

DEZEMBRO DE 2020

Ano 1 / nº 2

EDITORIAL

As doenças infecciosas emergentes são uma ameaça permanente para a saúde humana. Desde o início do século, vários vírus têm posto em causa o sistema de saúde global. Entre estes contam-se o coronavírus da SARS (2002), o vírus Influenza A H1N1 (2009), o coronavírus da MERS (2012), o vírus Ébola (2014) e, presentemente, o SARS-CoV-2 (2019). Para estarmos aptos a lidar com qualquer ameaça, as medidas de prevenção e controlo de infeção têm de estar permanentemente implementadas. Nas próximas duas edições falaremos de SARS-CoV-2 e da COVID-19.

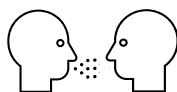


COVID-19

INTRODUÇÃO

No dia 31 de dezembro de 2019 foi reportado um *cluster* de casos de pneumonia de etiologia desconhecida na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, com ligação epidemiológica comum a um mercado de peixe e animais vivos. No dia 9 de janeiro de 2020 foi identificado um novo coronavírus, posteriormente designado SARS-CoV-2, como agente causal da doença que viria a ser designada de COVID-19. Após ter sido confirmada a existência de transmissão humana, e na sequência de um rápido aumento do número de casos e disseminação da doença, a OMS declarou a COVID-19 como Pandemia a 11 de março. Os primeiros casos surgiram em Portugal no dia 2 de março. De acordo com os dados da OMS, até às 18h23 do dia 14 de dezembro, já foram confirmados globalmente 71 051 805 casos, incluindo 1 608 648 óbitos.

VIAS DE TRANSMISSÃO DO SARS-COV-2



O vírus transmite-se, de uma pessoa infetada para outra em contacto próximo (< 1 metro), em pequenas partículas líquidas emitidas pela boca ou nariz aquando da tosse, espirro ou fala. Estas partículas têm diferentes tamanhos, desde grandes gotículas respiratórias a pequenos aerossóis, e podem alcançar a boca, nariz ou olhos de uma pessoa suscetível.

A **principal via de transmissão** são as **gotículas respiratórias**. Os aerossóis são importantes em espaços fechados, lotados, com fraca ventilação, ou quando são efetuados procedimentos que geram aerossóis.

A transmissão através de contacto com superfícies e objetos contaminados é também possível, embora até à data não tenha sido documentada.



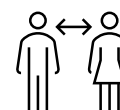
Não há transmissão através de sangue ou pele, íntegra ou não íntegra.

Os profissionais de saúde têm um risco mais elevado de infeção por SARS-CoV-2 (por exposição mais frequente) e podem contribuir para disseminar a COVID-19 em meio hospitalar. As boas práticas de prevenção e controlo de infeção são fundamentais para mitigar o impacto na instituição e em populações vulneráveis.

PREVENÇÃO DE INFEÇÃO EM CONTEXTO HOSPITALAR

MEDIDAS GERAIS

- **A saúde e segurança de todos os profissionais é fundamental**, quer para sua proteção, quer para prevenção da disseminação do vírus e melhoria global dos cuidados.
- Todas as pessoas que frequentam o hospital (profissionais, doentes e outras), devem usar **máscara cirúrgica** desde a entrada na instituição, quer para sua proteção, quer para contenção na fonte.
- O SARS-CoV-2 pode ser transmitido por pessoas com muito poucos ou sem sintomas, pelo que o **distanciamento físico** deve ser aplicado a todos – profissionais, doentes e visitas. Recomenda-se especial atenção aos momentos em que é necessária a remoção da máscara (ex: refeição, pausa para fumar);
- Devem ser cumpridas as **precauções básicas de controlo de infeção**, fundamentais na prevenção e controlo de infeção, com especial atenção para a **higiene das mãos** e a **etiqueta respiratória**.



EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

O EPI deve ser selecionado de acordo com a tarefa a realizar e o contexto clínico.

EPI USADO EM CONTEXTO DE COVID-19



Máscara cirúrgica	Máscara FFP2 ou N95	Viseira	Óculos
			
Bata impermeável	Avental	Luvas	Touca
			

- **Máscara cirúrgica** – deve ser usada fora de contextos de procedimentos geradores de aerossóis (proteção e contenção na fonte);
- **Máscara FFP2 ou N95** – deve ser utilizada em áreas dedicadas ao tratamento de doentes suspeitos ou confirmados de COVID-19; considerada em contextos com maior risco de exposição (UCI, urgência); e sempre na realização de procedimentos geradores de aerossóis, independentemente do local de prestação de cuidados.
- **Óculos ou viseira (escudo facial)** – para proteção dos olhos ou olhos e face, em contexto de procedimentos geradores de aerossóis, ou quando se realizam procedimentos em que se prevêem salpicos;
- **Bata impermeável** – para proteger a pele e vestuário e impedir a transferência de vírus para a boca, nariz ou mucosas. Deve ser mudada a cada doente. Em alternativa pode colocar-se um **aventail** sobre a bata, que deve ser mudado entre doentes.
- **Luvas** – para proteger a contaminação das mãos e transferência de vírus para a boca, nariz ou mucosas. Não substitui a higiene das mãos;
- **Touca** – pode ser usada em contexto de procedimentos geradores de aerossóis.

Devem ser utilizados **cobre-sapatos** ou **cobre-botas** em áreas com contaminação ambiental potencialmente elevada, como nas enfermarias e UCI dedicadas ao tratamento de doentes com COVID-19, bloco operatório, Área de Doentes Respiratórios da Urgência e Posto de Colheita de amostras respiratórias para pesquisa de SARS-CoV-2.

3

INDICAÇÕES PARA PESQUISA DE SARS-COV-2 POR PCR EM ZARAGATOA NASOFARÍNGEA

Diagnóstico de COVID-19:

1. Quadro clínico sugestivo de infeção respiratória aguda com pelo menos um dos seguintes sintomas:
 - Tosse de novo, ou agravamento do padrão habitual, ou associada a cefaleias ou mialgias, ou;
 - Febre (temperatura $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$) sem outra causa atribuível, ou;
 - Dispneia / dificuldade respiratória, sem outra causa atribuível.
2. Anosmia, ageusia ou disgeusia (perda ou alteração do olfato ou paladar) de início súbito.

Rastreio de infeção por SARS-CoV-2:

1. Antes da realização de procedimentos geradores de aerossóis de alto risco.
2. Antes de internamento para cirurgia eletiva.
3. Antes de admissão para assistência ao parto.
4. Antes de admissão hospitalar para internamento.
5. Aos doentes oncológicos, nos termos da Norma 009/2020 da DGS.

PROCEDIMENTOS GERADORES DE AEROSSÓIS DE ALTO RISCO

- **Entubação endotraqueal** e ventilação manual pré entubação
- Aspiração em circuito aberto
- Ventilação não invasiva e oxigenoterapia de alto fluxo
- Traqueotomia e procedimentos relacionados com a traqueostomia
- Reanimação cardio-pulmonar
- Broncoscopia

FIM DE MEDIDAS DE ISOLAMENTO EM DOENTES COM COVID-19

PORQUE MUDARAM OS CRITÉRIOS DE ISOLAMENTO?

- A PCR para SARS-CoV-2 em zaragatoa nasal deteta RNA viral e pode persistir durante várias semanas após início dos sintomas. Para distinguir a existência de vírus viáveis é necessário a realização de cultura.
- Na doença ligeira, o vírus não foi isolado em cultura de amostras respiratórias após 12 dias desde a data de início dos sintomas; nos casos graves foi possível obter vírus até ao 20º dia desde o início dos sintomas (deteção < 5% após 15,2 dias).
- Os casos em que persistiu a deteção de RNA do SARS-CoV-2 na zaragatoa não foram associados a transmissão secundária.





Contacte-nos

**Grupo de Coordenação Local
Programa de Prevenção e Controlo
de Infeções e de
Resistência aos Antimicrobianos
GCL-PPCIRA**

[**gcl.ppcira@chlc.min-saude.pt**](mailto:gcl.ppcira@chlc.min-saude.pt)

Hospital de São José:

21 884 14 63, Ext. 11463

Hospital de St. António dos Capuchos:

21 313 63 90, Ext. 21442

Hospital de Santa Marta:

213594000, Ext. 41228

Hospital de Curry Cabral:

21 7924324, Ext. 71365

Hospital de Dona Estefânia

213126600, Ext. 51604

Maternidade Dr. Alfredo da Costa:

213184000, Ext. 61608

Consulte a nossa página na
Intranet

Envie-nos a suas sugestões

ASSIM:

- Nas pessoas **sem sintomas**, o isolamento termina **10 dias** após a data do resultado do teste que determinou o diagnóstico.
- Nos doentes com **doença ligeira ou moderada**, desde que apirexia e melhoria significativa dos sintomas durante 3 dias consecutivos, o isolamento termina **10 dias após o início de sintomas**.
- Nos doentes com **doença grave ou crítica** e nos **imunodeprimidos**, desde que apirexia e melhoria significativa dos sintomas durante 3 dias consecutivos, o isolamento termina **20 dias após o início dos sintomas**.

Exceções

- ✓ Profissionais de saúde ou prestadores de cuidados de elevada proximidade a doentes vulneráveis.
- ✓ Transferência para áreas não COVID.
- ✓ Alta para Lares, residências para idosos, unidades da RNCC ou similares.

Nestas situações é feita zaragatoa aos 10 dias; se positiva, é prolongado o isolamento até aos 20 dias, sem necessidade de zaragatoa adicional.

4

CURIOSIDADES EM CONTROLO DE INFEÇÃO

Doença infecciosa emergente

É uma doença que surge numa nova área geográfica ou numa população pela primeira vez.

Epidemia e pandemia

Falamos de epidemia quando existe um elevado número de casos novos de uma doença infecciosa e a sua rápida disseminação. Quando existe disseminação mundial de doença, estamos perante uma pandemia

NA PRÓXIMA EDIÇÃO

- Também dedicada à COVID-19, falaremos de tipos de teste para a COVID-19, imunidade e vacinas e surtos em Unidades de Doentes agudos.