

FLUXO ANESTESIOLOGIA - PANDEMIA - HOSPITAL MÃE DE DEUS (21/03/2020)

“OS MÉDICOS PODEM SER VETORES DE TRANSMISSÃO DA DOENÇA”

“OS MÉDICOS TAMBÉM PODEM FICAR DOENTES E APRESENTAR FORMAS GRAVES DA DOENÇA”

“A DOENÇA TAMBÉM MATA PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE”

“COM UNIFORMIDADE, VAMOS FAZER A DIFERENÇA E SALVAREMOS MUITO MAIS DO QUE A VIDA QUE ATENDEREMOS”

OBJETIVOS > SEGURANÇA DA EQUIPE E DO SISTEMA DE SAÚDE.

OBRIGATÓRIO, PARA ATENDIMENTO AOS PACIENTES DENTRO DA INSTITUIÇÃO, TREINAMENTO DOS ANESTESIOLOGISTAS PARA ATENDIMENTO AOS PACIENTES NO PERÍODO DE PANDEMIA.

TODOS OS MEDICOS DEVEM SE MANTER ATUALIZADOS COM AS MAIS RECENTES RECOMENDAÇÕES DAS AUTORIDADES DE SAÚDE LOCAIS E DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS)

SOBRE DISPONIBILIDADE DE EPI's

- **NOTA CREMERS (20/03/2020)**: cabe ao diretor técnico de cada unidade de saúde e aos gestores públicos garantir que os médicos da Unidade pela qual são responsáveis tenham a sua disposição os EPI's adequados, conforme preconização pela Nota Técnica nº 04/2020 GVIMS/GTES/ANVISA como necessários ao atendimento de pacientes sintomáticos com suspeita de infecção pelo SARS-COV2. À iminente falta de EPI's, deve o diretor técnico realizar a solicitação de novos, registrando a situação da sua falta e a consequente solicitação, e efetuando a imediata comunicação ao CREMERS e às autoridades sanitárias. Considerando que não se sabe quanto tempo durará a pandemia e que a falta de EPI's pode inviabilizar os atendimentos médicos, para não se colocar em risco os profissionais de saúde, cabe ao Diretor Técnico estabelecer medidas para o uso dos EPI's, conforme determina a Resolução CFM nº 2.147/2016, evitando, dessa forma, que a falta dos equipamentos inviabilize o atendimento médico (Capítulo II, inciso V. do Código de Ética Médica vigente). O Diretor Técnico deve registrar todas as medidas adotadas para fielmente cumprir as recomendações expedidas pelo CREMERS e CFM, incluindo-se as circunstâncias relativas aos EPI's e sua eventual falta, às solicitações de reposição, e às comunicações aos órgãos competentes.

- USO DA MÁSCARA DE PROTEÇÃO (RECOMENDAÇÃO SBA/CDC)

Não há recomendação para o uso de máscara PFF2/PFF3 ou N95 (NIOSH) em atendimentos de rotina em pacientes não suspeitos de contaminação ou contato com doentes. Neste caso a proteção deve ser realizada, com máscara cirúrgica e luvas.

RECOMENDAÇÕES CDC:

- Minimizar o número de indivíduos que necessitem utilizar a proteção respiratória;
- Usar dispositivos alternativos à máscara PFF2/3/N95, quando possível;
- Priorizar o uso da máscara PFF2/3/N95 para o pessoal com alto risco de contrair ou ter complicações da infecção²;
- **Uso da máscara de forma contínua**, para evitar a manipulação da mesma, dificultando a auto-contaminação;
- Não se estabelece um número de horas de uso da máscara antes da substituição; foca na importância da manutenção da funcionalidade e indica a troca de acordo com as condições higiênicas (se for contaminada por material biológico, p.ex., ou se houver contato próximo com paciente contaminado durante procedimentos - EX: manipulação da Via Aérea) ou considerações práticas (uso de sanitários, pausa para alimentação e acúmulo de sujeira);
- Higienizar as mãos com água e sabão ou álcool antes de manipular a máscara (se for necessário ajustá-la para manter o conforto);
- É importante facilitar o treinamento para uso e descarte adequado da máscara facial e demais equipamentos de proteção;

RESUMO DAS MEDIDAS DE USO DA MÁSCARA PFF2/3/N95
Descartar a máscara após uso em procedimentos geradores de aerossóis
Descartar a máscara contaminada com sangue, secreção nasal ou respiratória ou outro fluido do paciente
Descartar a máscara após contato próximo com qualquer paciente co-infectado com qualquer doença infecciosa que requeira precaução de contato
Utilize um protetor facial lavável ou máscara cirúrgica sobre a máscara N95 quando possível, para reduzir a contaminação da máscara
Cuidado no armazenamento da máscara para evitar contaminação cruzada entre as mesmas
Higienize as mãos (água e sabão ou álcool) toda vez que for colocar, retirar ou ajustar a máscara
Use luva de procedimentos toda vez que for colocar ou retirar a máscara
Tome ciência das informações do fabricante acerca do uso da máscara
Descarte a máscara em caso de dano à sua integridade
Troque a máscara após no máximo 5 reutilizações (ou menos, se for a recomendação do fabricante)
Identifique sua máscara para ocorrer risco de troca.

1 Center for Disease Control and Prevention - <https://www.cdc.gov/>

2 Em especial pacientes idosos, com doença respiratória prévia - asma, tuberculose - imunocomprometidos, renais crônicos, entre outros

OBS > **O uso prolongado** refere-se a prática de usar a mesma máscara N95 para avaliações repetidas de contato com vários pacientes, sem remover a máscara entre as avaliações do paciente. O uso prolongado pode ser implementado quando vários pacientes são infectados com o mesmo patógeno respiratório e os pacientes são colocados juntos em salas de espera dedicadas ou enfermarias de hospitais. O uso prolongado tem sido recomendado como uma opção para conservar as máscaras durante surtos e pandemias.

A reutilização refere-se à prática de usar a mesma máscara N95 para várias avaliações de pacientes, mas removê-lo ('tirar') após cada avaliação. A máscara é armazenada entre as avaliações para ser colocado novamente ('vestido') antes da próxima avaliação com o paciente. Para patógenos em que a transmissão por contato (por exemplo, fômites) não é uma

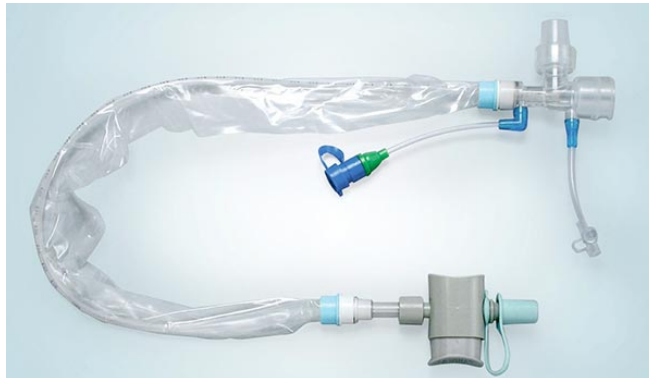
preocupação, o reuso não emergencial é praticado há décadas. Por exemplo, para prevenção da tuberculose, o CDC recomenda que uma máscara classificada como descartável possa ser reutilizada pelo mesmo trabalhador, desde que permaneça funcional e seja utilizado de acordo com os procedimentos locais de controle de infecção). Mesmo quando a reutilização da máscara N95 é praticada ou recomendada, existem restrições que limitam o número de vezes que a mesma FFR é reutilizada. Assim, a reutilização da máscara N95 é geralmente referida como "reutilização limitada". A reutilização limitada tem sido recomendada e amplamente utilizada como uma opção para conservar as máscaras durante surtos e pandemias.

TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DOS PACIENTES (com ou sem acompanhamento médico)

-PACIENTES SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS ou COVID19

- a. Paciente com MÁSCARA CIRÚRGICA e monitorização mínima possível dentro dos limites de segurança para o quadro clínico. Os membros da equipe de transporte com EPI's padrão da instituição + máscara PFF2/3/N95. Se não houver manipulação de Via aérea ou desconexões, NÃO DESCARTAR MÁSCARA N95/PFF2*3* (guardar conforme protocolo institucional).
- b. Paciente que necessitem de Oxigênio suplementar em baixos fluxos (Não considerar máscara de Udsen ou IOT), considerar transporte com Técnico de enfermagem + enfermeira do setor OU médico + técnico de enfermagem)
- c. Para pacientes que necessitem O2 em altos fluxos ou que se considere risco ventilatório, considerar via aérea invasiva dentro do setor conforme protocolo institucional e recomendações SBA/CDC **(anexos)**

Para transporte de pacientes em VM, tentar manter padrão ventilatório ofertado no centro de terapia intensiva + trach-care.



- d.
- e. Pacientes em Ventilação Mecânica Invasiva, CUIDADOS PARA EVITAR AO MÁXIMO DESCONEXÕES COM O APARELHO DE VENTILAÇÃO, CONSIDERAR TRANSPORTAR PACIENTE CURARIZADO E NAS DESCONEXÕES NECESSÁRIAS (ex: TROCA DE VENTILADOR DA CTI PARA VENTILADOR DE TRANSPORTE) CLAMPEAR TUBO COM PINÇA FORTE E EVITAR VENTILADOR ESTAR CICLANDO DURANTE AS TROCAS.
- f. Considerar transportar para realização de exames nos **períodos noturnos**, onde há menor número de pessoas em circulação dentro da instituição.
- g. Há necessidade de uma pessoa para manter as vias abertas para evitar a contaminação na abertura e fechamento das portas.

- h. Acionamento da equipe de higienização, pela enfermeira do setor, imediatamente após a realização do transporte
- i. No CDI, ficam designados, a ajudar na transferência de leito: a enfermeira do turno do e 1 técnico de enfermagem por turno (**evitar troca da equipe**).

VENTILADORES MECÂNICOS UTILIZADOS PARA TRANSPORTE - HMD

VENTILADOR ASTRAL 100 RESMED



OXYLOG® 3000 PLUS



FLUXO ANESTÉSICO – CIRÚRGICO – BLOCO HMD

- 1) AGENDAMENTO (triagem telefônica – TEM ALGUM SINTOMA GRIPAL?)
 - a. SINTOMÁTICO
 - i. Orientar contato telefônico com médico assistente para discutir possibilidade de adiamento do procedimento.
 - b. ASSINTOMÁTICO
 - i. Prosseguir fluxo para hospital
 - ii. CHECK-IN ou TRIAGEM (SINAIS VITAIS E FORNECER MÁSCARA CIRÚRGICA + LAVAGEM DAS MÃOS E POSTERIOR ÁLCOOL GEL 70%)

RECOMENDAÇÕES GERAIS NO CONTATO COM OS PACIENTES (SBA / CDC)

1. Evite contato físico além do estritamente necessário para exame do paciente – abraços, aperto de mãos e beijos.
2. Evite passar as mãos no rosto, no nariz e na boca.
3. Realize a higienização frequente das mãos com água e sabão.
4. Use com frequência álcool em gel (após a lavagem das mãos).
5. Use toalhas de papel descartáveis.
6. Utilize máscaras faciais quando em contato com pacientes com coriza, tosse, febre ou outros sintomas ou com suspeita de contaminação por coronavírus.

RECOMENDAÇÃO ESPECIAIS AOS ANESTESIOLOGISTAS (SBA)

1. Use medidas de precaução padrão, de contato e de gotículas (máscara cirúrgica, luvas, avental não estéril e óculos de proteção). As luvas de procedimentos não cirúrgicos devem ser utilizadas quando houver risco de contato das mãos do profissional com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, mucosas, pele não íntegra e artigos ou equipamentos contaminados, de forma a reduzir a possibilidade de transmissão do novo coronavírus (2019-nCoV) para o trabalhador de saúde, assim como de paciente para paciente, por meio das mãos do profissional.
2. A máscara cirúrgica deve ser utilizada para a proteção individual, observando-se a colocação adequada da máscara (cobertura da região nasal e vedação lateral) para garantir a melhor proteção possível.
3. A remoção e o descarte da máscara facial devem ser feitos de forma adequada (para evitar a auto-contaminação), de acordo com as recomendações da CCIH e do plano de gerenciamento de resíduos sólidos da instituição.

4. Utilizar óculos de proteção ou protetores faciais e avental sempre que houver risco de contato com secreções, fluidos corporais e sangue.

1. SINTOMÁTICO X ASSINTOMÁTICO
2. SINTOMÁTICO **Volta para letra a**, porém **equipe cirúrgico anestésica deverá avaliar quadro clínico do paciente (com padrão institucional (máscara N95 + 1 ou 2 pares de luvas + avental branco + óculos de proteção + lavagem das mãos)**
3. Cuidado para a luva cobrir o punho (pode fixar a luva ao avental com micropore)

a. SEM SINAIS OU SINTOMAS DE GRAVIDADE

i. ALTA PARA CASA COM ATESTADO DE 14 DIAS PARA PACIENTE E FAMILIARES (PORTARIA)

PORTARIA GM Nº 454, DE 20 DE MARÇO DE 2020

Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19)

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, parágrafo único, incisos I e II, da Constituição, tendo em vista o disposto no § 7º do art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, e

Considerando a Portaria nº 188/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2020, que declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV);

Considerando a condição de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19) e a necessidade premente de envidar todos os esforços em reduzir a transmissibilidade e oportunizar manejo adequado dos casos leves na rede de atenção primária à saúde e dos casos graves na rede de urgência/emergência e hospitalar; e

Considerando a necessidade de dar efetividade às medidas de saúde para resposta à pandemia do coronavírus (covid-19) previstas na Portaria nº 356/GM/MS, de 11 de março de 2020, resolve:

Art. 1º Fica declarado, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19).

Art. 2º Para contenção da transmissibilidade do covid-19, deverá ser adotada como, medida não-farmacológica, o isolamento domiciliar da pessoa com sintomas respiratórios e das pessoas que residam no mesmo endereço, ainda que estejam assintomáticos, devendo permanecer em isolamento pelo período máximo de 14 (quatorze) dias.

Parágrafo único. Considera-se pessoa com sintomas respiratórios a apresentação de tosse seca, dor de garganta ou dificuldade respiratória, acompanhada ou não de febre, desde que seja confirmado por atestado médico.

Art. 3º A medida de isolamento somente poderá ser determinada por prescrição médica, por um prazo máximo de 14 (quatorze) dias, considerando os sintomas respiratórios ou o resultado laboratorial positivo para o SARS-CoV-2.

§ 1º O atestado emitido pelo profissional médico que determina a medida de isolamento será estendido às pessoas que residam no mesmo endereço, para todos os fins, incluindo o disposto no § 3º do art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.

§ 2º Para emissão dos atestados médicos de que trata o § 1º, é dever da pessoa sintomática informar ao profissional médico o nome completo das demais pessoas que residam no mesmo endereço, sujeitando-se à responsabilização civil e criminal pela omissão de fato ou prestação de informações falsas.

§ 3º Para as pessoas assintomáticas que residem com a pessoa sintomática será possível a emissão de novo atestado médico de isolamento caso venham a manifestar os sintomas respiratórios previstos no parágrafo único do art. 2º ou tenham resultado laboratorial positivo para o SARS-CoV-2.

§ 4º A prescrição médica de isolamento deverá ser acompanhada dos seguintes documentos assinados pela pessoa sintomática:

I – termo de consentimento livre e esclarecido de que trata o § 4º do art. 3º da Portaria nº 356/GM/MS, de 11 de março de 2020; e

II – termo de declaração, contendo a relação das pessoas que residam ou trabalhem no mesmo endereço, nos termos do Anexo.

Art. 4º As pessoas com mais de 60 (sessenta) anos de idade devem observar o distanciamento social, restringindo seus deslocamentos para realização de atividades estritamente necessárias, evitando transporte de utilização coletiva, viagens e eventos esportivos, artísticos, culturais, científicos, comerciais e religiosos e outros com concentração próxima de pessoas.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

LUIZ HENRIQUE MANDETTA

MODELO ATESTADO – TEM MODELO NO PEP PARA PREENCHIMENTO.

TERMO DE DECLARAÇÃO

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, residente e domiciliado na _____, Bairro _____, CEP, na cidade de _____, Estado _____, declaro que fui devidamente informado(a) pelo médico(a) Dr.(a) _____ sobre a necessidade de isolamento a que devo ser submetido(a), bem como as pessoas que residem no mesmo endereço ou dos trabalhadores domésticos que exercem atividades no âmbito residencial, com data de início _____, previsão de término _____, local de cumprimento da medida _____.

Nome das pessoas que residem no mesmo endereço que deverão cumprir medida de isolamento domiciliar:

1. _____

2. _____

3. _____

Assinatura da pessoa sintomática: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____: ____

b. SINTOMAS DE GRAVIDADE

- i. TRANSFERIR PARA AVALIAÇÃO NA EMERGÊNCIA (CONTATO DE MÉDICO PARA MÉDICO PARA DISCUSSÃO DO CASO)

4. ASSINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO

- a. Máscara cirúrgica para paciente e membros da equipe, porém para os membros da equipe (óculos + 1 par de luvas + máscara cirúrgica bem acoplada + avental (branco de isolamento)
- b. OPTAR SEMPRE POR BLOQUEIOS REGIONAIS EVITANDO MANIPULAÇÃO DE VIAS AÉREAS
- c. MANTER EPI's DURANTE TODO O PROCEDIMENTO ATÉ TRANSFERÊNCIA PARA LEITO DE SR OU CTI
- d. **CUIDADOS NA CONTAMINAÇÃO NA RETIRADA DOS EPI's (os mesmos que são realizados no atendimento aos pacientes SINTOMÁTICOS)**
- e. EVITAR TOCAR NAS PAREDES, PORTAS E MAÇANETAS
- f. UMA PESSOA FICA RESPONSÁVEL DE MANTER A VIA LIVRE
- g. FAZER A ADEQUADA RETIRADA DOS EPIs (DENTRO DA SALA DE ORIGEM)
- h. EVITAR CIRCULAÇÃO DESNECESSÁRIA NA SALA CONFORME NORMAS DO CENTRO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR E MANTER A PORTA DA SALA CIRÚRGICA FECHADA. EVITAR ABERTURA DESNECESSÁRIAS DAS PORTAS.
- i. EVITAR SOLICITAÇÃO DESNECESSÁRIA DE MATERIAIS (RISCO DE CONTAMINAÇÃO)

5. SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO (SUSPEITOS OU DIAGNOSTICADOS COM COVID-19)

- a. SEGUIR PADRÃO (cirurgias julgadas necessárias conforme discussão EQUIPE E PACIENTE e PARA OS CASOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA)
- b. **OPTAR, PREFERENCIALMENTE, POR ANESTESIA REGIONAL EVITANDO MANIPULAÇÃO DE VIAS AÉREA.**
- c. PACIENTE SEMPRE COM MÁSCARA CIRÚRGICA BEM ACOPLADA (TRANSFERÊNCIA DIRETA PARA A SALA CIRÚRGICA)
- d. EVITAR TROCAR EQUIPE E SALAS CIRÚRGICAS PARA ATENDIMENTO AOS CASOS SINTOMÁTICOS OU COVID 19 +.

1. O objetivo dessas recomendações é a proteção do anestesiológico e do pessoal envolvido em procedimentos médicos geradores de aerossóis (intubação traqueal, ventilação não invasiva, traqueostomia, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação e broncoscopia).

- Em caso de paciente positivo para a COVID-19, deve-se colocá-lo em isolamento (sala com pressão negativa ou sala fechada), e o pessoal de saúde deve utilizar os equipamentos de proteção individual adequados.

2. **Ao realizar procedimentos que gerem alto risco de aerossolização (uso de máscara de proteção respiratória (respirador particulado) com eficácia mínima, na filtração, de 95% de partículas de até 0,3µ (tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3) + avental azul (impermeável) + 2 pares de luvas + óculos de proteção + capacete). MANTER PARAMENTAÇÃO ATÉ O PACIENTE ESTAR NO LOCAL DE DESTINO APÓS O PROCEDIMENTO. (CUIDADOS NA DESPARAMENTAÇÃO CONFORME TREINAMENTO)**

3. Se for indicado suporte ventilatório, o planejamento deve ser feito para que a intervenção seja realizada de forma eletiva, evitando intervenções de emergência, que têm mais risco de transmissão da infecção. É importante uma comunicação efetiva entre os membros da equipe. **(indução anestésica realizada por cirurgião presente e anestesiológico ou técnico de enfermagem mais experiente da sala e anestesiológico)**

4. A intubação traqueal deve ser feita com preparo adequado (clínico, material e de medicamentos) e pelo profissional mais experiente, para evitar perda de tempo desnecessária e maior dispersão de fluidos e aerossóis.

5. Caso haja disponibilidade, o uso do videolaringoscópio é recomendado, pois reduz as chances de contaminação pela dispersão de aerossóis durante a intubação (maior distância da via aérea do paciente).

6. Recomenda-se o uso de **bloqueadores neuromusculares** para facilitar as manobras de intubação traqueal em sequência rápida. (DOSES ADEQUADAS)

7. Em caso de dificuldade de intubação traqueal ou múltiplas tentativas sem sucesso, recomenda-se o uso precoce da máscara laríngea para evitar a dispersão viral causada pelo excesso de fluidos, sangue ou aerossóis.

8. Recomenda-se a **intubação em seqüência rápida** sempre que possível, após pré-oxigenação com máscara de **Hudson a 6L/min**. Evitar a ventilação manual do paciente com AMBU, conexão direta com o respirador.
9. Não é recomendada a ventilação manual sob máscara durante as manobras de manipulação das vias aéreas. Se necessária ventilação manual, usar as duas mãos para vedação (necessário duas pessoas) e usar volumes correntes baixos.
10. Recomenda-se evitar a intubação com o paciente acordado, inclusive com fibrobroncoscopia (maior risco de dispersão viral) e **NÃO UTILIZAR ANESTESIA PERIGLÓTICA**.
11. Se for necessário o uso de suporte ventilatório, recomenda-se a realização de intubação traqueal, pois o uso de terapia ventilatória não invasiva aumenta o risco de contaminação e disseminação da infecção.
12. Procedimentos em pacientes contaminados com a COVID-19 devem ser realizados em áreas especiais, de preferência em salas com pressão negativa ou salas fechadas com acesso de pessoal e material limitado. (SE NECESSÁRIO LEITO DE CTI PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO, UTILIZAR O LEITO DE CTI TANTO PARA INDUÇÃO E EXTUBAÇÃO, ASSIM COMO PARA PROCEDIMENTO DE CATETER VENOSO CENTRAL, PAM E SONDAGEM VESICAL DE DEMORA)
13. Utilize circuitos de aspiração fechados.
14. Recomenda-se disponibilizar um aparelho de anestesia específico para ser utilizado em pacientes contaminados ou com suspeita de contaminação pela COVID-19.
15. Todo material e equipamento reutilizáveis usados em pacientes contaminados ou com suspeita de contaminação pela COVID-19 deverão ser processados de acordo com as normas da CCIH de sua instituição, após cada utilização.
16. Recomenda-se a colocação de um filtro de barreira, tipo HMEF (a recomendação é o uso do filtro HEPA, se disponível) conectado ao tubo traqueal no circuito de anestesia quando utilizado em pacientes contaminados ou com suspeita de contaminação pela COVID-19. Existem filtros HMEF capazes de reter quase 100% de retenção bacteriológica e viral.
17. Recomenda-se, além da descontaminação do caníster de cal sodada, sua substituição completa após cada utilização em pacientes contaminados ou com suspeita de contaminação pela COVID-19.
18. Recomenda-se o uso de capnografia tipo “mainstream”, pela facilidade de descontaminação do sensor após o uso. Não há nenhuma recomendação contra o uso do capnógrafo tipo “sidestream”, porém a linha aspirativa e o filtro devem ser trocados após cada uso.
19. Recomenda-se a utilização de traqueias descartáveis, sempre que disponíveis, e o descarte adequado da mesma após o seu uso. Caso seja utilizado traqueia não-descartável, a mesma deve ser submetida a processo de lavagem e descontaminação adequados, de acordo com a CCIH.
20. A recuperação pós-anestésica do paciente contaminado deve ser feita em local especial ou na própria sala de cirurgia (evitar contato com outros pacientes).
21. Recomenda-se evitar a circulação de pessoal que teve contato com pacientes contaminados ou com suspeita de contaminação pela COVID-19 pela unidade cirúrgica.

22.Recomenda-se limitar a circulação do paciente contaminado ou sob suspeita por todo o ambiente hospitalar.

VENTILAÇÃO MECÂNICA PROTETORA (pneumopatia estabelecida pela doença)

- VC < 6ML/KG DE PESO PREDITO
- PRESSAO PLATÔ < 30CMH2O
- DRIVING PRESSURE 15CMH2O
- AJUSTE DA PEEP INDIVIDUAL DE ACORDO COM A TABELA SDR (Sat > 92% e FiO2 < 60%), SE TIVER QUE AUMENTAR A FIO2 > UTILIZAR TABELA SDR.

Objetivo da Ventilação Mecânica para paciente com pneumopatia estabelecida pela doença:

Sat> 93%, Ph>7,15, PaCO2 < 75mmHg.

Posição prona: (provavelmente inviável no Bloco cirúrgico)

- PaO2/FiO2 < 150 e FiO2 > 60% após 04h de VM.
- Manter de 16h a 24h.
- Repetir quantas vezes for necessário.

EM CASOS DE PACIENTE SINTOMÁTICOS OU COVID 19+ E/OU PATOLOGIA CIRÚRGICA DE URGÊNCIA: INTUBAÇÃO PRECOCE EM CASOS DE DETERIORIZAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO

ORIENTAÇÃO PARA EXTUBAÇÃO DO PACIENTE (EVITAR AO MAXIMO MANIPULAÇÃO ASSIM COMO A TOSSE)

- ATENTAR PARA DESCURARIZAÇÃO TOTAL

- PACIENTE QUE IRÁ PARA LEITO DE CTI > EXTUBAÇÃO NA CTI OU POR EQUIPE DA CTI.

FLUXO HMD

ASSINTOMÁTICO > CIRURGIA > SRA > ALTA

SINTOMÁTICO > CIRURGIA > RECUPERAÇÃO SRI OU EM SALA CIRÚRGICA > ALTA OU INTERNAÇÃO EM LEITO PRÉ DETERMINADO.

COVID 19 + > CIRURGIA > RECUPERAÇÃO EM SALA CIRÚRGICA POR 2H A NÃO SER QUE PACIENTE VÁ PARA LEITO DE CTI.

REFERÊNCIAS

1. Nota esclarecimento CREMERS 20/03/2020
2. Center for Disease Control and Prevention - <https://www.cdc.gov/>
3. O CORONAVÍRUS E O ANESTESIOLOGISTA, primeira revisão em 18 de março de 2020. Uso da Máscara de Proteção
4. O CORONAVÍRUS E O ANESTESIOLOGISTA, atualização em 19 de março de 2020
5. <https://www.cdc.gov/niosh/topics/hcwcontrols/recommendedguidanceextuse.html>
Recommended Guidance for Extended Use and Limited Reuse of N95 Filtering Facepiece Respirators in Healthcare Settings
6. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPPE_use-2020.1-eng.pdf