

PREZENTUL CHIRURGIEI ÎN REPUBLICA MOLDOVA: LECȚIILE PANDEMIEI COVID-19

Evghenii Guțu, d.h.ș.m., profesor universitar, șef Catedra chirurgie generală-semiologie nr.3, USMF „Nicolae Testemițanu”, fostul președinte al Asociației chirurgilor „Nicolae Anestiadi” din RM

Gheorghe Rojnovanu, d.h.ș.m., profesor universitar, șef Catedra chirurgie nr.1 „N.Anestadi”, USMF „Nicolae Testemițanu”, președintele actual al Asociației chirurgilor „Nicolae Anestiadi” din RM

Sergiu Ungureanu, d.h.ș.m., profesor universitar, șef Catedra chirurgie nr.4, USMF „Nicolae Testemițanu”, președintele ales al Asociației chirurgilor „Nicolae Anestiadi” din RM

În decembrie 2019, un focar de SARS a izbucnit în localitatea Wuhan, China, ducând la decesul multor oameni. Agentul patogen a fost identificat drept un coronavirus de tip nou, denumit ulterior SARS-CoV-2 (engl. *Severe Acute Respiratory Syndrome-related CoronaVirus 2*), iar boala cauzată de acesta – COVID-19 (engl. *CoronaVirus Disease*). În curând, COVID-19 s-a răspândit în întreaga lume și a fost declarată pandemie de către Organizația Mondială a Sănătății în martie 2020 [1].

Spitalele sunt piatra de temelie a sistemelor de asistență medicală de specialitate, dar acestea adesea funcționează aproape la limitele posibilităților, chiar și în circumstanțe normale [2]. Datorită răspândirii globale rapide a SARS-CoV-2, sistemele de sănătate și profesioniștii din domeniul sănătății din întreaga lume se confruntă cu greutăți și întreruperi fără precedent a programului de lucru, cauzate de suprasolicitarea spitalelor, pe fundalul unei creșteri bruște a numărului pacienților cu COVID-19 [3, 4].

Deși, potrivit OMS, 80% dintre pacienții cu COVID-19 sunt asimptomatici sau manifestă doar semne ușoare de infecție respiratorie, aproximativ 15% dintre aceștia dezvoltă sindrom de detresă respiratorie acută și necesită spitalizare și oxigenoterapie [5]. În același timp, de la 5% la 12% din cazurile de infecție confirmată cu SARS-CoV-2 necesită spitalizare în secția de anesteziologie-terapie intensivă (ATI), inclusiv cu ventilare mecanică pulmonară la majoritatea pacienților [2].

Odată cu creșterea fulminantă a numărului de infectați, măsurile standard pentru depășirea crizei sanitare au avut ca scop majorarea capacității unităților de ATI, ce dețin un rol cheie în lupta împotriva pandemiei COVID-19, oferirea aparatului pentru ventilația pulmonară la pacienții cu afecțiuni critice și a unui volum suficient de echipament individual de protecție (EIP) pentru personalul medical [2, 3]. La rândul său, o scădere bruscă a resurselor ATI a dus la imposibilitatea efectuării intervențiilor chirurgicale majore, ce necesită observație postoperatorie în ATI, în principal – adresate patologieilor abdominale oncologice și cardiovasculare [2, 4, 6]. În plus, liderii politici și oficialii guvernamentali de pretutindeni au cerut amânarea, sau chiar anularea completă, a tuturor intervențiilor chirurgicale non-urgente [3, 7].

Nu există nicio îndoială că sistemele de sănătate, medicii și asistentele medicale trebuie să continue acordarea îngrijirilor pacienților spitalizați cu COVID-19 și să fie pregătiți pentru potențialele creșteri ale ratelor de infecție și a numărului de pacienți cu COVID-19. Cu toate acestea, spitalele trebuie să rămână, de asemenea, capabile să ofere asistență de urgență, dar și de reluare a activităților programate de rutină, însă absolut necesare pentru pacienții cu patologii non-COVID-19, inclusiv cele chirurgicale [8].

Pandemia COVID-19 este fără precedent în timpul nostru. Cu toate acestea, omenirea a asistat deja la epidemii virale anterioare care au afectat grav funcționarea spitalelor și a secțiilor chirurgicale. Gripa spaniolă este cunoscută drept evenimentul cu cea mai mare mortalitate din istoria omenirii, afectând aproximativ o treime din populația globului, numărul deceselor fiind estimate la 50 de milioane [2]. Scara reală a pandemiei COVID-19 nu este încă cunoscută și doar urmează a fi stabilită. Totodată, o evaluare retrospectivă a măsurilor epidemiologice întreprinse și a acțiunilor de reorganizare a sistemului de sănătate ne permite deja să evidențiem o serie de concluzii:

- Se pare că, de la începutul pandemiei cu COVID-19, acțiunile persoanelor responsabile de organizarea asistenței medicale naționale și locale s-au bazat pe încrederea nefondată în scurta durată a pandemiei COVID-19. O astfel de abordare duce la adoptarea unor acțiuni într-o mare măsură „cantitative” (răspunsul la schimbarea situației prin simpla creștere a numărului de spitale și paturi alocate pentru pacienții cu COVID-19, precum și prin extinderea măsurilor prohibitive), și nu de natură „calitativă” (elaborarea unei strategii clare, care permite, pe lângă îngrijirea pacienților cu COVID-19, să mențină nivelul necesar de asistență medicală pentru bolnavii cu patologii somatică/chirurgicală).

- Este evident că restricțiile de carantină de severitate și durată diferite, cum ar fi anularea studiilor la toate nivelele și a adunărilor publice, purtarea măștilor, distanțarea fizică, carantina și izolarea voluntară, au ajutat într-o oarecare măsură să reducă răspândirea virusului și să temporizeze apogeul infectării și mortalitatea [2, 5]. Totodată, majoritatea măsurilor enumerate poartă un caracter declarativ, nefiind respectate peste tot, iar îndeplinirea acestora este insuficient (sau doar selectiv) controlată de autorități și de serviciile epidemiologice.

- S-a stabilit că testarea în masă pentru SARS-COV-2 permite implementarea unei strategii mai optime pentru a reduce răspândirea bolii, evitând, în același timp, acțiunile mai radicale, care au un impact negativ grav asupra vieții economice și sociale a societății [5].

Cu toate acestea, în ceea ce privește rata testării populației, Republica Moldova ocupă unul dintre ultimile locuri din Europa, alături de Albania și Ucraina.

- Având în vedere nivelul relativ ridicat (aproximativ 30%) al purtătorilor asimptomatici [1, 4], testarea limitată poate servi drept unul dintre motivele frecvenței nerezonabil de mari a infectării în rândul medicilor și a altor cadre medicale, care au fost în contact cu pacienții cu COVID-19 din secțiile de internare, centrele medicilor de familie și în condițiile asistenței medicale de urgență.

- Unul dintre principalii factori care contribuie la riscul crescut de infectare pentru lucrătorii din domeniul sănătății (în special în primele luni ale pandemiei) este neajunsul EIP (cum ar fi măștile chirurgicale convenționale și respiratoarele N95, vizierile, ochelarii și halatele) [9]. Totodată, utilizarea repetată sau excesiv de prelungită a EIP de către personalul medical este o practică inacceptabilă, atunci când toate spitalele sunt aprovizionate în mod adecvat cu echipament de protecție.

- Infectarea conduce la pierderea temporară a capacității de muncă a lucrătorilor medicali din cauza dezvoltării bolii sau a necesității de autoizolare și respectare a carantinei. Deoarece fiecare medic, asistent medical, paramedic sau personal medical auxiliar, în timpul activității sale, îngrijește zeci de pacienți (nu neapărat doar cu COVID-19), pierderea chiar și a unuia dintre aceștia are un impact negativ semnificativ, ducând la o insuficiență de profesioniști la toate nivelurile și la apariția deficienței de resurse umane [2]. Deci, la începutul pandemiei, contactul accidental al unui lucrător medical neechipat cu EIP, cu un pacient infectat cu COVID-19, a servit drept motiv de izolare a persoanei pentru două săptămâni. Cu toate acestea, în timp a devenit clar că respectarea acestei reguli ar duce la o insuficiență critică de angajați. Ca urmare, recomandările de carantină adesea nu au fost respectate, iar numărul de infecțiuni a crescut.

- Reprofilarea spitalelor strategice multidisciplinare de nivel 3 în spitale COVID-19 reprezintă o măsură extrem de nedorită, a cărei implementare a dus la o reducere semnificativă (de aproximativ 2 ori) a volumului de asistență chirurgicală specializată la nivelul țării. Se va ține cont de faptul că caracteristicile organizatorice și arhitecturale ale majorității spitalelor mari nu permit zonarea strictă, separarea completă a circuitelor de pacienți și a tuturor serviciilor auxiliare, ceea ce conduce la o incidență ridicată de infectare a angajaților și la un risc suplimentar de infecție la pacienții „non-Covid-19” spitalizați cu patologie chirurgicală.

- Pandemia COVID-19 a provocat panică în întreaga lume, inclusiv și în rândul persoanelor cu afecțiuni chirurgicale acute și cronice. Există o tendință globală evidentă de reducere semnificativă a numărului de pacienți care solicită ajutor chirurgical, din teama infectării nosocomiale [4]. În consecință, rata pacienților internați de urgență cu patologii chirurgicale avansate a crescut semnificativ. Astfel, menținerea spitalelor „curate”, care respectă strict măsurile epidemiologice împotriva COVID-19, printre alte avantaje, ar putea avea și un efect psihologic pozitiv și ar putea conduce la o creștere a adresabilității pacienților cu patologie chirurgicală.

- Experiența internațională demonstrează că atunci când sunt create condițiile necesare, revenirea la volumele obișnuite de asistență, acordate bolnavilor chirurgicali, este posibilă în termen de 1-2 luni de la data introducerii măsurilor de carantină [4]. Mai mult ca atât, unele instituții medicale mari, unde fluxurile de pacienți cu infecție COVID-19 confirmată sau suspectată și pacienții „curați” au fost complet separate din start, au putut continua activitatea chirurgicală programată, în mod obișnuit [4].

- În ceea ce privește municipiul Chișinău, reprofilarea completă a spitalelor de nivelul doi – IMSP SCM nr. 1 „Gheorghe Paladi”, IMSP SCM „Sf.Arhanghel Mihail”, IMSP Spitalul Clinic al MSMPS (Spitalul Feroviar) în instituții COVID-19 a fost rațională. Aceste spitale au o capacitate de paturi suficient de mare, sunt bine izolate, iar funcțiile principale ale acestora în timpul pandemiei pot fi preluate de alte instituții medicale. Cu toate acestea, atunci când se reprofilează astfel de spitale, este întotdeauna necesar să se țină cont de necesitatea instituțiilor medicale „suport-Covid-19” în paturi de terapie intensivă, care, conform diferitor estimări, variază de la 10% la 15% [2]. Totodată, ponderea locurilor în ATI din totalul paturilor din spitalele menționate anterior variază de la 3% la 5%, ceea ce este inacceptabil de puțin pentru tratamentul pacienților cu sindrom de detresă respiratorie acută asociat cu COVID-19. Consolidarea capacității unităților de ATI (reechiparea secțiilor și a sălilor de operații neutilizate, creșterea numărului de personal, furnizarea liniilor de oxigen) ar trebui să fie o componentă vitală a procedurii de reprofilare.

- Din același punct de vedere, deschiderea secțiilor pentru tratamentul pacienților cu COVID-19 în spitalele raionale mici în absența gradului necesar de specializare și a resurselor (în primul rând a ATI) ar trebui să fie cât de posibil limitată, deoarece spitalele mici nu sunt capabile să trateze pacienții cu simptome mai severe de COVID-19 [5].

- Extinderea capacității de paturi pentru tratamentul COVID-19 ar trebui realizată prin reprofilarea spitalelor de nivelul 2 existente sau prin accelerarea creării de spitale temporare „de câmp” [8], ținând cont obligator de necesitatea de paturi pentru ATI în ambele cazuri.

- Desigur, datoria medicului este de a oferi asistență și îngrijiri medicale tuturor bolnavilor și cu orice patologie, dacă circumstanțele îl impun. De la debutul pandemiei mulți chirurghi de înaltă calificare au fost implicați totalmente în asistența pacienților cu COVID-19. Cu toate acestea, în cazul dinamicii pozitive în evoluția pandemiei și a scăderii solicitării instituțiilor medicale, revenirea imediată a chirurgilor (inclusiv a rezidenților și medicilor tineri) la principala lor specialitate ar trebui să fie prerogativa și pentru prevenirea pierderii ireversibile a abilităților profesionale acumulate.

Din toate cele expuse, ar trebui imediat să învețe lecțiile și de a folosi recomandările și considerații elaborate de diferite organizații internaționale, precum și de experții autohtoni, care pot fi utilizate de către autoritățile locale de reglementare din domeniul sănătății, administratorii clinicilor și spitalelor, medicii, asistenții medicali și personalul auxiliar antrenat în acordarea tratamentului chirurgical în timpul pandemiei COVID-19.

- Nu există nicio îndoială că, chiar și în condițiile pandemiei, pacienții ar trebui să beneficieze de asistență chirurgicală în volum deplin și în timp oportun, inclusiv tratament operator, în baza unei decizii chirurgicale echilibrate și a alocării raționale a resurselor instituției medicale [2, 4].

- Determinarea menținerii volumelor necesare de asistență chirurgicală generală și specializată, spitalelor (secțiilor) funcționale, direcționarea fluxului pacienților chirurgicali, precum și priorităților procedurilor chirurgicale ar trebui să evite deciziile politice și administrative, și să se bazeze pe opiniile chirurgilor competenți în domeniu sau a asociațiilor profesionale [3], (precum Asociația

chirurgilor „Nicolae Anestiadi” din Republica Moldova).

• Referitor la procedeele chirurgicale care nu sunt de urgență, ar trebui pe larg aplicat principiul „prioritizării” – o măsură impusă utilizată de instituțiile medicale de staționar, atunci când un număr semnificativ de paturi, inclusiv în ATI, personalul medical și resursele sunt redirecționate pentru a trata pacienții cu COVID-19 [3, 4, 6, 7].

• Chirurgia este elementul principal al asistenței medicale contemporane și reluarea activității chirurgicale este vitală pentru a preveni „pandemia” ulterioară a bolilor chirurgicale depășite și, legat de aceasta, numărul nejustificat de mare al cazurilor de complicații, invaliditate și mortalitate [3, 4, 6]. După cum a demonstrat practica, dinamica pandemiei oferă timp persoanelor responsabile pentru luarea deciziilor întru a îmbunătăți și adapta indicațiile stabilite anterior la realitățile modificate [2]. Cu toate acestea, măsurile corective trebuie luate cât mai precoce și decisiv, iar păstrarea secțiilor chirurgicale funcționale și a resurselor acestora este esențială. Foarte repede, personalul spitalului implicat în tratarea pacienților cu COVID-19 a dobândit experiența necesară în logistica furnizării asistenței medicale pacienților chirurgicali [2]. După ce primul val de COVID-19 a diminuat, spitalele din întreaga lume au reluat efectuarea intervențiilor chirurgicale programate importante [4, 6]. Cu toate acestea, reluarea activității chirurgicale normale pe durata unei pandemii este asociată cu necesitatea de a rezolva numeroase probleme ale practicii clinice zilnice: stabilirea priorităților pentru intervențiile chirurgicale, zonarea spitalelor cu separarea secțiilor de internare, secțiilor chirurgicale, unităților de ATI, sălilor de operații și a altor zone pentru pacienții cu COVID-19 și pacienții neinfecțati, asigurarea securității infecțioase a personalului medical, dar și conformarea la multe alte circumstanțe specifice situației epidemiologice și considerarea caracteristicilor instituției medicale [3, 4].

Bibliografie

1. Cai Y, Liu J, Yang H, et al. Association between incubation period and clinical characteristics of patients with COVID-19. *J Int Med Res.* 2020;48(9):300060520956834.
2. Peloso A, Moeckli B, Oldani G, Triponez F, Toso C. Response of a European surgical department to the COVID-19 crisis. *Swiss Med Wkly.* 2020;150:w20241.
3. Flemming S, Hankir M, Ernestus RI, Seyfried F, Germer CT, Meybohm P, et al. Surgery in times of COVID-19 – recommendations for hospital and patient management. *Langenbecks Arch Surg.* 2020;405(3):359-364.
4. Rabbi H, Rashid MM, Ahmed AHMT, Hakim HAN, Chowdhury AQ, Islam Ae, et al. “Is surgery delayed surgery denied?”- How we managed hepatobiliary pancreatic surgeries among Bangladeshi patients during COVID-19 era. *BirDEM Med J.* 2020;10(COVID Supplement):63-70.
5. Noronha KVMS, Guedes GR, Turra CM, Andrade MV, Botega L, Nogueira D, et al. The COVID-19 pandemic in Brazil: analysis of supply and demand of hospital and ICU beds and mechanical ventilators under different scenarios. *Cad Saude Publica.* 2020;36(6):e00115320.
6. Patel S, Kaushik A, Sharma AK. Prioritizing cardiovascular surgical care in COVID-19 pandemic: Shall we operate or defer? *J Card Surg.* 2020;35(10):2768-2772.
7. COVID-19: elective case triage guidelines for surgical care. American College of Surgeons. Available at: <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/elective-case>. March 24, 2020.
8. COVID-19: good practice for surgeons and surgical teams. Royal College of Surgeons of England. Available at: <https://www.rcseng.ac.uk/standards-and-research/standards-and-guidance/good-practice-guides/coronavirus/covid-19-good-practice-for-surgeons-and-surgical-teams/>. April 3, 2020.
9. COVID-19: considerations for optimum surgeon protection before, during, and after operation. American College of Surgeons. Available at: <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/surgeon-protection>. April 1, 2020.