

## CÓDIGO AZUL PROTEGIDO/EMERGÊNCIA MÉDICA PRONTO-SOCORRO E UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Orientação geral para reduzir a potencial exposição de profissionais de saúde durante a realização de procedimentos que gerem aerossóis em pacientes suspeitos de portarem patógenos de alta consequência. Inclui minimizar a quantidade de profissionais e de equipamentos entrando no ambiente e modificar processos quando possível (ex. uso de máscaras cirúrgicas no paciente durante manobras de ressuscitação cardíaca, evitar laringoscopia direta, pausar massagem cardíaca para intubação e implementação do líder de segurança para paramentação e desparamentação). Ver documento guia sobre *Procedimentos Médicos Geradores de Aerossol com Patógenos de Alta Consequência* para maiores informações.

O objetivo deste mapa de processos é identificar procedimentos fora da prática rotineira. Deve-se assumir que boas práticas e cuidados padrão continuem a ser empregados em adição a estas modificações (ex. uso de cateter nasal ou máscara de Venturi conforme a necessidade e de acordo com a demanda de oxigênio).

EPI: máscara N95, proteção para o rosto (face shield), avental de tecido impermeável, um par de luvas de nitrilo com manguito regular, +/- touca (conforme preferência do profissional).

### GATILHO:

Paciente irresponsivo ou em parada cardíaca.  
**Específico ao PS:** admissão de paciente em parada/insuficiência cardíaca ou respiratória

### SOCORRISTA 1 (ENFERMEIRO):

- 1º socorrista: acionar a campainha da parede para comunicar sobre ativação do Código Azul Protegido
- Coloque uma máscara cirúrgica no paciente e mude a cama para o modo RCP (se aplicável), em preparação para quando o socorrista 2 chegar para começar massagem cardíaca
- Sair do quarto se paramentar com N95 e EPI apropriado**

### SOCORRISTA 2 (ENFERMEIRO):

- 2º socorrista: não entre no quarto apressadamente**
- Confirme o Código Azul Protegido
- Pegue a prancha rígida e vista os EPI com o líder de segurança antes de entrar no quarto. Mantenha a(s) porta(s) fechada(s).
- Não ventile manualmente via BVM.**

### CHEGADA DO TIME DO CÓDIGO AZUL:

**Ao chegar: não entrem às pressas.** Vista os EPI apropriadamente e entrem no quarto um a um levando o equipamento/material necessário para a ressuscitação. Reunir a equipe entre checagem de ritmo e pulso ou quando todos os profissionais no quarto. Médico experiente deverá confirmar o plano de intubação, medicações e equipamentos e decidir quem fará a intubação. Definir o plano, papéis e responsabilidades de cada profissional.  
\*Se suporte para intubação for necessário, ou via aérea difícil seja conhecida ou suspeita, chamar anestesista (EXT. 7878), que trará o *GlideScope®* do centro cirúrgico.

#### NO QUARTO (6)

#### FOR A DO QUARTO (4\*)

1 médico (no papel de líder do código azul)

1 médico experiente para intubar (com EPI e pronto para entrar se necessário)

1 médico experiente para intubar (UTI/ou Anestesiista, se necessário)

1 enfermeiro experiente (com EPI)

1 enfermeiro experiente (pode ser socorrista 1 ou 2)

1 líder de segurança – qualquer profissional (sem EPI)

1 fisioterapeuta respiratório experiente

1 circulante – qualquer profissional (sem EPI)

2 primeiros socorristas (1 e 2)

\*Profissionais extra para massagem cardíaca, se necessário

\*Nota: poderão estar dentro do quarto mais ou menos profissionais do que o recomendado acima, à discrição do time envolvido. O objetivo é conduzir a ressuscitação de forma segura e controlável. Considere fisioterapeuta respiratório adicional do lado de fora, para suporte, se necessário.

### EQUIPAMENTO ADICIONAL NECESSÁRIO:

- Se possível, minimizar a entrada de equipamentos no quarto:
- Trocar filtro bacteriano/viral por filtro HEPA (Alta Eficiência Hidrofóbica)
  - Retirar do carrinho de urgências para levar para o quarto: bandeja de medicamentos (com seringas, etc.), bandeja de intubação e outros itens aplicáveis à situação
  - Bolsa-válvula-máscara (BVM), videolaringoscópio
  - Se o carrinho de urgências for levado para o quarto, necessitará de desinfecção seguindo as recomendações da IPAC (Controle e Prevenção de Infecção do Canadá).

### INTUBAÇÃO PROTEGIDA:

Os profissionais envolvidos devem ser cautelosos com os EPI e identificar imediatamente quebras de barreira (ex: viseira deslocada para cima). Não use estetoscópio: confirme a intubação com capnógrafo.

- Durante pré-oxigenação, se conseguir manter boa vedação, pode-se utilizar BVM (sem ventilação manual)
- Evite ventilar manualmente o paciente. Se absolutamente necessário, use baixo volume corrente
- Médico responsável pela intubação deverá discutir com o time os planos A, B e C, drogas para sedação e paralisia, e assegurar que todo o material e profissionais estejam prontos para o procedimento
- Interrompa massagem cardíaca para intubação
- Evite laringoscopia direta. Intube utilizando vídeo (*GlideScope®* ou *McGrath™*).
- Se não conseguir intubar, evite ventilação manual com BVM. Insira máscara laríngea e então ventile utilizando bolsa-válvula-máscara laríngea com filtro HEPA acoplado. Revise o plano e considere expertise adicional ou via aérea cirúrgica
- Se não familiar com o equipamento, não prossiga sem discutir com o time ou chamar outros profissionais
- Conecte diretamente ao ventilador (PB980 ou equivalente) para evitar múltiplas desconexões de circuito

### PLANEJAMENTO DE TRANSFERÊNCIA (se necessário):

Quando leito disponível, transfira com ventilação em circuito fechado. Profissionais devem manter N95 e proteção para o rosto e se paramentar com novo avental e novas luvas. Desconecte qualquer equipamento não essencial. Limpar as barras de proteção e a cabeceira do leito antes do transporte. O líder de segurança deverá acompanhar o transporte e abrir as portas / chamar elevador, sem tocar no paciente ou outros profissionais.

### REMOÇÃO DOS EPI:

Um a um, lenta e cuidadosamente, retirar os EPI enquanto observados pelo líder de segurança, de acordo com protocolo de desparamentação. Reportar qualquer quebra de barreira imediatamente. Mudar a roupa privativa se necessário.