ser avaliados quanto ao risco trombótico (escore de Pádua > 4) e quanto ao risco hemorrágico (IMPROVE bleeding < 7) (ANEXO II). Havendo indicação, a profilaxia deverá ser mantida por 15 a 45 dias.
- Pacientes com indicação de profilaxia estendida, solicitar interconsulta para ambulatório de anti-coagulação pós-COVID-19 para Farmácia Clínica AF-0800.

Anexo II. Avaliação do risco trombótico e risco hemorrágico (paciente ambulatorial)

Risco trombótico	
Escore de Pádua ¹ : > 4 indica alto risco de TEV	Pontuação
Mobilidade reduzida por pelo menos 3 dias	3
Câncer em atividade	3
TEV prévio (excluindo trombose superficial)	3
Trombofilia conhecida	3
Trauma e/ou cirurgia recente (\leq 1 mês)	2
Idade \geq 70 anos	1
Insuficiência cardíaca e/ou respiratória	1
IAM ou AVCi	1
Infecção aguda e/ou doença reumatológica	1
Obesidade (IMC \geq 30)	1
Uso atual de terapia hormonal	1
Risco hemorrágico	
IMPROVE bleeding ² : < 7 indica baixo risco de sangramento	Pontuação
Insuficiência renal moderada (TFG 30 - 59 ml/min/m ²)	1
Sexo masculino	1
Idade 40 - 84 anos	1,5
Idade \geq 85 anos	3,5
Câncer em atividade	2
Doença reumatológica	2
Cateter venoso central	2
Internação em UTI	2,5
Insuficiência renal grave (TFG < 30ml/min/m ²)	2,5
Insuficiência hepática (INR > 1,5)	2,5
Contagem plaquetária < 50.000/mm ³	4
Sangramento nos últimos 3 meses (antes da admissão)	4
Úlcera gastroduodenal ativa	4,5

TEV: tromboembolismo venoso; IMC: índice de massa corpórea; TFG: taxa de filtração glomerular; INR: relação normatizada internacional.



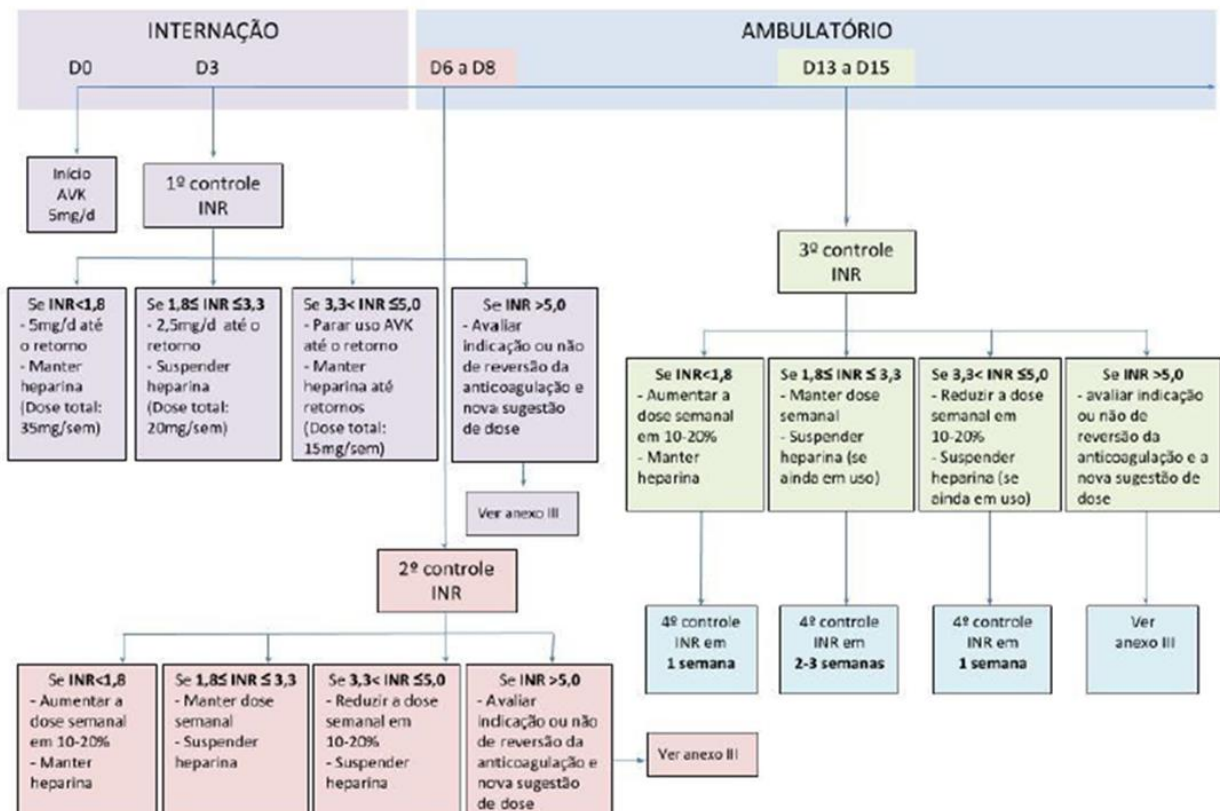
2. Pacientes previamente anticoagulados:

- contatar serviço de origem do paciente para agendamento de retorno precoce e discussão quanto à anticoagulação (AVK - varfarina / HBPM / HNF)
- se for reintroduzir anticoagulante oral direto (DOAC), descartar interações medicamentosas proibitivas (www.drugs.com)

3. Pacientes com trombose diagnosticada durante a internação

- todos têm indicação de anticoagulação por no mínimo 3 meses (trombose associada a fator de risco - COVID-19)
- paciente HCFMUSP: retorno para controle de anticoagulação na clínica de origem
- paciente externo HCFMUSP: preencher encaminhamento para a rede básica; e solicitar interconsulta para ambulatório de anti-coagulação pós-COVID-19 para Farmácia Clínica AF-0800. Iniciar AVK (varfarina) quando programada alta hospitalar de acordo com a recomendação abaixo:

FLUXOGRAMA DO MANEJO INICIAL DE USO DE VARFARINA





CONSIDERAÇÕES SOBRE O USO DE TOCILIZUMABE

Alguns estudos demonstraram que pacientes com quadro clínico grave ou crítico com marcadores inflamatórios elevados (IL-6 > 50, PCR > 75 mg/L) possam se beneficiar do uso de tocilizumabe associado ao uso de corticoides. Para considerar o uso, é necessário solicitar dosagem de IL-6, Procalcitonina, proteína C reativa, ferritina, DHL e realizar avaliação clínico-laboratorial de infecções secundárias.

Este imunobiológico faz parte do componente especializado da assistência farmacêutica do Ministério da Saúde, de alto custo e atualmente é padronizado no HC para tratamento de doenças reumatológicas. O fabricante anunciou risco de ruptura no estoque e alertou que, devido ao cenário atual, até a normalização, pedidos de compra de tocilizumabe poderão não ser atendidos em sua totalidade.

Atualmente, no HC FMSUP, o uso de tocilizumabe para o tratamento de COVID-19 é disponível apenas em estudos clínicos.

Critérios para prescrição

Pacientes sem evidência clínica e exames subsidiários para avaliação de infecções secundárias, com dosagem de procalcitonina < 0,5 ng/mL

E

nível de IL-6 > 50 pg/mL E com os seguintes achados:

- Febre por mais de 72 horas
- proteína C reativa em ascensão ou > 75 mg/dl
- Ferritina > 500 ng/mL
- DHL > 250 UI/L
- Aumento na demanda de O₂

OU

- nível de IL-6 > 80 pg/mL

POSOLOGIA: 4mg - 8mg/kg em dose única endovenosa

Dose máxima: 800 mg

ATENÇÃO: Usar corticoide concomitante



MANEJO DA ANOSMIA:

Na maioria das vezes a anosmia tem resolução espontânea; considerar treinamento olfatório se a anosmia persistir por mais de 2 semanas

Treinamento olfatório caseiro:

Cheirar um pequena porção de cada um dos produtos abaixo por 10 seg, com intervalo de 15 seg entre eles, 2 vezes ao dia, por pelo menos 3 meses.

Produtos: café, cravo, mel, vinagre de vinho tinto, creme dental de menta, essência de baunilha, suco de tangerina concentrado (ex: maguary).