

CARTA AO EDITOR

Reorganização de serviços de anestesia obstétrica durante o lockdown nacional pela COVID-19: experiência de um hospital terciário da Índia

Caro Editor,

O mundo está atualmente enfrentando uma crise sem precedentes causada pela grave síndrome respiratória aguda do coronavírus-2. A Organização Mundial da Saúde declarou a infecção pelo novo Corona (COVID-19) como pandemia no dia 11 de março de 2020. O Governo da Índia declarou o isolamento (*lockdown*) por toda a nação em 22 de março de 2020, que durou dois meses até 22 de maio de 2020. Como hospital terciário, enfrentamos importantes desafios durante esse período de dois meses de *lockdown*, que gostaríamos de compartilhar com relação à reorganização dos serviços de anestesia obstétrica em nosso hospital.

As características clínicas da infecção pelo COVID-19 em parturientes são consistentes com aquelas relatadas em outros adultos¹. Entretanto, muitos sintomas como fadiga, mialgia, taquicardia e febre podem também ser vistos em parturientes, tornando a triagem dessas mulheres difícil. Devido às considerações e ao fato de que as infecções por COVID-19 podem ser assintomáticas², decidimos ser mandatório testar todas as gestantes admitidas ao centro obstétrico com reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa em tempo real (PCR-RT). O exame tem tempo de viragem de 6-8 horas, resultando em um número significativo de pacientes necessitando de cesariana urgente/de emergência e que não tinham resultado de exame pré-operatório negativo.

Para contornar o problema, a logística de trabalhar com duas salas de cirurgia (SC) foi discutida, após o que se decidiu que as parturientes com resultado negativo para COVID-19 seriam submetidas a cirurgia na sala de cirurgia obstétrica existente (SO). Pacientes sem resultado de exame disponível (consideradas suspeitas) seriam operadas em SC para suspeita de COVID em um outro setor do hospital. As parturientes COVID-19 positivas seriam transferidas para um bloco separado COVID-19 para atenção. Áreas específicas para colocação e retirada de EPI foram identificadas para a SC para casos suspeitos de COVID e toda a equipe de assistência estava familiarizada com o plano da sala cirúrgica e procedimentos cirúrgicos padrão.

Conseguir força de trabalho para operar ambas as salas de cirurgia foi outro problema enfrentado, particularmente quando cada vez mais profissionais estavam sendo recrutados para unidades de alta dependência e unidades de terapia intensiva para tratar pacientes com COVID-19 em nosso hospital. Foram formadas duas equipes separadas a partir do *pool* de residentes e médicos assistentes de anestesia - uma para a SO e outra para a SC para casos suspeitos de COVID - cada uma incluindo um

residente sênior e um residente júnior de anestesia. A SO tinha 2 equipes que trabalhavam turnos de 12-horas, que era o esquema de plantão de rotina do departamento. A SC para casos suspeitos de COVID tinha uma única equipe de plantão 24-horas durante 7 dias por semana. Com base em abordagem de cuidado de anestesia liderado por médico assistente, diferentes médicos anestesistas foram indicados para liderar as equipes, trabalhando na SO e na SC para casos suspeitos de COVID.

A crise da COVID-19 resultou em aumento sem precedentes na demanda por equipamento de proteção individual. Estudos têm demonstrado um significativo número de profissionais de saúde sendo infectados, com número desproporcionalmente grande deles classificados como casos graves ou críticos³. As estratégias para minimizar exposição potencial ao COVID-19 por anesthesiologistas têm sido recomendadas para limitar o consumo de equipamento de proteção individual, incluindo o uso de telemedicina para avaliação pré-anestésica e uso de dispositivos eletrônicos como iPads para monitorização e consentimento remotos⁴. Essas medidas, embora adequadas para países desenvolvidos, são caras e não práticas em países de baixa e média renda, onde até manter distanciamento social efetivo nas enfermarias é um desafio. Como política uniforme, todos os profissionais trabalhando na SO eram orientados a usar máscara N-95 com óculos enquanto aqueles trabalhando na SC para casos suspeitos de COVID usavam equipamento de proteção individual completo (macacão com capuz, pró-pé, óculos, escudo facial (*faceshield*) e luvas em duas camadas além do avental cirúrgico). Para preservar a quantidade de equipamento de proteção individual usado, limitamos o número de profissionais na SC de casos suspeitos de COVID para o mínimo necessário para operar o centro cirúrgico de forma segura.

A distribuição dos casos durante os dois meses de isolamento no nosso hospital é apresentada na tabela 1. O número

Tabela 1. Distribuição de cirurgias obstétricas realizadas em sala cirúrgica para casos suspeitos de COVID e sala de cirurgia obstétrica durante o período de 2-meses de lockdown

Sala cirúrgica para casos suspeitos de COVID	Bloqueio neuro axial	Anestesia geral
Cesariana	-	-
Eletiva	-	6
Emergência	22	-
Laparotomia	-	2
Sala de cirurgia obstétrica		
Cesariana	-	-
Eletiva	19	2
Emergência	132	37
Laparotomia	-	11
Aspiração e esvaziamento	-	2
Circlagem cervical	1	-
Exame sob anestesia	1	3

total de cesarianas realizadas foi menor do que o número de casos que geralmente temos. A razão para isso poderia ser a combinação de redistribuição de cesarianas eletivas e a redução nos encaminhamentos de estados vizinhos devido ao *lockdown* nacional mandatório rigoroso da COVID-19 na Índia, que

afetou o transporte interestadual. Dos 218 partos cesariana realizados, 190 e 28 foram realizados na SO e SC de casos suspeitos de COVID, respectivamente. Foram realizados 173 partos cesariana com bloqueio neuro axial, enquanto 45 foram partos cesariana de emergência realizados com anestesia geral com intubação traqueal. Após a cirurgia, as pacientes operadas na SO eram transferidas para a unidade de recuperação pós-anestésica e subsequentemente à enfermaria pós-parto, enquanto aquelas operadas na SC para casos suspeitos de COVID completaram recuperação pós-anestésica no centro cirúrgico enquanto aguardavam resultado de exame confirmatório para COVID-19. Nenhuma das parturientes no período de dois meses operadas na SC para casos suspeitos de COVID resultou positiva no período pós-operatório imediato. Todas foram transferidas à enfermaria pós-parto e evoluíram sem intercorrências no pós-operatório. Os recém-nascidos foram para berçários separados e testados 24 horas após o nascimento. Se o exame era negativo, os bebês eram reunidos com as mães nas enfermarias pós-parto. Nenhum profissional trabalhando na SC para casos suspeitos de COVID durante o período de dois meses desenvolveu características de infecção pelo COVID-19 que exigisse mais avaliação ou testagem.

Temos atualmente um teste rápido à beira leito, o Xpert Xpress SARS-CoV-2 que pode ser processado na plataforma GeneXpert do nosso hospital. Com tempo de processamento de 45 minutos, aumentamos nossa capacidade de testagem para ter resultados mais rapidamente. Isso reduziu significativamente o número de parturientes que precisam de cesariana urgente/de emergência sem resultado de exame conclusivo negativo, assim reduzindo a utilização de equipamento de proteção individual. Como a testagem é cara, o geneXpert está atualmente sendo usado somente em situações em que as pacientes precisam de intervenção cirúrgica imediata ou com limitação de tempo, o que corresponde a maioria de nossas pacientes obstétricas.

A provisão sem interrupção de serviços de anestesia obstétrica durante a pandemia de COVID-19 é desafiadora, mesmo em países desenvolvidos⁵. Trabalhar em centro de alto volume em país de renda baixa-média traz mais desafios significativos. A importância de clara comunicação entre autoridades políticas, administradores e clínicos de assistência à saúde, é crucial e não pode ser enfatizada o suficiente.

Conflitos de interesse e financiamento

Nenhum a declarar. A coleta de dados foi aprovada pelo Comitê Institucional de Ética (# Ref: NK/6331/Study/308)

Referências

1. Qiao J. What are the risks of COVID-19 infection in pregnant women? *Lancet*. 2020;395:760-62;
2. Rothe C, Schunk M, Sothmann P, Bretzel G, Froeschl G, Waltrauch C et al. Transmission of 2019-NCoV infection from an asymptomatic contact in Germany. *N Engl J Med* 2020; 382(10): 970-71;
3. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: a summary of a report of 72314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA* 2020; 323: 1239-42;
4. Melissa B, Kyra B, Emily D, Carlos D, Nadir E, Pervez S et al. Obstetric anaesthesia during the COVID-19 pandemic. *Anesth Analg*. 2020;131:7-15;
5. Morau E, Bouvet L, Keita H, Vial F, Bonnet MP, Bonnin M et al. Anaesthesia and intensive care in obstetrics during the COVID-19 pandemic. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2020;39:345-49.

**Anjuman Chander¹, Vighnesh Ashok^{1*},
Vanita Suri²**

¹ Post Graduate Institute of Medical Education and Research (PGIMER), Department of Anaesthesia and Intensive Care, Chandigarh, India

² Post Graduate Institute of Medical Education and Research (PGIMER), Department

*Autor correspondente: Vighnesh Ashok.

Email: vighneshmmc@gmail.com

0104-0014 / © 2021 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).