

Urgência COVID-CHULN

Directrizes de funcionamento

Serviço de Urgência Central do CHULN

Inês Colaço

Direção do SUC do CHULN

Patrício Aguiar,
Jacques Santos,
Teresa Rodrigues,
Anabela Oliveira

Enfermeiro Chefe do SUC do CHULN

Carlos Neto

Serviço de Imagiologia Geral

João Inácio (Imagiologia Geral na Covid-19)

Serviço de Patologia Clínica

Leonardo Carneiro (Diagnóstico Laboratorial da Infecção por SARS-CoV-2)

Agradecimentos

A todos os elementos do SUC do CHULN : assistentes técnicos, assistentes operacionais, enfermeiros, Equipa Médica Dedicada, médicos das equipas rotativas de medicina e tantos outros.

Evolução temporal dos espaços COVID no Serviço de Urgência Central

Com o diagnóstico dos primeiros casos de infecção a SARS-CoV-2 em Portugal, o Serviço de Urgência Central (SUC) foi forçado a reinventar-se para acolher um número crescente de doentes suspeitos.

O primeiro espaço a satisfazer esta necessidade foi a sala de isolamento localizada junto à sala de espera do sector dos amarelos. Neste espaço ficavam a aguardar os doentes que tivessem sintomas compatíveis com infecção respiratória e que tivessem tido contacto com casos confirmados de infecção a SARS-CoV-2 e/ou regressado nos últimos 15 dias de uma região afectada pela epidemia.

Com a identificação dos primeiros casos de infecção a SARS-CoV-2 na área metropolitana de Lisboa, a sala de tratamentos 3 (ST3), comumente conhecida por sala de aerossóis, tornou-se um espaço de risco pois os doentes com queixas respiratórias eram susceptíveis de estar infectados por SARS-CoV-2. Assim, o modelo de encaminhamento habitual teve de ser abandonado para que a abordagem dos doentes respiratórios fosse realizada em condições de segurança para os profissionais de saúde e os restantes doentes no SUC.

Com o número crescente de suspeitas, foi instalada junto ao SUC uma tenda cedida pela Cruz Vermelha Portuguesa que iniciou funcionamento a 9 de março de 2020. Esta tenda contava com uma sala de trabalho para os profissionais que tinha também a função de armazenamento de material e 3 espaços adicionais com capacidade para 16 doentes, destinados a observação e realização de exames complementares de diagnóstico. Os técnicos de Cardiopneumologia e Radiologia deslocavam-se a este espaço para a realização de exames sendo as colheitas de sangue da responsabilidade da equipa de Enfermagem. Tal solução, sobretudo com as condições climatéricas próprias da época, era inadequada para a prestação de cuidados de qualidade e para a permanência prolongada necessária em doentes com critério de internamento que aguardavam o resultado da pesquisa de SARS-CoV-2.

O “Contentor” foi a seguinte área do SU dedicada à abordagem dos doentes suspeitos ou confirmados para SARS-CoV-2 a entrar em funcionamento. Tratava-se de um módulo pré-

fabricado instalado junto à zona dos amarelos, ao qual se acedia a partir da sala de isolamento original, que por sua vez se tornou a sala de trabalho para os profissionais destacados para este posto. Possuía capacidade para 10 doentes, isolados em quartos próprios com rampa de oxigénio, de vácuo, sistema de comunicação telefónico para a sala de trabalho e casa de banho. Contudo, a vigilância dos doentes era dificultada pela organização do espaço físico, pois esta só era possível através das janelas do quarto, implicando que o profissional se encontrasse em zona infectada. Portanto, apenas poderiam permanecer neste espaço doentes autónomos e clinicamente estáveis.

Durante esta fase, os doentes instáveis foram abordados na zona dos laranjas e sala de reanimação, sendo os doentes triados desta cor e não suspeitos de SARS-CoV-2 observados no espaço físico da ST3. Os gabinetes e sala de espera dos laranjas, após rearranjo do equipamento e instalação de aparelhos purificadores do ar, foram convertidos provisoriamente em 5 vagas de observação para doentes suspeitos. Era também esta a única área devidamente equipada e com distanciamento entre doentes suficiente para a realização de ventilação não invasiva. Assim, os doentes a serem observados nesta área tinham de ser cuidadosamente seleccionados.

O último espaço a entrar em funcionamento dedicado à abordagem de doentes suspeitos de SARS-CoV-2 foi o “Covidário”, fisicamente localizada na entrada principal do edifício, escolhida pela sua proximidade ao SUC. Esta área careceu naturalmente de intervenção estrutural, com criação de espaços que permitissem isolamento (“box”) separados por paredes entre si, instalação de rampas de oxigénio e de vácuo. Tinha capacidade para 16 doentes, sendo uma box equipada com marquesa ginecológica para abordagem de pacientes obstétricas SARS-CoV-2 positivas ou com elevada suspeita de infecção.

Portanto, ao longo do tempo, a criação de vários postos de observação e vigilância para doentes suspeitos obrigou à renovação dos espaços físicos, organização do material e terapêutica necessários e aumento do número de profissionais necessários em cada turno no SUC, sobretudo pela dispersão de elementos. Com a adição dos novos espaços, a tenda ficou unicamente dedicada ao processo de triagem dos doentes e colheita do exsudado naso-faríngeo, para posteriormente terem alta ou serem encaminhados a outros postos para avaliação.

Actualidade - SU-COVID

Na segunda semana de junho entrou em funcionamento o mais recente espaço dedicado aos doentes suspeitos ou confirmados para infecção a SARS-CoV-2 no SUC, uma nova estrutura modular que viria a substituir os espaços atrás mencionados. Neste espaço foram criadas condições para a inscrição, triagem e avaliação complementar destes doentes.

Doentes avaliados no SUC podem a qualquer momento ser considerados suspeitos de infecção da SARS-CoV-2 e encaminhados para a triagem ou para a zona de observação. Da mesma forma, doentes em que se excluiu a hipótese de infecção a SARS-CoV-2 e que necessitem de permanecer no SUC podem ser encaminhados a outras zonas para completar sua avaliação. Embora a única especialidade em presença física no SU-COVID seja a Medicina Interna, podem encontrar-se aqui doentes ao cargo de outras especialidades sob vigilância da equipa de Medicina.

Estrutura física e organização

O SU-COVID é uma estrutura pré-fabricada de grandes dimensões que compreende:

- 1) Gabinete administrativo - onde se processa a inscrição do doente e se centra o apoio administrativo da actividade clínica deste posto;
- 2) Triagem/Pré-COVID - sala em que a circulação se processa em sentido único desde a entrada à saída ou admissão na sala de observação. Dispõe de 6 box onde se faz a colheita de história clínica, sinais vitais e exame físico sumário. Determina-se então a necessidade de mais exames complementares de diagnóstico ou, caso não se verifiquem critérios de gravidade, a alta clínica do doente medicado e orientado no sentido de aguardar contacto do hospital para comunicação do resultado da pesquisa de SARS-CoV-2 mantendo isolamento domiciliário
- 3) Zona de Observação - composta por 9 quartos de isolamento (1-9) e 17 box (10-26), onde os doentes são abordados por médico e enfermeiro, realizados exames complementares e terapêutica. Existe ainda uma sala de reanimação que permite a escalada de cuidados em doentes que já se encontrem em observação com deterioração do seu estado.
- 4) Zona de apoio - esta compreende uma sala onde se encontra o equipamento de protecção individual, casa de banho para uso dos profissionais, copa e sala de remoção do EPI previamente à saída da zona contaminada.



Imagem - transição da zona de observação para a sala de remoção do EPI.

Equipamento de protecção individual (EPI)

Todas as zonas de trabalho do SU-COVID são consideradas áreas contaminadas. Como tal, ao ingressar neste sector, todos os profissionais de saúde devem colocar uma bata descartável impermeabilizada, touca, cobre-sapatos, máscara FFP2 e viseira ou óculos de protecção, que só devem ser retirados antes de sair deste posto de trabalho.

Triagem/Pré-Covid

A zona de triagem, também designada pré-COVID, é uma zona de avaliação de doentes organizada em corredor de passagem, 6 box de observação, compreendidos entre a entrada e a saída, e zona de trabalho.

Uma vez inscritos junto da equipa Administrativa, aguardam no exterior junto à entrada, com excepção de doentes acompanhados pelos Bombeiros, que aguardam na entrada deste espaço. Os doentes são depois encaminhados a uma das box e abordados por Médico e Enfermeiro para colheita de sinais vitais, dados anamnésicos e realização de um exame objectivo sumário. Nessa sequência, pode acontecer:

- 1) Alta para domicílio, realizando-se ou não colheita de exsudado naso-faríngeo para pesquisa de SARS-CoV-2 consoante a indicação clínica.
- 2) Desvio para o circuito tradicional (“limpos” ou “não-COVID”) do SUC, fazendo colheita de exsudado naso-faríngeo para pesquisa de SARS-CoV-2 se for antecipável indicação para tal.
- 3) Colheita de exsudado naso-faríngeo para pesquisa de SARS-CoV-2 e admissão na zona de observação do SU-COVID para exames complementares adicionais.

Nesta zona estão habitualmente alocados um Enfermeiro, um a dois Médicos, 1 Assistente Operacional e 1 funcionário da equipa de limpeza. O equipamento de protecção individual utilizado é aquele já descrito ao qual se juntam um avental descartável e dois pares de luvas (o primeiro deve ficar coberto pela bata e o segundo deve ficar sobre a bata) sendo este material descartado entre doentes. Logicamente, todo o material utilizado (oxímetro, estetoscópio, etc) deve ser desinfectado depois da utilização.



Figura - zona de trabalho Pré-COVID



Figura - Box de Observação - Espaço equipado com cadeirão, onde pode ser colocada em alternativa uma maca, com distanciamento adequado dos restantes utentes com condições para

avaliação e realização de zaragatoa. Dispõe de extractor para purificação do ar e suporte para solução alcoólica para desinfeção das mãos.

Admissão dos doentes

A decisão de admissão dos doentes na sala de observação do SU-COVID pode dar-se devido a diversos factores:

- Doentes com queixas do âmbito respiratório ou infeccioso com:
 - critérios de gravidade;
 - idade avançada e/ou comorbilidades que confirmam potencial gravidade ao quadro da doença actual;
- Insuficiência respiratória;
- Infecção a SARS-CoV-2 com agravamento da sintomatologia, a carecer de (re)avaliação;
- Doença actual que careça de avaliação complementar em doentes SARS-CoV-2 positivos ainda que não relacionada com esta infecção.

Em caso de dúvida acerca da alta vs avaliação em zona de observação, o critério clínico a par da decisão do Chefe de Equipa deve prevalecer.

Sala de Observação

Na sala de observação, de acordo com o dados conhecidos no momento da admissão, é decidida a alocação do doente a box ou a quarto, sendo a actuação semelhante em ambos os casos.

No centro do espaço estão distribuídos 8 postos de trabalho a serem repartidos entre as equipas Médica e de Enfermagem.

Virtualmente todos os exames complementares e terapêutica podem ser realizados no SU-COVID, não sendo necessário deslocar os doentes deste sector. Este princípio é fundamental para o controlo da infecção no sentido em que reduz dramaticamente a circulação de doentes suspeitos.



Figura - Box na zona de observação - Na zona de observação existem 17 box onde os doentes podem ser acolhidos em cadeirão ou em maca. Têm iluminação própria que permite ajustar a luminosidade individualmente. Além de rampa de oxigénio, de vácuo e saco com reservatório

para aspirador, possuem equipamento para monitorização tensional e eletrocardiográfica, saco do lixo para material contaminado e mesa de apoio para o material.

Os quartos reservam-se a doentes com infeção conhecida a SARS-CoV-2, a doentes com indicação para realização de ventilação não invasiva ou a doentes imunossuprimidos (por exemplo, doentes oncológicos ou sob terapêutica imunossupressora).

Os quartos de isolamento no SU-SOVID são, além das salas de reanimação, os únicos locais com condições para a realização de ventilação não invasiva no SUC.

Dos 9 quartos, de 3-5 não possuem casa de banho, sendo preferencialmente utilizados para realização de VNI por serem mais espaçosos.



Box com casa de banho (1, 2, 6, 7, 8, 9) - Os doentes podem ser acolhidos em cadeirão ou em maca. Têm iluminação própria que permite ajustar a luminosidade individualmente. Além de rampa de oxigénio, de vácuo e saco com reservatório para aspirador, possuem equipamento

para monitorização tensional e eletrocardiográfica, saco do lixo para material contaminado e mesa de apoio para o material. A vigilância é feita através das janelas nas portas.



Box sem casa de banho (3, 4, 5) - Os doentes podem ser acolhidos em cadeirão ou em maca. Têm iluminação própria que permite ajustar a luminosidade individualmente. Além de rampa de oxigénio, de vácuo e saco com reservatório para aspirador, possuem equipamento para monitorização tensional e eletrocardiográfica, saco do lixo para material contaminado e mesa de apoio para o material. A vigilância é feita através das janelas nas portas.

Seja qual for a tipologia em que o doente é admitido para avaliação, a abordagem inicial do doente encontra-se actualmente rotinada, sendo simultânea pela equipa Médica e de Enfermagem:

- Colheita dos dados anamnésicos
- Realização do exame objectivo
- Colheita de sinais vitais
- Colocação de acesso venoso periférico
- Colheita de gasimetria arterial - o SU-COVID dispõe de aparelho de análise para gasimetria de modo a que este exame, cujo processamento é urgente, seja realizado com as melhores condições técnicas.
- Colheita de sangue venoso para tubos de hemograma, bioquímica e coagulação
- Colheita de hemoculturas se os dados iniciais sugerirem a sua necessidade (por exemplo, quadro de sépsis, história de falência antibiótica)
- Realização de Rx de tórax - está alocado ao SU-COVID um aparelho portátil de Rx, sendo os técnicos de Radiologia convocados para realização dos exames
- Realização de TC (tórax ou outros, com e sem contraste)
- Realização de ECG - os técnicos de Cardiopneumologia são convocados ao SU-COVID para realização do exame.
- Administração de terapêutica cuja necessidade seja identificada de imediato.

Esta abordagem carece da disponibilidade de outros membros da equipa para que possa ser prestado apoio no acondicionamento das amostras, entrega de terapêutica, etc. Tal como no Pré-COVID, como EPI, são utilizados aventais descartáveis e dois pares de luvas, que são descartados após prestar cuidados a cada doente.

Sala de Reanimação

Com relativa frequência são admitidos doentes no SU-COVID cujo estado se vem a deteriorar com necessidade de escalada de cuidados, sendo transferidos para a sala de reanimação de que existe para apoio. Não são admitidos directamente nesta sala doentes provenientes do exterior.



Imagem - sala de reanimação - dispõe de computador próprio, monitorização, carro de reanimação, rampa de oxigénio e de vácuo e material diverso organizado em “kits” para facilitar a realização de procedimentos no doente. Nesta sala pode realizar-se VNI, intubação orotraqueal e ventilação invasiva assim como uma série de outros procedimentos invasivos

Realização de técnicas invasivas no SU-COVID

Tanto o espaço de observação como a sala de reanimação do SU-COVID reúnem condições para realizar técnicas invasivas, tendo já sido praticadas durante o seu funcionamento:

- Colocação de cateter venoso central
- Colocação de linha arterial
- Entubação orotraqueal
- Colocação de sonda nasogástrica
- Algaliação
- Paracentese
- Toracocentese
- Punção lombar

O SU-COVID apresenta também condições para a realização de pequena cirurgia como sutura de feridas.

Exames complementares de terapêutica

Laboratório:

No SU-COVID, ao contrário do que sucede nas restantes áreas do serviço de urgência, os responsáveis pela colheita das amostras de sangue venoso, arterial ou outros produtos para análise no laboratório de urgência são as equipas Médicas e de Enfermagem.

As amostras recolhidas são armazenadas em sacos de plástico não reutilizáveis, de modo a serem transportadas em contentores sem constituírem um risco infeccioso para os profissionais que as manuseiam.

O circuito estabelecido para as amostras biológicas (zaragatoa, tubos colectores, amostras para estudo microbiológico, etc.) colhidas no SUC destinadas ao Serviço de Patologia Clínica (SPC) de doentes com suspeita COVID-19 ou confirmados está explicado em seguida:

- A colheita deve ser realizada de acordo com as recomendações de protecção vigentes para a suspeita de infecção por SARS-CoV-2;
- As amostras devem ser individualmente identificadas após a colheita;

- As amostras devem ser colocadas em pequenos contentores disponibilizados pelo SPC e estes devem ser entregues fechados e acompanhados das requisições correspondentes à recepção do Laboratório de Urgência no piso 1;
- Estes contentores são abertos em câmaras de segurança por pessoal do SPC para procederem à desinfeção externa tanto dos contentores como das amostras.

As zaragoas para pesquisa de SARS-CoV-2 são processadas em salas de pressão negativa.

A ausência/incorrecta identificação das amostras são critério de rejeição para qualquer amostra enviada ao SPC.

As amostras para pesquisa de SARS-CoV-2 devem ser enviadas com a zaragoa e o meio líquido dentro do tubo de transporte. A ausência destes elementos são critérios de rejeição das amostras.

As respostas dos testes de pesquisa de SARS-CoV-2 por RT-PCR podem ter 3 tipos de resposta: Positivo, Negativo e Inconclusivo.

- Um resultado Positivo confirma a infecção, dado que os resultados falsos positivos são muito raros.
- Um resultado Negativo em princípio exclui a infecção. Contudo, pode haver resultados negativos em casos de infecção muito precoce ou, mais frequentemente, quando a colheita da amostra não é a mais correcta.
- Um resultado Inconclusivo não permite um diagnóstico laboratorial definitivo sobre a infecção. É a única situação em que se recomenda a repetição do teste com nova amostra colhida 24 horas depois. Em todos os restantes casos, não há indicação para repetir um teste antes de 48 horas depois do primeiro.

Imagiologia

Na suspeita de infecção a SARS-CoV-2 devem ser requisitados exames radiológicos do tórax. O primeiro exame a realizar será a radiografia do tórax. Está disponível no SU-COVID um equipamento de Rx portátil que é operado pelos técnicos de Radiologia, que se deslocam quando são feitos pedidos de radiografia.

O Rx tórax poderá revelar aspectos típicos de pneumonia de etiologia viral, com hipotransparências heterogêneas difusas bilaterais. A extensão das alterações radiológicas nem sempre se correlaciona com a gravidade da insuficiência respiratória. Estas alterações podem ser melhor caracterizadas por tomografia computadorizada do tórax (TC de tórax).

Anexo ao SU-COVID encontra-se o contentor da TC, onde os doentes que se encontram neste sector se deslocam. A proximidade da TC é uma mais valia inestimável para agilizar a realização dos exames, sobretudo em doentes que necessitariam de acompanhamento, mobilizando elementos da equipa de Enfermagem, contribuindo para encurtar o tempo de permanência no SUC.

Os resultados da TC de tórax dependem da altura em que é realizada desde a infecção, início de sintomas e do grau de gravidade clínico da população investigada. Estes dados sugerem que a TC do tórax pode ser útil na identificação radiológica de pneumonia nos doentes sintomáticos e com sinais de infecção a SARS-CoV-2 em complemento ao teste de RT-PCR e não em sua substituição. Deve ser enfatizado que embora a TC do tórax possa estar indicada na triagem de doentes sintomáticos suspeitos de COVID-19, a TC do tórax não é um teste apropriado para fazer o rastreio da infecção por SARS-CoV-2 em doentes assintomáticos. Este aspecto é particularmente relevante dadas as implicações logísticas e de segurança que se levantariam com o uso indiscriminado da TC do tórax, sobretudo numa população de baixo risco e baixa prevalência da doença, tendo em conta os riscos estabelecidos da exposição a radiação ionizante, mesmo usando protocolos de aquisição de TC de baixa dose.

O padrão radiológico embora característico é inespecífico, havendo uma sobreposição dos achados radiológicos com outras infecções pulmonares, incluindo outras infecções virais. No entanto, no contexto epidemiológico de pandemia e clínico do doente, o padrão característico de envolvimento pulmonar na TC de tórax sugere o diagnóstico de COVID-19 com elevada

probabilidade. A extensão e densidade das opacidades pulmonares na TC do tórax correlaciona-se com o curso natural da doença, com gravidade clínica, com a idade do doente e a resposta imunológica à infecção de SARS-CoV-2. No entanto não está demonstrado inequivocamente que a extensão radiológica de envolvimento pulmonar é um factor prognóstico independente de mortalidade na COVID-19.

As manifestações radiológicas iniciais incluem opacidades unilaterais ou bilaterais multifocais com distribuição basal e periférica. As opacidades apresentam densidade em vidro despolido (aumento da densidade do parênquima pulmonar sem ocultar as estruturas broncovasculares e da arquitectura dos lobos pulmonares) em cerca de 85% dos casos. Estas opacidades têm habitualmente o maior eixo paralelo à pleura com a forma de crescente ou forma redonda. As opacidades em vidro despolido podem estar associadas a espessamento dos septos intra e interlobulares nas mesmas áreas conferindo um padrão em crazy paving. Até 10% dos casos as opacidades podem ser focais e solitárias, ou com morfologia nodular peribroncovascular. A dilatação dos ramos das artérias pulmonares nas áreas de vidro despolido tem sido descrito com um sinal frequente e de elevada especificidade na pneumonia COVID-19.

A progressão clínica e radiológica da doença para insuficiência respiratória tende a ocorrer num intervalo temporal de 7 a 10 dias, e cursa com aumento da extensão e densidade dos infiltrados pulmonares com opacidades mistas em vidro despolido e consolidações progressivas com broncograma aéreo e ectasia brônquica. As manifestações radiológicas acompanham-se frequentemente de sinais radiológicos associados a pneumonia organizativa, incluindo consolidações com morfologia em banda ou arciformes, peri-lobulares ou peribroncovasculares e sinal do halo-invertido. No entanto, a presença de padrão radiológico de pneumonia organizativa, outras causas deste padrão de lesão pulmonar aguda/subaguda devem ser consideradas no diagnóstico diferencial, incluindo outros agentes virais (ex. influenza), toxicidade pulmonar a drogas e doenças auto-imunes.

Os casos graves e críticos de COVID-19 podem demonstrar expansão rápida das consolidações, com aumento difuso da densidade do parênquima pulmonar (“pulmão branco”) e pequenas áreas quísticas. A melhoria clínica é seguida de melhoria radiológica, com diminuição progressiva das áreas de consolidação e de vidro despolido, acompanhada de opacidades reticulares intra e interlobulares, bandas parenquimatosas e ectasia brônquica.

Tendo em conta a importância do resultado da TC de tórax na decisão clínica e logística, os relatórios emitidos pelo Serviço de Radiologia do CHULN são padronizados, de modo a

classificar o estudo de acordo com a probabilidade de pneumonia COVID-19 numa de 4 categorias:

Padrão típico de pneumonia COVID-19: COVID-19 provável

Padrão indeterminado para pneumonia COVID-19: alterações inespecíficas, COVID-19 possível

Padrão atípico para pneumonia COVID-19: Diagnóstico alternativo mais provável.

Negativo para pneumonia: sem sinais radiológicos de pneumonia a SARS-CoV-2

Cardiopneumologia

A realização de ECG pelos doentes do SU-COVID é assegurada pelos Técnicos de Cardiopneumologia do SUC. Está alocada exclusivamente a esta zona um eletrocardiógrafo que é desinfetado entre utilizações e operado pelos técnicos que se deslocam ao SU-COVID quando são requisitados.

Terapêutica

As condições disponíveis no SU-COVID permitem a realização de virtualmente todos os procedimentos terapêuticos neste sector, inclusivamente transfusão de hemoderivados.

A terapêutica medicamentosa encontra-se armazenada, devidamente identificada e organizada em ordem alfabética. Em caso de ser necessária medicação não disponível no SU-COVID, esta é requisitada e transportada do SUC ou da Farmácia pelos Assistentes Operacionais.



Imagem - Armazenamento da terapêutica e material diverso.

Tal como sucede nas restantes áreas do SUC, a terapêutica é prescrita pelos elementos da Equipa Médica em ALERT e posteriormente preparada e administrada pela Equipa de Enfermagem.

Ventilação não invasiva

O SU-COVID, à excepção das salas de reanimação, é o único sector do Serviço de Urgência onde se realiza VNI em segurança pelas condições de isolamento em quarto fechado com pressão negativa. Torna-se portanto obrigatória monitorização, que está assegurada com recurso a monitores portáteis, e a presença de elementos nas equipas médicas e de enfermagem com competência na abordagem do doente crítico para prestar os cuidados e a vigilância adequadas a estes doentes.

Transferência para serviço de internamento

Uma vez completa a avaliação do doente, sempre que existam critérios de internamento, a alocação do doente deve ser discutida com o Chefe de Equipa de Medicina e feito contacto com os colegas de urgência interna no serviço de destino. Também as equipas de Enfermagem comunicam entre si para comunicar os detalhes do doente e agendar a transferência.

O internamento apenas pode ocorrer sem que haja resultado da pesquisa de SARS-CoV-2 se o serviço de destino possuir um quarto de isolamento onde o doente possa aguardar este resultado. Caso contrário, se não for possível excluir infecção a SARS-CoV-2, apenas se poderá proceder ao internamento do doente após resultado da zaragatoa.

Um elevado número de doentes no SU-COVID a carecer de internamento aliado à demora no resultado da pesquisa de SARS-CoV-2 no exsudado naso-faríngeo pode esgotar a capacidade desta estrutura pelo que a rápida avaliação da necessidade de permanência e o bom senso na alocação de doentes a este sector deve prevalecer.

Os doentes suspeitos ou positivos para SARS-CoV-2 devem ser transferidos com acompanhamento de um vigilante de modo a evitar o contacto próximo do doente com os transeuntes.

Transferência para domicílio

No caso de o doente ter infecção a SARS-CoV-2 ou o resultado deste teste ainda não estar disponível, sem que haja critérios de internamento, deve proceder-se à alta assegurando-se as condições de isolamento quer no transporte, quer no domicílio.