

PLANO DE CONTINGENCIA PARA INFECCÃO COVID-19 EM UNIDADES DE DIALISE REDE DE CUIDADOS HOSPITALARES E CONVENCIONADOS A DOENTES HEMODIALISADOS

1. ENQUADRAMENTO GERAL DO PLANO
 - 1.1 EMERGENCIA
 - 1.2 ESPECIFICIDADES
2. ÂMBITO
3. PLANO
 1. Objetivos Gerais do Plano
 2. Plano de Unidade
 3. Definição de contactos e responsabilidade supervisora
4. PREVENÇÃO
 1. Medidas gerais
 2. Regime de Transporte de doentes
5. CAPACIDADE DA UNIDADE
 1. Unidade Hospitalar
 2. Unidade Convencionada
 3. Equipamento
 4. Recursos Humanos
6. CONTENÇÃO
 1. Triagem e isolamento
 2. Diagnostico e EPI para colheitas
 3. Definição de caso
 4. Gestão de caso
 - i. Transferência
 - ii. Identificação de contacto próximo na Unidade de Dialise
7. ONDE REALIZAR A SESSÃO DE HD
 1. Fase de disseminação
 - ii. Unidades Coorte
 - iii. Medidas de gestão de EPIS
8. Despiste de infeção COVID-19 pré-exames invasivos e cirurgias
9. Acesso de doentes que viajam
10. Qualidade
11. Risco
12. Conclusão

Referencias

PLANO DE CONTINGENCIA PARA INFECÇÃO COVID-19 EM UNIDADES DE DIALISE DA REDE DE CUIDADOS HOSPITALARES E CONVENCIONADOS A DOENTES HEMODIALISADOS

1. ENQUADRAMENTO GERAL DO PLANO

A doença COVID-19

A doença de coronavírus 2019 (COVID-19), causada pelo Vírus COVID-19, foi detetada pela primeira vez em Wuhan, China, em dezembro de 2019. Em 30 de janeiro de 2020, o Diretor-Geral da OMS declarou que o atual surto constituiu uma emergência de saúde pública internacional.

Com base nas evidências disponíveis, o vírus COVID-19 é transmitido entre pessoas através de contato próximo e gotículas, não por transmissão aérea. As pessoas com mais risco de infecção são aquelas que estão em contato próximo com um paciente COVID-19 ou que cuida de pacientes COVID-19.

Os dados até o momento sugerem que pacientes com COVID-19 podem ter um espectro de sintomas, variando de infeção assintomática a febre, tosse, falta de ar e problemas respiratórios graves, com insuficiência respiratória. A orientação de ECDC sugere que os sintomas podem aparecer em apenas 2 dias ou até 14 dias após a exposição. A expressão clínica inicial é tida como mais fruste, com menor expressão laboratorial pelo que é indicado grande nível de suspeição.

Atualmente, o tratamento é de suporte. Os potenciais fármacos antivirais estão a ser testados e a vacina está em desenvolvimento. No entanto, não se sabe quando estes serão recomendados e acessíveis.

1.1 EMERGENCIA

A Europa é agora o epicentro da pandemia. O número de infetados vai aumentar. A mortalidade prevista em doentes admitidos no hospital é de 15% e atinge 21.9% em doentes infetados com idade superior >80 anos (<https://www.worldometers.info/coronavirus/>).

No período de um mês (janeiro 2020) estavam em hemodialise crónica 12512 doentes e realizaram-se 155605 sessões de hemodialise. Esta população de doentes envolve um tratamento diferenciado com requisitos exigentes e elevado risco de disseminação da infeção.

Foi sinalizada a 16/ março/2020 a entrada em fase de Mitigação. O estado de Emergência anunciado a 18/março /2020 coloca como foco salvar vidas. A evolução da catástrofe de Saúde Publica ditará mudanças de procedimentos de acordo com os recursos e a criticidade. Realinham-se temporariamente os planos de gestão e qualidade do tratamento por Diálise.

1.2 ESPECIFICIDADES

Maior risco de letalidade

Os doentes hemodialisados sob tratamento renal crônico são uma população de risco major de letalidade associada a infecção COVID-19: 40% com idade compreendida entre 65 a 80 anos e 24% acima dos 80 anos; multimorbilidade associada; baixa capacidade de cumprimento ativo de recomendações de prevenção.

Maior risco de disseminação

As características do tratamento, com transporte múltiplo em ambulância á Clínica, sessões trissemanais e permanência superior a 4 horas em salas com múltiplos doentes e clínicos acarreta elevado risco de contágio.

Exigência de Continuidade de Cuidados

Acresce a necessidade de garantir a qualidade, segurança e continuidade de cuidados entre Unidades Hospitalares e Convencionadas de tratamento, sendo que os programas Hospitalares de doentes crônicos cobrem menos de 10% da população tratada e a restante tratada em Unidades Convencionadas de Dialise.

Baixo uso de dialise domiciliária

Os doentes em dialise domiciliaria representam menos de 10% da população tratada, integram exclusivamente programas hospitalares. A Dialise Peritoneal como tratamento domiciliário apresenta mais fácil implementação de medidas de contenção. Os doentes em hemodialise em Centro são a população que eletivamente exige medidas específicas.

2 ÂMBITO

O Âmbito do plano são as Unidades de Dialise da rede nacional de Cuidados a Doentes Renais Crônicos. As orientações da DGS norteiam o presente plano, sendo que as especificidades inerentes á população tratada por hemodialise crônica exigem considerar itens adicionais de garantia de continuidade de cuidados. A incerteza relativa á evolução da epidemia condicionam as diretrizes pelo que as mesmas devem ser consideradas dinâmicas em respeito pelas determinações da DGS. O documento prioriza os aspetos críticos e transversais da

atividade: não colide com a responsabilidade do Diretor Clínico e Enfermeiro Chefe na exigência de implementação de ações adicionais que sejam tidas como localmente necessárias e justificadas, e se suportadas pelas recomendações da DGS.

3 PLANO

3.1 OBJECTIVOS GERAIS DO PLANO

1. Gerir risco Clínico com garantia de segurança de pacientes e equipe clinica
2. Garantir a disponibilidade de cuidados de diálise ajustadas as necessidades
3. Incentivar a colaboração de todos os parceiros no ramo de prestação de dialise
4. Incentivar a gestão oportuna e partilha de recursos (recursos humanos, equipamento, instalações e serviços)
5. Cumprir os requisitos de prevenção, avaliação, notificação e tratamento com garantia de continuidade de cuidados entre os serviços Hospitalares de Dialise e as Unidades Convencionadas

3.2 PLANO DE UNIDADE

Plano de Unidade		Responsabilidade
Ação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informação 2. Implementação de recomendações 3. Gestão de caso 4. Gestão de capacidade 	Diretor de Unidade Enfermeiro Chefe DGS
Objetivo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resposta coordenada de prestadores 2. Segurança 3. Contenção de caso 4. Mitigação de disseminação 	Diretor de Unidade Enfermeiro Chefe DGS

3.3 DEFINIÇÃO DE CONTACTOS E RESPONSABILIDADE SUPERVISORA

As unidades de Diálise deverão possuir um plano de contingência que incorpore as normas e orientações da DGS, com as especificidades que a Clinica imponha.

O plano apresentado segue as recomendações da DGS e a hierarquia proposta de contactos para notificação de acordo com Norma nº 004/2020 de 23/03/2020 relativa a Abordagem do Doente com Suspeita ou Infeção por SARS-CoV-2

1. Todos os doentes que desenvolvam quadro respiratório agudo de tosse (persistente ou agravamento de tosse habitual), ou febre (temperatura $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$), ou dispneia / dificuldade respiratória, são considerados suspeitos de COVID-19
 - i. devem ligar para a Linha SNS24 (808 24 24 24)
 - ii. não recorrer a Unidade de dialise
 - iii. não ir ao SU hospitalar sem previa orientação
2. Se avaliado na Unidade o doente suspeito é encaminhado para a Unidade com Área Dedicada para avaliação e tratamento de doentes COVID-19 (ADC):
 - i. Unidades hospitalares que disponham de uma ADC no Serviço de Urgência (ADC-SU) e enfermarias dedicadas ao tratamento de doentes com COVID-19.
 - ii. Os doentes com suspeita de COVID-19, validada por observação médica, devem ser submetidos a testes laboratoriais para SARS-CoV2, e registados na plataforma SINAVE (área médicos).
 - iii. A colheita e processamento das amostras biológicas devem cumprir os critérios de qualidade e segurança, nos termos da Orientação 002/2020.
3. **Na Unidade** o Diretor Clínico do serviço de dialise e o Enfermeiro Chefe da Unidade supervisionam o plano de ação,

4. PLANO MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE INFEÇÃO POR COVID-19

4.1 Medidas gerais

As medidas de prevenção mais eficazes na comunidade foram amplamente difundidas pela DGS (<https://covid19.min-saude.pt/>) e continuam a ser importantes na fase de mitigação .

As instruções e alertas devem ser comunicadas aos doentes hemodialisados e a todo o staff da clínica, bem como aos parceiros prestadores de transporte de doentes.

Devem também ser indicados aos prestadores de cuidados a pessoas idosas os procedimentos indicados na Orientação nº 009/2020 de 11/03/2020 sobre Procedimentos para Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) e outras respostas dedicadas a pessoas idosas.

Higiene das mãos na Unidade de Dialise

Devem ser seguidas as orientações gerais de prevenção da DGS Norma nº 007/2019 de 16/10/2019 sobre higiene das mãos, **que se mantem importante na fase de mitigação**

Equipamento de proteção individual (EPI)

Precauções adicionais são exigidas aos profissionais de saúde para proteger-se e impedir a transmissão na Unidade de saúde.

De acordo com Orientação n.º 003/2020 da DGS é recomendado que **todos os profissionais de saúde devem utilizar, de forma responsável, máscara cirúrgica quando em contacto direto com doentes na Unidade de Hemodialise, orientação também suportada por** National Institute for Health and Care Excellence (NICE). COVID-19 rapid guideline: dialysis service delivery. 20.03.2020. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/NG160>

O respirador de partículas FFP2 é recomendado para proteção dos profissionais de saúde se forem efetuados procedimentos invasivos geradores de aerossóis.

Medidas adicionais de prevenção devem ser mantidas

Espaço:

- Reforço de Higiene dos espaços e equipamentos
- Ventilação dos espaços
- Recurso a telemedicina para evicção de consultas presenciais
- Diferir procedimentos clinicamente adiáveis
- Evitar aglomerados de pessoas em espaços confinados
- Reforço de cuidados no processamento de resíduos clínicos

Funcionários:

- Notificar exposição de risco

Auto monitorização de sintomas
Informação do diretor, caso ou seus familiares desenvolvam sintomas sugestivos de infeção por COVID-19.

Cumprem-se as Orientação n.º 003/2020, n.º 004/2020, n.º 012/2020 e n.º 014/2020 da DGS.

4.2 Regime de Transporte de doentes

A gestão do transporte de doentes é um elo crítico na cadeia de prevenção, uma vez que, na ida para e no regresso dos tratamentos, os doentes são transportados em transporte múltiplo, podendo todos os cuidados promovidos nas clínicas ser postos em causa.

É temporariamente recomendado:

- O TRANSPORTE INDIVIDUAL DE DOENTES, como forma de regime geral de transporte de doentes em fase de pandemia COVID-19. Esta condição impõe se para mitigação de disseminação da infeção.

-Reservar o transporte múltiplo para doentes em Unidade coorte – doentes com infeção documentada COVID-19 em que o critério do status de infeção se sobrepõe á morada do doente.

Outras alternativas de transporte podem ser equacionadas para potenciar segurança dos doentes em equilíbrio com os recursos existentes.

5. CAPACIDADE DA UNIDADE DE HEMODIALISE

A situação de Emergência torna prioritária a avaliação de capacidade de resposta das Unidades ao previsível aumento de doentes infetados:

- a) Considerar: Postos disponíveis, recursos humanos, adaptabilidade a CRIAR ÁREA DE ISOLAMENTO E COORTE
- b) Prever realocação de doentes hemodialisados a unidades da rede de tratamento
- c) Equacionar equipe dedicada, alocar ultimo turno, sessão noturna de hemodialise
- d) Cancelar ou adiar consultas e procedimentos ambulatorios que possam ser supridos com telemedicina
- e) Gerir *stocks* de EPI
- f) Prever *stocks* de medicamentos e equipamentos

g) Antecipar escassez de recursos técnicos e laboratoriais

5.1 UNIDADE HOSPITALAR DE HEMODIALISE

O Hospital é o centro de referência para manutenção de sessões de hemodialise a doente suspeito sob investigação ou a doentes com infeção confirmada.

Priorizam-se os recursos hospitalares para doentes internados com e sem COVID-19 positivo, bem como para Cuidados intensivos, sendo que os doentes COVID-19 positivo farão dialise com isolamento temporal e/ou espacial, de acordo com plano de contingência da Unidade Hospitalar.

Para o tratamento dos doentes infetados várias opções se colocam:

- salas de isolamento com sistema de água para hemodialise em Unidade de Cuidados Intensivos
- sala de isolamento com sistema de água para hemodialise em Unidade de Internamento de Infeciologia
- isolamento temporal com sessões noturnas na Unidade de Hemodialise

Face a estado de Emergência, deveremos antecipar o risco e priorizar o tratamento Hospitalar de doentes agudos, com colocação TEMPORARIA de doentes crónicos do programa hospitalar em Unidade Periférica.

Deve ainda prever-se que a infeção por COVID-19 pode associar-se a LRA em 5-15% de casos associada a consumo de recursos e mortalidade.

5.2 UNIDADE CONVENCIONADA DE HEMODIALISE

A Unidade Clínica Convencionada deve criar **área de isolamento de dialise**, com vários modelos de operacionalização

1. Sala de isolamento para doentes suspeitos, que por critérios clínicos de urgência, necessitem fazer dialise no Centro
2. Sala de isolamento para doentes transferidos do Hospital com infeção COVID
3. Sala de isolamento para doentes a quem se aplique quarentena apos contacto com COVID-19
4. Regimes de isolamento temporal tais como sessão tardia ou sessão noturna

5. Centro de referência para coorte COVID-19

Como requisito geral na sala de isolamento:

1. deve poder ser assegurada uma distância ao doente mais próximo superior a 2 metros
2. deve estar próxima de lavatório e dispensador de solução alcoólica
3. deve dispor de contentores para resíduos contaminados
4. não deve ser um local de passagem
5. devem os profissionais e doentes usar máscara cirúrgica

De notar que a implementação de um quarto turno a realizar em período noturno, exigirá que as clínicas se prepararem tecnicamente, concretamente no que diz respeito à avaliação da capacidade dos sistemas de tratamento de água para o efeito, uma vez que, usualmente, é no período noturno que ocorre a regeneração dos equipamentos que os compõem.

Em qualquer dos cenários de expansão de tratamentos, os recursos humanos, médicos e enfermeiros disponíveis, são o fator criticamente limitante. Esta situação exigirá esforço de reorganização sob a responsabilidade do Diretor Médico e Enfermeiro Chefe, com vista a assegurar a manutenção de tratamentos.

Deve ser assegurada cooperação no SNS, entre entidades públicas e convenionadas, para servir os doentes críticos e ambulatórios.

5.3 DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTO PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

A escassez de recursos é uma ameaça real. Devem ser avaliados os stocks disponíveis de equipamentos de proteção individual, incluindo máscaras cirúrgicas e proteção para os olhos.

Devem equacionar-se planos nacionais de aquisição e distribuição de equipamento de proteção para profissionais e doentes na rede de Unidades de Hemodialise do SNS, o que inclui Unidades Hospitalares e Convenionadas.

5.4 RECURSOS HUMANOS

Quando os trabalhadores não possam comparecer ao trabalho por motivo de isolamento profilático, as ausências ao serviço, independentemente da respetiva duração, têm os efeitos das faltas por motivo de isolamento profilático, previstas na alínea j) do n.º 2 do artigo 134.º da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (LTFP), aprovada em anexo à Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, na sua redação atual. Seguem-se as diretrizes do despacho n.º 2836-A/2020.

Aos trabalhadores do sector privado, aplicar-se-á o Código do Trabalho e o regime especial previsto nos Despachos n.º 2875-A/2020 e n.º 3103-A/2020

A escassez de recursos humanos por doença ou quarentena de pessoal médico e de enfermagem ameaça a manutenção de tratamentos dialíticos. A maioria dos enfermeiros com competência em hemodialise, médicos nefrologistas e médicos residentes, acumula funções em Unidades Públicas e Convencionadas de Dialise, amplificando os efeitos diretos e indiretos da infecção COVID na massa laboral.

O estado de Emergência exigirá grande esforço às Administrações Hospitalares, mas foi reconhecida a necessidade de reconhecer o regime de exceção dos profissionais que providenciam tratamentos vitais e inadiáveis de hemodialise, suportado pela circular N. 5/2020/ACSS de 2020-03-18 sobre Acumulação de Funções.

Deve ser equacionado e solicitado ajuda ao Ministério da Defesa para se possível suprir recursos.

Seria desejável uma Bolsa de Enfermeiros e Médicos com experiência em Diálise para recrutamento na Crise, promovendo a mobilidade interna na rede de Prestação de Diálise.

A colaboração da Ordem dos Enfermeiros e da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Dialise e Transplantação (APEDT) viabilizará criação de plataforma nacional de Enfermeiros com experiência em Hemodiálise.

Formação acelerada de enfermeiros para obterem competência em procedimentos de hemodiálise mais simples deixando o manuseio de acesso vascular para os enfermeiros seniores pode ser uma estratégia de antecipação.

Simplificação da contratação de trabalhadores que passe a ser aprovado por despacho da tutela do Ministério da Saúde com faculdade de delegação é uma medida mitigadora, mas mais medidas poderão ser exigidas para enfrentar a crise assistencial. Todas as iniciativas para garantia de tratamentos seguros são desejáveis e cada Diretor Médico e Enfermeiro Chefe equacione o plano de contingência que localmente servir melhor os doentes.

Temporariamente e enquanto se verificar este problema de saúde pública, os rácios de enfermeiro /doentes e médico/doentes recomendados pelo Manual de Boas Práticas de Dialise poderá ser inviável, caso o impacto de efeitos diretos e indiretos da pandemia comprometam o normal funcionamento e tratamento dos doentes, e após ter sido esgotada a via preferencial de recrutamento de pessoal. A Direção Médica e de Enfermagem de cada unidade, deve ter em consideração as necessidades de cuidados médicos e de enfermagem dos doentes sob sua responsabilidade e, ainda, as circunstâncias específicas de cada clínica (por exemplo, a respetiva situação geográfica) para mitigação de risco clínico.

6. CONTENÇÃO

Medidas nas Clínicas de Diálise

6.1 Triagem e isolamento

1. Deve garantir-se a triagem e isolamento rápidos de pacientes com sintomas de suspeita de COVID-19. Manter elevado nível de suspeição. Cumprir Norma 004/2020 da DGS.
2. **Tele triagem:**
 - a. Identificar os pacientes antes ou imediatamente após a chegada ao centro de diálise (por exemplo, antes da triagem ou durante a viagem). Pacientes estáveis podem optar por esperar no veículo pessoal
 - b. Deve reforçar-se instrução do doente contactar previamente a linha SNS 24 (808 24 24 24) e/ou a Unidade antes de a ela recorrer, caso apresente febre ou tosse.
 - c. O sistema de tele triagem deve ser realizado por um profissional de saúde. Se suspeito o doente é aconselhado a permanecer no domicílio, evitando contacto com outras pessoas
3. **Check-in do paciente:**
 - a. Avaliar temperatura corporal com termómetro *non-touch* a todos os doentes
 - b. Higienização com desinfetante para as mãos à base de álcool 60% -95%
 - c. Colocar máscaras faciais, se tosse
 - d. Etiqueta respiratória
4. **Verificar critérios de doente suspeito**
 - a. **Atualmente** Todas as pessoas que desenvolvam quadro respiratório agudo de tosse (persistente ou agravamento de tosse habitual), ou febre (temperatura $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$), ou dispneia / dificuldade respiratória, são considerados suspeitos de COVID-19
5. **Garantir que pacientes com sintomas e suspeita de COVID-19 tenham circuito restrito e isolamento.**
 - a. O profissional que detete um caso suspeito de infeção por novo coronavírus COVID-19 deve seguir a Orientação 003/2020, relativamente ao Equipamento de Proteção Individual adequado à situação .Na fase de Mitigação e estado de

Emergência é admitido uso de máscara cirúrgica Norma nº 001/2020 de 16/03/2020.

- b. Dar ao doente uma máscara cirúrgica, desde que a sua condição clínica o permita, que a colocará sob orientação do profissional (ver procedimento na Orientação 003/2020)
- c. Encaminhar o doente para a **área de isolamento** evitando o contacto direto e **transferir** para Unidade com Área Dedicada para avaliação e tratamento de doentes COVID-19 (ADC):

Unidades hospitalares que disponham de uma ADC no Serviço de Urgência (ADC-SU) e Enfermarias dedicadas ao tratamento de doentes com COVID-19.

Transporte em ambulância/INEM

6. Sala de isolamento

Requisitos da sala de isolamento:

- meio de comunicação (telefone/telemóvel); Cadeira/cadeirão confortável; Solução antisséptica de base alcoólica para higienização das mãos (no interior e à entrada); Lenços de papel descartáveis; Luvas descartáveis; Máscaras descartáveis; Termómetro *non-touch*; Caixote de lixo com saco de plástico; dispositivos descartáveis de recolha de resíduos corporais
- Pode antecipar-se a necessidade de ter que facultar água e comida a quem for colocado.
- Idealmente, o paciente não deve ser colocado em local com exaustão sem filtragem HEPA (*High Efficiency Particulate Arrestance*). Se desconhecido, suspender equipamento de ar condicionado.
- Não é necessário equipamento de pressão negativa na sala de isolamento para avaliação ou atendimento de doentes com suspeita ou confirmação de COVID-19. Se disponíveis, estas salas devem ser priorizadas para doentes graves que estejam sob procedimentos de geração de aerossol, os quais devem merecer ponderada prescrição.

Manter porta fechada

- Limitar as pessoas que entram na sala apenas à equipe clínica necessária; limitar o tempo na sala.

- Todos os cuidadores e equipe clínica que entram na sala devem usar EPI apropriado incluindo bata, luvas, proteção para os olhos e preferencialmente uma máscara N-95 ajustada
- Se as máscaras N95 não estiverem disponíveis ou se os prestadores de cuidados de saúde não estiverem treinados no seu uso, devem usar uma máscara cirúrgica e todos os outros EPIs apropriados e minimizar tempo na sala.
- Manter uma lista de todos os profissionais de saúde que entram na sala.
- Usar equipamento descartável.
- Se for necessário usar equipamentos para mais de um doente, limpe e desinfete antes de usar noutro doente, de acordo com as instruções do fabricante.
- Manter atualização de procedimentos com DGS e para obter instruções adicionais.

Rever o plano com todos os funcionários da Unidade, e especificamente com os prestadores de transporte, para adequada receção do doente.

O estado de Emergência agora decretado previsivelmente se associará a situações que ameaçam a aplicação do circuito ideal.

6.2 TESTES PARA DIAGNOSTICO DE INFEÇÃO COVID-19

Os testes incluem amostras do trato respiratório superior (isto é, zaragatoa nasofaríngea) e secreções respiratórias. Casos suspeitos devem ser rastreados para o vírus com testes de amplificação de ácido nucleico (NAAT) por RT-PCR.

A esta data, os testes de diagnósticos estão disponíveis apenas nos Hospitais de referência.

Para a observação da orofaringe e colheitas de amostras biológicas do aparelho respiratório de um caso suspeito em investigação, o profissional deverá usar (requisitos mínimos): respirador de partículas (FFP2), proteção ocular, bata e luvas (conforme anexo II da Orientação Nº 02/2020 de 25/01/2020)

A criticidade do estado de doente suspeito numa Unidade de Hemodialise, para seu isolamento e definição de contactos, torna desejável o acesso a testes de diagnostico on-site. Aguarda-se outro meio de diagnostico célere, mais acessível e fidedigno de infeção por COVID-19 que o viabilize para testar rapidamente doentes suspeitos e profissionais com exposição de risco.

6.3 DEFINIÇÃO DE CASO E DE CONTATO PRÓXIMO

A definição sofreu alterações progressivas e é agora apresentada de acordo com Norma atualizada 004/2020 da DGS

Caso suspeito

- quadro respiratório agudo de tosse (persistente ou agravamento de tosse habitual),
- _ ou febre (temperatura $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$)
- _ ou dispneia / dificuldade respiratória

Caso confirmado

Caso com confirmação laboratorial de infeção por COVID-19, independentemente dos sinais e sintomas.

6.4 . GESTAO DE CASO SUSPEITO

1. TRANSFERENCIA

- a. As recomendações atuais da DGS indicam transferência do doente a Áreas Dedicadas para avaliação e tratamento de doentes COVID-19 (ADC) (COVID-19: Primeira Fase de Mitigação Medidas Transversais de Preparação, 16/03/2020)
- b. A transferência é feita em transporte individual ou por INEM

A orientação de doente suspeito ou infetado cumpre norma 004/2020 da DGS, 23/03/2020.

2. IDENTIFICAÇÃO DE CONTACTO PRÓXIMO NA UNIDADE DE DIALISE

CONTACTO PRÓXIMO

Alto risco de exposição

Exposição associada a cuidados de saúde, incluindo:

- Prestação direta de cuidados a caso confirmado de COVID-19 (sem uso de EPI);
- Contacto desprotegido em ambiente laboratorial com amostras de SARS-CoV-2;
- Contato físico direto (aperto de mão) com caso confirmado de COVID-19 ou contacto com secreções contaminadas com SARS-CoV-2;
- Contacto em proximidade (frente a frente) ou em ambiente fechado com caso confirmado de COVID-19 (ex: gabinete, sala de reuniões, sala de espera), a uma distância até 2 metros durante mais de 15 minutos

Baixo risco de exposição (contato casual)

Pessoa com:

- contacto esporádico (em movimento/circulação) com caso confirmado de COVID-19
- contacto frente a frente a uma distância até 2 metros E durante menos de 15 minutos;
- contato em ambiente fechado com caso confirmado de COVID-19, a uma distância superior a 2 metros OU durante menos de 15 minutos.

A DGS orientará os passos subsequentes do plano relativo aos contactos.

1. No caso de ser identificado CONTACTO DE ALTO RISCO

- a. Doente: promover circuito do doente com máscara cirúrgica, transporte individual, alocação a turno com isolamento espacial ou temporal. Seguir orientações da DGS para plano de vigilância e execução de testes diagnósticos.
- b. Staff: quarentena e plano de vigilância de acordo com orientação da DGS.

2. No caso de ser identificado CONTACTO DE BAIXO RISCO

- a. Doente: manter circuito do doente com máscara cirúrgica, transporte individual,
- b. Staff: Auto monitorização de sinais e sintomas. Seguir orientações dos Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho/ Saúde Ocupacional para plano de vigilância e execução de testes diagnósticos

A orientação dos contactos poderá mudar de acordo com a exigência clínica de manter prestação de tratamentos vitais inadiáveis.

Todas as situações de risco com exposição a SARS-CoV-2 (ex. devido à ausência ou inadequada utilização/colocação de EPI na prestação de cuidados a doente com COVID-19) devem ser reportadas aos Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho/ Saúde Ocupacional, mesmo quando o profissional está assintomático para COVID-19).

7. LOCAL DE REALIZAÇÃO DE HEMODIALISE DE UM PACIENTE COM INFECÇÃO CONFIRMADA

1. FASE DE DISSEMINAÇÃO

Mantêm-se as indicações de circuitos restritos e isolamento do doente suspeito até confirmação de diagnóstico. Cumprem-se as normas de referenciação de CASO e fluxograma hospitalar de gestão do doente.

Doente COVID positivo com status de doença renal sob Hemodialise é admitido em Unidade Hospitalar com Enfermarias dedicadas ao tratamento de doentes com COVID-19. Cumpre-se Norma 004/2020 da DGS, 23/3/2020

As sessões de HD são mantidas em AREAS de ISOLAMENTO ESPACIAL OU TEMPORAL de acordo com os planos locais de Contingência.

Apos alta hospitalar o doente é referenciado a centro de hemodialise periférico

1. com status de CURADO: reintegra turno regular
2. com status de SEROPOSITIVO ASSINTOMÁTICO OU SEROPOSITIVO SEM CRITÉRIOS DE INTERNAMENTO: deve manter sessões de hemodialise em área de isolamento temporal ou espacial

A evolução da epidemia pode induzir a aplicação de "Modelo fixo de assistência em diálise" para mitigar a disseminação da infeção COVID-19:

- _ para doentes no período de 14 dias de quarentena após contato com COVID-19
- _ para doentes com infeção documentada por COVID-19 ambulatoriais

A coorte de doentes é tratada em Unidades eletivas em áreas ou circuitos restritos. Aplicam-se as medidas de expansão de serviço de acordo com recursos locais da Unidade de Diálise. O número de doentes infetados e dificuldades de operacionalização segura de isolamento pode ditar implementação de Unidades de Coorte COVID-19. (Anexa-se proposta de distribuição de Unidades a concretizar sob a orientação dos Diretores Médicos dos prestadores de Serviços de Diálise)

A experiência dos nefrologistas chineses que enfrentaram a epidemia, suporta que na fase de disseminação, não devem ser mudados os turnos de diálise e a equipe de profissionais de saúde, para evitar contaminação cruzada e maior disseminação.

UNIDADES COORTE

- Idealmente, dialisar em sala separada com a porta fechada.
- Se não houver uma sala separada, o paciente deve usar uma máscara cirúrgica e deve ser tratado em monitor de fim de linha, longe do fluxo principal de tráfego (se disponível).
- Como recurso de crise manter pelo menos 6 pés de separação entre pacientes sintomáticos e outros pacientes durante o tratamento de diálise
- As salas de isolamento da hepatite B podem ser usadas em pacientes com suspeita de COVID 19 se: 1) o paciente com suspeita ou confirmada infecção por COVID-19 é positivo para o antígeno de superfície da hepatite B ou 2) a Unidade não possui pacientes com antígeno de superfície da hepatite B que precisariam de tratamento na sala de isolamento.
- Deve limitar-se a entrada na sala apenas à equipe clínica necessária, com EPI apropriado e por tempo restrito
- Manter a lista de todos os profissionais de saúde que entram na sala para monitorização
- Usar equipamento de assistência ao paciente descartável
- Se recurso de crise usar equipamentos para mais de um paciente após limpeza e desinfecção
- Deve ser facultado transporte individual e o acompanhante de transporte deve usar máscara cirúrgica ou N95

MEDIDAS DE GESTAO DE EPIS

Será necessária uma rápida aquisição de EPIs que são de momento escassos em todas as Unidades de Hemodialise. O estado de Emergência irá continuar a associar-se a necessidade de otimizar os EPIs disponíveis. Várias intervenções podem minimizar a necessidade de EPI :

- a) tele triagem sempre que possível minimizando a necessidade desses indivíduos se deslocarem às instalações para avaliação, b) barreiras físicas para reduzir a exposição ao Vírus COVID-19, como janelas de vidro ou plástico (áreas de check-in), c) restringir a entrada dos profissionais de saúde nas salas com pacientes PUI ou COVID-19 se não estiverem envolvidos em cuidado direto, d) agrupar atividades para minimizar o número de vezes que uma sala é aberta (por exemplo, avaliar sinais vitais durante a administração de medicamentos ou outro cuidado)

8. TESTE DIAGNOSTICO ANTES DE PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Os doentes devem fazer o teste de rastreio de infeção COVID-19 antes de cirurgia ou outro exame invasivo.

A cirurgia ou exame invasivo deve ser realizada numa sala designada com a proteção necessária para equipe médica.

9. ACESSO DE NOVOS DOENTES

Os doentes transferidos do Hospital devem ser precedidos de informação clínica detalhada sobre diagnóstico, status de infeção COVID-19 e plano de vigilância e tratamento.

O doente deve ser portador sobre recomendações de Proteção de Contactos e Sinais de alerta Clínico.

A clínica recetora do doente transferido elabora o plano de continuação de cuidados em sala de isolamento caso o doente tenha infeção COVID-19 não curada mas sem critérios de manutenção de internamento. São mantidas as orientações gerais de contenção do vírus.

O acesso de novos doentes transitórios que viajam de outros países deve ser suspenso.

10. GESTÃO DA PRODUÇÃO E QUALIDADE

As Unidades que disponham de sistema informático de gestão dos tratamentos, em que o preenchimento das folhas de diálise/tratamentos é feito informaticamente, devem ser temporariamente dispensados de assinar as mesmas, para evitar contaminação.

O controlo analítico de qualidade da água com a regularidade e parâmetros preconizados pelo Manual de Boas Práticas de Dialise, bem como a disponibilidade de sistemas de tratamento de água está ameaçado pelos efeitos da pandemia em todos os serviços laboratoriais e técnicos. Sugere-se que o Ministério da Defesa possa dar o apoio possível para manutenção de serviços técnicos e laboratoriais.

Os medicamentos e material de consumo clínico esta ameaçado pela escassez de recursos em situação de catástrofe.

O Diretor Clínico e Enfermeiro Chefe elegerá a melhor estratégia de compromisso focado na segurança do doente.

Nesta situação de exceção, os indicadores de desempenho definidos pela DGS, para cumprimento por parte das Unidades de Hemodiálise , devem ser temporariamente suspensos, enquanto durar a situação de crise que enfrentamos, porque pode haver necessidade de, por motivos supervenientes, haver a necessidade de reduzir o número de

horas de tratamento e/ou o número de sessões semanais, em doentes eletivos e tendo em conta o risco clínico, para manter tratamentos inadiáveis face a escassez de recursos.

A meta será salvar vidas.

11. GESTAO DE RISCO

Menos de 10% do total de doentes prevalentes em dialise, em Portugal, fazem dialise peritoneal_ modalidade de dialise domiciliaria. Replicam-se genericamente nas unidades de Dialise Peritoneal as normas e orientações da DGS.

Fosse mais prescrita, a dialise peritoneal seria um meio de mitigação da epidemia COVID-19, poupando os doentes ao risco de contaminação cruzada e disseminação nos centros e circuitos de transporte, com menor ameaça de rutura de recursos.

12. CONCLUSAO:

O plano de contingência para a Infeção por COVID-19 segue as recomendações atuais da DGS, certamente dinâmicas. As unidades de hemodialise nacional replicam-no com elevado sentido de responsabilidade e competência técnico-científica. Identificamos os aspetos críticos promotores de mais segurança dos doentes em hemodialise crónica e das equipas que os tratam, nesta fase de pandemia. São eles que merecem investimento imediato para enfrentar um dos maiores desafios nefrológicos do presente

1. Disponibilidade de EPIs
2. Transporte Individual de Doente para mitigar disseminação
3. Soluções ágeis de Recrutamento de Enfermeiros e Médicos
4. Complementaridade de esforço do setor Publico e Privado
5. Foco em salvar vidas
6. Coragem e Gestão da Incerteza

Anabela Rodrigues , nos termos do Despacho n.º 2289/2020 de 18 de fevereiro, redigiu o presente plano com a colaboração do Colégio de Especialidade de Nefrologia da Ordem dos Médicos, a Sociedade Portuguesa de Nefrologia, a Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação, a Associação Nacional de Centros de Dialise, a Associação Portuguesa de Unidades de Diálise e a Ordem dos Enfermeiros.

Referencias

Normas e Circulares Normativas DGS <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas.aspx>

The Novel Coronavirus 2019 epidemic and kidneys. Kidney International (2020). [https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538\(20\)30251-9/pdf](https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538(20)30251-9/pdf)

CDC Interim Additional Guidance for Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed COVID-19 in Outpatient Hemodialysis Facilities <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/healthcare-facilities/dialysis.html>

CDC Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/infection-control/control-recommendations.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhcp%2Finfection-control.html

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). COVID-19 rapid guideline: dialysis service delivery. 20.03.2020. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/NG160>

Anexo 1.

UNIDADES COM DISPONIBILIDADE PARA SERVIREM COMO UNIDADES ELETIVAS DE COORTE COVID-15

Informação fornecida á data por Prestadores de serviços de dialise e de acordo com planos de contingência

Norte - NephroCare Braga

Unidade Hemodialise Hospital IPO Porto ,

Centro - NephroCare Entroncamento

Lisboa - Diaverum Linda -a-Velha

Unidade Hemodilase Hospital Cruz Vermelha

Sul e margem sul do Tejo

NephroCare Grandola