

Recomendações para manejo das vias aérea em pacientes com suspeita de infecção pelo coronavírus (COVID-2019)

Liana Zucco^{1,2}, Nadav Levy^{1,2}, Desire Ketchandji³, Mike Aziz³, Satya Krishna Ramachandran¹

1. Beth Israel Deaconess Medical Center Dept Anesthesia, Critical Care & Pain Medicine, Boston, USA

2. Healthcare Quality and Safety (MHQS), Harvard Medical School, Boston, USA

3. Oregon Health & Science University, Department of Anesthesiology & Perioperative Medicine, Portland, Oregon, USA

Geral

A **sua** proteção pessoal é **a** prioridade. Equipamentos de proteção individual (EPI) devem estar disponíveis para todos os profissionais para garantir que precauções de isolamento de gotículas/contato possam ser adotadas. Os profissionais e organizações devem revisar os protocolos para colocar e retirar o EPI. Atenção cuidadosa é necessária para evitar a autocontaminação.

Pacientes com infecção confirmada ou com suspeita de infecção pelo COVID-2019:

- **NÃO** devem ser levados para a sala de espera ou para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA)
- Eles devem permanecer em uma **sala de cirurgia designada**, com avisos afixados nas portas para minimizar a exposição dos funcionários.
- Devem se **recuperar na sala de cirurgia** ou serem **transferidos para UTI** em sala de pressão negativa. Certifique-se de que um filtro de troca de calor e umidade (HMEF) classificado para remover pelo menos 99,97% das partículas suspensas no ar de 0,3 microm ou maiores seja colocado entre o tubo endotraqueal e a bolsa do reservatório durante as transferências para evitar a contaminação da atmosfera.

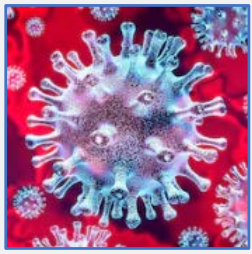
Planeje com antecedência:

- Para que a equipe tenha tempo suficiente para vestir o EPI e adotar as precauções de proteção
- Considere intubar com antecedência para evitar uma intubação de emergência em que o EPI não possa ser vestido corretamente.

Durante a manipulação das vias aéreas

Use:

- Máscara, óculos de proteção, protetores de calçados, vestimenta e luvas descartáveis. Considere adotar a técnica da **luva dupla**.
- O monitoramento padrão da American Society of Anesthesiology (ASA) deve ser aplicado antes da indução da anestesia.
- No mínimo, máscaras N95 devem ser utilizadas. Dispositivos PAPR oferecem proteção superior durante a manipulação das vias aéreas de pacientes infectados.



Designe:

- Designe o anestesista com mais experiência para realizar a intubação. Evite que residentes façam intubações em pacientes doentes.



Evite:

- Intubação por fibra óptica com paciente acordado, exceto quando especificamente indicado. Anestesia local atomizada pode aerossolizar o vírus.



Prepare-se para:

- Pré-oxigenar por 5 minutos com 100% FiO₂
- Realizar uma indução de sequência rápida (ISR) para evitar ventilação manual dos pulmões do paciente e possível aerossolização do vírus a partir das vias aéreas.
- Considere o uso de um videolaringoscópio.

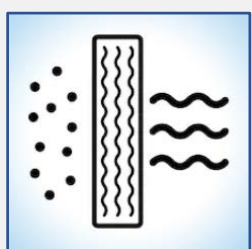


ISR:

- Dependendo da condição clínica, o ISR poderá precisar ser modificado. Se ventilação manual for necessária, aplique volumes de corrente baixos.

Use:

- Certifique-se de que um filtro de troca de calor e umidade (HMEF) que remove pelo menos 99,97% das partículas suspensas no ar de 0,3 microm ou maiores seja colocado entre a máscara facial e o circuito respiratório ou entre a máscara facial e a bolsa do reservatório.



Descarte:

- Proteja novamente o laringoscópio imediatamente após a intubação (**com a técnica da luva dupla**)
- Lacre todo o equipamento usado nas vias aéreas em uma bolsa de plástico de lacre duplo. Ela deve então ser removida para descontaminação e desinfecção.



Lembre-se:

- Após remover o equipamento de proteção, evite tocar nos cabelos ou na face antes de lavar as mãos.