

Summer 2019 Issue ■ Spanish Translation

Tratamiento de Pacientes con COVID-19 y Enfermedad Cerebrovascular Aguda: Experiencia del Montefiore Medical Center, Nueva York.

M. Aaron Chyfetz, MD, MSc

Profesor Asistente de Anestesiología

División de Neuroanestesiología

Escuela de Medicina Albert Einstein, Montefiore Medical Center

Montefiore Medical Center es el único centro de enfermedad cerebrovascular con capacidad de realizar trombectomías entre el Alto Manhattan y Albany, en Nueva York. Nuestro campus principal en el Bronx estuvo en el corazón del brote de COVID-19. La carga de enfermedades crónicas, obesidad y pobreza resultó en la tasa de mortalidad por caso más alta en la ciudad de Nueva York y posiblemente, de la nación. Nuestras experiencias son vastas durante este brote con muchas lecciones que aprender.

Durante la pandemia de COVID-19, Montefiore experimentó un aumento en el volumen de trombectomía mecánica y endarterectomías carotídeas. Los pacientes con COVID-19 y enfermedad cerebrovascular aguda generalmente presentaban una carga de coágulo mayor a la usual. A pesar de la falta de síntomas respiratorios subyacentes, una tasa más baja de éxitos se observó en los pacientes sometidos a trombectomía mecánica, caracterizada por puntuaciones TICI más bajas y un incremento en la incidencia de craniectomía descompresiva. La mayoría de los pacientes COVID-19 con enfermedad cerebrovascular aguda en insuficiencia respiratoria, secundaria a SDRA, no sobrevivieron hasta el alta independientemente de la intervención. Sin embargo, éstos pacientes tenían al menos una afección preexistente documentada, incluidos antecedentes de cáncer, obesidad, HTA, diabetes y / o enfermedades cardíacas.

Es necesario un enfoque coordinado y multidisciplinario para proteger a todos los trabajadores de primera línea involucrados en el tratamiento de estos pacientes. Cada activación del código de enfermedad cerebrovascular aguda se debe evaluar con el fin de detectar signos y síntomas de COVID-19 que incluyen dificultad respiratoria, fiebre, hipoxia y un alto requerimiento de oxígeno. Una tomografía computarizada del tórax que demuestra

SNACC Newsletter ▪ Summer 2020 Issue ▪ Spanish Translation

"opacidades en vidrio esmerilado" es fuertemente patognomónica para la neumonía por COVID-19. Un paciente con un alto requerimiento de oxígeno debe ser intubado de inmediato para facilitar la transferencia al tomógrafo y la intervención neurológica.

La sala de angiografía es con frecuencia una sala de presión positiva. Como la intubación y la extubación son procedimientos de alta aerosolización, se debe tener precaución y solo el personal de anestesia debe estar presente durante este tiempo. Casi todos los pacientes con COVID-19 confirmado o presunto fueron intubados antes de proceder a trombectomía y nos protegimos con máscara N-95 (o respirador completo), careta y trajes Tyvek. Se puede colocar una caja de plexiglás o una cortina de plástico transparente sobre la cabeza para minimizar la exposición al patógeno. Es importante comunicar a los técnicos de anestesia y al personal de limpieza el estado COVID-19 del paciente para que se sigan las precauciones de limpieza adecuadas.

El gobernador de Nueva York, Cuomo, exigió a todos los hospitales aumentar la capacidad de los pacientes en al menos un 50% durante la pandemia. Esto provocó numerosos desafíos en la coordinación de la disposición del paciente después de la trombectomía. Una prueba rápida de COVID-19 es crítica, y el estado debe determinarse antes de salir de la sala de procedimientos. Cada UCI fue designada COVID-19 y la PACU fue nuestra unidad "limpia". Esto ocasionó que todos los pacientes extubados fueran transportados directamente a una unidad designada como neuro COVID-19. También se debe elegir un tomógrafo dedicado solo a COVID-19 para minimizar la contaminación cruzada.

La pandemia de COVID-19 ha abierto múltiples debates y acertijos que pueden encontrar una respuesta adecuada en la SNACC. ¿Existe alguna conexión entre la formación de una oclusión de grandes vasos y el desarrollo de una tormenta de citoquinas que precipita una falla sistemática a múltiples órganos? No vimos ninguna correlación en nuestro subconjunto limitado de pacientes que se presentaron sin síntomas respiratorios. Además, no pudimos cuantificar el grado de eventos cerebrovasculares en nuestras cohortes en la UCI y se observó que el pequeño porcentaje exitosamente extubado tenía una emersión lenta, un estado mental deficiente y delirio. Se necesita más investigación para determinar el papel del monitoreo de EEG en estos pacientes críticos. En primer lugar, ¡quédense descansados y tomen todas las precauciones para protegerse!