



CORONA VÍRUS

SARS-COV-2 (COVID-19)

PLANO DE CONTINGÊNCIA

PLANO DE REABERTURA
ATIVIDADE PROGRAMADA CIRURGIA





PLANO DE REABERTURA

ATIVIDADE PROGRAMADA CIRURGIA

HOSPITAL SANTA ISABEL
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE MARCO DE CANAVESES

Índice

1. ENQUADRAMENTO	4
2. MEDIDAS TRANSVERSAIS AO REÍNCIO DE ATIVIDADE CIRÚRGICA DO HOSPITAL SANTA ISABEL	6
2.1. PROCEDIMENTOS DE RASTREIO DE INFEÇÃO SARS-CoV-2 - PRÉ-CIRURGIA.....	7
2.2. NORMAS E PROCEDIMENTOS TRANSVERSAIS A TODAS AS ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS	9
3. DIRETRIZES E QUESTÕES CHAVE ESTRATÉGICAS	13
4. REÍNCIO POR ÁREA CIRÚRGICA E MEDIDAS ESPECÍFICAS.....	14
4.1. Oftalmologia	14
4.2. Gastroenterologia	15
5. NOTA FINAL.....	23

1. ENQUADRAMENTO

Na sequência da retoma da atividade clínica das Consultas Externas e dos Meios Complementares Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) no Hospital Santa Isabel (HSI) da Santa Casa da Misericórdia de Marco Canaveses (SCMMC), desde 17 de abril de 2020, este documento enquadra os princípios gerais de retoma da Atividade Cirúrgica, a ter início a 1 de junho de 2020.

A pandemia por COVID-19 veio alterar a atividade cirúrgica programada nas instituições de saúde, tal como ocorreu no HSI-SCMMC.

Face à atual conjuntura de emergência de saúde pública ocasionada pela doença COVID-19, constituindo uma calamidade pública, os hospitais das Misericórdias viram a sua atividade condicionada e, em alguns serviços, mesmo suspensa. Foi o caso da atividade cirúrgica programada, em especial ao nível dos protocolos de acordo com o SNS, onde se inclui o SIGIC. Tal como ocorreu nos hospitais públicos.

Contudo, emerge de modo muito marcado a solicitação dos doentes habituais para a retoma da assistência, e é imperativo da SCMMC criar as condições para que se possa corresponder no HSI.

Estando, neste momento, os hospitais a reprogramar a sua atividade, importa a adoção de medidas adicionais de contingência e de prevenção, no sentido de garantir a segurança dos colaboradores e dos utentes.

A implementação da retoma das atividades cirúrgicas no HSI deve iniciar-se a partir de 1 de junho de 2020, condicionada à alteração do estado epidemiológico/sanitário.

Passa assim este Plano a regulamentar, o modelo de funcionamento gradual da atividade cirúrgica interrompida no Hospital, a partir do dia 01/06/2020.

A retoma de Serviços por parte do HSI, deve obedecer a três princípios fundamentais:

- cumprir com as orientações da OMS, da DGS, do Ministério da Saúde e da ARSN;
- dar resposta às necessidades de saúde dos doentes, no contexto da pandemia (COVID-19 e Não-COVID);
- garantir a segurança de todos os doentes e colaboradores, protegendo, de forma sistemática e rigorosa, as instalações e circuitos de circulação de doentes e trabalhadores.

Deparamo-nos com uma realidade de custos acrescidos que são, nesta fase, imprescindíveis para a proteção dos utentes. Todos os profissionais de saúde devem usar os EPI's identificados e cumprir as recomendações de prevenção e controlo de infeção.

Foram avaliadas um conjunto de medidas transversais a todas as áreas de intervenção cirúrgica do Hospital Santa Isabel – Cirurgia Geral (Doutor Silvestre Carneiro), Cirurgia Vascular (Dr. Fernando Ramos), Oftalmologia (Dr. António Silva Araújo), Ortopedia (Dr. Jorge Mendes), Urologia (Dr. Rui Santos) e ainda Gastroenterologia (Dra. Maria João Magalhães) – congregando as orientações dos responsáveis de cada área e agregando as orientações adequadas ao funcionamento em segurança do Bloco Operatório. A coordenação da Enfermagem e a sua articulação com a área da Farmácia para assegurar o stock dos EPI e demais materiais para a atividade cirúrgica de cada área é efetuada pelos Enfermeiros Romano Magalhães (Enfermeiro Supervisor) e Paula Aires (Enfermeira Responsável pelo Bloco Operatório). A Coordenação geral é efetuada pelo Diretor Clínico, Doutor José Agostinho Marques Lopes. A gestão financeira e económica das atividades, bem como a gestão dos dados clínicos/epidemiológicos é efetuada pelo Doutor António Ferreira.

As recomendações incluídas no presente documento baseiam-se no melhor conhecimento clínico/científico existente atualmente e nas recomendações das instituições nacionais e internacionais de defesa da saúde pública. Estas recomendações vão de encontro à necessidade de preservar a segurança e a saúde dos doentes e dos profissionais e assegurar um clima de confiança e tranquilidade indispensável para o bom funcionamento do HSI-SCMMC.

Deve ser garantido o cumprimento estrito das recomendações das autoridades de saúde competentes e das normas técnicas em vigor, garantindo sempre condições de distanciamento físico, de higiene das mãos e de superfícies, e assegurando a disponibilização e utilização por todos de materiais e equipamentos de proteção individual.

Este Plano serve para continuar a regulamentar, nesta fase de retoma faseada, o modelo de funcionamento gradual de toda a atividade ainda interrompida no Hospital, a partir do próximo dia 01-06-2020.

2. MEDIDAS TRANSVERSAIS AO REÍNCIO DE ATIVIDADE CIRÚRGICA DO HOSPITAL SANTA ISABEL

De acordo com as orientações da Direção Geral da Saúde (DGS) e do Grupo Misericórdia Saúde (GMS) – União das Misericórdias Portuguesas - verifica-se necessário planear e operacionalizar a sua retoma assegurando princípios básicos de segurança para o doente e para as equipas.

- A SCMMC definiu o dia 1 de junho de 2020 para o reinício da atividade (e executar de modo gradual e em função do risco associado a cada especialidade);
- Definir protocolos e circuitos adequados a cada tipologia de intervenção;
- Priorizar o reagendamento de Cirurgias previamente canceladas fruto da pandemia e do encerramento dos serviços;
- Privilegiar o agendamento de cirurgia de ambulatório;
- Realizar procedimentos de rastreio de infeção SARS-CoV-2 – pré-cirurgia.

Na versão anterior (versão V) do Plano de Contingência já estava previsto o início da atividade cirúrgica, sendo esta retoma reavaliada oportunamente pela Direção do HSI, com a elaboração de documento específico.

Tendo sido decidido pela Direção Clínica e aprovado pela Mesa Administrativa, esta retoma a 1 de junho de 2020, houve que levar a cabo um trabalho conjunto com as equipas cirúrgicas, de modo a assegurar: procedimentos básicos de segurança para a atividade cirúrgica, privilegiar a cirurgia de ambulatório, definir as especificidades dos tempos de cirurgia e de circuitos dos doentes, identificar as especificidades na sala cirúrgica em relação a equipamentos e ao pessoal (médicos, enfermeiros e auxiliares de ação médica).

As equipas cirúrgicas devem, doravante, organizar os seus planos cirúrgicos de modo a acautelar as diretrizes seguidamente descritas.

Todo o pessoal envolvido no ato cirúrgico lê os documentos elaborados, que datam e assinam, para que as determinações sejam integralmente cumpridas (espaço para assinatura de todos os elementos).

Dividiremos a retoma da atividade cirúrgica em três fases:

- **Fase inicial ou Fase I (a primeira semana de junho, 2020)** – Pequena Cirurgia e Cirurgia de Ambulatório menos complexa, com tempos operatórios menos preenchidos, procedimentos anestésicos e cirúrgicos menos complexos, tempos de recobro menos prolongados, sem pernoita e

respeitando as regras de segurança e proteção universalmente difundidas para utentes, acompanhantes e profissionais de saúde;

- **Fase intermédia ou Fase II (a segunda semana de junho, 2020)** – em que a atividade cirúrgica ambulatória e de internamento poderá atingir 50% da sua produção habitual;
- **Fase avançada ou Fase III (a terceira semana de junho e subsequentes)** – quando reunidas as condições que permitam o retomar da quase totalidade da atividade.

A orientação principal deverá ser para que a atividade cirúrgica seja “livre de COVID”, pelo que as normas e estratégias elaboradas permitam garantir esse pressuposto.

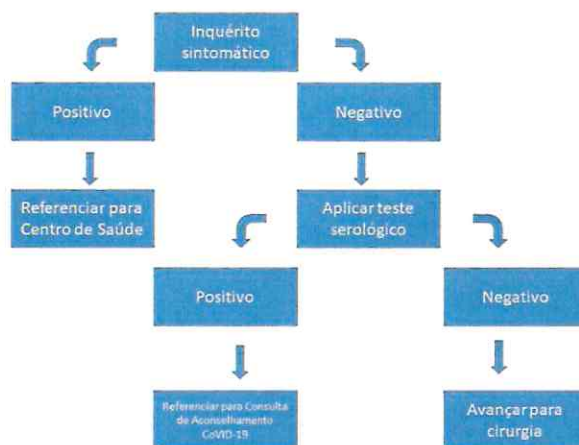
2.1. PROCEDIMENTOS DE RASTREIO DE INFEÇÃO SARS-CoV-2 - PRÉ-CIRURGIA

Tendo em conta a evolução da situação epidemiológica, designadamente no Norte do país e, excetuando alguma evolução contrária à atual, propõe-se:

Procedimentos de Pequena Cirurgia

- Inquérito epidemiológico/sintomático (Anexo 1. Inquérito aprovado pela Direção Clínica)
- Medição de temperatura corporal.

Algoritmo de Decisão

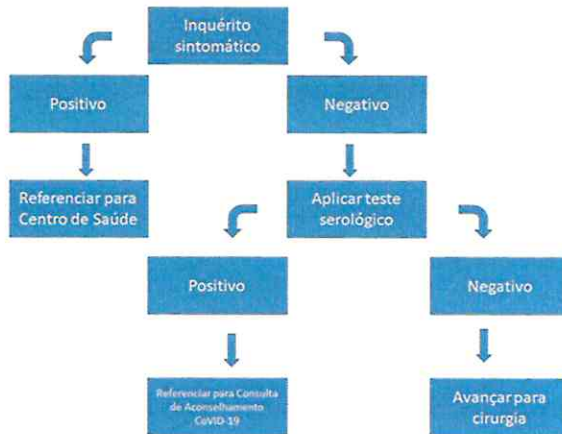


Cirurgia de Ambulatório (Internamento inferior a um dia)

- Inquérito epidemiológico/sintomático (Anexo 1. Inquérito aprovado pela Direção Clínica)

- Medição de temperatura corporal.

Algoritmo de Decisão

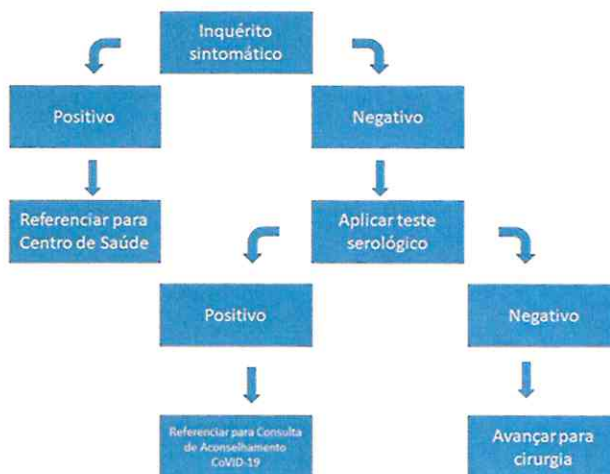


Cirurgia convencional (Internamento)

- Inquérito epidemiológico/sintomático (Anexo 1. Inquérito aprovado pela Direção Clínica)

- Medição de temperatura corporal.

Algoritmo de decisão:



A fundamentação para a utilização do teste serológico para SARS-CoV-2 para avaliação pré-operatória de doentes encontra-se no Anexo 2.

2.2. NORMAS E PROCEDIMENTOS TRANSVERSAIS A TODAS AS ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS

Estas normas e procedimentos são transversais a todas as Especialidades cirúrgicas e aplicam-se a todos os utentes a tratar

2.2.1. - Princípios orientadores

- Necessidade de reduzir o afluxo de pessoas ao HSI;
- Necessidade de reduzir a permanência de utentes no interior do HSI;
- Redução do contacto com outros doentes e profissionais.
- Necessidade de proteção de todos os profissionais envolvidos no tratamento.

A Cirurgia de Ambulatório permite dar resposta adequada a estes princípios, pelo que deve ser amplamente estimulada. Deve ser dada atenção particular aos critérios de seleção e estudo dos doentes, para evitar doentes recusados no dia, por falta de condições.

Nesta fase só será permitida a realização de Cirurgia de Ambulatório e Pequena Cirurgia.

Neste contexto, todos os utentes a quem esteja prevista uma intervenção cirúrgica, com a presença de um anestesiológista (considerar também o acompanhante no caso das crianças ou utentes dependentes), deverão realizar teste COVID-19.

2.2.2. - Definição de circuitos de circulação

a) Pré-operatório

Os utentes deverão ser avisados da hora à qual devem comparecer. Não poderão dar entrada no Hospital antes dessa hora.

Os utentes não poderão entrar no Hospital com acompanhante, salvo as crianças e doentes com algum grau de dependência.

O doente deve ter o estudo pré-operatório necessário completo, não sendo admissível internamento com antecedência para fazer exames de última hora.

A entrada do Hospital deve ser efetuada no piso inferior.

Deve existir um controlo da entrada, efetuado por enfermeiro. O controlo consiste em inquérito epidemiológico e sintomático e medição de temperatura corporal e deve ser registado, para permitir a rastreabilidade.

Os casos suspeitos não devem dar entrada no Hospital, sendo devidamente orientados e posteriormente remarcados.

Na admissão efetuada à entrada, o utente deve proceder à higienização das mãos (orientado pelo enfermeiro) com solução antisséptica de base alcoólica. Deve depois colocar máscara cirúrgica, que deverá manter durante toda a permanência no Hospital.

Nos vestiários do Bloco deve ser prevista a desinfecção dos espaços onde se deposita a roupa e restantes pertences, após cada utilização. No vestiário atualmente disponível, apenas pode ser colocado um doente de cada vez.

Tem que estar reservada uma enfermaria e instalações sanitárias exclusivas para doentes operados que necessitem de pernoita. Esses doentes deverão ter alta no máximo 23 horas após a cirurgia.

b) Pós operatório

O doente deve abandonar as instalações do Bloco logo que esteja em condições de o fazer, após avaliação médica. Admite-se um tempo máximo de recobro de 3 horas. Dentro desse intervalo de tempo deve decidir-se se utente regressa ao domicílio ou é internado. (Esta decisão deve ser apoiada nos critérios de Aldrete e PADS).

Logo que exista previsão da hora de alta, deve ser avisado o acompanhante, para que esteja preparado para receber o utente e conduzi-lo ao domicílio.

À saída do Bloco o utente será dirigido diretamente à entrada principal do Hospital, por poder estar combalido e ter alguma dificuldade na marcha.

2.2.3 - Medidas de proteção

As vias de transmissão do SARS-CoV-2 são a gotícula e o contacto. A transmissão por via aérea, embora ainda não demonstrada, é plausível aquando da realização de procedimentos geradores de aerossóis.

Para reduzir a probabilidade de infeção, os profissionais devem usar equipamento de proteção individual (EPI's), adaptado às diversas situações:

a) EPI's Nível 1 - destinam-se a:

- Profissionais que executem apenas cuidados não invasivos (isto é, não geradores de aerossóis) prestados a menos de 2 metros do doente;

YEA

- Profissionais que acompanhem doentes;
- Nas tarefas de limpeza sem a presença de doentes no local.

Componentes de EPI's nível 1:

- Bata - com abertura atrás, descartável e impermeável/resistente a fluidos;
- Máscara cirúrgica ou respirador - FFP1;
- Proteção ocular - viseira ou óculos;
- Luvas - descartáveis não esterilizadas

b) EPI's Nível 2 - destinam-se a:

- Profissionais que executem cuidados clínicos invasivos, nomeadamente envolvendo manobras potencialmente geradoras de aerossóis e gotículas.

Componentes de EPI's nível 2:

- Bata - Com abertura atrás, descartável e impermeável/resistente a fluidos, com punhos que apertem ou com elásticos e que cubra até ao meio das pernas;
- Touca ou cógula/capuz cirúrgico;
- Respirador FFP2/N95 com adequado ajuste facial;
- Proteção ocular- viseira ou óculos com proteção lateral;
- Luvas descartáveis;
- Calçado suscetível de descontaminação, de uso exclusivo na instituição ou cobre-pés.

c) EPI's no Bloco Operatório

Os princípios gerais relativos à utilização de EPI e do nível que deverá ser utilizado em cada situação aplicam-se ao ambiente do Bloco Operatório, com adaptações para garantir a assepsia cirúrgica. Assim, nos profissionais que se encontrem na proximidade do campo operatório a bata a utilizar deverá ser esterilizada bem como as luvas. Adicionalmente, o EPI nível 1 também deverá incluir touca.

A generalidade dos profissionais do Bloco Operatório deverá utilizar EPI nível 1 com as adaptações acima referidas. São exceções a esta regra geral as seguintes situações em que deverá ser utilizado respirador FFP2/ N95 ou equivalente pelos profissionais indicados:

- Durante a intubação orotraqueal (que deve ser diferida do início da cirurgia) e na extubação - Anestesiista e o Enfermeiro de Anestesia.
- Durante procedimentos cirúrgicos com potencial para geração de aerossóis - Todos os profissionais presentes na Sala do Bloco Operatório):
- Procedimentos que envolvam utilização de dispositivos de alta velocidade
- Outros procedimentos associados à geração de aerossóis:

-Ventilação não invasiva

- Oxigenoterapia de alto fluxo

- Expectoração induzida

Durante a cirurgia laparoscópica deve ser acoplado a um dos trocartes um tubo equipado de filtro (igual ao do ventilador) para filtrar fumos e aerossóis.

O pessoal presente na sala de operações deve ser reduzido ao mínimo indispensável. Não devem ser admitidos observadores.

O utente deve apenas usar máscara cirúrgica, touca, bata e cobre-pés.

Adaptado de:

Recomendações nacionais retorno da atividade cirúrgica na era COVID-10 - Cirurgia de Ambulatório – Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório 2020.

Recomendações para práticas e procedimentos em ambiente de Bloco Operatório no contexto COVID-19 Centro Hospitalar Universitário de S. João 23-04-2020.

COVID – 19: exames endoscópicos digestivos. Norma DGS 012/2020.

Center for Disease Control and Prevention – várias publicações.

3. DIRETRIZES E QUESTÕES CHAVE ESTRATÉGICAS

- Passa a ser obrigatório o envio do plano cirúrgico previsto com uma semana de antecedência para o email: **diretorclinico@scmmarco.com** ou seja os Planos para uma sexta-feira devem ser remetidos ao email até à quinta feira da semana anterior para que:
- Possa ser verificado e validado o estado de registo administrativo em conformidade para Cirurgia;
- Agendamento atempado da consulta de Enfermagem Pré-operatória;
- As situações de urgência (não acauteladas no plano cirúrgico previsto) serão tratadas fora do âmbito desta atividade programada e serão avaliadas e resolvidas caso a caso com os responsáveis de cada área e aprovadas pelo Diretor Clínico.
- Todos os doentes vão para o Bloco com máscara cirúrgica.
- Doentes com anestesia loco-regional mantêm máscara cirúrgica durante toda a intervenção.
- Reforça-se a obrigatoriedade de presença de um anestesista por cada sala.
- Não são permitidos procedimentos simultâneos de bloqueios e atos cirúrgicos.
- Passam a existir campânulas acrílicas transparentes para os atos de intubação e extubação. Em alternativa devem os Anestesistas utilizar a técnica de colocação plástico transparente por cima da cabeça do doente.
- A extubação do doente será efetuada sempre na sala operatória, com colocação de sonda nasal e máscara cirúrgica antes da sua saída da sala para o recobro.
- Equipamento de Proteção Individual para toda a equipa multidisciplinar: (Médicos, Enfermeiros e AAM).
- Fica expressamente proibido o uso de casacos polares, toucas reutilizáveis e sapatos do exterior com recurso a polainitos.
- Não é permitida a circulação de profissionais com EPI's contaminados (real ou potencial) fora da sala operatória.
- O tempo mínimo necessário de operacionalização entre doentes (higienização da sala e renovação de ar) é de 20-25 minutos. A renovação do ar ao fim de 20 minutos após a saída do doente é de 99,9%. Todos os equipamentos da sala operatória serão submetidos a higienização entre doentes (carro de anestesia, carro de circulação, ventilador, cabos de monitorização, torre, monitores, teclado do computador, comando da marquesa, focos...).
- O recobro será reduzido para 2 unidades em simultâneo, mantendo a distância estipulada entre as camas.

4. REÍNÍCIO POR ÁREA CIRÚRGICA E MEDIDAS ESPECÍFICAS

O re-início é feito do modo faseado indicado acima e refere-se às diferentes áreas contempladas da atividade cirúrgica.

Decorrente das especificidades das áreas da Oftalmologia e Gastroenterologia apresenta-se estas áreas discriminadas neste documento.

4.1. Oftalmologia

Para além dos procedimentos gerais já adotados para registo e processo clínico dos doentes para cirurgia, designadamente o Consentimento Informado,

4.1.1. Gestão do número de doentes

O número de doentes programado por período cirúrgico deve ser determinado, tendo em conta as seguintes recomendações:

- garantir um fluxo adequado dos doentes (e acompanhantes) nos espaços satélite à sala de operações (espera, vestiário, sala de preparação e sala de recobro);
- o tempo médio previsto para o procedimento cirúrgico;
- o intervalo de tempo mínimo previsto entre a saída da sala de um doente e a entrada do próximo;
- disponibilidade de funcionários para proceder a limpeza e desinfeção.

4.1.2. Salas de preparação e salas de recobro

- Deve ser realizado o inquérito epidemiológico de todos os doentes e este ser devidamente assinado.
- Os doentes são preparados nas salas de internamento de cirurgia, máximo de 3 doentes por sala, em cadeirões devidamente afastados.
- Deverão ser transportados em cadeira de rodas para o bloco operatório.
- Nas cirurgias com Anestesia Geral todos os doentes deverão ser testados para COVID-19.
- Recomenda-se (novo) controlo térmico no ato de admissão à sala de preparação.
- Nas cirurgias loco-regionais e tópicas (facoemulsificação, injeções intravítreas e oculoplástica) o exame COVID-19 é recomendado, porém não obrigatório (visto tratar-se de procedimentos rápidos). O inquérito epidemiológico negativo em todas as questões poderá dispensar o exame nestes doentes. O risco de contágio nos doentes cirúrgicos (distância de trabalho e campo operatório) é inferior ao da consulta onde o contacto é mais próximo e existem menos barreiras de proteção.
- Deve minimizar-se o número de profissionais de saúde nas salas de preparação e recobro.
- Os doentes e profissionais devem usar máscara cirúrgica devidamente colocada.
- Os doentes admitidos à sala de operações devem manter a máscara de forma a cobrir a boca e o nariz; em caso de intolerância por parte do doente pode retirar-se máscara depois de colocado o campo operatório.



- Recomenda-se o uso de proteção dos microscópios operatórios ou, em alternativa, a sua desinfeção entre cada duas cirurgias.
- A sala e as superfícies que contactaram com o doente ou elementos do *staff* devem ser limpas e desinfetadas.
- Os elementos da equipa cirúrgica só devem circular fora do espaço do bloco entre intervenções em situações excecionais devidamente justificadas.
- A equipa cirúrgica deve ser minimizada ao cirurgião, ajudante, instrumentista e enfermeira circulante. O anestesista deve estar disponível, mas deve manter-se fora da sala sempre que não for necessária a sua intervenção. O cirurgião pode, excecionalmente neste período, dispensar a presença do ajudante na sala se assim o entender, desde que o ajudante fique disponível para intervir com prontidão sempre que for chamado.
- O campo operatório deve estar bem colado à volta do campo cirúrgico de forma a impedir a saída de partículas para a superfície operatória do campo; poderão considerar-se medidas adicionais de proteção relativamente à via aérea do doente.
- A equipa cirúrgica deve usar máscara FFP2 em todas as cirurgias em que haja risco ou dúvida sobre o risco de produção de aerossóis; estão incluídas neste grupo as cirurgias das vias lacrimais, as intervenções com manipulação da conjuntiva e os procedimentos realizados com equipamentos mecânicos com sondas de alta rotação, que incluem a facoemulsificação e a vitrectomia.
- Durante as manobras de indução e intubação devem permanecer na sala apenas o médico anestesista e o elemento de enfermagem destacado para esse efeito; poderá também estar presente um segundo elemento de enfermagem circulante. Todos devem usar máscara do tipo FFP2 ou FFP3 para além do restante equipamento de proteção.
- A equipa cirúrgica deve entrar na sala depois do doente se encontrar anestesiado. Todos os elementos da equipa devem utilizar máscaras FFP2 ou FFP3.
- As manobras de extubação devem ser realizadas depois da equipa cirúrgica abandonar a sala de operações.
- No recobro deve permanecer apenas 1 doente e o elemento da equipa de enfermagem pelo menor tempo possível.
- Se não houver contra-indicações a saída do doente poderá ser diretamente para a sala do internamento (cadeirão).
- Não havendo intercorrências, a ALTA poderá ser efetuada 1h00 após o procedimento cirúrgico (anestésias locais), ou no tempo a definir por anestesiologia para as anestésias gerais.
- O tempo de intervalo entre cada cirurgia, após desinfeção da sala, deve ser de 20 minutos.

4.2. Gastroenterologia

4.2.1. Conceito

Os procedimentos endoscópicos no tubo digestivo alto, pela sua proximidade com a via aérea e pelo contacto com secreções, são considerados de risco por representar uma potencial via de transmissão viral através da disseminação em aerossóis. Atendendo à deteção frequente deste vírus nas fezes, podendo ocorrer transmissão por via fecal-oral, considera-se também a endoscopia baixa uma via de risco de disseminação. De acordo com as recomendações atuais da *European Society of Gastrointestinal Endoscopy* (ESGE) e a *European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates* (ESGENA) as unidades de

endoscopia apresentam um risco aumentado de infeção pelo COVID-19 devido à inalação de gotículas no ar, contacto conjuntival e potencial transmissão fecal-oral.

Para garantir uma prática de alta qualidade e um ambiente seguro, permitindo proteger os diferentes pacientes e profissionais de saúde, a equipa deve ser restrita ao mínimo número de profissionais indispensáveis.

4.2.2. Objetivo

Definir procedimento interno para os Exames de Gastroenterologia em contexto de COVID-19.

4.2.3. Destinatários

Profissionais de saúde

4.2.4. Materiais

- Detergente/desinfetante de superfícies
- Detergente e desinfetante para WC
- Presept® ou Solução com lixívia na concentração original de cloro livre a 5%

4.2.5. Procedimento

a) TRIAGEM DO UTENTE PROPOSTO PARA EXAME ENDOSCÓPICO

No momento da marcação do exame alertar os utentes para contacto em caso de febre ou sintomas respiratórios. Na véspera do exame é repetido o contacto para despiste de novos sintomas.

Em caso da presença de febre ou sintomas respiratórios, antes do exame, deverá ser equacionado o adiamento do exame e indicação do paciente ter assistência médica.

No dia do exame será realizada uma triagem a todos os utentes programados para endoscopia digestiva, antes da sua admissão, utilizando a definição de caso suspeito, caso provável e caso confirmado, de acordo com as normas definidas pela Direção Geral de Saúde (Orientação nº 002/A/2020 de 25/01/2020 atualizada a 09/03/2020).

Durante este período excecional, no serviço não é permitida a presença de:

- Pessoas não identificadas, não autorizadas ou consideradas dispensáveis;
- Familiares e/ou acompanhantes dos pacientes.
- Qualquer indivíduo em circulação no serviço, mesmo não sendo profissional de saúde, deverá usar máscara cirúrgica;
- Apenas se permite a permanência nas salas de endoscopia dos profissionais estritamente necessários à realização do exame.

b) CUIDADOS DE PROTEÇÃO DO UTENTE E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Proteção do utente

- Todos os utentes propostos para endoscopia têm de usar máscara cirúrgica, na admissão;
- Na sala de espera terão de obedecer ao distanciamento mínimo de 2 metros, assim como respeitar o distanciamento para o balcão de atendimento do serviço;
- A máscara cirúrgica do paciente será apenas retirada imediatamente antes do início do procedimento para Endoscopia Digestiva Alta (EDA). Caso seja Endoscopia Digestiva Baixa manter-se-á a máscara cirúrgica colocada;
- O utente deve ser transferido para o recobro com a máscara cirúrgica colocada. Esta deve apenas ser removida após ter alta do serviço e depositada em contentor de resíduos do grupo III;
- No recobro será respeitado o distanciamento com uma área mínima de 4 m² por utente, de acordo com a legislação em vigor;
- Para utentes hospitalizados, o circuito deverá ser ininterrupto na sala de recobro, de forma a evitar espaços comuns com pacientes em regime ambulatorio.

Proteção dos Profissionais de saúde

- Os profissionais de saúde terão de manter uma distância mínima entre si (pelo menos 1 metro) durante as atividades diárias;
- Os profissionais de saúde terão que manter uma distância mínima de cada paciente (pelo menos 1 metro) durante todos os procedimentos pré-exame, nomeadamente procedimentos de enfermagem, registos de enfermagem, anamnese médica e consentimento informado;
- É obrigatório a lavagem das mãos (água e sabão) ou utilização de solução antisséptica de base alcoólica (SABA) antes e depois de qualquer interação com o utente, contacto com fontes potenciais de contágio e aquando colocação ou remoção dos equipamentos de proteção individual (EPI), incluindo as luvas;
- A decisão sobre o conjunto de EPI a utilizar é feita de acordo com o nível de interação do indivíduo na unidade e a estratificação de risco do utente efetuada na triagem.

Atualmente os níveis de proteção individual para procedimentos endoscópicos, de acordo com o Colégio da Especialidade de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos, a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) e Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia (SPG), são os seguintes na preparação para um exame:

Nível 1	Profissional de saúde que permanece na sala de recobro , mas que não entra em contacto com o paciente	Máscara cirúrgica; Luvas; Socas de trabalho
Nível 1	Profissional de saúde em contacto na sala de recobro com um utente não suspeito na triagem	Touca; Máscara Cirúrgica; Luvas; Farda descartável de manga comprida/Bata; Proteção ocular; Protetor de socas



Nível 2	Profissional de saúde em contacto na sala de exames com um utente não suspeito na triagem.	Touca; Máscara FFP2; Viseira de face inteira; Luvas (2 pares); Farda descartável de manga comprida e impermeável/ Bata impermeável; Protetor de socas
Nível 3	Profissional de saúde em contacto na sala de exames com um doente positivo ou suspeito de infeção na triagem	Cógula (ou touca de alta segurança se cógula não disponível); Máscara FFP3 (FFP2 admissível se FFP3 não disponível); Luvas (2 pares); Farda descartável de manga comprida e impermeável/ Bata impermeável; Perneiras de proteção (ou similar) Cógula (ou touca de alta segurança se cógula não disponível); Sempre que possível, a endoscopia gastrointestinal deve ser realizada numa sala de pressão negativa.

Atendendo ao risco de disseminação do SARS-CoV-2 e à indisponibilidade transitória de sala de pressão negativa não será autorizada a realização de exames endoscópicos de rotina a utentes suspeitos ou confirmados de COVID-19.

Desta forma, os profissionais de saúde alocados ao recobro, sala de exames e sala de desinfeção terão de respeitar os seguintes níveis de proteção individual:

Postos de trabalho	Nível 1	Nível 2	Nível 3
Recobro	x		
Sala de Exames		X	
Sala de Desinfeção*		X	

* As medidas nível 2 já eram as recomendadas para qualquer procedimento de desinfeção endoscópica independentemente da situação atual com a possível exceção da proteção de socas.

4.2.6. Cuidados pré-exames endoscópicos

O enfermeiro do recobro deverá proceder à triagem antes da admissão utilizando a definição de caso suspeito, caso provável e caso confirmado de acordo com as normas definidas pela Direção Geral de Saúde (Orientação nº 002/A/2020 de 25/01/2020 atualizada a 09/03/2020).

a) Exame com sedação

- O Auxiliar de Ação Médica (AAM), devidamente equipado, deverá acompanhar o utente até ao vestiário e fazer o encaminhamento de seguida para o recobro;

(Nota: após a saída do utente para o recobro, o AAM deverá proceder à higienização e desinfecção do vestiário, para o próximo paciente. Apenas deverá estar aberto o cacifo a ser utilizado, de forma a evitar manipulações desnecessárias nos outros).

- O processo clínico do utente tem de estar colocado dentro de um saco plástico transparente;
- O Enfermeiro alocado ao recobro, devidamente equipado, procede à avaliação de inicial de enfermagem e entrega o consentimento informado.

b) Exames (Colonoscopia, retosigmoidoscopia e anoscopia) sem sedação

- O Auxiliar de Ação Médica (AAM), devidamente equipado, deverá acompanhar o utente até ao vestiário e fazer o encaminhamento de seguida para a sala de exames;

(Nota: após a saída do utente para a sala de exames, o AAM deverá proceder à higienização e desinfecção do vestiário, para o próximo utente. Apenas deverá estar aberto o cacifo a ser utilizado, de forma a evitar manipulações desnecessárias nos outros).

- O processo clínico do utente tem de estar colocado dentro de um saco plástico.

c) Endoscopia Digestiva Alta sem sedação

- O paciente entra diretamente para a sala de exames (dentro da sala há um espaço adequado onde pode deixar os seus pertences) acompanhado pelo AAM. O processo clínico é acompanhado pelo AAM dentro de um saco plástico.

4.2.7. Transporte do utente para a sala de exame

- O transporte do utente para a sala de exames e para o recobro será realizado pelo AAM e Enfermeiro suplementar caso exista, senão é realizado pelo enfermeiro do recobro e estes devem utilizar de forma adequada os EPI;
- O utente tem de ter colocada uma máscara cirúrgica;
- O processo clínico do utente tem de estar colocado dentro de um saco plástico.

4.2.8. Cuidados durante a realização do exame

Em caso de mais de um utente por turno, os profissionais da sala de exames deverão usar aventais impermeáveis, manguitos impermeáveis e máscara cirúrgica por cima dos restantes EPI nível 2, que deverão ser substituídos entre utentes, incluindo as luvas exteriores e a viseira de proteção.

O enfermeiro da técnica deverá:

- Verificar se os equipamentos, nomeadamente informáticos, estão protegidos com película de plástico;
- Verificar a existência dos equipamentos existentes necessários na sala de exames, reduzindo a sua presença ao estritamente necessário, reduzindo a necessidade de desinfecção ou rejeição após exames;
- Verificar se todos os sacos de resíduos presentes na sala são do grupo III;

- Verificar a existência de contentores de resíduos do grupo III na sala dos sujeitos;
- Verificar se existe um recipiente à saída das salas de exames para colocação dos óculos/viseiras no final do turno, para higienização e desinfeção segundo o procedimento de higienização-Isolamentos da instituição;
- Verificar a existência de solução antisséptica de base alcoólica à saída da sala;
- Verificar a existência de luvas não estéreis na sala de exames.

Considerações gerais:

- Deve evitar-se qualquer saída da sala de exames durante o procedimento (caso seja necessário, remoção do EPI);
- Se existirem amostras biológicas para o laboratório, estas devem ser devidamente acondicionadas na sala de exames;
- Após o exame, o utente é conduzido até ao recobro pelo AAM e Enfermeiro suplementar ou do recobro.

4.2.9. Recobro

- O utente, após alta clínica, será acompanhado pelo AAM até ao vestiário;
- O relatório clínico será entregue na sala de recobro;
- Todos os pontos de contacto deverão ser devidamente higienizados e desinfetados;

(Nota: Nos exames sem sedação, os AAM acompanham os utentes que necessitam de usar o vestiário e depois encaminham para a receção. Os utentes que não utilizaram o vestiário, são diretamente encaminhados para a receção. Nos exames sem sedação, a informação clínica é prestada na sala de exames, o relatório clínico poderá ser entregue na sala de exames ou na receção).

4.2.10. Cuidados após exames endoscópicos

- Profissional de saúde: Descartar o equipamento de proteção exterior (luvas, aventais, manguitos), higienizar luvas interiores com SABA, remover os acessórios descartáveis usados no exame, incluindo os resguardos de superfícies das mesas de trabalho, em saco de resíduos do grupo III;
- Após desinfeção da sala os profissionais da sala de exames deverão colocar novos aventais impermeáveis, manguitos impermeáveis e luvas exteriores antes da entrada do utente seguinte.
- Endoscópios: processar de acordo com as recomendações habituais;
- Sala de exames, dispositivos, mesas/ bancadas de apoio e macas: todos os pontos de contacto, locais potenciais de projeção e o chão requerem limpeza com um detergente desinfetante, preconizado na instituição.

4.2.11. Higienização e desinfeção do espaço

Estas instruções surgem da necessidade de reforçar os cuidados de higienização na Fase de Mitigação da Pandemia por COVID-19, relativamente ao Plano de Retorno Progressivo à Atividade Assistencial.

O procedimento de higienização da sala de exames, dos dispositivos, mesas/bancadas de apoio e macas deve seguir as indicações do procedimento de higienização instituído.



- Antes da higienização do espaço, o Auxiliar de Ação Médica deve equipar-se com o *kit* de baixo risco de transmissão. A colocação e remoção do EPI deve ser supervisionada por outro elemento, sempre que possível.
- Todas as superfícies, bancadas e equipamentos são higienizadas com o detergente/desinfetante, com apoio de manábulas/toalhetes descartáveis.
- No WC pulverizar sanita e lavatório com o detergente/desinfetante preconizado para o efeito;
- Chão, paredes e tetos são higienizados com o detergente e posteriormente desinfetados com solução preparada com pastilhas *Presept®* ou solução com lixívia na concentração original de cloro livre a 5%.

Lixívia 5% cloro livre	100 mililitros	4.900 litros de água
Pastilha <i>Presept®</i> – 2.5g	8 pastilhas	5 litros de água

Todos os resíduos são classificados como resíduos grupo III/IV, devendo ser acondicionados em saco duplo, sendo encerrado cada saco com abraçadeira.

- Roupa hospitalar é acondicionada em saco duplo, encerrado cada saco com abraçadeira.
- A limpeza e desinfecção de superfícies que contenham sangue ou outros produtos orgânicos devem seguir as seguintes indicações:
 - Utilizar luvas resistentes com o restante EPI habitual;
 - Tapar a zona afetada com toalhetes absorventes para delimitar a área; colocar o dispositivo de alerta para a zona em limpeza de manutenção;
 - Aplicar de seguida a solução desinfetante disponível na instituição, de acordo com as instruções do fornecedor;
 - Deixar atuar o tempo recomendado pelo fornecedor (10 minutos);
 - Lavar a área suja com água e detergente. Enxaguar só com água e deixar secar.

4.2.12. Remoção de equipamentos de proteção individual

Os profissionais devem proceder à remoção do EPI da seguinte forma (fonte: Direção Geral de Saúde) e segundo a sequência assinalada:

- Retirar luvas exteriores
- Remover a bata puxando pelos ombros, enrolando sucessivamente de forma a criar o mínimo volume possível
- Retirar touca e viseira, sem tocar na pele ou na face interior do EPI, inclinando ligeiramente o tronco
- Retirar a proteção do calçado
- Retirar as luvas
- Higienizar as mãos
- Retirar a máscara

- Higienizar novamente as mãos.

Todo o EPI é retirado na sala de exames e colocado no saco de resíduos do grupo III, se possível, com a supervisão de um outro profissional. Este processo deve ser realizado por um profissional de cada vez. **A fase de remoção do EPI constitui a fase mais crítica de contágio dos profissionais.**



5. NOTA FINAL

Este período de retoma da atividade programada cirúrgica, ainda em fase de pandemia, traz grandes dificuldades a todos os intervenientes obrigando a novos procedimentos de ajustamento social e profissional. Neste momento procederemos à resposta cirúrgica às situações não-COVID-19.

Assiste-nos a todos e cada um, o dever de respeitar o cumprimento das boas práticas e das medidas de proteção individual e coletiva. As orientações da tutela servem como marco orientador sendo que, também a nível do HSI-SCMMC, foram criadas um conjunto de medidas de reforço a esta segurança coletiva.

As recomendações do presente documento poderão ser atualizadas a qualquer momento em função da evolução da situação sanitária e/ou das determinações das entidades governativas ou de saúde.

Santa Casa da Misericórdia de Marco de Canaveses, 25 de maio de 2020

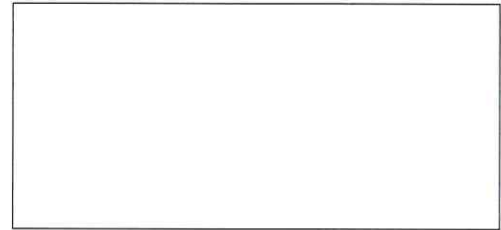
P' Mesa Administrativa

A Provedora



Doutora Maria Amélia Ferreira

ANEXO 1



Inquérito Sumário para Cirurgia de Ambulatório

Especialidade: _____

Perguntas obrigatórias

1 – Está em isolamento social profilático (quarentena) ou contactou com alguém com COVID 19 ?

Sim Não

2 – Algum familiar teve ou tem COVID 19 ?

Sim Não

3 - Temperatura superior a 37,5º C ?

Sim Não

4 - Tomou antipiréticos hoje ?

Sim Não

5 – Tem dificuldade respiratória iniciada há menos de 1 semana?

Sim Não

6 – Tem rinorreia, odinofagia ou espirros

Sim Não

Se SIM às perguntas 1, 2, 3, ou 4 encaminhar o utente para consulta de COVID-19

Se SIM à pergunta 5 encaminhar o utente para Pneumologia

Se SIM à pergunta 6 aconselhar SAP

Se NÃO a todas as perguntas, está apto para intervenção cirúrgica.

Data ____/____/____

ANEXO 2

Fundamentação para a utilização do teste serológico para SARS-CoV-2 para avaliação pré-operatória de doentes

A prevalência da infeção pelo SARS-CoV-2 em Portugal deve ser calculada pela proporção de casos ativos na população (1). Assim, a prevalência desta infeção é de 2,1/1.000. É claro que o número de casos ativos varia diariamente em função do número de novos casos e da evolução do número de casos curados ou falecidos. No entanto, enquanto a média de novos casos nos últimos cinco dias é de 223/dia, a média de casos encerrados (curados ou falecidos) no mesmo período é de 659/dia (1). Deste modo é fácil determinar que a prevalência da doença, já de si extremamente baixa, tem vindo a diminuir. No entanto, por motivos de extrema precaução, consideraremos a prevalência de 2,1/1.000 para os cálculos.

Atendendo a esta prevalência, a probabilidade apriorística (ou pré-teste) de um cidadão português estar infetado com o vírus SARS-CoV-2 é de 0,21%.

A mais recente evidência (2,3) demonstra que o teste serológico para o SARS-CoV-2 tem uma sensibilidade de 62,5% e uma especificidade de 100% para doentes com infeção pelo SARS-CoV-2 ativa. Assim, a razão de probabilidade de um teste negativo é de 0,375. Atendendo a que os dados disponíveis foram obtidos em doentes sintomáticos, a prevalência em doentes assintomáticos (os que serão testados após o inquérito) é muito menor. No entanto, usaremos, uma vez mais por razões de precaução, os dados de doentes sintomáticos. De acordo com a Teoria Bayesiana, a probabilidade pós-teste para um teste negativo será de 0,000788. Isto significa que um doente candidato a cirurgia que apresente um teste serológico negativo tem uma probabilidade de 0,0788% de estar com infeção ativa. Ou seja, seria necessário testar 1.269 doentes para encontrar um falso negativo. Dito de outro modo, a probabilidade de encontrar um doente positivo antes da realização do inquérito e do teste é de 0,21% (1 doente positivo em 476 doentes que se apresentem para cirurgia) e esta probabilidade baixa para 0,0788% perante um teste negativo (independentemente do resultado do inquérito e será ainda menor perante um inquérito negativo), ou seja 1 doente positivo em 1.269 casos com teste negativo. Deste modo, fica demonstrado que a utilização do teste serológico para rastreio de doentes a submeter a cirurgia (com ou sem anestesia) é um método seguro e eficaz de prevenir a contaminação de profissionais.

Referências

- 1 – Direção Geral da Saúde. Relatório da situação nº 78, 19/05/2020
- 2 – Bettencourt et al. Preliminary results on serologic rapid test for diagnosis of SARS-CoV-2 disease reveal its inaccuracy. J Med Virol (in press)
- 3 – Bettencourt et al. Qualitative serology in patients recovered from SRAS-CoV-2 infection. J Infection (in press)

Doutor António Ferreira

25 de maio de 2020

