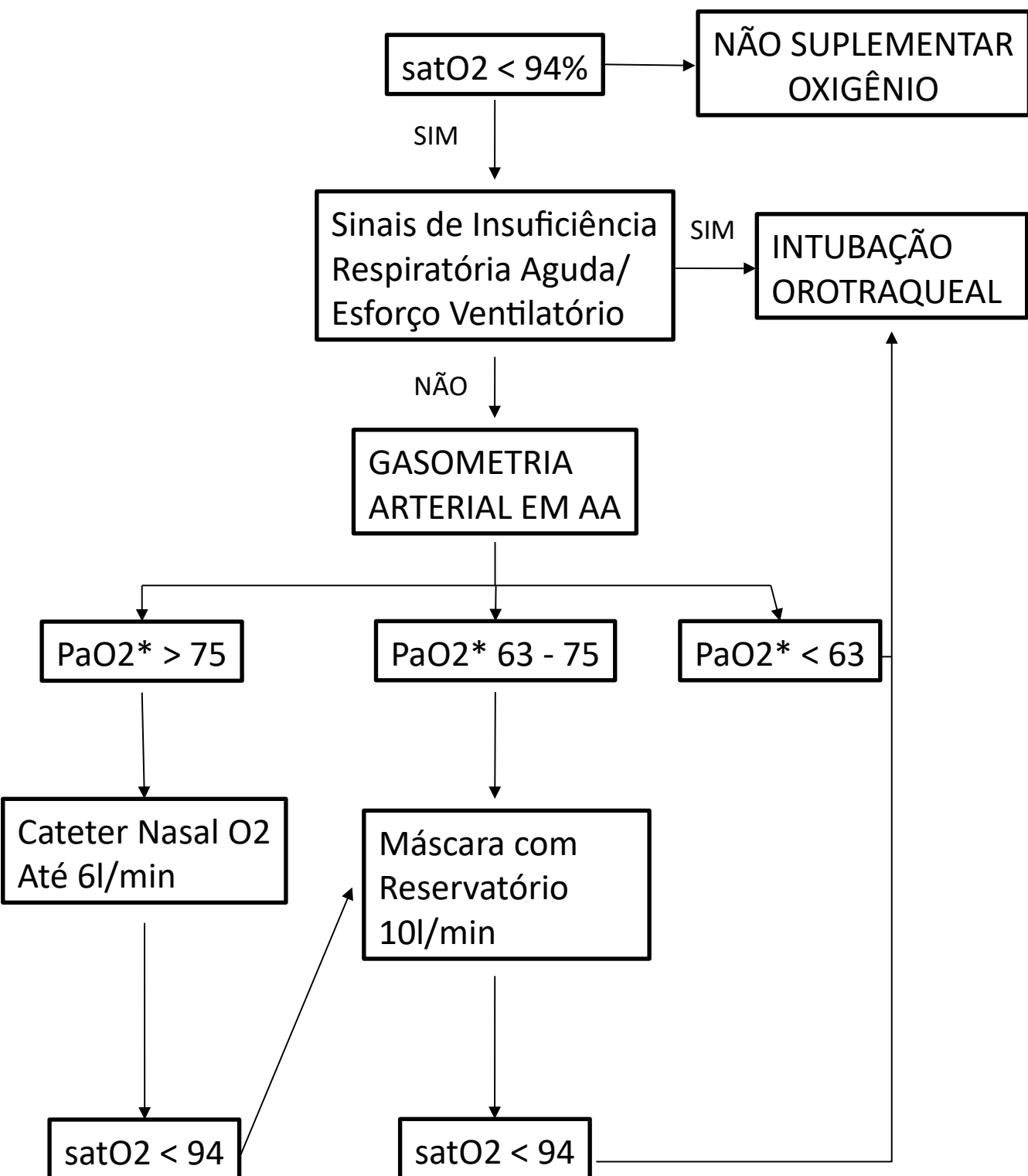


PROTOCOLO SUPLEMENTAÇÃO DE OXIGÊNIO EM PACIENTE COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE INFECÇÃO POR COVID-19



*utilizar PaO2 corrigida pela idade. Fórmula: $109 - (\text{idade} \times 0.45)$

Racional: múltiplas evidências existem sobre a contaminação dos profissionais de saúde em grandes epidemias virais. O uso da ventilação não invasiva (VNI) e de cânulas nasais de alto fluxo (HFNC) são contraindicadas pela WHO pelo potencial de aerossolização e eliminação de gotículas com potencial contaminação dos profissionais envolvidos, associado com benefício não estabelecido no tratamento de falência respiratória hipoxêmica. Os estudos publicados de COVID-19 pela China têm reportado o VNI e HFNC, porém trials relacionados ao seu uso estão em andamento naquele país e sua utilização também se deve à falta de ventiladores mecânicos. Há uma elevada taxa de contaminação de profissionais de saúde na China, assim como relatos na Itália, cujos casos clínicos evoluem com gravidade. É sabido que a nebulização de qualquer tipo gera inúmeros aerossóis e ela deve ser evitada ao máximo, bem como o uso de dispositivos que utilizem alto fluxo de O2. Tendo em vista que existem controvérsias quanto aos potenciais de aerossolização de diferentes dispositivos, o suporte de oxigênio terapia com fluxos baixos com cânulas nasais e com fluxos mais elevados na máscara com reservatório parecem ser alternativas cujo risco aos profissionais seja menos elevado e com benefícios aos pacientes. A intubação orotraqueal precoce é preconizada uma vez que existem particularidades de segurança necessárias ao procedimento, não devendo ser totalmente emergencial para prevenir contaminação dos profissionais de saúde e aumentar a segurança do paciente.

Ana Paula da Rocha Freitas, Ariane Coester, Daniel Ujakow Correa Schubert e Hélio Penna Guimarães em nome da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE)

Referências:

- 1) World Health Organization. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected Interim guidance. January 2020.
- 2) World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected. January 2020.
- 3) Cheung JC, et al. Staff safety during emergency airway management for COVID-19 in Hong Kong. Lancet. Feb. 2020.
- 4) Tran K, Cimon K, Severn M, Pessoa-Silva CL, Conly J. Aerosol generating procedures and risk of transmission of acute respiratory infections to healthcare workers: a systematic review. PLoS One 2012; 7: e35797.
- 5) Simonds AK, et al. Evaluation of droplet dispersion during non-invasive ventilation, oxygen therapy, nebuliser treatment and chest physiotherapy in clinical practice: implications for management of pandemic influenza and other airborne infections. Health Technol Assess. 2010
- 6) Pan L, et al. How to face the novel coronavirus infection during the 2019–2020 epidemic: the experience of Sichuan Provincial People's Hospital. Intensive Care Med. Feb. 2020.
- 7) Liao X, Wang B, et al. Novel coronavirus infection during the 2019-2020 epidemic: preparing intensive care units - the experience in Sichuan Province, China. Intensive Care Med. 2020
- 8) Guan W, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. NEJM. Feb. 2020.
- 9) Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Database 2019 (COVID-19) Outbreak in China. JAMA. Feb. 2020
- 10) Yang X, Yu, Y, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. Lancet Respiratory Medicine. Feb. 2020
- 11) CNN International. 10% of Coronavirus cases in Lombardy involve Medical Professionals. 29 Feb 2020.
- 12) Xie et al. Critical care crisis and some recommendations during the COVID-19 epidemic in China. Intensive Care Med. 2020