CIR ESP. 2020;98(Espec Congr 1):701

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

O-255 - CIRUGÍA ONCOLÓGICA DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. ¿ES SEGURO MANTENER LA ACTIVIDAD?

Castanedo Bezanilla, Sonia; Toledo Martínez, Enrique; Calleja Hermosa, Paola; Jimeno Fraile, Jaime; Gómez Ruiz, Marcos; Anderson, Edward Joseph; Gutiérrez Baños, José Luis; Rodríguez Sanjuan, Juan Carlos

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Objetivos: Numerosas asociaciones han recomendado la reducción de cirugía oncológica durante la pandemia por SARS-CoV-2, debido al aumento de riesgo para los pacientes, aunque retrasarla podría suponer una progresión de la enfermedad. Nuestra hipótesis es que es seguro mantener la cirugía oncológica, en pacientes sin infección activa, siempre que en el hospital sea posible establecer circuitos separados para pacientes infectados y no infectados. El objetivo es analizar la seguridad de la cirugía oncológica, en términos de morbimortalidad e infección por SARS-CoV-2 durante la pandemia.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, incluyendo todos los pacientes intervenidos por patología oncológica digestiva, urológica y mamaria entre el 1 de marzo-30 de abril de 2020 (grupo 1), comparándolos con el mismo periodo de 2019 (grupo 2).

Resultados: Se incluyeron 174 pacientes (grupo 1) y 119 pacientes (grupo 2). En los pacientes del grupo 1, la infección por SARS-CoV-2 se descartó inicialmente por historia clínica, y desde el 23 de marzo por PCR. 1 paciente presentó PCR positiva, retrasando su intervención y excluyéndose del análisis. La tabla muestra las características de los grupos. En cuanto a las complicaciones postoperatorias, el grupo 1 presentó un Comprehensive Complication Index (CCI) medio de 7,3 vs 6,9 en el grupo 2. En el análisis multivariable se observó que la realización de cirugía en 2020

0009-739X © 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados

no influía significativamente en el desarrollo de complicaciones -estimadas globalmente con el CCI- al igual que el índice de co-morbilidad de Charlson, BMI, edad o quimioterapia preoperatoria. Sólo influía el grado de complejidad de la intervención de manera independiente. La cirugía mínimamente invasiva no se asoció a un mayor riesgo de complicaciones. La mortalidad en los primeros 30 días postoperatorios fue de 2,3% en el grupo 1 frente a 0 en el grupo 2. De los pacientes fallecidos en el grupo 1, uno fue dado de alta sin complicaciones, y reingresó por neumonía bilateral con PCR (+) para SARS-CoV-2, y otro murió en el mismo ingreso por un distrés respiratorio, realizándose 2 test PCR y serologías negativas. Analizando la presencia de infección por SARS-COV-2, solo hubo un caso confirmado, que finalmente falleció, aunque no pudo determinarse si el contagio se produjo tras el alta hospitalaria. Por tanto, existe un único caso confirmado de infección (0,94%).

		2019	2020
Edad (σ)		64,7 (12)	66,8 (13,7)
Sexo	Varón	68 (57,1%)	118 (67,8%)
	Mujer	51 (42,9%)	56 (32,2%)
Charlson (σ)		5,6 (2,6)	5,3 (2,1)
IMC (σ)		26,4 (4,2)	27 (4,7)
Quimioterapia previa		20 (16,8%)	16 (15,1%)
C. mínimamente invasiva		74 (62,2%)	125 (73,5%)

Conclusiones: En nuestro estudio, no se evidencia mayor morbilidad en estos pacientes que en el mismo periodo del año anterior, con un solo caso confirmado de infección por SARS-CoV-2. Por tanto, la cirugía oncológica puede realizarse de forma segura, siempre que sea posible mantener circuitos separados y bien establecidos para pacientes con y sin infección por SARS-CoV-2.

0009-739X © 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados