

# Guia de enfermagem para o cuidado de uma criança com uma infecção suspeita ou comprovada por COVID-19

- Se estiver disponível, deve ser sempre utilizado equipamento de protecção pessoal (EPI) completo quando se trata de crianças COVID-19+vas. Os procedimentos que geram aerossóis são de alto risco e é necessário um EPI completo, este último deve ser reduzido ao mínimo absoluto. <sup>1,2</sup>

## PROTEJA-SE SEMPRE

- Nota: 1 PCR negativa não exclui COVID-19: as recomendações para adultos indicam que se o paciente tiver sintomas sugestivos de COVID-19 que a PCR deve ser repetida (continuar precauções) <sup>1,2</sup>

## Procedimentos que geram aerossóis

- Assistência à intubação/intubação
- Extubação
- Sucção traqueal (sem sistema fechado)
- Ventilação por saco ou máscara
- NIV ou VPP sem vedação adequada
- Tosse/espirro ou qualquer procedimento que os induza
- Cânula nasal de alto fluxo
- Administração de medicamentos nebulizados
- Ressuscitação cardiopulmonar (antes da intubação)
- Qualquer procedimento que arrisque desligar o circuito do ventilador (inclinação)

## Vias aéreas e sucção

Supressão da fisioterapia torácica de rotina <sup>3,4</sup>

EPI completo deve ser usado se houver qualquer risco de aerossóis <sup>1</sup>

Use sempre um sistema de aspiração em circuito fechado <sup>2,3,4</sup>

Nenhuma alteração do sistema de aspiração a menos que esteja contaminado <sup>5</sup>

Evite desligar o circuito de ventilação <sup>2,3,4</sup>

Se a desconexão for essencial: Pare o fluxo no ventilador antes de desconectar e segure o tubo ET para evitar gotas de aerossol <sup>4</sup>

## Medidas gerais

Supressão da mudança de rotina do circuito do ventilador, a menos que esteja contaminado <sup>6</sup>

Verifique a pressão do manguito TET cada 6-12 horas para garantir que não há fugas e que a pressão é segura <20cm H<sub>2</sub>O <sup>2,4</sup>

Decúbito prono diária pelo menos durante 12 horas (evitar a desconexão) <sup>1,2,3,4</sup>

Minimize os cuidados orais/higiene a cada 12 horas (procedimento de alto risco) <sup>7</sup>

Se for tolerado alimento enteralmente e evite áreas de pressão <sup>8</sup>

Cuidado com medicamentos nebulizados (EPI completo) <sup>9,10</sup>

Se o paciente estiver com CPAP/NIV, certifique-se de que a máscara está bem selada e não fuge (de preferência uma máscara facial completa ou um arnês) <sup>11,12</sup>

## Manutenção do e cuidados centrados na criança e na família:

### **\*\*Se a criança for COVID-19+va os pais serão os contactos\*\***

Deve-se tomar extremo cuidado com as visitas dos pais até que sejam COVID-19 -vos. Dé instruções diárias de higiene das mãos, da limitação de superfícies a serem tocadas e no uso de EPI de acordo com as recomendações locais, antes de se concentrar na área de cuidados ao paciente <sup>13</sup>

Minimize os receios das crianças e das famílias em relação aos profissionais de saúde em PPE através de explicações e jogos adequados à idade e ao desenvolvimento das crianças. <sup>13</sup>

Sempre que possível, tranquilize a criança e envolva os pais/ cuidadores primários tanto quanto possível. Use a tecnologia disponível (como teleconferência) para apoiar a comunicação entre a criança/parente/equipa médica e a família em geral <sup>13</sup>

Para reduzir a exposição, minimize as visitas apenas aos pais/cuidadores primários. As visitas dos irmãos devem ser evitadas <sup>4,13</sup>

Se os pais ou irmãos se tornarem sintomáticos por COVID-19, devem alertar o pessoal imediatamente e não devem visitar as crianças <sup>13</sup>

## Apoio à prova ou recomendação

1. Alhazzani W, Hylander Moller M, Arabi Y. et al Surviving Sepsis Campaign Guidelines on the management of critically ill adults with COVID-19. **Intensive Care Med** March 2020
2. ESICM Statement on the management of critically ill patients with COVID-19 March 2020
3. ESPNIC Guidance for the care of critically ill children with COVID-19: March 2020
4. Australian and New Zealand Intensive Care Society (ANZICS) Guidance on care of critically ill patients with COVID-19. March 2020,
5. Kollef M, Prentice D, Shapiro S et al. Mechanical ventilation with or without daily changes of in-line suction catheters. **Am J Resp Crit Care Med** 1997; 156: 466-472
6. Samransanruajkit R, Jirapaiboonsuk S, Siritanttiwat S et al. Effect of frequency of ventilator circuit changes (3 vs 7 days) on the rate of ventilator associated pneumonia in PICU. **J Crit Care** 2010; 25: 56-61.
7. Berry AM, Davidson P, Nicholson L et al. Consensus based clinical guideline for oral hygiene in the critically ill. **Intensive & Critical Care Nursing** 2011; 27; 180-185
8. Expert opinion only: no evidence
9. Hui D et al. Exhaled air and aerosolised droplet dispersion during application of a jet nebulizer. **CHEST** 2009; 135: 648-654.
10. O'Neil C, Li J, Leavey A. et al. Characterization of aerosols generated during patient care activities. **Clin Infec Dis** 2017; 65.
11. Hui D et al. Exhaled air dispersion during high-flow nasal cannula therapy versus CPAP via different masks. **Eur Resp J** 2019; 53:
12. Hui D et al. Exhaled air dispersion during non-invasive ventilation via Helmets and a total facemask. **CHEST** 2015; 147: 1336-1343
13. Davies HD, Byington CL, AAP COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES. Parental Presence During Treatment of Ebola or Other Highly Consequential Infection. **Pediatrics**. 2016;138(3):e20161891

**Autores: Associate Professor Lyvonne Tume ( Guideline lead, Past Nursing President), Dr Orsola Gawronski (Nursing President), Dr Joseph C. Manning (Chair Nursing Science Section), Professor Anne Sylvie Ramelet (Vice Chair Nursing Science Section), Dr Julie Menzies (Vice Chair PICU/NICU Nursing Section), Mrs Paulien Raymakers Janssen (Nursing President Elect) with contributions from Dr Mireia Garcia Cusco, Dr Martin Kneijber and Dr Joe Brierley, and on behalf of the nursing and nurse science sections.**