

RECOMENDAÇÕES DO COLÉGIO DE OFTALMOLOGIA E DA SPO PERANTE A SITUAÇÃO DE RISCO EPIDEMIOLÓGICO DE INFECÇÃO POR COVID-19

A infecção por coronavírus (COVID-19) transformou-se muito rapidamente numa ameaça global. Os sintomas da doença incluem febre, tosse, cansaço, dores musculares e falta de ar; pode também haver diarreia. A conjuntivite pode ser a primeira manifestação da doença, como aconteceu na China onde o Dr. Li Wenliang, oftalmologista no Hospital Central de Wuhan Central, foi infetado por transmissão a partir de um doente assintomático portador de glaucoma, tendo morrido um mês depois. Alguns relatos sugerem que na ausência de protecção ocular o vírus pode ser transmitido por contacto na forma de aerossol, através da conjuntiva, provocando doença.

As complicações da doença incluem pneumonia grave, arritmia e choque; a taxa de mortalidade estimada é de 3,4%, mas até ao momento cerca de 40% dos doentes afectados não tem a sua clínica resolvida.

A história recente da doença tem mostrado a sua fácil e rápida disseminação; a partir de um foco em Wuhan, a sua disseminação deu-se de forma muito rápida, estando hoje presente em todos os continentes. Na Europa o número de pessoas infetadas teve um crescimento vertiginoso em poucas semanas. Em Itália, depois do encerramento de escolas e outros serviços, as autoridades viram-se agora obrigadas a limitar a circulação de pessoas, na tentativa de circunscrever a disseminação da doença. Tal tinha acontecido na China com aparentes bons resultados, como demonstra a evolução epidemiológica actual. O caso mais paradigmático de medidas eficazes na circunscrição da doença aconteceu em Macau, onde as autoridades decretaram limitações ao movimento das pessoas e o encerramento generalizado de serviços ao aparecimento dos primeiros casos; o resultado foi o sucesso que se conhece: nenhum novo caso desde há várias semanas! Uma decisão que envolveu certamente grande coragem política e cujos aparentes prejuízos económicos imediatos tiveram e vão ter grande retorno não apenas económico, mas sobretudo social.

A proximidade física e espacial entre o oftalmologista e a pessoa observada coloca ambos, doente e médico, em especial risco de contacto.

Por outro lado, o exame oftalmológico envolve múltiplas observações que incluem acuidade visual, avaliação do equilíbrio oculo-motor, observação do segmento anterior, medição da tensão ocular e observação do fundo ocular. O exame à lâmpada de fenda e a realização de oftalmoscopia directa implicam uma proximidade física e um posicionamento, que envolve um risco particular de contágio. A frequente necessidade de dilatação pupilar e da realização de outros exames complementares, implicam frequentemente uma estadia demorada nos serviços e nas clínicas de oftalmologia, aumentando o risco de contágio cruzado entre doentes e os profissionais de saúde visual.

Por essa razão a Academia Americana de Oftalmologia lançou um alerta para a necessidade do uso de máscaras e protecção ocular, sobretudo na presença de doentes com sintomas respiratórios ou perante a história de viagem a locais de risco aumentado.

Para além disso, sabendo que o período de incubação do vírus se situa entre os 2 e os 14 dias (embora ao que parece possa ser mais longo), e sabendo da possibilidade, mesmo que incomum, da conjuntivite ser a primeira manifestação, os oftalmologistas devem estar atentos na observação de casos aparentemente vulgares.

Tendo em conta o alto risco de contágio na clínica oftalmológica e tendo em conta a baixa taxa de doentes com necessidade urgente de cuidados, parece-nos importante adoptar medidas urgentes tendentes a diminuir o risco de propagação da infecção.

Por essa razão, usando o conhecimento adquirido e as recomendações dos grupos de trabalho que já passaram pelo nosso actual cenário epidemiológico, recomendamos as seguintes medidas:

1. CONTROLE ADMINISTRATIVO

Suspensão do atendimento a doentes não urgentes e de serviços clínicos eletivos.

Diminuir temporariamente de forma drástica o atendimento de doentes externos de forma a prevenir infecções cruzadas; os doentes devem ser aconselhados a remarcar as suas consultas logo que a situação epidemiológica o permita.

Devem manter-se e ser realizadas apenas as consultas e os exames considerados urgentes e inadiáveis. Esta suspensão tem como objectivo reduzir o risco de transmissão recíproca entre médico e doente, e ainda o risco resultante da acumulação de pessoas nas salas de espera.

As cirurgias eletivas devem ser suspensas; para além da diminuição do risco de contágio entre equipas cirúrgicas e doentes, esta medida garantirá a economia dos recursos e do material de protecção individual, que ficará disponível para os casos de atendimento urgente obrigatório.

As intervenções e cirurgias de urgência devem ser mantidas com as medidas de segurança à frente recomendadas.

O pessoal administrativo de atendimento ao público deve estar protegido por barreira física de separação ou garantir uma distância de atendimento nunca inferior a 2 metros.

Triagem de doentes:

O atendimento de doentes urgentes deve ser precedido de inquérito epidemiológico no sentido de identificar os doentes com risco de transmitir infecção. Tendo em conta que a transmissão se dá pela difusão de gotículas, o inquérito deve ser realizado por profissionais de saúde (médicos ou enfermeiros) devidamente protegidos com máscara e óculos ou viseira, mantendo barreira física ou respeitando distância de segurança de pelo menos 2 metros.

O inquérito epidemiológico deve incluir: passagem por países ou regiões de risco acrescido; história ou presença de febre, tosse ou sintomas respiratórios.

Não devem ser admitidos acompanhantes, excepto nos casos de crianças ou pessoas dependentes, em que se admite a presença de apenas um acompanhante. O acompanhante deve ser também sujeito a inquérito epidemiológico.

Formação em controle da infecção e monitorização dos profissionais envolvidos nos cuidados de saúde

Todos os profissionais devem submeter-se a formação e treino do controle de infecção, de forma a familiarizar-se com as etapas de higienização das mãos e com a técnica de vestir e retirar os equipamentos de protecção individual.

Todos os profissionais devem monitorizar a sua temperatura corporal antes de iniciar funções; devem igualmente reportar a presença de qualquer sintoma.

2. CONTROLE AMBIENTAL

Tem como objectivo prevenir a difusão da infecção e reduzir a concentração de gotículas nas superfícies e na atmosfera ambiente.

A extrema proximidade entre oftalmologistas e doentes, particularmente na observação à lâmpada de fenda e na realização de fundoscopia direta, implica um risco acrescido mútuo, uma vez que as gotículas resultantes da tosse ou espirro podem viajar quase dois metros.

Salas de espera: devem ser ventiladas; os espaços em que a ventilação não seja possível devem ser evitados.

Lâmpada de fenda: para diminuir o risco de transmissão via gotículas, devem instalar-se proteções de plástico nas lâmpadas de fenda, que devem ser desinfetadas frequentemente, entre sessões clínicas e sempre que apresentarem resíduos visíveis.

Oftalmoscopia: está proibida a realização de oftalmoscopia direta. A observação do fundo ocular deve ser realizada com recurso à oftalmoscopia indirecta ou com lentes apropriadas de observação por recurso lâmpada de fenda.

Equipamento básico: para a realização do exame oftalmológico, o médico deve usar máscara, proteção ocular e luvas descartáveis.

Equipamentos: todos os equipamentos que sejam frequentemente tocadas por profissionais de saúde e por doentes, que incluem lâmpadas de fenda, oftalmoscópios, puxadores de portas, telefones e teclados, devem ser desinfetados de acordo com as recomendações institucionais. Os equipamentos não utilizados devem ser cobertos por material lavável ou descartável.

Descartáveis: A distribuição de recipientes para descartáveis deve ser adequada de forma a evitar o transporte de material infetado a longas distâncias.

Superfícies: deve proceder-se à limpeza e desinfeção rigorosas de todas as superfícies (inclui secretárias e teclados) de acordo com as recomendações das respectivas comissões de desinfeção hospitalares.

Redução da produção de aerossóis e gotículas em Oftalmologia: a tonometria de não contacto é uma fonte potencial de microaerossóis; é por isso prudente suspender a sua utilização. Por outro lado, tendo em conta o risco de transmissão por via conjuntival deve também evitar-se a tonometria de contacto; esta poderá ser utilizada em casos de extrema necessidade com recurso a pontas descartáveis ou à desinfeção adequada entre doentes. A tonometria deve por isso ficar limitada aos casos estritamente necessários, utilizando-se de preferência o tonómetro de retroimpulsão com agulhetas descartáveis.

A realização de dacriocistorinostomias deve ser evitada, uma vez que a manipulação com irritação da conjuntiva nasal pode provocar espirro e sucção de secreções nasais, podendo em risco o operador. Nos casos de extrema necessidade deve ser usado equipamento de protecção adequada. Devem evitar-se intervenções cirúrgicas oculares não urgentes com anestesia geral, uma vez que intubação endotraqueal pode contribuir para a produção de aerossóis.

Equipas de Oftalmologia: As equipas cirúrgicas e de atendimento urgente, que incluem médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares) devem ser fixas, de forma a garantir uma "quarentena" rotativa. Devem organizar-se equipas "espelho" que ficarão disponíveis para substituição em caso de impedimento das equipas escaladas. Deve haver um registo completo da constituição de cada equipa e dos horários de entrada e saída dos respectivos elementos.

Blocos operatórios de Oftalmologia: os blocos operatórios dedicados especificamente a cirurgia oftalmológica devem, nesta fase, manter uma sala fixa dedicada para esse fim; os restantes espaços e o seu material (nomeadamente o equipamento de ventilação) devem ficar livres e prontos para reforçar os cuidados de atendimento urgente a doentes COVID em caso de necessidade. Deve proceder-se ao inventário de todo o material disponível nos blocos operatórios.

Internamento de Oftalmologia: deve ser usado apenas para os casos estritamente necessários. Deve ser restringido o número de visitas de acordo com as regras já em vigor.

Circulação nos serviços de Oftalmologia: devem criar-se condições de circulação “ NO TOUCH” com manutenção de corredores com portas abertas sempre que tal não esteja contraindicado, de forma a minimizar a infecção de portas e puxadores.

3. USO DE EQUIPAMENTO DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

Os dois níveis anteriores de controle reduzem as áreas de exposição ao SARS-CoV-2 mas não eliminam o risco nas áreas em que se mantem a exposição, tal como acontece nas salas de isolamento ou tratamento com doentes infetados.

Nestes casos deve ser obrigatório o uso de equipamento individual de protecção de forma a reduzir ou eliminar o risco de exposição dos profissionais de saúde.

Nestas áreas, todos os oftalmologistas devem usar equipamento de protecção ocular, que inclui viseira ou óculos de protecção adequados. O uso de máscara é obrigatória no oftalmologista e no doente.

No atendimento de doentes de alto risco, os oftalmologistas devem ter precauções extra usando equipamento de proteção individual de todo o corpo, incluindo fato apropriado, touca, luvas mascara e protetor ocular.

4. ATENDIMENTO OFTALMOLÓGICO VIRTUAL

Deve ser instituído um sistema de consultas remotas via telefone ou web.

Com base em critérios médicos, alguns doentes, nomeadamente os portadores de doenças crónicas, poderão ser contactados pelo seu oftalmologista no sentido de receberem indicações e reforço do receituário.

Deve ser instalada e publicitada uma linha telefónica para atendimento urgente de oftalmologia, no sentido de minimizar a presença física de doentes nos serviços de urgência.

CONCLUSÃO:

Tendo em conta o elevado risco de propagação de infecção na clinica oftalmológica, tendo em conta que a esmagadora maioria dos procedimentos em oftalmologia não implicam uma intervenção urgente, e tendo em conta que os serviços públicos e privados de oftalmologia não se encontram em condições de garantir procedimentos de segurança adequados e cabais, de forma e contribuir para a prevenção e impedimento da progressão da epidemia em curso por coronavirus (COVID-19), recomendamos que a actividade clinica oftalmológica seja drasticamente reduzida, limitando-se a diagnosticar e tratar os casos urgentes, até que o risco epidemiológico permita o regresso a uma actividade plena.

Recomenda-se ainda a reorganização dos espaços e equipamentos disponíveis, com inventariação e criação de zonas livres de forma a pode contribuir para a solução global em caso de emergência hospitalar

Pelo Colégio de Oftalmologia

Dr. Augusto Magalhães

Pela SPO

Prof. Doutor F. Falcão Reis