



Carta científica

Impacto del confinamiento por la COVID-19 en la actividad asistencial de cirugía plástica en el servicio de urgencias



COVID-19 lockdown impact on plastic surgery activity in the emergency department

Sr. Editor:

La irrupción de la pandemia de coronavirus SARS-CoV-2, el confinamiento domiciliario decretado el 14 de marzo de 2020¹ y la necesidad de reestructuración de los recursos ha supuesto un fuerte impacto en las distintas especialidades².

Con el objetivo de conocer el impacto del confinamiento durante la epidemia de la COVID-19 en las urgencias de cirugía plástica hemos diseñado un estudio observacional descriptivo transversal. Los datos fueron recopilados por 3 cirujanos miembros del servicio de cirugía plástica de la base de datos Diraya procedentes de pacientes atendidos por cirugía plástica en el servicio de urgencias (hospital terciario referencia para 921.000 personas) desde el 16 de marzo al 26 de abril de 2020 (6 semanas de confinamiento) para compararlos con los pacientes atendido en las mismas fechas del año 2019. Se consideró desde el 18 de marzo al 28 de abril de 2019 para comparar semanas naturales. Se excluyeron los pacientes en edad pediátrica. Se obtuvo las variables edad, sexo, motivo de consulta (tabla 1), requerimiento de procedimiento especializado (ingreso/intervención) y tiempo en recibirlo (<24 h o >24 h). Motivos de consulta: menos de 5 pacientes fueron clasificados como «OTROS».

Las variables cuantitativas se expresaron con la mediana (percentil 25-percentil 75) y las variables cualitativas mediante número absoluto y porcentaje. Se ha utilizado el test de U Mann-Whitney para comparar variables cuantitativas y la Chi-cuadrado para variables cualitativas. Para analizar la frecuentación se ha agrupado los datos diarios en 6 semanas de 2019 y sus correspondientes en 2020 y se ha utilizado un modelo generalizado de Poisson para comparar la incidencia semanal entre periodos. Para facilitar la interpretación, hemos transformado los coeficientes en términos de riesgo junto con sus intervalos de confianza. Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico «R» con la aplicación «Rcmdr». Se consideró estadísticamente significativo (es) $p = 0,05$.

Seiscientos cuarenta y ocho pacientes fueron incluidos en el estudio (35,8% mujeres, 47,0 [29,0-65,75] años de edad). Cuatrocientos cincuenta y siete fueron atendidos en el período de 2019 y 191 en el de 2020. Los pacientes atendidos en 2020 fueron más jóvenes (42,0 [27,0-60,0] años; $p = 0,04$). No se constataron diferencias referidas al sexo (tabla 1). La frecuencia relativa de las heridas en miembro superior e inferior varió durante el confinamiento (tabla 1). No se obtuvieron diferencias significativas en «requerimiento de ingreso/intervención quirúrgica» (16 vs. 17,3%) ni en tiempos de demora (tabla 1). El número de pacientes atendidos durante el confinamiento fue 3,55 (3,35-6,6) pacientes/semana por 100.000 habitantes por 8,35 (8,00-8,78) en el periodo de 2019 ($p = 0,008$) con riesgo relativo (RR) = 0,42 (0,25-0,68).

Una de las posibles explicaciones para la importante disminución en el número de pacientes atendidos a la semana es la reducción de los mecanismos causales debido a la restricción

Tabla 1
Resultados estadísticos

	Total n = 648	2019 n = 457	2020 n = 191	Valor de p
Edad	47,0 (29,0-65,75)	49,0 (29,0-67,0)	42,0 (27,0-60,0)	$p = 0,04$
Sexo (mujeres); n (%)	232 (35,8)	155 (33,9)	77 (40,3)	$p = 0,12$
Pacientes/100.000 habitantes. semana	5,5 (3,57-8,32)	8,35 (8,00-8,78)	3,55 (3,35-6,68)	$p = 0,0008^a$
Herida simple mano; n (%)	179 (27,6)	115 (25,2)	64 (33,5)	$p = 0,03$
Lesión tendinosa/nerviosa/ósea; n (%)	41 (6,3)	26 (5,7)	15 (7,9)	$p = 0,3$
Herida miembro superior no mano; n (%)	31 (4,8)	22 (4,8)	9 (4,7)	$p = 1$
Herida miembro inferior; n (%)	52 (8)	43 (9,4)	9 (4,7)	$p = 0,045$
Fractura nasal; n (%)	26 (4)	22 (4,8)	4 (2,1)	$p = 0,108$
Herida en cara; n (%)	131 (20,2)	95 (20,8)	36 (18,8)	$p = 0,575$
Herida en cuero cabelludo; n (%)	63 (9,7)	46 (10,1)	17 (8,9)	$p = 0,648$
Quemadura leve; n (%)	42 (6,5)	28 (6,1)	14 (7,3)	$p = 0,571$
Quemadura moderada o grave; n (%)	14 (2,2)	7 (1,5)	7 (3,7)	$p = 0,089$
Amputación punta del dedo; n (%)	11 (1,7)	9 (2)	2 (1)	$p = 0,407$
Mordedura de perro; n (%)	12 (1,9)	7 (1,5)	5 (2,6)	$p = 0,35$
Otros; n (%)	46 (7,1)	37 (8,1)	9 (4,7)	$p = 0,126$
Más de 24 h en recibir tratamiento especializado; n (%)	19 (2,9)	14 (3,1)	5 (2,6)	$p = 0,759$

^a Datos comparados con el modelo generalizado de poisson.

de movilidad. Otra posible explicación es el miedo al contagio. Sin embargo, no hemos hallado diferencias en la proporción de pacientes que requirieron ingreso/intervención quirúrgica, dato que sugiere que no ha habido un aumento del umbral de gravedad para acudir a urgencias como se ha evidenciado en otras disciplinas³. En referencia a la edad de los pacientes existe un descenso estadísticamente significativo durante la pandemia, no pudiendo descartar que los pacientes de edad avanzada hayan consultado menos por miedo al contagio.

Durante el confinamiento, aumentó en términos relativos el porcentaje de heridas en mano y disminuyó el porcentaje de heridas en miembros inferiores y fracturas nasales. Los hallazgos podrían justificarse por una mayor exposición a accidentes domésticos⁴ y una disminución de los accidentes de tráfico y deportivos⁵.

No encontrar diferencias en el porcentaje de pacientes que recibieron atención especializada ni demoras en la misma, sugiere que en nuestro centro no se identificaron retrasos en la atención especializada derivados de los protocolos desarrollados para la pandemia.

Como limitaciones del trabajo destacar que los datos fueron recogidos de un área con una seroprevalencia de COVID media, si bien gran parte de los mismos pueden ser generalizables, otros, variarán con la prevalencia de la infección.

En resumen, la COVID-19 ha repercutido en el número de urgencias atendidas por parte del servicio de cirugía plástica, disminuyendo a menos de la mitad. Estos datos pueden ser importantes para planificar la asistencia urgente en posibles futuros rebrotes, o en países donde aún no haya irrumpido la pandemia.

Responsabilidades éticas

Todos los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes.

Financiación

Los autores declaran la no existencia de financiación en relación al artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses en relación con el artículo.

Bibliografía

1. Ministerio de la Presidencia relaciones con las cortes y memoria democrática. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE no 67 de 14 de marzo de 2020. Boletín of del Estado. 2020;67(1): 25390-25400.
2. García S, Albaghdadi MS, Meraj PM, Schmidt C, Garberich R, Jaffer FA, et al. Reduction in ST-Segment Elevation Cardiac Catheterization Laboratory Activations in the United States during COVID-19 Pandemic. *J Am Coll Cardiol*. 2020;75:2871–2.
3. Guo H, Zhou Xia Y, Liu X, Tan J. The impact of the COVID-19 epidemic on the utilization of emergency dental services. *J Dent Sci*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jds.2020.02.00>.
4. Ihekire O, Salawu SAI, Opadele T. International surgery: Causes of hand injuries in a developing country. *Can J Surg*. 2010;53:161–6.
5. Ytterstad B. The Harstad injury prevention study: The epidemiology of sports injuries: An 8 year study. *Br J Sports Med*. 1996;30:64–8.

Oriol Cases-Perera^{a,*}, Jose Losilla-Rodríguez^a y Ricardo Rivera-Lopez^{b,c}

^a Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^b Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^c Instituto de Investigación Biosanitaria, ibs.GRANADA, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: oricases101@gmail.com (O. Cases-Perera).

<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.08.006>

0025-7753/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Relación entre la gravedad de la infección Covid-19 y el estado vacunal. Resultados de una encuesta anónima entre médicos de atención primaria



Relationship between MMR vaccination and severity of Covid-19 infection. Survey among primary care physicians

Sr. Editor:

Los primeros estudios epidemiológicos sobre el Covid-19 destacaron una baja morbimortalidad entre niños y adultos jóvenes. Diferentes hipótesis han especulado sobre el efecto protector frente al Covid-19 que ejerce una inmunidad entrenada por diferentes vacunas, entre las que se incluyen la vacunación con el *Bacilo de Calmette-Guerin* (BCG)¹, con las vacunas de la hepatitis A, la polio y con la triple vírica (sarampión, parotiditis y rubéola)².

Con el objetivo de caracterizar mejor la relación entre el estado de vacunación y la gravedad del Covid-19, diseñamos un estudio descriptivo y observacional basado en una encuesta anónima cuya muestra poblacional incluyera a médicos de atención primaria que ejercieron en Madrid durante la primera ola de la pandemia.

Recalamos que se realizó una encuesta anónima, confidencial, sin patrocinio e independiente, motivo por el cual no fue necesaria su evaluación por un Comité de Ética. Se remitió una invitación a cada médico a través de WhatsApp® con un enlace a la plataforma de encuestas SurveyMonkey®, del 20 de abril al 10 de mayo de 2020. La encuesta incluyó preguntas sobre demografía, el estado de vacunación (triple vírica, BCG y de la hepatitis B como control), el tipo de exposición, el método de diagnóstico empleado en los contagiados y la gravedad de la infección por SARS-CoV-2. La asociación entre las variables relacionadas con el estado vacunal, la infección por el virus y la gravedad del Covid-19 se analizó mediante la prueba de chi-cuadrado.

La información fue recopilada de las 208 respuestas a la encuesta de los médicos de atención primaria y urgencias participantes, de los cuales 148 fueron mujeres, con una edad media de 47,15 (± 9,39) años, y un rango entre 29 y 65 años. Los resultados más relevantes de la encuesta se resumen en la [tabla 1](#).

Tras analizar los resultados destacamos que no había diferencias significativas en la tasa de infección por el SARS-CoV-2 para cualquiera de las vacunas. Sin embargo, encontramos diferencias estadísticamente significativas con la gravedad de Covid-19 y la vacunación con la triple vírica (p=0,013). La vacuna triple vírica