



Brazilian Journal of OTORHINOLARYNGOLOGY

www.bjorl.org



ARTIGO ESPECIAL

An update on COVID-19 for the otorhinolaryngologist – a Brazilian Association of Otolaryngology and Cervicofacial Surgery (ABORL-CCF) Position Statement[☆]



Joel Lavinsky , Eduardo Macoto Kosugi , Eduardo Baptistella ,
Renato Roithmann , Eduardo Dolci , Thais Knoll Ribeiro , Bruno Rossini ,
Fabrizio Ricci Romano , Rebecca Christina Kathleen Maunsell ,
Edson Ibrahim Mitre , Rui Imamura , Adriana Hachiya ,
Carlos Takahiro Chone , Luciana Miwa Nita Watanabe ,
Marco Aurélio Fornazieri , Marcus Miranda Lessa  e Geraldo Druck Sant'Anna  *

Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial (ABORL-CCF), São Paulo, SP, Brasil

Recebido em 2 de abril de 2020; aceito em 4 de abril de 2020

Disponível na Internet em 15 de abril de 2020

KEYWORDS

Coronaviruses;
Otolaryngologist;
ENT disease

Abstract

Introduction: We are facing a pandemic with a great impact worldwide, as a result of the rapid spread of the novel coronavirus (COVID-19). The medical community is still getting to know behavior of this virus and the consequences from a population point of view. All this knowledge is extremely dynamic, so some behaviors are still not well established. Otorhinolaryngologists have a central role in the management of this situation, in which they must assess the patient, avoid contamination to and by health professionals and other patients. Thus, the recommendations of the Brazilian Association of Otorhinolaryngology and Cervical-Facial Surgery (ABORL-CCF) have the main objective of reducing the spread of the new coronavirus during otorhinolaryngological care and assisting in the management of these patients.

Methods: Review of the main recommendations of national and international scientific societies, decisions by government agencies and class councils. The topics will be related to the general aspects of COVID-19, personal protective equipment, care in patient assistance, endoscopic exam routines and the management of sinonasal, otological and pediatric evaluations related to COVID-19.

DOI se refere ao artigo: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2020.04.002>

[☆] Como citar este artigo: Lavinsky J, Kosugi EM, Baptistella E, Roithmann R, Dolci E, Ribeiro TK, et al. An update on COVID-19 for the otorhinolaryngologist – a Brazilian Association of Otolaryngology and Cervicofacial Surgery (ABORL-CCF) Position Statement. Braz J Otorhinolaryngol. 2020;86:273–80.

* Autor para correspondência.

E-mail: geraldodruck@gmail.com (G.D. Sant'Anna).

PALAVRAS-CHAVE

Coronavírus;
Otorrinolaringologista;
Doença ORL

Results: The use of personal protective equipment is considered crucial in routine ENT care. We recommend postponing appointments, exams and elective surgeries to reduce the spread of COVID-19. Similarly, we recommend changing routines in several areas of otolaryngology. Additionally, guidance is provided on the use of telemedicine resources during the pandemic period.

Conclusions: We are still at the beginning of the COVID-19 pandemic and scientific evidence is still scarce and incomplete, so these ABORL-CCF recommendations for otorhinolaryngologists may be updated based on new knowledge and the pattern of the new coronavirus spread.

© 2020 Published by Elsevier Editora Ltda. on behalf of Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Atualização sobre o COVID-19 para o otorrinolaringologista – um documento sobre a posição da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial (ABORL-CCF)**Resumo**

Introdução: Estamos diante de uma pandemia de grande impacto mundial como resultado da rápida propagação do novo coronavírus, COVID-19. A comunidade médica está ainda conhecendo o comportamento desse vírus e as repercussões do ponto de vista populacional. Todo esse conhecimento é extremamente dinâmico, por isso algumas condutas ainda não estão bem estabelecidas. O otorrinolaringologista tem um papel central no manejo dessa situação em que deve avaliar o paciente e evitar a contaminação dos profissionais da saúde e dos demais pacientes. Dessa forma, as recomendações da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial (ABORL-CCF) têm por objetivo principal reduzir a propagação do novo coronavírus durante o atendimento otorrinolaringológico e auxiliar no manejo desses pacientes. **Método:** Revisão das principais recomendações das sociedades científicas nacionais, internacionais, decisões de órgãos governamentais e de conselhos de classe. Os tópicos serão relativos aos aspectos gerais do COVID-19, equipamentos de proteção individual, cuidados no atendimento ao paciente, as rotinas dos exames endoscópicos e o manejo de aspectos nasossinais, otológicos e pediátricos relacionados ao COVID-19.

Resultados: É considerado crucial o uso de equipamento de proteção individual no atendimento otorrinolaringológico de rotina. Recomendamos postergar atendimentos, exames e cirurgias eletivas para diminuir a propagação do COVID-19. Da mesma forma, recomendamos mudança de rotinas em diversas áreas da otorrinolaringologia. Além disso, orientações sobre o uso do recurso da telemedicina durante o período de vigência da pandemia.

Conclusões: Estamos ainda no início da pandemia do COVID-19 e as evidências científicas são ainda escassas, por isso essas recomendações da ABORL-CCF para os otorrinolaringologistas podem sofrer atualizações baseadas nos novos conhecimentos e no padrão de disseminação do novo coronavírus.

© 2020 Publicado por Elsevier Editora Ltda. em nome de Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introdução

Devido à Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional decretada em 30 de janeiro de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS)^{1,2} causada pelo novo coronavírus e a confirmação dos casos da doença em território nacional,³ a Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial (ABORL-CCF) vem a público atualizar e orientar os médicos otorrinolaringologistas. Essas recomendações são baseadas nos conhecimentos atuais e podem ser necessárias novas atualizações de acordo com a evolução dessa pandemia.

Sobre o coronavírus

Coronavírus é uma família de vírus respiratórios relativamente comuns, é causa frequente de resfriado comum, atrás apenas do rinovírus. Nas últimas décadas, estiveram relacionados a surtos mais graves, como da síndrome respiratória aguda grave (SARS) de 2002 e da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS) de 2012. Em 31 de dezembro de 2019, houve o alerta à OMS de que vários casos de pneumonia ocorriam na cidade de Wuhan (Hubei, China), que posteriormente foram associados à nova cepa de coronavírus.

Existem sete coronavírus humanos identificados: os mais comuns são Alpha coronavírus 229E e NL63 e Beta coronavírus OC43 e HKU1; os responsáveis pelos surtos já citados são SARS-CoV e MERS-CoV; e agora o novo coronavírus, inicialmente designado 2019-nCoV, depois alterado em 11 de fevereiro de 2020 para SARS-CoV-2, por ser geneticamente relacionado ao SARS-CoV. A doença causada pelo novo coronavírus foi designada COVID-19.

Sobre a transmissão

A transmissão do vírus é de pessoa a pessoa, por gotículas respiratórias ou contato. Qualquer pessoa com contato próximo (cerca de 1m) com alguém infectado pode ser exposta à infecção. Dada a particularidade dos atendimentos em consultórios otorrinolaringológicos, com a feitura de exames físico e endoscópico específicos que podem gerar gotículas respiratórias, os médicos otorrinolaringologistas apresentam risco para a infecção.

Sobre a sintomatologia

Os principais sintomas relacionados ao COVID-19 são febre, dispneia e fadiga. É importante destacar a possibilidade de que o indivíduo seja um portador assintomático. Algumas regiões do mundo são mais afetadas do que outras, o que aumenta ainda mais a necessidade do cuidado do profissional. É importante destacar outros sintomas que podem estar também presentes, como anosmia e alteração de paladar.

Sobre o equipamento de proteção individual (EPI)

Nos atendimentos ambulatoriais recomendamos usar máscara cirúrgica, proteção ocular, avental e mangas longas e luvas e que esse equipamento de proteção individual seja usado para todos os atendimentos.

Nos exames endoscópicos otorrinolaringológicos recomendamos usar máscara N95, PFF2 ou superior, proteção ocular, avental de mangas longas e luvas. Da mesma forma, deve ser usados equipamento de proteção individual em todos os exames otorrinolaringológicos.

Sobre os atendimentos médicos

A Associação Médica Brasileira (AMB) recomendou em nota divulgada em 19 de março de 2020 a suspensão do atendimento ambulatorial eletivo em todo o país, assim como o adiamento das cirurgias eletivas, se possível. No dia seguinte, o Conselho Federal de Medicina (CFM) reforçou a orientação de suspensão de consultas médicas eletivas, mas ponderou que, caso não seja possível, os médicos poderão fazê-las, desde que em concordância com as determinações das autoridades locais e do diretor-técnico do serviço e com respeito às normas de higienização, proteção individual e de restrição de contato preconizadas.

O otorrinolaringologista está na linha de frente de atendimentos de infecções respiratórias agudas. Entendemos também que os nossos pacientes continuarão a apresentar outras doenças com demandas específicas e tratamentos que não poderão ser postergados, como pós-operatórios recentes

ou doenças oncológicas. Portanto, a orientação é restringir os atendimentos de consultas eletivas de forma presencial, manter-se apenas o atendimento a pacientes com doenças cujo tratamento não poderá ser postergado durante este período de crise. Orientamos fazer triagem telefônica dos pacientes agendados ou que solicitem agendamento de consultas eletivas. Os pacientes com febre, anosmia súbita e/ou sintomas gripais sem dispneia devem ser orientados a fazer isolamento domiciliar por 14 dias. Já os pacientes com dispneia ou sintomas graves devem ser orientados a procurar pronto atendimento em hospitais de referência. Caso o médico e o paciente concordem, as consultas eletivas durante a crise do COVID-19 poderão ser feitas nas formas previstas pela telemedicina, de acordo com a nova resolução do CFM e do Ministério da Saúde (descrita detalhadamente na seção sobre telemedicina). Em caso de consultas eletivas que não poderão ser postergadas, sugerimos fazer o agendamento das consultas com intervalos mais longos entre os pacientes, de modo a evitar aglomeração de pessoas na recepção ou sala de espera. Na impossibilidade de atendimento presencial neste período, sugerimos ao médico, se possível, oferecer um canal de comunicação com os pacientes que permita orientação adequada.

Sobre os cuidados na recepção da unidade de atendimento

É importante que sejam respeitadas algumas orientações sobre cuidados relacionados no atendimento ao paciente, como ser questionado sobre presença de febre, tosse, dispneia e espirros na chegada do paciente. Recomendamos oferecer máscara cirúrgica aos pacientes com esses sintomas.

Os funcionários na recepção do consultório devem também usar máscaras cirúrgicas nesta situação e higienizar as mãos com preparações alcoólicas (álcool em gel ou solução) frequentemente. Orientamos manter a recepção bem ventilada e munida de dispensadores com preparações alcoólicas e lenços de papel (em gel ou solução) em locais de fácil acesso aos pacientes e acompanhantes.

Recomendamos prover condições para higiene simples das mãos: pia com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel toalha, papel toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual. Limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência com álcool a 70%, solução de hipoclorito de sódio ou outro desinfetante indicado para esse fim. Orientamos que sejam confeccionados panfletos ou cartazes sobre etiqueta respiratória: ao tossir ou espirar, cobrir o nariz e a boca com o cotovelo flexionado ou com lenço de papel e descartar após o uso; após tossir ou espirrar, lavar as mãos com água e sabão ou álcool em gel; evitar tocar olhos, nariz e boca sem higienização adequada das mãos.

Sobre os cuidados no atendimento do médico otorrinolaringologista

É importante destacar que muitos pacientes infectantes são assintomáticos ou oligossintomáticos e, portanto, o uso do equipamento de proteção individual (EPI) é fortemente recomendado em todos os pacientes. O uso do EPI acima citado não deve levar ao negligenciamento dos cuidados básicos de higiene respiratória, principalmente a higienização das mãos. Não circular pelo consultório com os EPI.

Recomendamos a colocação de dispensadores com preparações alcoólicas (em gel ou solução) em locais de fácil acesso ao médico e pacientes. Limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência, com álcool a 70%, solução de hipoclorito de sódio ou outro desinfetante indicado para esse fim. Além de fazer procedimentos de desinfecção padrão para material de exame.

Sobre os exames endoscópicos otorrinolaringológicos

Seguem as recomendações relacionadas à feitura dos exames endoscópicos otorrinolaringológicos (videoendoscopia nasal, videolaringoscopia, videolaringostroboscopia, videonasofibrolaringoscopia, videoendoscopia da deglutição e outras avaliações funcionais):

- Durante este período da pandemia, evite a feitura de exames eletivos e certifique-se que o exame é absolutamente necessário no momento e não deve ser postergado.
- Mantenha o ambiente ventilado, para permitir permitindo a dispersão de aerossóis para o ambiente externo.³
- Considere o uso de vasoconstrictores e anestésicos tópicos para reduzir a chance tosse ou espirros, que podem gerar aerossóis, que permanecem em suspensão por mais tempo que as gotículas.^{4,5} Apesar do papel epidemiológico incerto, a viabilidade de transmissão do SARS-CoV-2 por aerossóis foi recentemente demonstrada.⁶⁻⁸
- Troque as luvas para cada paciente e passe álcool gel nas mãos após o procedimento. A endoscopia deve ser, se possível, feita com videodocumentação para manter um distanciamento do paciente, é recomendado evitar a visualização direta na ótica e tocar superfícies durante o exame. Não deve ter acompanhante na sala, a não ser que seja estritamente necessário.
- O processamento do material deve seguir o Protocolo de Operação da ABORL <https://www.aborlccf.org.br/imageBank/Manual-POP.pdf>, ou a desinfecção de alto nível com a imersão em desinfetante conforme a RDC nº 6 de 01 de março de 2013.
- Finalmente, use álcool 70%, solução de hipoclorito de sódio ou outro desinfetante indicado para esse fim em toda a superfície perto da paciente, no equipamento e nos frascos que possivelmente possam estar contaminados (ex: frasco anestésico ou do descongestionante).

Sobre os aspectos nasossinusais

As infecções virais de vias aéreas superiores (IVAS) são a segunda causa mais frequente de anosmia, apresentam recuperação espontânea na maioria dos casos. Um recente estudo reportou apenas 5,1% de anosmia nos pacientes com COVID-19. Porém, evidências anedóticas de anosmia em 30% dos pacientes com COVID-19 em Daegu, na Coreia do Sul, e de 2/3 dos pacientes com COVID-19 em Heinsberg, na Alemanha, alertaram os médicos quanto à possibilidade de anosmia ser um sintoma de alarme para o COVID-19. Apesar de não haver evidência robusta, orientamos que a presença de anosmia súbita (com ou sem ageusia e sem obstrução nasal concomitante) talvez possa sugerir a ocorrência de COVID-19 neste cenário de pandemia e transmissão sustentada do vírus SARS-CoV-2. Ela sugere que pacientes nessas condições sejam

orientados a fazer isolamento domiciliar por 14 dias e aguardar a resolução da anosmia, que parece ser temporária na maioria dos casos.

Em consonância com as posições atuais da Organização Mundial da Saúde e do *Center for Disease Control and Prevention* americano, orientamos evitar o uso de corticosteroides sistêmicos para o tratamento de pacientes com síndrome gripal enquanto a pandemia do COVID-19 estiver vigente. Com relação ao uso de corticosteroides tópicos nasais, as evidências atuais não demonstram malefício e seu uso pode ser continuado em pacientes que já usavam essa medicação cronicamente por orientação médica. Contudo, devido à falta de estudos conclusivos em relação ao COVID-19 e em extrapolação da orientação dos corticosteroides sistêmicos, orientamos que o corticosteroide tópico nasal de uso crônico seja mantido e continue a ser indicado. Na ocorrência de febre ou outros sintomas sugestivos de síndrome gripal, o médico pode considerar sua suspensão temporária. Para o uso do corticosteroide tópico nasal em infecção aguda viral, há recomendação conflitante das diretrizes americana (2016) e europeia (2020). Portanto, orientamos evitar o uso do corticosteroide tópico nasal em quadros agudos virais neste contexto do COVID-19.

Em relação à lavagem nasal com solução salina (LNSS), não existem evidências científicas sobre benefícios ou malefícios de seu uso no COVID-19. Nos pacientes com COVID-19, assim como em outras IVAS, o uso da LNSS pode ser benéfico para alívio sintomático, remoção de secreções e prevenção de complicações bacterianas secundárias, como a rinossinusite aguda, é considerado opção (e não recomendação) pelas diretrizes americana (2016) e europeia (2020). Porém, houve divulgação de que a LNSS poderia facilitar a entrada do vírus SARS-CoV-2 na via aérea inferior ou ainda que poderia disseminar o vírus pelo ambiente, mas sem evidência científica que as comprove. Portanto, recomendamos que a LNSS de uso crônico seja mantida e continue a ser indicada. A indicação da LNSS nos quadros infecciosos agudos deve ser avaliada caso a caso neste contexto do COVID-19, já que é considerada opção pelas diretrizes. Porém, reforçamos a necessidade de higienização adequada das mãos, dos instrumentos de irrigação nasal e do ambiente em que a LNSS foi feita.

Em relação às cirurgias endoscópicas nasossinusais, principalmente as que fazem uso de brocas ou microdebridadores, houve relatos de infecção de toda a equipe em sala por paciente com COVID-19 na China, mesmo com o uso de paramentação adequada e de máscaras N95. Assim, em concordância com o CFM, recomendamos não fazer cirurgias nasais ou nasossinusais no cenário da pandemia do COVID-19. Em caso de urgência ou extrema necessidade de cirurgia, sugerimos a feitura do teste para identificação do novo coronavírus (COVID-19) com novo teste em 24 horas. Em casos positivos para COVID-19 ou na impossibilidade da feitura do teste, usar paramentação com EPI respirador purificador de ar motorizado.

Sobre os aspectos otológicos

Como existe aparente preferência do coronavírus pela mucosa das vias aéreas superiores, que também está presente na mucosa da orelha média, existe um risco aumentado de contaminação pelo coronavírus em cirurgias e procedimentos otológicos.⁹⁻¹¹ Embora a principal via de transmissão do vírus COVID-19 seja através do sistema respiratório, existem algumas evidências de transmissão pelo sangue, embora

esse risco provavelmente seja baixo. Publicações anteriores já demonstraram a presença de outros tipos de coronavírus na orelha média em casos de infecção aguda. Não sabemos até o momento se a mucosa da orelha média e das células da mastoide está acometida no COVID-19. Considerando o intenso envolvimento do nariz e rinofaringe, que podem potencialmente levar a contaminação da orelha média via tuba auditiva, além de evidências anteriores de outros tipos de coronavírus presentes na orelha média durante infecções de via aérea superior, é plausível considerar a contaminação dessas estruturas pelo COVID-19.¹²

Também se deve considerar a formação de aerossóis decorrente do uso de brocas cirúrgicas e, se houver vírus, pode infectar todos os presentes na sala cirúrgica, manter um ambiente fechado contaminante por horas.^{13,14} Embora as máscaras impeçam a inalação de partículas, a proteção ocular padrão pode não impedir adequadamente a exposição ocular do cirurgião. Assim, os procedimentos otológicos, inclusive aspiração e mastoidectomia, devem ser considerados de alto risco de contaminação.

São consideradas emergências otológicas, com necessidade de procedimento cirúrgico imediato: as complicações agudas de doenças da orelha média com risco de morte (abscessos intracranianos e meningite otogênica) e a presença de corpo estranho na orelha (bateria, pelo risco de vazamento químico) e os tumores malignos de osso temporal.

Os quadros de mastoidite e complicações de doenças da orelha média sem melhoria com tratamentos clínicos, paralisia facial periférica traumática ou secundária a doença de orelha média (otite média aguda e colesteatoma) sem melhoria com tratamentos clínicos e os traumas de pavilhão auricular são considerados de urgência, podem necessitar de programação cirúrgica em até 72 horas.

Os abscessos otogênicos extracranianos (abscesso subperiosteal) devem ser tratados clinicamente e preferencialmente puncionados, evitam-se procedimentos cirúrgicos maiores, exceto na evidência de maiores riscos de complicações. Para a mastoidite aguda, a curetagem deve ser feita em vez do uso de brocas, sempre que possível. Se o uso de brocas for imprescindível, deve-se reduzir a rotação ao mínimo possível e usar uma sucção potente e adequada para diminuir a aerossolização.

A cirurgia do schwannoma vestibular não deve ser considerada urgente, a menos que haja compressão do tronco cerebral com risco de morte. Uma abordagem retrosigmoide, e não translabiríntica, deve ser usada para minimizar o tempo de drillagem e a exposição à mucosa da orelha média.

Para os quadros de neoplasia otológica benigna, fístula perilinfática por barotrauma e indicação de implante coclear pós-meningite, há possibilidade de adiamento cirúrgico por até 30 dias sem maiores prejuízos, sempre com acompanhamento médico especializado. Algumas neoplasias otológicas podem aguardar até 3 meses sem piora do prognóstico.

Os demais procedimentos cirúrgicos que não apresentem piora do prognóstico pelo adiamento, tais como tratamento do colesteatoma não complicado, timpanoplastia com ou sem reconstrução ossicular, implantes de orelha média e de próteses osteoancoradas, implantes cocleares (descartadas as indicações de urgência, fratura do osso temporal e crianças com surdez pré-lingual com risco de piora do prognóstico), cirurgias vestibulares e tubos de ventilação podem ser adiados por mais de 3 meses, sempre com a recomendação do devido acompanhamento pelo otorrinolaringologista.

A recomendação é que sempre que possível se evite a feitura de mastoidectomias, devido ao alto risco de disseminação de aerossóis e contaminação das equipes cirúrgicas. Caso o procedimento seja absolutamente necessário, deve-se considerar como se o paciente fosse positivo para COVID-19, pela impossibilidade de feitura de testes em todos os pacientes e pela alta possibilidade de falsos negativos e devem-se usar aspiradores potentes e com sistema de filtragem.

Na maioria das cirurgias otológicas é possível (ainda que não seja desejável) a feitura apenas pelo cirurgião principal (remoção de corpo estranho, drenagem de abscessos/mastoidite, miringotomia com ou sem colocação de tubo de ventilação, miringoplastia, timpanoplastia e até mesmo antrostomias mastoideas), o que minimiza a exposição de outros colegas médicos e demais profissionais da saúde. É claro que não é a situação ideal em procedimentos cirúrgicos, mas o momento atual exige a menor exposição possível dos profissionais, em caráter excepcional. Quando a cirurgia otológica é urgente ou imprescindível, deve ser feita preferencialmente pelo cirurgião otológico mais experiente disponível no serviço.

Com relação ao emprego de corticosteroides para o tratamento de surdez súbita e para doença de Ménière, recomenda-se evitar o uso sistêmico devido ao alto risco de piora do prognóstico de pacientes infectados pelo COVID-19, mesmo se assintomáticos. Se necessário, deve-se preferir o uso criterioso de corticosteroides intratimpânicos por apresentarem absorção sistêmica muito menor, mas ainda não há estudos que evidenciem a segurança dessa aplicação em pacientes com COVID-19. Recomenda-se, assim, explicar claramente ao paciente, apresentar riscos e benefícios e solicitar o consentimento assinado mesmo. Ao contrário do que é habitualmente indicado no uso de corticoides intratimpânicos, o paciente deve ser orientado a não cuspir a saliva para evitar a dispersão de aerossóis com vírus.

Para os quadros de paralisia facial periférica não traumática, sobretudo os quadros de Bell, há estudos que demonstram a melhoria entre 85 e 96% dos quadros com o uso de corticosteroides sistêmicos contra pior prognóstico pelo não uso.¹⁵ Nesses casos, sempre que possível deve-se fazer o teste para COVID-19 e fazer o tratamento com o corticosteroide caso o teste seja negativo. Ainda assim, recomenda-se explicar claramente ao paciente, apresentar riscos e benefícios e solicitar o consentimento assinado. Nos quadros de otite externa necrosante, acredita-se que a infecção por COVID-19 não deve afetar o tratamento com antibióticos endovenosos, mas recomenda-se a alta hospitalar no menor período possível e a continuidade do tratamento ambulatorial ou domiciliar.

Sobre os aspectos pediátricos

As crianças infectadas normalmente são assintomáticas. Quando os sintomas estão presentes apresentam febre, tosse seca e fadiga, poucas apresentam sintomas respiratórios superiores, inclusive congestão nasal e rinorreia. Alguns pacientes apresentaram sintomas gastrointestinais, inclusive desconforto abdominal, náusea, vômito, dor abdominal e diarreia. Dessa forma, a maioria das crianças infectadas tem manifestações clínicas leves e bom prognóstico e, portanto, tornam-se possíveis vetores da COVID-19. Dessa forma devemos considerar todas as crianças como potencialmente portadoras do COVID-19.

Por isso, recomendamos que a orofaringe da criança seja examinada apenas se for essencial para o diagnóstico clínico ou

possa acarretar mudança de conduta terapêutica. Preconiza-se, no momento, a menor quantidade de exames possível e evitar a repetição, restringir a execução a situações iminentes de risco de insuficiência respiratória. Se houver previsão de necessidade de laringotraqueoscopia e/ou broncoscopias em centro cirúrgico por suspeita de lesão abaixo das pregas vocais, não fazer nasofibrolaringoscopia à beira do leito em enfermarias e unidades de terapia intensiva, onde haverá dispersão de aerossóis com maior número de pessoas expostas.¹⁶

No caso de serviços com residentes ou *fellows*, os casos deverão ser discutidos e os exames antecipados para ser feitos dentro das normas e com uso de EPI completo. No momento do exame, é importante que o menor número possível de pessoas esteja presente na sala (profissionais de saúde e parentes da criança). Quando o exame endoscópico for feito em caso suspeito ou confirmado de COVID-19, a sala do procedimento deverá passar por limpeza terminal. Daí a importância do teste antes do procedimento, se possível. Considerar a possibilidade de outros exames complementares para elucidação diagnóstica. Exames como ultrassonografias e tomografias devem ter preferência, particularmente nas suspeitas de neoplasias e abscessos.

Nas faringotonsilites, recomenda-se a oroscopia apenas se essencial para o diagnóstico clínico. Indica-se a prescrição de antibióticos em crianças acima de 3 anos se houver quadro de odinofagia e febre nas 24h prévias, na ausência de sintomas de resfriado (tosse e coriza) associado ou não a adenomegalia dolorosa.¹⁷

Nos abscessos subperiosteais (complicações orbitárias de rinossinusite aguda), após instituição de medidas clínicas, se houver risco de acometimento visual, recomenda-se preferencialmente drenagem por acesso externo sempre que possível.

Em relação aos corpos estranhos, baterias em qualquer localização, está indicada a retirada. Corpos estranhos de nariz, faringe e via aérea devem ser removidos como de costume, visto a possibilidade de complicações em curto prazo, particularmente no caso das obstruções respiratórias.

Nos casos de insuficiência respiratória, considerar a feitura de exame endoscópico quando for essencial para o diagnóstico e impactar na agilidade do tratamento e alta do paciente. A criança deve apresentar, além de estridor, os seguintes sinais ou sintomas de gravidade: quedas de saturação, cianose, apneia. Exemplos: suspeita de laringomalácia severa, paralisia bilateral de pregas vocais, atresia bilateral de coanas, membrana laríngea, obstrução por neoplasia, obstrução pós-intubação após maximização de tratamento clínico e 2 falhas de extubação, intubação difícil de emergência. As demais situações devem ser discutidas caso a caso com o colega emergencista. Em algumas situações, o paciente pode não apresentar no momento sinais de gravidade, porém com risco eminente que impeçam a alta. Exemplos: corpos estranhos da via aérea ou pacientes com doenças prévias conhecidas, como estenoses laríngeas adquiridas em vigência de tratamento endoscópico (dilatações) e papilomatose laríngea recorrente. Nesses casos, em pacientes internados ou em vigência de sintomas agudos que serão levados ao centro cirúrgico, sugerimos quando possível que seja feita antes a testagem para o COVID-19 ou o perfil viral. Nesses últimos casos, se a criança for portadora de traqueostomia, a feitura de exame endoscópico deve ser suspensa até o fim da pandemia. Em pacientes com laringite pós-extubação com duas falhas de extubação após tratamento clínico, fazer avaliação endoscópica em centro cirúrgico (laringotraqueoscopia diagnóstica e terapêutica). De

acordo com a gravidade das lesões e quadro clínico do paciente, considerar a feitura de traqueostomia no mesmo tempo cirúrgico.

No manejo da disfagia, sugere-se a tomada de decisões individualizada e levar-se em consideração se a sintomatologia justifica a feitura do exame para descartar alterações anatômicas no momento e se a feitura do exame no momento atual mudará a conduta nos próximos dias ou semanas.

Sobre a feitura de traqueostomias

Com o progressivo aumento do número de casos do COVID-19, espera-se que muitos pacientes necessitem intubação orotraqueal e ventilação mecânica prolongada. Nesse contexto, a necessidade de uma traqueostomia pode ser cogitada pelas equipes de atendimento. Suas indicações, benefícios e riscos ao paciente e à equipe cirúrgica devem ser discutidos entre as equipes envolvidas.

Em casos graves, com necessidade de suporte ventilatório invasivo, a intubação orotraqueal é a opção de escolha inicial no paciente com COVID-19.¹⁸ No caso de acesso cirúrgico emergencial à via aérea por dificuldade de intubação, situação que deve ser sempre antecipada para permitir atuação adequada em caso de necessidade, sugere-se fazer a cricotireoidostomia,¹⁹ cirúrgica ou por punção, seguida de traqueostomia assim que possível, após estabilização da via aérea. Nesses casos emergenciais, os mesmos cuidados referidos abaixo para a traqueostomia devem ser tomados.

Na faixa etária pediátrica, as situações emergenciais com intubação difícil devem ser antecipadas e a falência respiratória identificada rapidamente, é a causa mais frequente de parada cardiorrespiratória em crianças. As crianças com previsão de necessidade de acesso cirúrgico à via aérea devem ser manejadas preferencialmente em ambiente cirúrgico, com acesso endovenoso que permita adequado manuseio da via aérea e hiperoxigenação, com ventilação com pressão positiva em máscara facial com ou sem auxílio de uma cânula orofaríngea para estabilização. No caso de pacientes de ventilação e intubação difícil, pode ser usada temporariamente máscara laríngea e se disponível intubação guiada por broncoscopia. Nesses casos, seguir as mesmas orientações de uso de EPI. É extremamente rara a indicação cricotireoidostomia por punção em crianças, que permite a oxigenação, mas não ventilação. As orientações atuais do APLS (*Advanced Paediatric Life Support*) são para uso de cricotireoidostomia por agulha em crianças acima de 5 anos. Em crianças menores de um ano recomenda-se a traqueostomia; e de um a 5 anos, cricotireoidostomia ou traqueostomia cirúrgica.

O momento de indicação de traqueostomia eletiva em paciente com intubação orotraqueal prolongada é um assunto controverso. Nesses casos, considera-se a traqueostomia para prevenção de estenose laringotraqueal, para acelerar o desmame da ventilação mecânica e para facilitar a toalete das secreções respiratórias. A traqueostomia eletiva pode ser indicada do 4º ao 21º dia, mais comumente entre 10 e 14 dias de intubação.

Na faixa etária pediátrica, a intubação traqueal é mais bem tolerada e não há bem estabelecido o tempo ideal para indicação de uma traqueostomia, apesar de alguns autores sugerirem que, a partir de 2 semanas, se não há perspectiva de desmame da ventilação mecânica, essa deve ser considerada. Em se mantendo a intubação prolongada, deve-se atentar para

o uso de tubos de tamanho adequado, com mensuração de pressão de balonete, se usados, e a manutenção do conforto da criança para evitar movimentação do tubo e dano à mucosa laríngea e traqueal. A indicação de traqueostomia em crianças está mais relacionada à falta de perspectiva de resolução da dependência de ventilação mecânica.

De modo geral, acredita-se que não há benefícios de traqueostomia precoce em pacientes com COVID-19. Como o tempo médio de ventilação mecânica no paciente com COVID-19 é de 21 dias, muitos desses pacientes poderiam ser considerados candidatos à conversão para traqueostomia. Por outro lado, a traqueostomia é um procedimento considerado gerador de aerossóis, representa um risco aumentado de transmissão do SARS-CoV-2 à equipe cirúrgica e ao ambiente hospitalar por onde o paciente transitará. Diferentemente das gotículas, que por seu peso e efeito da gravidade têm um campo de transmissão limitado, os aerossóis podem permanecer em suspensão por tempo prolongado e percorrer maiores distâncias, com aumento do risco de transmissão do vírus. Isso ocorre não somente durante o procedimento, mas também no pós-operatório, já que o manuseio de uma traqueostomia, com necessidade de aspirações frequentes e risco de decanulação com necessidade de reposicionamento, gera aerossóis. Dessa forma, ao se considerar a feitura do procedimento, é importante levar em conta a gravidade do paciente, seu prognóstico e o risco de contaminação às equipes de atendimento, fundamentais para o combate da pandemia.

Assim, sugere-se evitar a traqueostomia eletiva sempre que possível num paciente portador de COVID-19. Quando a traqueostomia for considerada necessária, recomenda-se: 1) evitar uso de bisturi elétrico ou ultrassônico, pois pode favorecer formação de aerossóis; 2) não usar salas de ventilação com pressão positiva, pois favorecem a dispersão dos aerossóis; 3) sempre que possível, usar sistemas de aspiração com circuito fechado e filtro antiviral e salas cirúrgicas com pressão negativa. Na sua ausência, usar salas com pressão normal e manter as portas fechadas; 4) a equipe cirúrgica deve ser composta pelo menor número de profissionais possível; 5) em paciente com intubação prolongada, sugere-se curarização, sobretudo no momento da remoção do tubo e colocação da cânula de traqueostomia, para minimizar o risco de tosse, que promove aerossolização. Outro cuidado sugerido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica¹⁸ é a interrupção da ventilação mecânica, desinsuflação do balonete do tubo traqueal e sua desconexão do sistema de ventilação ANTES da incisão da traqueia; 6) após a inserção da cânula de traqueostomia e insuflação do balonete, o sistema de ventilação mecânica pode ser conectado e a ventilação reiniciada.

Os cuidados e manejo com a cânula de traqueostomia, como aspiração e troca de cadarços, particularmente em crianças para evitar obstruções, devem ser feitos com toda a paramentação indicada acima, enquanto houver risco de contaminação pelo COVID-19. A agilidade nessas informações pode facilitar a alta o mais precocemente possível durante o período de pandemia. Sugere-se, durante o período de pandemia, reduzir ao mínimo a frequência de trocas. Para tal é necessária orientação aos cuidadores sobre sinais de alerta para troca e quando buscar o atendimento presencial.

Sobre o uso da telemedicina

A regulamentação da telemedicina no Brasil na vigência da pandemia do COVID-19 tem sido influenciada pela Portaria nº 188 de 3 de fevereiro de 2020 do Ministério da Saúde que declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência do COVID-19; o Decreto Legislativo nº 6 de 20 de março de 2020 do Congresso Nacional que reconheceu Estado de Calamidade Pública com efeitos até 31 de dezembro de 2020; o ofício nº 1.756/2020 de 19 de março de 2020 do Conselho Federal de Medicina que reconheceu a possibilidade e a eticidade do uso da telemedicina em caráter de excepcionalidade e enquanto durarem as medidas de enfrentamento em decorrência do COVID-19; e a Portaria nº 467 de 20 de março de 2020 do Ministério da Saúde que regulamentou as ações de telemedicina como medida de enfrentamento da ESPIN em decorrência do COVID-19.²⁰ Da mesma forma, considera-se que neste período de vigência da pandemia se mantém a alta incidência e prevalência das doenças otorrinolaringológicas, porém existe a necessidade de reduzir o contato físico entre médico-paciente (sem prejuízo dos cuidados necessários ao adequado atendimento) e a necessidade de reduzir a circulação de pessoas.

Por isso, no momento atual, existe a possibilidade de amplo e abrangente uso da telemedicina, inclusive teleorientação, telemonitoramento, teleinterconsulta e teleconsulta, para um completo e humanitário atendimento aos pacientes isolados ou impossibilitados de acesso físico/presencial ao médico, com total autonomia e discricionariedade do profissional quanto à forma, ao método e ao conteúdo do atendimento/tratamento, com vistas à ampla assistência à saúde e proteção à vida, incrementadas pelo atual estado de necessidade.

Recomendamos obter a devida autorização expressa do paciente ou representante legal para uso de atendimento não presencial através da telemedicina, explicar as limitações do método referentes à não feitura do exame físico completo. A autorização expressa pode ser obtida por vídeo gravado, mensagem por escrito ou assinatura de termo de consentimento específico oferecido pela ABORL-CCF. Também um especial cuidado com o armazenamento, transmissão e uso dos dados do paciente, respeitar os deveres éticos e legais de confidencialidade e sigilo profissional, até com uso de ferramentas tecnológicas que garantam essa proteção. Existe a possibilidade de atendimento e assistência serem feitos por meio *online* (síncrona) ou *offline* (assíncrona, em caso de maior necessidade), com vistas à forma mais eficaz de proteção à saúde e à vida do paciente. É fundamental registrar adequadamente as consultas médicas em prontuário médico do paciente (eletrônico ou físico), mesmo que as consultas sejam gravadas. Salienta-se ainda que não existe obrigatoriedade na gravação das consultas.

Orientamos que seja oferecida uma opção de avaliação presencial em tempo oportuno nos casos em que a limitação do exame físico incompleto possa elevar o risco de diagnóstico incorreto. Além disso, podem ser usados serviços logísticos para envio de receitas médicas e atestados, ou ainda usar receitas médicas e atestados em formato digital com assinatura eletrônica por meio de certificados ICP-Brasil. É permitida a cobrança do serviço médico feito a distância.

O atendimento a distância é permitido também a pacientes novos e sem diagnóstico de COVID-19. Recomendamos não se filiar a empresas intermediadoras (sites ou aplicativos) com caráter predatório, que possam vir a explorar de forma inescrupulosa e aviltar o trabalho médico. É importante destacar que essas determinações e autorizações são de caráter excepcional e transitório.

Considerações finais

As recomendações contidas nessa publicação são reflexo do conhecimento adquirido e as escassas evidências até o momento atual sobre o COVID-19. Caso surjam novas evidências que justifiquem mudança de conduta, essa publicação poderá ser atualizada.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Agradecimentos

À participação dos membros da Academia Brasileira de Otorrinolaringologia Pediátrica (Claudia Schweiger, Melissa Avelino, José Faibes Lubianca Neto, Nayara Soares Lacerda, Debora Bressan Pazinato), membros da Sociedade Brasileira de Otolgia (Renato Valério Rodrigues Cal, Luiz Rodolpho Penna Lima Jr., Fayez Bahmad Jr., Marcio Cavalcante Salmito, Mauricio Noschang Lopes da Silva, Arthur Menino Castilho, Miguel Angelo Hyppolito, João Paulo Peral Valente, Robinson Koji Tsuji, Melissa Ferreira Vianna), membros da Associação Brasileira de Laringologia e Voz (Natasha Braga, Karen Vitols Brandão, Daniel D'Ávila), membros da Academia Brasileira de Rinologia (Otávio Piltcher, Carlos Augusto Correia de Campos, Gabriela Ricci Lima Luz Matsumoto, Henrique Faria Ramos, Thiago Serrano) e os membros do Comitê de Defesa Profissional da ABORL-CCF.

Referências

1. Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public. [Internet]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public> [cited 1/4/20].
2. Bastos LFCS, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPAS/OMS Brasil – Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus) | OPAS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization/World Health Organization; 2020. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875 [cited 1/4/20].
3. Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO-RDC Nº 6, DE 10- DE MARÇO DE 2013 [Internet]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0006_10.03.2013.html [cited 1/4/20].
4. Zou L, Ruan F, Huang M, Liang L, Huang H, Hong Z, et al. SARS-CoV-2 viral load in upper respiratory specimens of infected patients. *N. Engl. J. Med.* 2020;382:1177–9.
5. Wang L, Shi Y, Xiao T, Fu J, Feng X, Mu D, et al. Chinese expert consensus on the perinatal and neonatal management for the prevention and control of the 2019 novel coronavirus infection (first edition). *Ann Transl Med.* 2020;8:47.
6. Chang D, Xu H, Rebaza A, Sharma L, Dela Cruz CS. Protecting health-care workers from subclinical coronavirus infection. *Lancet Respir Med.* 2020;8:e13.
7. Rothe C, Schunk M, Sothmann P, Bretzel G, Froeschl G, Wallrauch C, et al. Transmission of 2019-nCoV infection from an asymptomatic contact in Germany. *N Engl J Med.* 2020;382:970–1.
8. van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN, et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med.* 2020;382:1564–7.
9. Buzatto GP, Tamashiro E, Proença-Modena JL, Saturno TH, Prates MC, Gagliardi TB, et al. The pathogens profile in children with otitis media with effusion and adenoid hypertrophy. *PLoS One.* 2017;12:e0171049.
10. Guidance for undertaking otological procedures during COVID-19 pandemic [Internet]. Available from: <https://www.entuk.org/guidance-undertaking-otological-procedures-during-covid-19-pandemic> [cited 1/4/20].
11. Heikkinen T, Thint M, Chonmaitree T. Prevalence of various respiratory viruses in the middle ear during acute otitis media. *N. Engl. J. Med.* 1999;340:260–4.
12. Pitkäranta A, Virolainen A, Jero J, Arruda E, Hayden FG. Detection of rhinovirus, respiratory syncytial virus, and coronavirus infections in acute otitis media by reverse transcriptase polymerase chain reaction. *Pediatrics.* 1998;102 2 Pt 1:291–5.
13. Jewett DL, Heinsohn P, Bennett C, Rosen A, Neuilly C. Blood-containing aerosols generated by surgical techniques: a possible infectious hazard. *Am. Ind. Hyg. Assoc. J.* 1992;53:228–31.
14. Nokso-Koivisto J, Rätty R, Blomqvist S, Kleemola M, Syrjänen R, Pitkäranta A, et al. Presence of specific viruses in the middle ear fluids and respiratory secretions of young children with acute otitis media. *J. Med. Virol.* 2004;72:241–8.
15. Sullivan FM, Swan IRC, Donnan PT, Morrison JM, Smith BH, McKinstry B, et al. A randomised controlled trial of the use of acyclovir and/or prednisolone for the early treatment of Bell's palsy: the BELLS study. *Health Technol Assess Winch Engl.* 2009;13, iii–iv, ix–xi 1–130.
16. Shen K, Yang Y, Wang T, Zhao D, Jiang Y, Jin R, et al. Diagnosis, treatment, and prevention of 2019 novel coronavirus infection in children: experts' consensus statement. *World J Pediatr WJP.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1007/s12519-020-00343-7> [online ahead of print].
17. Sore throat (acute): antimicrobial prescribing. [Internet]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng84/chapter/Terms-used-in-the-guideline> [cited 1/4/20].
18. Recomendações da sociedade brasileira de cirurgia torácica – SBCT para realização de traqueostomias e manejo da via aérea em casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (COVID-19) – ATUALIZADO EM 23/03/2020 | Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica [Internet]. Available from: <https://www.sbct.org.br/recomendacoes-da-sociedade-brasileira-de-cirurgia-toracica-sbct-para-realizacao-de-traqueostomias-e-manejo-da-via-aerea-em-casos-suspeitos-ou-confirmados-de-infeccao-pelo-novo-coronavirus-c/> [cited 1/4/20].
19. Cricothyroidotomy | Paediatric Emergencies [Internet]. Available from: <https://www.paediatricemergencies.com/intubationcourse/course-manual/cricothyroidotomy/> [cited 1/4/20].
20. Nacional I. PORTARIA Nº 467, DE 20 DE MARÇO DE 2020 – PORTARIA Nº 467, DE 20 DE MARÇO DE 2020 – DOU – Imprensa Nacional [Internet]. Available from: <http://www.in.gov.br/web/dou> [cited 1/4/20].