



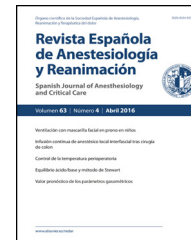
Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



Revista Española de Anestesiología y Reanimación

www.elsevier.es/redar



EDITORIAL

COVID-19: Es el momento de estar más unidos que nunca[☆]



G. Aguilar^{a,*}, G. Tamayo^b, M. Varela^c y E. Maseda^d, en nombre del Grupo de Trabajo de Infección Perioperatoria de la

^a Unidad de Cuidados Críticos, Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Clínico Universitario de Valencia

^b Unidad de Reanimación, Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Universitario Cruces. Bizkaia

^c Unidad de Cuidados Críticos. Servicio de Anestesiología y Reanimación, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

^d Unidad de Cuidados Críticos Quirúrgicos. Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Universitario La Paz. Madrid

Recibido el 29 de marzo de 2020; aceptado el 8 de abril de 2020

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de su Director General, Tedros Adhanom Ghebreyesus, emitió el siguiente comunicado: ‘‘La OMS ha evaluado este brote durante los últimos días y estamos profundamente preocupados, tanto por los niveles alarmantes de propagación y gravedad de la enfermedad, como por la inacción para hacer frente a ella. Es por ello que hemos decidido decretar el estado de pandemia’’¹. Actualmente, en nuestro país según los datos del Ministerio de Sanidad, se sobrepasa la cifra de 135.000 infectados, con algo más de 13.000 fallecidos². Ante esta situación, y en base a toda la información científica publicada hasta el momento actual, se han empezado a elaborar una serie de guías nacionales de práctica clínica sobre la prevención de esta enfermedad y el manejo de este tipo de pacientes en diferentes escenarios. Un ejemplo de ello son las recomendaciones prácticas para el manejo perioperatorio del paciente con infección grave sospechada o confirmada por coronavirus SARS-CoV-2,

publicadas recientemente en esta misma revista por nuestro grupo de trabajo³.

Este incremento exponencial del número de enfermos COVID-19 en nuestro país, va acompañado de un aumento de los pacientes más graves, que requieren su ingreso en unidades específicas dotadas de recursos materiales y de profesionales de alto nivel: las Unidades de Cuidados intensivos, Cuidados Críticos o Reanimación. Actualmente, en España existen hospitales que han llegado o están llegando al límite de su nivel de ocupación, no solo en camas de hospitalización sino también de cuidados intensivos.

Si nos retrotraemos al nacimiento de las unidades de cuidados intensivos en el mundo, curiosamente vino ocasionado por otro virus devastador, el de la poliomielitis. Björn Ibsen nacido el 30 de agosto de 1915 en Copenhague, es considerado como el fundador de los cuidados intensivos. Se licenció en Medicina en 1940 por la Universidad de Copenhague, obtuvo el título de Especialista en Anestesiología en 1950 en el *Massachusetts General Hospital* de Boston y un año más tarde volvió a su país natal para trabajar como médico anestesiólogo^{4,5}.

En agosto de 1952, en Copenhague, la epidemia de poliomielitis estaba azotando la ciudad. Casi 3.000 afectados en 6 meses, en una población de apenas 2 millones de habi-

[☆] Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (GTIPO-SEDAR).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gerardo.aguilar@uv.es (G. Aguilar).

tantes, con más de 50 ingresos diarios en el hospital. En muchos pacientes esta enfermedad producía parálisis respiratoria, lo que la hacía todavía más mortal. Sumado a esto, únicamente contaban con 7 respiradores de presión negativa ("pulmón de acero") y 6 respiradores de tipo coraza. El 25 de agosto de 1952, en el *Blegdams Hospital*, el profesor Lassen solicitó asesoramiento al Dr. Ibsen debido a que la situación era acuciante. La primera paciente de Ibsen fue una niña de 12 años a punto de morir de poliomyelitis bulbar, a pesar de que intentaban ventilarla con un "pulmón de acero". La incapacidad para toser que provocaba la poliomyelitis hacía inefectiva este tipo de ventilación. A pesar de la reticencia de algunos, Ibsen le realizó una traqueotomía bajo anestesia local, le administró barbitúrico, le aspiró secreciones del tracto respiratorio y empezó a ventilarla manualmente con presión positiva. La niña mejoró muchísimo, pero empeoraba sustancialmente cada vez que intentaban pasarla de nuevo al "pulmón de acero"⁶. Este fue el nacimiento de la ventilación mecánica actual, la ventilación con presión positiva intermitente. Ibsen enseñó a cirujanos, anestesiólogos y estudiantes de medicina a ventilar manualmente y a aspirar secreciones⁴. Con todo ello, se consiguió reducir la mortalidad del 90 al 15%. Los pacientes fueron trasladados a 3 áreas de 35 camas cada una en el *Blegdams Hospital*. Poco después de la epidemia, ya se habían diseñado los primeros respiradores con presión positiva intermitente en Dinamarca, Inglaterra y Alemania. La primera unidad de cuidados intensivos fue puesta en marcha por el propio Ibsen en agosto de 1953 en el Hospital Municipal de Copenhague. Inicialmente fue una unidad de recuperación postquirúrgica, pero al cabo de un año Ibsen admitía pacientes críticos con cualquier patología. Médicos de todo el mundo viajaron a Copenhague a aprender de primera mano los principios de los cuidados intensivos^{4,5}.

En la actualidad, existen diversas sociedades científicas que representan a los profesionales sanitarios que trabajan diariamente en estas unidades, como la sociedad americana (*Society of Critical Care Medicine, SCCM*) o la europea (*European Society of Intensive Care Medicine, ESICM*). A nivel nacional se encuentran la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR), y la atención del paciente crítico es llevada tanto por especialistas en Medicina Intensiva como en Anestesiología y Reanimación. En cualquier caso, con independencia

de quiénes gestionen estas unidades, nuestro país dispone de profesionales de alto nivel en ambas especialidades.

Retomando el tema que nos ocupa, la enfermedad COVID-19 nos ha llevado a una situación en la que debemos plantearnos un escenario distinto al de las últimas décadas. Como el presidente de la SEDAR manifestaba recientemente: "no es el momento de reivindicaciones corporativas, sino de usar de forma racional, todos los recursos y las competencias de todos los especialistas. Por este motivo, la SEDAR aconseja encarecidamente a los directivos sanitarios la gestión y utilización de todos los recursos materiales disponibles en nuestros hospitales, que habitualmente se emplean bajo la responsabilidad de los Servicios de Anestesiología y Reanimación. Estos recursos van más allá de las Unidades de Críticos o de Reanimación, e incluyen Unidades de Recuperación Postanestésica (URPA) y Áreas Quirúrgicas, cuyo uso permitirá multiplicar la asistencia de calidad a los pacientes críticos".

Por lo tanto, especialistas en Medicina Intensiva y en Anestesiología y Reanimación: es el momento de estar más unidos que nunca.

#JuntosPodemosLograrlo.

Bibliografía

1. Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. [Consultada el 5 de abril de 2020].
2. Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19. Información actualizada sobre el brote. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/home.htm> [Consultada el 5 de abril de 2020].
3. Montero Feijoo A, et al. Practical recommendations for the perioperative management of the patient with suspicion or serious infection by coronavirus SARS-CoV-2. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2020, <https://doi.org/10.1016/j.redar.2020.03.003>.
4. Reisner-Sénélar L. The birth of intensive care medicine: Björn Ibsen's records. *Intensive Care Med.* 2011;37:1084-6, <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2235-z>.
5. Berthelsen PG, Cronqvist M. The first intensive care unit in the world: Copenhagen 1953. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2003;47:1190-5, <https://doi.org/10.1046/j.1399-6576.2003.00256.x>.
6. The Anaesthetist's Viewpoint on the Treatment of Respiratory Complications in Poliomyelitis During the Epidemic in Copenhagen, 1952. *Proc R Soc Med.* 1954; 47(1): 72-74. PMID: 13134176.