



Cartas al Director

Respuesta a «Encuesta nacional sobre el tratamiento de la colestiasis en España durante la fase inicial de la pandemia por COVID-19»



Response to «National survey on the treatment of cholecystectomy in Spain during the initial period of the COVID-19 pandemic»

Sr Director:

Tras leer con interés el artículo publicado por Ielpo et al.¹ acerca de la encuesta nacional sobre el tratamiento de la colestiasis y la colecistitis aguda durante la fase inicial de la pandemia por COVID-19 nos gustaría compartir nuestra experiencia.

Al igual que en el 96,7% de los centros incluidos en la encuesta, en el nuestro también fueron suspendidas las colecistectomías electivas. Para analizar el manejo de los pacientes con colecistitis aguda se realizó un estudio retrospectivo observacional comparando los casos diagnosticados durante un periodo anterior a la pandemia, del 12 de marzo al 12 de mayo de 2019 (periodo 1), con los de la fase inicial de la pandemia por COVID-19, del 12 de marzo al 12 de mayo de 2020 (periodo 2).

La serie se compone de 16 pacientes, 13 pertenecientes al grupo 1 y 3 al grupo 2. La distribución en cuanto a edad y sexo fue similar en ambos grupos, con una edad media de 71,92 años en el grupo 1 y de 62,33 años en el grupo 2 (rangos: 35-94 y 54-78 años, respectivamente) con una relación varón:mujer de 2,25:1 y 2:1, respectivamente. El índice de comorbilidad de Charlson medio en el grupo 1 fue de 4,54 frente al 2,33 en el grupo 2, sin diferencias estadísticamente significativas. Ningún paciente fue diagnosticado de COVID-19 pre ni postoperatoriamente.

Según los criterios de gravedad de las guías de Tokyo², en el primer grupo 4 pacientes presentaron una colecistitis leve, 8 moderada y uno grave. En el grupo 2 hallamos un paciente con colecistitis moderada y 2 casos graves. Solamente hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar los casos graves entre ambos grupos ($p = 0,018$).

El abordaje laparoscópico fue el empleado en todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente (11 en el grupo 1 y todos en el grupo 2), siendo necesaria la conversión en una ocasión en ambos grupos. Los restantes 2 casos del grupo 1 se trataron mediante colecistostomía y antibioticoterapia. La estancia media fue de 6,2 y 6,6 días, respectivamente.

En conclusión, el número de pacientes diagnosticados de colecistitis aguda en nuestro centro durante fase inicial de la pandemia mundial por SARS-CoV-2 se redujo un 81,25%. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en cuanto al índice de Charlson ni a la gravedad según las guías de Tokyo, lo que atribuimos a que se trata de una muestra pequeña. El manejo de nuestros pacientes no cambió, optando por tratamiento quirúrgico en todos los pacientes del grupo 2, adoptando las medidas preventivas recomendadas por la AEC³. No obstante, el tratamiento conservador debe ser valorado en casos con infección sospechosa o confirmada por SARS-CoV-2 debido al riesgo de una evolución posquirúrgica desfavorable⁴.

BIBLIOGRAFÍA

- Ielpo B, Prieto M, Ortega I, Balibre JM, Rubio-Pérez I, Juvany M, et al. Encuesta nacional sobre el tratamiento de colestiasis en España durante la fase inicial de la pandemia por COVID-19. *Cir Esp*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.07.001>.
- Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018: Diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018;25:41-54.
- Aranda-Narváez JM, Tallón-Aguilar L, Pareja-Ciuró F, Martín-Martín G, González-Sánchez AJ, Rey-Simó I, et al. Atención de

la urgencia quirúrgica durante la pandemia COVID-19. Recomendaciones de la Asociación Española de Cirujanos. *Cir Esp.* 2020;98:433-41.

4. CovidSurg Collaborative. Mortality and pulmonary complications in patients undergoing surgery with perioperative SARS-CoV-2 infection: An international cohort study. *Lancet.* 2020;396:27-38.

Pedro López Morales^{a,*}, Miguel Ruiz Marín^{a,b},
Clara Giménez Francés^a
y Antonio Albarracín Marín-Blázquez^{a,b,c}

^aServicio de Cirugía General, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

^bFacultad de Medicina, Universidad Católica San Antonio, Murcia, España

^cCátedra de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Católica San Antonio, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pedro.lopez6@hotmail.com
(P. López Morales).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.02.007>
0009-739X/

© 2021 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Réplica a carta al director

Reply to editor letter



Estimado Editor:

Agradecemos su oportunidad de poder comentar la carta al editor de la Dra. Clara Giménez Francés et al. respecto a nuestro reciente artículo publicado sobre el tratamiento de la coledocistitis y la colecistitis aguda durante la fase inicial de la pandemia por COVID-19¹.

Esta carta representa una ocasión interesante para discutir sobre los resultados de nuestra encuesta.

No obstante, la carta se basa en una casuística pequeña donde el uso de la estadística tiene que ser sopesado, así como sus conclusiones. La experiencia presentada por el Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia confirma la tendencia observada por la gran mayoría de los centros españoles de suspender durante la primera fase de pandemia la cirugía de la colecistectomía electiva, tal como hemos objetivado en nuestro artículo². Como estamos viendo en las fases sucesivas de la pandemia, el efecto de esta estrategia ha aumentado de forma importante la lista de espera para el tratamiento quirúrgico de la coledocistitis. El resultado de una lista de espera quirúrgica prolongada pospandemia para tratar la coledocistitis no debería transformarse en un empeoramiento de la calidad de vida de estos pacientes.

Es imprescindible que los gestores actúen de forma rápida y eficaz para solucionar este problema, destinando más recursos a la reanudación de la actividad quirúrgica con las máximas garantías de seguridad para pacientes y profesionales.

La serie presentada en la carta al editor describe que, contrariamente a la tendencia descrita por nuestra encuesta

nacional, se ha ofrecido tratamiento quirúrgico urgente a todos los pacientes (3), que durante la fase de pandemia acudieron por colecistitis aguda. Aunque en formato de encuesta, nuestro artículo expone una situación que luego se ha confirmado en publicaciones posteriores incluyendo mayores números de casos^{3,4}. Creemos que es interesante el dato expuesto por la carta de López Morales et al. que durante la fase de pandemia (grupo 2), 2 meses, solamente 3 pacientes acudieron a urgencia por colecistitis aguda. Este dato va en consonancia con los de nuestro estudio nacional donde un 98% de los encuestados han notado una reducción de los accesos a urgencia por colecistitis aguda, descendiendo incluso de > 50% en el 34% de las respuestas.

La encuesta realizada durante la pandemia ha sido también una ocasión para resaltar algunas criticidades que existen aún en el manejo de la coledocistitis en nuestro medio. Por ejemplo, la necesidad de implementar la colecistectomía programada en régimen de cirugía mayor ambulatoria, que según nuestra encuesta es una práctica poco extendida, realizada habitualmente solo en el 38% de los centros. Su incremento podría contribuir a la mejora de la asistencia sanitaria durante la pandemia actual.

BIBLIOGRAFÍA

- Giménez Francés C, Ruiz Marín M, López Morales P, Albarracín Marín-Blázquez A. Respuesta a: Encuesta nacional sobre el tratamiento de la apendicitis aguda en España durante la fase inicial de la pandemia por COVID-19. *Cir Esp.* 2021;99:168-9.

Véase contenido relacionado en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.10.019>