

CARTAS CIENTÍFICAS

Experiencia de una unidad de urgencias de cirugía durante la pandemia provocada por el SARS-CoV-2

Experience of an emergency surgery department during the pandemic caused by SARS-CoV-2 infection

Xavier Morales, Víctor Turrado, Borja de Lacy, Amelia Hessheimer, Constantino Fondevila, Antonio M. de Lacy

La epidemia generada por el SARS-CoV-2 ha dibujado un escenario totalmente nuevo en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). Mientras que las áreas de medicina quedaban prácticamente colapsadas, aquellas otras destinadas a atender pacientes potencialmente quirúrgicos sufrían una significativa disminución del número de casos¹. El hecho de que los pacientes con enfermedad quirúrgica aguda eviten acudir a los SUH hace que estos puedan tener un aumento de complicaciones, con el consecuente aumento de morbimortalidad asociado^{2,3}. El objetivo de este trabajo es analizar la actividad en el área de urgencias quirúrgicas al inicio de la pandemia originada por el SARS-CoV-2 (PERIODO-20) y compararla con el mismo periodo de tiempo del año 2019 (PERIODO-19).

Se trata de un estudio observacional y retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel con un SUH que atiende una población de unos 540.000 habitantes. El área de urgencias quirúrgicas es un área de primera visita donde se atienden aquellos pacientes con enfermedad potencialmente quirúrgica, independientemente de la especialidad. Los datos recogidos corresponden a 2 periodos de tiempo: PERIODO-19 (de 16/3/2019 a 19/04/2019) y PERIODO-20 (de 16/03/2020 a 19/04/2020). Se analizan las siguientes variables: código de visita (Medicina, Cirugía, Traumatología, etc.), variables demográficas, número de ingresos, número de visitas por día y códigos de diagnóstico al alta. Por lo que respecta a los diagnósticos, estos se han dividido en 2 grupos: 1) grupo donde se recogen aquellos pacientes con enfermedades potencialmente más graves o que precisarán una intervención quirúrgica (como apendicitis, enfermedad biliar, hemorragias digestivas, obstrucciones intestinales, entre otras) y 2) otro grupo con enfermedad más banal (dolor abdominal inespecífico, gastritis, cólicos nefríticos, infecciones partes blandas, entre otros). Para el estudio estadístico se ha utilizado el test de la ji cuadrado y de la T-Student para las variables categóricas y para las numéricas, respectivamente. Las variables continuas se expresan como mediana y rango intercuartil (RIC). El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 20.0. El estudio fue aprobado por el

Comité de Ética del Hospital Clínic de Barcelona.

En el PERIODO-19 fueron atendidos en el SUH 9.751 pacientes, de los que un 12,8% (1.255) correspondían al área de urgencias de cirugía. Durante el PERIODO-20, se objetivó un descenso global del 49,7% en las visitas al SUH, y este descenso fue más acusado en el área de cirugía (-71,2%; n = 374) (Figura 1). En ambos periodos, la mayoría de los pacientes fueron varones y se apreció un incremento porcentual en el PERIODO-20 (56% frente a 62%, p < 0,05). Asimismo, la mediana de edad en este mismo periodo fue superior a la del PERIODO-19 [61 años (RIC 34) frente a 51 años (RIC 35), p < 0,05]. En relación a los diagnósticos, en el PERIODO-20 se atendieron menos pacientes con enfermedad grave o potencialmente quirúrgica (-155). Sin embargo, el porcentaje que estos representan sobre el total de pacientes visitados fue mayor que en el PERIODO-19: 27,5% frente a 20,5% (Tabla 1). Paralelamente, los ingresos hospitalarios disminuyeron claramente en número durante el PERIODO-20, aunque también aumentó su incidencia respecto al total de visitas (15,8% de ingresos a un 21,9%). Algo muy parecido pasó con las intervenciones quirúrgicas (Tabla 1). En el subgrupo de pacientes con enfermedad potencialmente grave, se observa una tendencia a un incre-

mento de incidencia durante el PERIODO-20, como es el caso de la hemorragia digestiva (15,5% frente a 11,2%), hernias (8,7% frente a 6,6%) y obstrucción intestinal (9,7% frente a 6,6%). Este incremento es especialmente evidente en las infecciones intraabdominales (5,8% frente a 1,6%, p < 0,05). Hay que reseñar, sin embargo, dos excepciones como son el caso de los traumatismos abdominales, en los cuales se evidenció una tendencia al descenso, y las apendicitis agudas, que a pesar de ser la primera enfermedad quirúrgica por número de pacientes, disminuyó su peso específico en el SU, pasando de un 13,2% a un 5,8% (34 a 6 casos; p < 0,05) (Tabla 2).

El análisis de estos resultados muestra que la masiva afluencia de pacientes con síntomas compatibles con la infección COVID-19 al SUH ha escondido otra realidad igualmente preocupante: la falta de consulta de pacientes con otras enfermedades, especialmente las quirúrgicas^{4,5}. Esto podría traducirse en diagnósticos más tardíos y aumento de la morbimortalidad de las mismas⁶. Esta hipótesis deberá ser evaluada y confirmada a medida que aparezcan más estudios.

En nuestra experiencia hemos observado que el hecho de que el porcentaje de pacientes potencialmente graves haya aumentado durante el

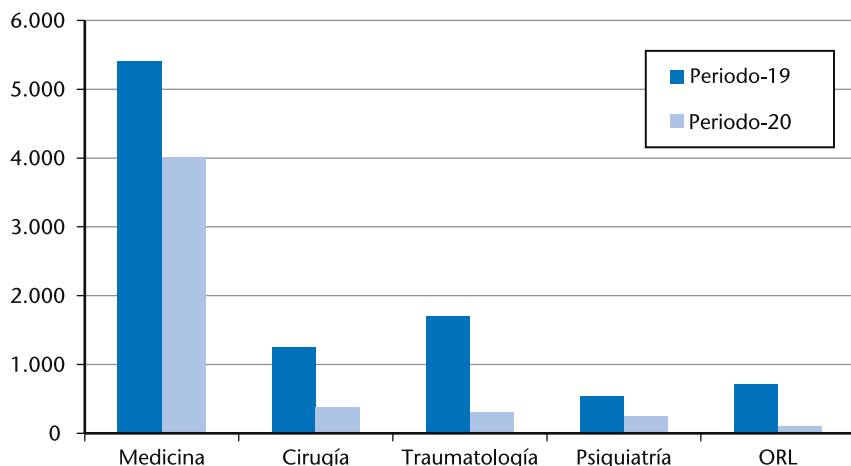


Figura 1. Frecuencia de visitas en el servicio de urgencias según especialidades.

Tabla 1. Variables analizadas en los pacientes atendidos en la unidad de urgencias de cirugía en función de los periodos del estudio

	Periodo-19 N = 1.255 n (%)	Periodo-20 N = 376 n (%)	p
Edad [mediana (rango intercuartil)]	51 (35)	61 (34)	0,05
Sexo			0,034
Hombre	707 (56,3)	235 (62,5)	
Mujer	548 (43,7)	141 (37,5)	
Enfermedad grave	258 (20,6)	103 (27,4)	0,036
Enfermedad banal	996 (79,4)	273 (72,6)	0,036
Cirugías urgentes	108 (8,6)	27 (7,1)	0,46
Ingresos hospitalarios	199 (15,8)	78 (22,9)	0,027

Tabla 2. Pacientes atendidos en la unidad de urgencias de cirugía con diagnósticos al alta considerados potencialmente graves o quirúrgicos

	Periodo-19 n (%)	Periodo-20 n (%)	P
Hemorragia digestiva baja	20 (11,2)	16 (15,5)	ns
Apendicitis	34 (13,2)	6 (5,8)	< 0,05
Diverticulitis	13 (5,0)	4 (3,9)	ns
Hernia	17 (6,6)	9 (8,7)	ns
Infección intraabdominal	4 (1,6)	6 (5,8)	< 0,05
Obstrucción intestinal	17 (6,6)	10 (9,7)	ns
Enfermedad biliar	68 (26,4)	24 (23,3)	ns
Proctología	62 (24,0)	21 (20,4)	ns
Trastornos vasculares abdominales	5 (1,9)	1 (1,0)	ns
Traumatismo	4 (1,6)	0 (0,0)	ns
Tumores intestinales	5 (1,9)	6 (5,8)	ns

ns: no significativo.

PERIODO-20 se debe principalmente a una disminución en las visitas por enfermedad banal, especialmente en gente joven. Sin embargo, también un buen número de los considerados graves han dejado de venir. En este sentido, resulta especialmente llamativo el descenso de pacientes diagnosticados de apendicitis aguda durante este periodo. Entre las posibles explicaciones para ello se barajan, por un lado el cambio de hábitos y dieta (efecto secundario del confinamiento), y por otro, la adopción de tratamientos conservadores, ya sea por indicación médica o por iniciativa propia.

Varias son las causas que justifican la menor afluencia de pacientes al SUH y todas ellas se fundamentan básicamente en el miedo a ser contagiados por el SARS-CoV-2. Esta idea seguramente fue reforzada por las noticias y las imágenes de hospitales colapsados con pacientes graves, lo que motivaba la desconfianza de poder

recibir un tratamiento adecuado en caso de presentar otra enfermedad. Asimismo, hay que tener en cuenta la desorientación de muchos pacientes acerca de si los hospitales se habían convertido en centros donde se atendía únicamente pacientes COVID-19, debiendo el resto buscar alternativas como la asistencia telefónica, en atención primaria o, en última instancia, la automedicación. Otro factor a tener en cuenta ha sido el del distanciamiento social. Muchos pacientes no acudieron a su centro hospitalario o bien acudieron tarde debido a que no tenían medios para poder venir.

Por todo ello, conocer y analizar los acontecimientos sucedidos debe servir para mejorar la asistencia a los pacientes en caso de aparición de nuevos brotes⁷. Se han propuesto varias medidas para evitar que aquellos pacientes que no acudieron al SUH en un primer momento no vuelvan a quedar al margen de una adecuada

atención sanitaria. Entre ellas, crear circuitos claramente independientes para pacientes con sintomatología respiratoria y fiebre y aquellos que no la presenten, en base a un triaje sistemático, y en segundo lugar, una correcta campaña de información de los propios centros hospitalarios, donde se comunique la situación real en cuanto a la capacidad de admisión del centro, de los recursos disponibles y de las medidas específicas adoptadas para evitar los contagios⁸. Asimismo, y en el ámbito de la atención primaria, se debería potenciar la formación para poder realizar un triaje eficiente de los pacientes quirúrgicos, ya sea de forma telemática o presencial⁹.

Bibliografía

- 1 Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020;323:1239-42.
- 2 Wong LE, Hawkins JE, Langness S, Murrell KL, Iris P, Sammann A. Where are all the patients? Addressing Covid-19 fear to encourage sick patients to seek emergency care. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery* 2020. (Consultado 14 Julio 2020). Disponible en: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0193>
- 3 Slim K, Zezian J. Urgent digestive surgery, a collateral victim of the COVID-19 crisis? *J Visc Surg*. 2020;157:S5-S6.
- 4 De Rosa S, Spaccarotella C, Basso C, Calabrò MP, Curcio A, Perrone P, et al. Reduction of Hospitalizations for Myocardial Infarction in Italy in the COVID-19 Era. *Eur Heart J*. 2020;41:2083-8.
- 5 Schmiderer A, Schwaighofer H, Niederreiter L, Profanter C, Steinle H, Ziachehabi A, et al. Decline in acute upper gastrointestinal bleeding during Covid-19 pandemic after lockdown in Austria. *Endoscopy*. 2020;52:1036-8.
- 6 Patriti A, Baiocchi GL, Catena F, Marini P, Catarci M. Emergency general surgery in Italy during the COVID-19 outbreak: first survey from the real life. *World J Emerg Surg*. 2020;15:36.
- 7 Castro R, Arcos P. El análisis de la capacidad de respuesta sanitaria como elemento clave en la planificación ante emergencias epidémicas. *Emergencias*. 2020;32:157-9.
- 8 Cervellin G, Mora R, Ticinesi A, Meschi T, Comelli I, Catena F, et al. Epidemiology and outcomes of acute abdominal pain in a large urban Emergency Department: retrospective analysis of 5,340 cases. *Ann Transl Med*. 2016;4:362.
- 9 Greenhalgh T, Choon Huat KG, Josip C. Covid 19: a remote assessment in primary care *BMJ*. 2020;368:m1182

Filiación de los autores: Servicio de Cirugía Gastrointestinal, Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática, Hospital Clínic, Barcelona, España.

Correo electrónico: xavierms71@gmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de interés en relación al presente artículo.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Clínic de Barcelona.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.

Editor responsable: Agustín Julián-Jiménez.

Correspondencia: Xavier Morales. Servicio de Cirugía Gastrointestinal. Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática. Hospital Clínic. Villarreal, 170. 08036 Barcelona, España.