

## RECOMENDAÇÕES RELATIVAS AO RISCO DE INFEÇÃO PELO COVID-19

Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço (SPORL-CCP)

22 de março de 2020

### RECOMENDAÇÕES BÁSICAS PARA OS CUIDADOS ORL

#### A – USO DE MÁSCARA:

##### - Máscara cirúrgica:

- Uma vez que indivíduos infetados podem ser assintomáticos e provavelmente capazes de transmitir a doença<sup>1,2</sup>, e porque os médicos ORL estão muito próximos da via aérea do paciente durante a consulta, o uso sistemático da máscara cirúrgica é a **proteção mínima** recomendada nas consultas ou observações urgentes de ORL.<sup>3</sup> Mas a máscara cirúrgica só está indicada nos doentes sem sintomas respiratórios e em que não seja necessária uma observação da via aérea (fossas nasais, cavidade oral, faringe, laringe). Sempre que haja sintomatologia respiratória e/ou observação da via aérea, o nível de proteção da máscara tem que aumentar<sup>4</sup> (ver adiante).
- O uso de máscara cirúrgica está recomendado nos outros profissionais de saúde que não vão observar o doente mas que contactam com o paciente nas instalações da consulta ou da urgência de ORL (secretárias, assistentes, enfermeiros, entre outros).<sup>4</sup>
- A colocação de uma máscara cirúrgica no próprio doente também deve ser realizada, nesta fase, o mais cedo possível, logo que se identifique a presença de sintomas respiratórios (por exemplo no serviço de urgência deverá ser logo no registo administrativo ou, no máximo, na triagem). Da mesma forma, os doentes com sintomas respiratórios devem manter uma distância de 1 metro dos outros indivíduos, por exemplo, na sala de espera.<sup>4</sup>

*Em resumo, a máscara cirúrgica na consulta / urgência de ORL é o nível mínimo de proteção e só deve ser utilizada quando não se vai observar a via aérea e o doente está assintomático.*

##### - Máscara FFP2 (o seu uso está indicado:)

- Pelo médico ORL, quando vai observar a via aérea (cavidade oral, observação da orofaringe com abaixa-língua, rinoscopia anterior, exame endoscópico da via aérea superior ou entubação).<sup>3</sup>



- Pelo médico ORL, quando vai observar doentes que tenham sintomas respiratórios agudos, mesmo que sejam ligeiros. 80 % dos doentes infetados com o COVID-19 apresentam sintomas ligeiros que não são incluídos nos critérios clínicos da DGS para o **caso suspeito**. Esses sintomas podem incluir, entre outros, sintomas que trazem o doente com facilidade a ORL e que não são muitas vezes valorizados como suspeitos da infeção pelo COVID-19, tais como a coriza, congestão nasal e odinofagia<sup>5</sup>.
- Pela equipa de enfermagem que realize atos na via aérea nos mesmos doentes ou em pacientes infetados ou com suspeita de infeção.
- Preferencialmente, também pelos profissionais de saúde que permanecerem no mesmo compartimento onde o doente está a ser observado por um ORL que tem indicação para usar uma máscara FFP2.
- As máscaras FFP2 requerem uma colocação correta e têm a dificuldade de se usar durante várias horas.<sup>3</sup>

*Em resumo, a máscara FFP2 na consulta / urgência de ORL é o nível mínimo de proteção quando se avaliam doentes com sintomas respiratórios agudos, mesmo que sejam ligeiros; quando se faz a observação da via aérea; ou em todas as situações em que se prestam cuidados mais invasivos.*

## B – ÓCULOS DE PROTEÇÃO

- O seu uso é recomendado para qualquer gesto com risco de projeção ocular de líquido biológico, independentemente do status do paciente. Para o médico ORL, isso diz respeito, em particular, ao exame do doente com sintomas respiratórios agudos, mesmo que sejam ligeiros, ou quando se faz a observação da via aérea.<sup>4</sup>
- A viseira pode ser uma alternativa aos óculos de proteção.<sup>4</sup>

*Em resumo, a utilização de óculos de proteção na consulta / urgência de ORL é o nível mínimo de proteção ocular quando se avaliam doentes com sintomas respiratórios agudos, mesmo que sejam ligeiros; quando se faz a observação da via aérea; ou em todas as situações em que se prestam cuidados mais invasivos.*

## C – LUVAS

- O uso de luvas está indicado em caso de contato com o doente ou quando houver contacto ou possibilidade de contacto com líquidos biológicos. As luvas,



descartáveis, devem ser removidas imediatamente depois do procedimento ou da observação do doente.<sup>6</sup> A única situação em que o médico de ORL prestará cuidados ao doente sem colocar luvas é no doente sem sintomas respiratórios que não será submetido a qualquer forma de exame objetivo.

*Em resumo, devem usar-se luvas em caso de contato com o doente ou quando houver contato ou possibilidade de contato com líquidos biológicos.*

#### D – BATA

- O uso de bata descartável impermeável (ou bata descartável permeável por cima de avental de plástico, impermeável) está indicado quando for possível o contacto ou o salpico de líquidos biológicos. A bata, descartável, deve ser removida depois do procedimento ou da observação do doente.<sup>6</sup>
- Nos cuidados da nossa especialidade, o nível mínimo de cuidados que impõe a utilização de batas são as situações em que se faz o exame objetivo do doente com sintomas respiratórios agudos, mesmo que sejam ligeiros, ou quando se faz a observação da via aérea.<sup>4</sup>

*Em resumo, deve usar-se bata impermeável descartável quando se avaliam doentes com sintomas respiratórios agudos, mesmo que sejam ligeiros; quando se faz a observação da via aérea; ou em todas as situações em que se prestam cuidados mais invasivos.*

#### E – TOUCA

- O uso de touca é recomendado quando for possível o contacto ou o salpico de líquidos biológicos.

*Em resumo, a touca deve ser usada nas mesmas situações em que se utiliza máscara, óculos ou viseira, batas e luvas.*

#### F – LAVAGEM DAS MÃOS

- Os cinco momentos para a higienização / lavagem das mãos são os seguintes<sup>7</sup>:
  - Antes do contacto com o doente



- Antes de procedimentos limpos / assépticos
- Após risco de exposição a fluidos orgânicos
- Após contacto com o doente
- Após contacto com o ambiente envolvente do doente
- As recomendações atuais relativas à utilização de luvas, mais exigentes, não invalidam a necessidade de higienizar as mãos, com água e sabão ou solução de base alcoólica, antes de colocar e depois de remover as luvas e a necessidade de lavar ou higienizar frequentemente as mãos independentemente destas recomendações.

*Em resumo, as mãos devem ser lavadas/higienizadas nos 5 momentos tradicionais, nos casos em que utilizem luvas, antes da sua colocação e depois da sua remoção e na rotina habitual*

## G – QUADRO RESUMO DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPIs)

- O quadro seguinte resume a indicação para a utilização dos diferentes equipamentos de proteção individual nos diferentes tipos de prestação de cuidados de saúde da em ORL, em particular no atendimento das consultas e do serviço de urgência<sup>8,9</sup>.

	Máscara cirúrgica	Proteção ocular	Máscara FFP2	Bata impermeável	Luvas	Touca
Doente sem sintomas respiratórios e sem exame objetivo	X					
Doente sem sintomas respiratórios e com exame objetivo que não inclua via aérea (ex.: só otoscopia)	X	X		X	X	X
Doente com sintomas respiratórios agudos		X	X	X	X	X
Doente que vai ter exame clínico da via aérea		X	X	X	X	X
Doente que vai ter exame endoscópico da via aérea		X	X	X	X	X

- **Ordem de colocação dos EPIs<sup>10</sup>:**

1. Higienizar as mãos com solução antisséptica de base alcoólica
2. Colocar bata
3. Colocar máscara cirúrgica ou FFP2
4. Colocar proteção ocular
5. Colocar luvas

- **Ordem de remoção dos EPIs<sup>10</sup>:**
  1. Remover bata
  2. Remover luvas
  3. Higienizar as mãos com solução antisséptica de base alcoólica
  4. Remover proteção ocular
  5. Remover máscara
  6. Higienizar as mãos com solução antisséptica de base alcoólica
  7. Descartar todos os resíduos para o saco do Grupo III – risco biológico
- Estas recomendações são dirigidas a ORL, mas podem ser utilizadas por médicos de outras especialidades que realizem o mesmo tipo de avaliação dos doentes (exame da orofaringe com espátula, por exemplo), como os médicos de Medicina Geral e Familiar, Medicina Interna, Medicina de Urgência, e de outras especialidades.

## H – CONSULTAS, CIRURGIAS, EXAME CLÍNICO

- O adiamento de atividades é imprescindível, tendo em conta os riscos de propagação da pandemia devido à circulação das pessoas, a disseminação da infeção nas unidades de saúde e a provável redução no número de profissionais de saúde disponíveis por motivos de infeção, quarentena ou assistência à família. As recomendações são as seguintes:
  - **Consultas:** cancelar consultas não urgentes. Os profissionais de saúde devem estar disponíveis para realizar teleconsultas nas quais é feita a avaliação e a orientação possível da situação de cada doente, evitando a sua circulação e deslocação ao hospital.
  - **Cirurgias:** adiar cirurgias não urgentes. As cirurgias relacionadas com a patologia grave não devem ser adiadas (cirurgia de tumores e de obstrução da via aérea).
  - **Procedimentos invasivos e técnicas endoscópicas:** dada a produção de aerossóis contaminantes gerada por eventos frequentes como a tosse e o espirro<sup>11</sup> e a produção de aerossóis maior em procedimentos tais como a laringoscopia e ainda maior em procedimentos como a traqueotomia, a oportunidade e verdadeira imprescindibilidade de cada um destes procedimentos deve ser corretamente avaliada e ponderada.
  - **Exame objetivo ORL completo:** mesmo a avaliação mais simples da via aérea (ex.: avaliação da orofaringe com espátula) aumenta o risco de infeção e eleva o nível de exigência na proteção individual, contribuindo para o esgotamento dos EPIs que podem vir a ser necessários para avaliações mais exigentes e arriscadas dos doentes num período mais dramático da pandemia. É razoável abdicar de um atendimento presencial do doente se a informação obtida sem encontro presencial for suficiente para o ajudar no imediato ou se a sua situação menos prioritária for compatível com o adiamento da consulta. Da mesma forma, mesmo numa avaliação com encontro presencial pode dispensar-se a avaliação da via aérea, por exemplo da orofaringe (poupando

recursos preciosos) se a anamnese for suficiente para uma orientação terapêutica sem risco imediato para o doente<sup>8</sup>.

## I – OUTRAS RECOMENDAÇÕES

- Todos os doentes que irão ser avaliados pela ORL nas consultas e nas urgências devem ter uma medição da temperatura à chegada<sup>8</sup>.
- A avaliação dos doentes pela ORL nas situações que tenham critérios para se utilizarem EPIs além da máscara cirúrgica (ver Quadro 1) deve ser feita, sempre que possível, num compartimento onde não estejam outros doentes ou profissionais de saúde. Esta medida destina-se a minimizar o risco de infeção dos outros profissionais e reduzir o gasto de EPIs que seriam necessários para os outros profissionais de saúde<sup>8</sup>.
- Deve ainda evitar-se a presença e circulação de qualquer pessoa que não faça parte da equipa e cuja presença não seja essencial para o atendimento do paciente (visitante, acompanhante de paciente adulto autónomo)
- Na sala de espera, planeie medidas que permitam que os pacientes fiquem longe um do outro por uma distância de pelo menos 1,5 metros.
- As superfícies e equipamentos devem ser higienizados depois da observação de cada doente.

## J – DISCUSSÃO

- As recomendações aqui desenvolvidas podem ser melhor compreendidas se se compreender melhor como é que se faz a transmissão do vírus no contexto da prestação de cuidados na nossa especialidade.
- Com a evidência disponível, sabe-se que a transmissão do vírus faz-se predominantemente por **gotículas** (produzidas pela tosse, pelos espirros e pela fala) e pelo **contacto direto ou indireto** com superfícies ou equipamento contaminado. As gotículas viajam por curtas distâncias no ar, estão sujeitas à gravidade e geralmente atingem até 1 metro de distância. A máscara cirúrgica e os outros EPIs conferem uma proteção aceitável para esta forma de transmissão.<sup>6,11</sup>
- Contudo, e isso é particularmente relevante na otorrinolaringologia e não tem sido reconhecido de forma clara a não ser em estudos e documentos mais recentes, a transmissão do vírus também se faz por **aerossóis** que são produzidos (mas em menos grau do que as gotículas) por **eventos** como a tosse ou o espirro, que são muitíssimo frequentes na observação clínica da ORL<sup>11</sup>. O que era já reconhecido e valorizado era a geração de aerossóis relacionada com **procedimentos** tais como a laringoscopia, a intubação endotraqueal ou procedimentos mais invasivos como a traqueotomia ou a cricotireotomia. Por isso muitas recomendações, desatualizadas de acordo com o nosso ponto de vista, só elevava o nível de proteção para estes procedimentos e não para os eventos geradores de aerossóis que ocorrem na observação ORL da via aérea mais simples. Os aerossóis são pequenas partículas contendo vírus que permanecem suspensos no ar, viajam rapidamente, e podem atingir distâncias maiores. São facilmente aspirados passando pelo espaço entre a máscara cirúrgica e a face, pelo que esta não protege dos aerossóis. A máscara de proteção individual mínima capaz de

conferir proteção é um respirador FFP2 (exemplo: “bico de pato”) ou FFP3, dispositivos em que o ar inspirado passa pelo tecido da própria máscara, que tem um filtro para partículas.<sup>6,11</sup>

## K – CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A ORL é uma especialidade de alto risco para a infeção por COVID-19. O primeiro médico a morrer na epidemia SARS em Hong-Kong em 2003 foi um ORL; o primeiro médico a morrer em todo o mundo de COVID-19 foi um ORL; e o primeiro médico a morrer em Itália de Covid-19 foi um ORL<sup>8</sup>;
- A ORL lida muito frequentemente por contacto próximo com a via aérea superior, local de alojamento e fonte de contaminação preferencial do COVID-19, mesmo nas avaliações clínicas mais rotineiras e simples da especialidade;
- As recomendações relativas aos equipamentos de proteção individual, mesmo as emitidas por diversas autoridades de saúde, não se debruçaram de forma suficiente sobre a especificidade e risco decorrentes da observação dos doentes pela nossa especialidade;
- Por outro lado, devido à escassez de equipamentos de proteção individual em muitas das instituições (resultante do não planeamento da sua aquisição pelas instituições mas também pelo desperdício e má utilização por parte dos profissionais) e devido à falta de consenso a nível internacional e científico sobre a matéria, muitos decisores, para controlar os gastos dos equipamentos, têm emitido opiniões ou orientações relativas aos *standards* para a utilização dos EPI que são um *downgrading* relativamente às melhores práticas;
- Esse *downgrading* (desvalorização) prejudica, em primeiro lugar, os especialidades com risco elevado ou em que o risco já foi bem identificado mas ainda não suficientemente divulgado, como é o caso da ORL (ou da Oftalmologia).<sup>12</sup>
- A reação obrigatória dos ORL a esta situação é uma consciencialização e divulgação dos riscos de infeção pelo COVID-19 inerentes à prática da nossa especialidade, e uma maior exigência na proteção dos profissionais<sup>8</sup>. Terão que ser os otorrinolaringologistas a trazer o assunto à discussão e a emitir recomendações específicas para a sua prática, baseadas na evidência científica e suportadas pela sua experiência no terreno. Essa experiência inclui a verificação de que a nossa ORL é das especialidades com maior taxa de profissionais infetados pelo COVID-19 e fatalidades.
- Estas recomendações são válidas para a data atual, mas poderão ter que ser atualizadas em função da evolução da pandemia.

A Direção da Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

## Referências:

1. Lai CC, Liu YH, Wang CY et al. Asymptomatic carrier state, acute respiratory disease, and pneumonia due to severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): Facts and myths. *J Microbiol Immunol Infect* 2020.
2. Rothe C, Schunk M, Sothmann P et al. Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. *N Engl J Med* 2020; 382:970-971.
3. Couloigner V. Precautions en rapport avec les risques infectieux par le COVID-19: Société Française ORL et de la Chirurgie de la face et du cou, 2020.
4. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19). Interim guidance 27 February: World Health Organization, 2020.
5. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. Interim guidance 13 March: World Health Organization, 2020.
6. COVID-19 Guidance for infection prevention and control in healthcare settings: Department of Health and Social Care (DHSC), Public Health Wales (PHW), Public Health Agency (PHA) Northern Ireland, Health Protection Scotland (HPS) and Public Health England, 2020.
7. Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Norma de Orientação Clínica nº 13/2010 e Circular Normativa: Departamento da Qualidade na Saúde / Divisão de Segurança do Doente da Direção geral da Saúde, 2010.
8. Chan JYK, Wong EWY, Lam W. Practical Aspects of Otolaryngologic Clinical Services During the 2019 Novel Coronavirus Epidemic: An Experience in Hong Kong. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery* 2020.
9. Recommended personal protective equipment (PPE) in hospitals/clinics under serious/ emergency response level: Centre for Health Protection. Department of Health for Disease Prevention and Control. Hong Kong Special Administrative Region, 2020.
10. Utilização de equipamentos de proteção individual - Kit de prestação de cuidados não invasivo: Direção Geral de Saúde, 2020.
11. Brewster D, Chrimes N, Do Tet al. Consensus statement: Safe Airway Society principles of airway management and tracheal intubation specific to the COVID-19 adult patient group. *The Medical Journal of Australia* 2020; Preprint.
12. Lu D, Wang H, Yu R, Zhao Y. Integrated infection control strategy to minimize nosocomial infection of coronavirus disease 2019 among ENT healthcare workers. *Journal of Hospital Infection* 2020.