

Anestesia en tiempos de pandemia

Anesthesia during pandemic times

Contexto en el que ocurre en Uruguay

Juan Riva¹, Beatriz Noya¹, Juan Pablo Bouchacourt¹, Ana Rodríguez¹, Pablo Castroman¹

La llegada de la pandemia de COVID-19 a nuestro país se da en un momento particular. Las principales fechas que han marcado esta situación pueden resumirse entre diciembre de 2019 cuando se detectó un brote de neumonía en la provincia de Wuhan (China); enero de 2020 con la confirmación que correspondía al coronavirus 2 que provoca la enfermedad COVID-19 y el 30 de enero con la declaración de emergencia internacional de salud pública por parte de la OMS. Durante este período nuestro país enfrentó una **completa renovación de las autoridades nacionales incluidas las sanitarias**. Con el cambio de gobierno se comenzó una transición desde finales de noviembre, cuando se conocieron los resultados de las elecciones nacionales, hasta el 1 de marzo cuando asume el nuevo gobierno. Es decir que, durante el período arriba señalado como las principales fechas de esta pandemia, Uruguay enfrentó un período de transición con renovación de las principales autoridades nacionales cuya duración fue de tres meses. Es en este contexto que el viernes 13 de marzo, el presidente de la República Luis Lacalle Pou, anunció la declaración de emergencia sanitaria preventiva por coronavirus luego de la confirmación de cuatro casos (tres de ellos pacientes provenientes de la ciudad de Milán y el cuarto de Barcelona)[1]. Dentro de las medidas implementadas se destacan el aislamiento

social y la exhortación a la población con síntomas o sospecha clínica, a solicitar asistencia a domicilio y no concurrir a centros de salud. Desde esta fecha se han tomado, en forma escalonada, una serie de medidas de contención y de mitigación dentro de las cuales los anestesiólogos hemos participado activamente.

Evolución en Uruguay

En la Tabla 1 y Figura 1 resumimos los principales datos de acuerdo al Sistema Nacional de Emergencias (SINAE)[2]. De acuerdo a ellos la curva de crecimiento de nuevos casos en nuestro país muestra un crecimiento sostenido, pero no exponencial y se mantiene estable el porcentaje de nuevos pacientes positivos sobre los estudiados. No obstante, estos datos deben ser evaluados con mucha precaución ya que la decisión a quién se les realiza estudios confirmatorios (necesario para definirlo como caso) ha variado de acuerdo a la disponibilidad de los *Kit* diagnósticos. Un dato relevante es el registro de la primera muerte por COVID-19 a 15 días de la detección de los primeros casos.

Tomando esta tabla como referencia veremos como se fueron incorporando las medidas vinculadas a la asistencia anestesiológica.

¹ Departamento de Anestesiología. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

Fecha de recepción: 1 de abril de 2020

Fecha de aceptación: 2 de abril de 2020

ORCID

<https://orcid.org/0000-0001-5497-6242>

Correspondencia:

Juan Riva

Email: juanrivafortunato@gmail.com

Tabla 1. Evolución de la pandemia en Uruguay

Fecha	Casos	CTI	Intermedio	Estudiados/Positivos	Muertes
13/3	4				
16/3	29				
17/3	50				
18/3	79				
19/3	94				
20/3	110				
21/3	135	2			
22/3	158	1		205/23 (11.2%)	
23/3	162			211/4 (1.8%)	
24/3	189	1	2	198/27 (13,6%)	
25/3	217	4	2	198/27 (8,7%)	
26/3	238	4	2	245/21 (8.5%)	
27/3	274	8		451/36 (7,9%)	
28/3	303	8	5	327/30 (9,1%)	1

Casos: número de casos con PCR positivos; CTI número de pacientes en cuidados intensivos; Intermedio número de pacientes en cuidados intermedios; Estudiados número de pacientes estudiados por día con PCR/positivos número de positivos (PCR) (%) porcentaje de estudiados/día.

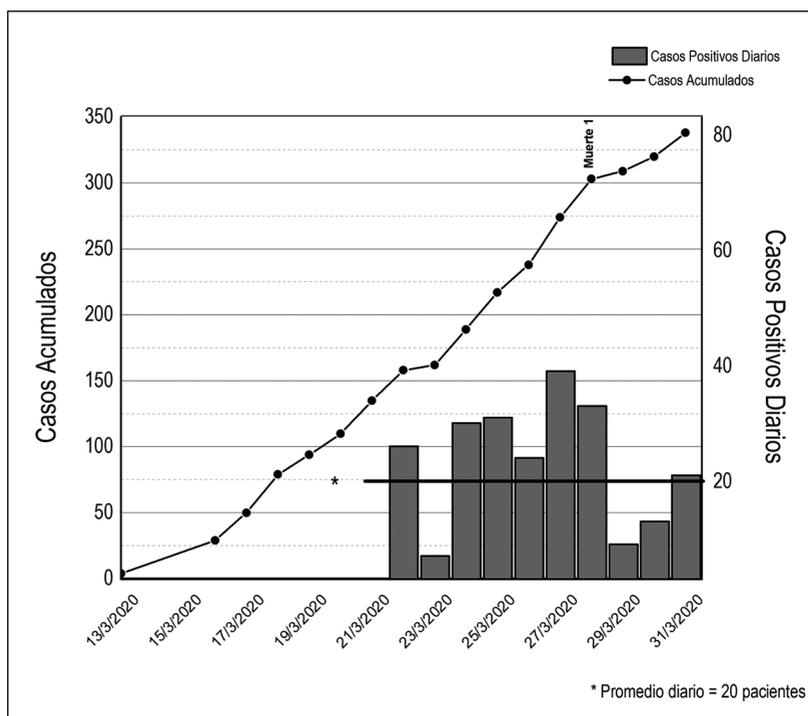


Figura 1. Evolución de COVID-19 en Uruguay.

Participación de los anestesiólogos

La participación de los anestesiólogos en el enfrentamiento de la pandemia a nivel local se canalizó a través de dos Instituciones independientes, con perfiles, misión y objetivos diferentes, que han trabajado en forma colaborativa. Ellas son la Sociedad de Anestesiología del Uruguay (SAU), sociedad científica gremial que nuclea a la mayoría de los anestesiólogos de nuestro medio y el Departamento de Anestesiología de la Universidad de la República (DA-UdelaR) encargado de la formación académica de los futuros especialistas. A las 48 horas de declarada la ley de emergencia se estableció un Comité de Crisis, con una primera reunión que fuera hecha de manera presencial, seguida luego por reuniones semanales a través de teleconferencias y aplicaciones de chat, en consonancia con las medidas de aislamiento social propuestas por el Gobierno.

En forma conjunta se diseñó una estrategia de trabajo que dividimos en dos áreas diferentes: a) Vinculadas a la especialidad de anestesiología y b) Vinculadas a la colaboración de los anestesiólogos con especialidades afines.

a. Vinculadas a la especialidad de anestesiología

En esta área los principales aportes fueron los siguientes:

- El 12 de marzo, día previo a la declaración de emergencia nacional el DA-UdelaR en conjunto con otros Departamentos y Sociedades (Medicina Intensiva, Medicina Interna, Infectología, etc.) da a conocer las **“Recomendaciones conjuntas para el manejo clínico de la infección por SARS-CoV-2 y la enfermedad COVID-19”**[3]. Estas incluyen una amplia variedad de recomendaciones desde la asistencia prehospitalaria hasta el alta, pasando por cuidados Intensivos. Nuestra participación se centró en aspectos vinculados al manejo de la vía de aire.
- Junto con la declaración de emergencia sanitaria se postergaron todas las coordinaciones en el país y se pasa a un régimen de **“feriado quirúrgico”** que consiste en la realización de procedimientos de urgencia, emergencia y pacientes oncológicos tanto para procedimientos quirúrgicos como diagnósticos dentro y fuera de la sala de operaciones, que se mantiene hasta el momento de enviar esta publicación.
Esto permitió, por ejemplo, en el Hospital Universitario, reducir la exposición de los anestesiólogos a eventual contagio, readecuando su carga horaria, a la vez de liberar camas del Hospital para

enfrentar un probable aumento del número de internaciones por la enfermedad.

- El 14 de marzo el DA-UdelaR publica recomendaciones específicas para anestesiólogos en el documento **“Protección y manejo anestésico del paciente con sospecha o confirmación de infección por coronavirus”**[4]. En él se define cómo actuar en pacientes que requieren manejo de la VA, el Equipo de Protección Personal (EPI) y la exigencia de su disponibilidad.
- El 16 de marzo lo consideramos una fecha destacada ya que, a las recomendaciones anteriores, se agregan nuevas líneas de trabajo que se reflejan en los siguientes documentos conjuntos: a) Recomendaciones sobre la realización de **analgésia del parto** en el contexto de la pandemia COVID-19 (21/3) y b) Recomendaciones sobre la práctica de la **medicina intervencionista del dolor** crónico en el contexto pandemia de COVID-19 (21/3)[4].
- Con respecto a las actividades docentes, se suspenden las clases presenciales reorganizando la actividad por teleconferencias.
- Con fecha 22 de marzo se acuerda la formación de un nuevo grupo de trabajo que incluye la participación voluntaria de **todos los Jefes de Servicios de Anestesia públicos y privados del país** con el objetivo de intercambiar información de la situación en cada Centro, así como de las diferentes estrategias de contingencia tanto en lo vinculado a anestesia como en la colaboración con otros Servicios no anestesiológicos.
- Desde la creación del Comité de Crisis se comienza un relevamiento de las máquinas de anestesia para ponerlos a disposición de las Unidades de Medicina Crítica, lo cual es actualmente recomendado por la ASA[5]. Se detectaron en el entorno de 300 unidades de las cuales queda por establecer qué porcentaje podría ser utilizado de ser necesario.

b. Colaboración con especialidades afines.

Cómo parte de los preparativos de la contingencia se establecieron contactos con el Departamento de Medicina Intensiva de la UdelaR, así como con la Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva (SUMI) con la intención de establecer aquellas funciones de colaboración.

El **15 de marzo** los Departamentos de Medicina Intensiva y Anestesiología de la UdelaR **exhortan a una estrecha colaboración entre ambas especialidades**, para asegurar la mejor asistencia posible del paciente crítico, fundamentalmente durante el

período de **asistencia ventilatoria mecánica**. Posteriormente, con la incorporación de la SAU y la SUMI, se define el soporte asistencial que desde nuestra especialidad puede brindarse y que incluye: a) apoyo a realización de maniobras afines a la especialidad tanto dentro como fuera de las Unidades de Medicina Intensiva (intubación orotraqueal, colocación de accesos venosos y arteriales, etc.); b) traslados intra e interhospitalarios de pacientes graves y c) asistencia de pacientes graves cursando posoperatorios de urgencia y emergencia en las salas de recuperación anestésica, que quedarían habilitadas para tal fin en caso de sobredemanda asistencial. Los pacientes asistidos serían preferentemente pacientes no infectados con COVID-19.

Por otra parte, se exhorta a los Servicios de Anestesia a poner a disposición recursos materiales de utilidad para la asistencia de pacientes críticos como respiradores, monitores, bombas de infusión intravenosa, etc.

Por último, se promueve intensificar los vínculos entre los integrantes de ambos colectivos con el fin de realizar un seguimiento de la situación sanitaria que permita adecuar el plan de contingencia diseñado de acuerdo a las necesidades marcadas por la evolución de la pandemia.

Situación de los anestesiólogos

No contamos con datos oficiales respecto a la situación del personal de salud, los que presentamos surgen de comunicaciones referidas al equipo creado entre los integrantes del Comité de Crisis, la SAU y el DA-UdelaR.

Se estima que del total de pacientes infectados un 10% corresponde a personal de salud, médicos y no-médicos. Con respecto a los anestesiólogos no contamos con el número de estudiados, para un total de entre 420-450 anestesiólogos en actividad. Oficial-

mente existe un caso positivo, estable, que ha cursado su enfermedad en domicilio.

En forma anecdótica, dos centros quirúrgicos fueron cerrados preventivamente por la detección de casos positivos en el personal de salud. En ellos se estudiaron 14 anestesiólogos que tuvieron contacto con dichos casos, presentando todos ellos test negativos.

Conclusión

El comienzo de la crisis sanitaria nos enfrentó a una situación muy inusual en nuestro país, caracterizado por no presentar catástrofes climáticas o ambientales. El costo de esta crisis será alto en vidas humanas (por la enfermedad en sí misma y por sus consecuencias económicas) y los esfuerzos resumidos en este editorial están destinados a mitigarlo. Al encontrarnos en los inicios de la epidemia en nuestro país, el impacto de las medidas tomadas lo desconocemos y nos resulta imposible de predecir. Tal vez lo que podamos afirmar desde ahora es que, como se dice con frecuencia, las crisis como ésta son también oportunidades de aprendizaje. Hasta el momento, los anestesiólogos en nuestro país hemos mostrado lo mejor: nos hemos mantenido en nuestros puestos de trabajo, hemos extendido nuestra colaboración a aquellas especialidades más comprometidas (médicos de urgencia y medicina intensiva), hemos superado nuestras diferencias históricas de visión en algunos temas y fuimos capaces de utilizar con criterio ético y profesional la comunicación a distancia con la misma capacidad resolutoria que la presencial.

Sin pretender ser un ejemplo para otros y con conocimiento pleno de que cada país y sociedad enfrentará esta crisis sanitaria de acuerdo a su realidad, entendimos un aporte de valor, el compartir nuestra experiencia con el resto de los anestesiólogos Latinoamericanos.

Referencias

1. Salud pública. Declaración de emergencia Sanitaria Gobierno declaró emergencia sanitaria por coronavirus y anunció las primeras medidas. [https://presidencia.gub.uy/comunicación/comunicacionnoticias/lacalle-medidas-](https://presidencia.gub.uy/comunicación/comunicacionnoticias/lacalle-medidas-coronavirus-conferencia)
2. Sistema Nacional de Emergencias <https://www.gub.uy/sistema-nacional-emergencias/>
3. Recomendaciones conjuntas para el manejo clínico de la infección por SARS-CoV-2 y la enfermedad COVID-19. (12 de marzo 2020)
4. <https://anestesiaudelar.uy/pautasyprotocolos.php>
5. APSF/ASA Guidance on Purposing Anesthesia Machines as ICU Ventilators. <https://www.asahq.org/in-the-spotlight/coronavirus-covid-19-information/purposing-anesthesia-machines-for-ventilators>