



Alerta Bibliográfica sobre SARS-COV-2

cirugía AEC
COVID

Boletín 10- Agosto 2021

ÍNDICE

Información sobre la COVID desde el punto de vista médico.....página 2

- *Para salir del aislamiento ¿es necesario tener una PCR negativa en todos los casos?*
- *Las vacunas frente a la variante Delta.*
- *Tratamiento para la neumonía.*
- *La COVID-19: factor de riesgo para el IAM y el accidente cerebrovascular isquémico.*
- *Daño pulmonar en pacientes con neumonía grave.*
- *Inmunidad adquirida con las vacunas, ¿será necesario la tercera dosis?*
- *Anticuerpos monoclonales.*
- *Anticoagulación profiláctica ¿sí o no?*
- *Cuando saltarse las normas puede salvar vidas.*

Información sobre la COVID desde el punto de vista quirúrgico.....página 9

- *¿Cómo ha influido la pandemia en la actividad quirúrgica, en la morbilidad y en la mortalidad?*
- *Los efectos de la pandemia sobre el estadio oncológico en la cirugía del cáncer: No hay una evidencia clara de estadios más avanzados y se precisa un mayor periodo de observación.*

Autores: García-Botella A, Guirao X, Bouza E y grupo Cirugía-AEC-Covid.

Documento de alertas bibliográficas elaborado por grupo Cirugía-AEC-Covid, en colaboración con Fundación en Ciencias de la Salud y con el CC del ICOMEM.

ISSN 2660-6321

INFORMACIÓN SOBRE LA COVID DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO

PARA SALIR DEL AISLAMIENTO ¿ES NECESARIO TENER UNA PCR NEGATIVA EN TODOS LOS CASOS?

1. Tarhini H, Recoing A, Bridier-Nahmias A, Rahi M, Lambert C, Martres P, et al. **Long term SARS-CoV-2 infectiousness among three immunocompromised patients: from prolonged viral shedding to SARS-CoV-2 superinfection.** J Infect Dis. 2021. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiab075> *Comentado Dr. Bouza.*

En pacientes con infección por SARS-COV-2, el tiempo de eliminación de virus viable, sigue siendo un elemento en discusión y al que hay que añadir frecuentes matices. En general, aceptamos que un tiempo de evolución de la enfermedad desde el diagnóstico mayor de 10 días y una PCR negativa o con un Ct mayor de 30 son criterios para confiar en la no viabilidad viral y permiten suspender el aislamiento del paciente. Como toda regla, esta tiene sus excepciones y los autores del presente artículo presentan algunas.

Los autores describen a tres pacientes profundamente inmunocomprometidos, cada uno de ellos con una evolución clínica diferente, pero con una circunstancia común, la larga persistencia en el tiempo de eliminación de virus viable.

Uno de los casos estaba infectado pero asintomático, otro paciente sintomático evolucionó hacia una resolución de los síntomas y un tercero se sobreinfectó con una segunda cepa de SARS-CoV-2. Los tres pacientes tuvieron una excreción viral infecciosa prolongada durante varios meses. En los virus aislados de los pacientes se produjeron con frecuencia mutaciones virales.

Todo esto viene a decir que en pacientes con importante inmunodepresión no puede asumirse una eliminación viral rápida ni recomendarse una suspensión del aislamiento en base a una buena evolución tras un periodo breve de tiempo. Estos pacientes no deben desaislarse sin una PCR negativa.

LAS VACUNAS FRENTE A LA VARIANTE DELTA

2. Lopez Bernal J, Andrews N, Gower C, Gallagher E, Simmons R, Thelwall S, et al. **Effectiveness of Covid-19 Vaccines against the B.1.617.2 (Delta) Variant.** N Engl J Med. 2021. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2108891> *Comentado Dr. Bouza.*

Los autores de este trabajo evalúan la eficacia de las vacunas BNT162b2 y ChAdOx1 nCoV-19 frente a la variante Delta de SARS-CoV-2 en el Reino Unido.

El trabajo es un estudio de casos y controles para estimar la eficacia de la vacunación contra la enfermedad sintomática causada por la variante delta o la cepa predominante (B.1.1.7, o variante alfa) durante el periodo en que la variante delta comenzó a circular.

La eficacia de la protección tras una dosis de la vacuna (BNT162b2 o ChAdOx1 nCoV-19) fue notablemente inferior entre las personas con la variante delta (30,7%) que entre las que tenían la variante alfa (48,7%). Los resultados fueron similares para ambas vacunas. Con la vacuna BNT162b2, la eficacia de dos dosis fue del 93,7% entre las personas con la

variante alfa y del 88,0% entre aquellas con la variante delta. Con la vacuna ChAdOx1 nCoV-19, la eficacia de dos dosis fue del 74,5% entre las personas con la variante alfa y del 67,0% entre aquellas con la variante delta.

Parece, por tanto, que la protección vacunal es inferior frente a la variante delta muy especialmente en personas que han recibido una sola dosis de las vacunas estudiadas.

TRATAMIENTO PARA LA NEUMONÍA

3. Guimarães PO, Quirk D, Furtado RH, Maia LN, Saraiva JF, Antunes MO, et al. Tofacitinib in Patients Hospitalized with Covid-19 Pneumonia. N Engl J Med. 2021 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2101643> Comentado Dr. Bouza.

Tofacitinib es un inhibidor selectivo de la Janus quinasa que, administrado por vía oral, bloquea las vías de transducción intracelular tras la unión de una citoquina a su receptor. Tofacitinib también modula la acción de los interferones y de la IL-6, disminuyendo la liberación de citoquinas por parte de los linfocitos T auxiliares de tipo 1 y 17. Inhibe, por tanto, múltiples vías críticas de la cascada inflamatoria y puede mejorar la lesión pulmonar progresiva causada por la inflamación en los pacientes hospitalizados con Covid-19.

Los autores de este estudio multicéntrico, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, investigan la eficacia y seguridad de Tofacitinib en pacientes hospitalizados con neumonía por Covid-19 que no recibían ventilación asistida.

En proporción 1:1, los adultos con neumonía por Covid-19 se aleatorizaron para recibir Tofacitinib (10 mg) o placebo dos veces al día durante un máximo de 14 días o hasta el alta hospitalaria. El resultado primario a evaluar fue la aparición de muerte o insuficiencia respiratoria hasta el día 28. También se evaluó la mortalidad por todas las causas y la seguridad.

El estudio se llevó a cabo en 15 centros en Brasil. De un total de 289 pacientes, la incidencia acumulada de muerte o insuficiencia respiratoria hasta el día 28 fue del 18,1% en el grupo de Tofacitinib y del 29,0% en el grupo de placebo (cociente de riesgos, 0,63; intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,41 a 0,97; P = 0,04). La muerte por cualquier causa hasta el día 28 se produjo en el 2,8% de los pacientes del grupo de Tofacitinib y en el 5,5% de los del grupo de placebo (cociente de riesgos, 0,49; IC del 95%, 0,15 a 1,63).

Se produjeron acontecimientos adversos graves en 20 pacientes (14,1%) del grupo de Tofacitinib y en 17 (12,0%) del grupo de placebo.

Por tanto, en pacientes con neumonía por COVID que no precisaban ventilación mecánica, la administración de Tofacitinib condujo a un menor riesgo de muerte o insuficiencia respiratoria hasta el día 28 que el placebo.

LA COVID-19: FACTOR DE RIESGO PARA EL IAM Y EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO.

4. Katsoularis I, Fonseca-Rodríguez O, Farrington P, Lindmark K, Fors Connolly AM. **Risk of acute myocardial infarction and ischaemic stroke following COVID-19 in Sweden: a self-controlled case series and matched cohort study.** *Lancet.* 2021;398(10300):599-607 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00896-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00896-5) *Comentado Dr. Bouza.*

En este trabajo se evalúa el riesgo de infarto agudo de miocardio y de accidente cerebrovascular isquémico asociado a la COVID-19 mediante el análisis de todos los casos de COVID-19 en Suecia. Se compararon las bases de datos nacionales de pacientes con COVID con las de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular desde el 1 de febrero hasta el 14 de septiembre de 2020.

El método del SCCS se utilizó para calcular la tasa de incidencia (IRR) de primer infarto agudo de miocardio o ictus isquémico tras la COVID-19 en comparación con un periodo de control. En el estudio SCCS se incluyeron 86.742 pacientes con COVID-19 y 348.481 individuos de control.

Cuando se excluyó el día de exposición del periodo de riesgo en el SCCS, la TIR de infarto agudo de miocardio fue de 2-89 (IC del 95%: 1-51-5-55) para la primera semana, 2-53 (1-29-4-94) para la segunda semana, y 1-60 (0-84-3-04) en las semanas 3 y 4 después de la COVID-19. Cuando se incluyó el día de exposición en el periodo de riesgo, la TIR fue de 8-44 (5-45-13-08) para la primera semana, 2-56 (1-31-5-01) para la segunda semana, y 1-62 (0-85-3-09) para las semanas 3 y 4 después de COVID-19. Las TIR correspondientes para el ictus isquémico cuando se excluyó el día de exposición del periodo de riesgo fueron de 2-97 (1-71-5-15) en la primera semana, 2-80 (1-60-4-88) en la segunda semana, y 2-10 (1-33-3-32) en las semanas 3 y 4 después de COVID-19; cuando se incluyó el día de exposición en el periodo de riesgo, las TIR fueron de 6-18 (4-06-9-42) en la primera semana, 2-85 (1-64-4-97) en la segunda semana, y 2-14 (1-36-3-38) en las semanas 3 y 4 después de COVID-19. En el análisis de cohortes emparejadas excluyendo el día 0, la odds ratio (OR) para el infarto agudo de miocardio fue de 3-41 (1-58-7-36) y para el accidente cerebrovascular fue de 3-63 (1-69-7-80) en las 2 semanas siguientes a COVID-19. Cuando se incluyó el día 0 en el estudio de cohortes emparejadas, la OR para el infarto agudo de miocardio fue de 6-61 (3-56-12-20) y para el accidente cerebrovascular isquémico fue de 6-74 (3-71-12-20) en las 2 semanas siguientes a la COVID-19.

Estos resultados sugieren que la COVID-19 es un factor de riesgo para el infarto agudo de miocardio y el accidente cerebrovascular isquémico.

DAÑO PULMONAR EN PACIENTES CON NEUMONÍA GRAVE

5. Solomon JJ, Heyman B, Ko JP, Condos R, Lynch DA. **CT of Postacute Lung Complications of COVID-19.** *Radiology.* 2021;211:1396. <https://doi.org/10.1148/radiol.2021211396> *Comentado Dr. Bouza.*

Estos autores estudian con CT torácico la repercusión del COVID 19 después de 3 meses de la infección aguda.

A los 3 meses de la infección aguda, un subgrupo de pacientes tendrá anomalías en la TC que incluyen anomalías en el vidrio esmerilado (GGO) y bandas subpleurales con anomalías concomitantes de la función pulmonar. A los 6 meses, algunos pacientes presentan cambios persistentes en el CT que incluyen la resolución de las GGO observadas en la fase de recuperación temprana y la persistencia o el desarrollo de cambios sugestivos de fibrosis como la reticulación con o sin distorsión del parénquima. Entre los factores predictivos de la enfermedad pulmonar post-COVID se encuentran la necesidad de ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI), la ventilación mecánica, el aumento de los marcadores inflamatorios, la prolongación de la estancia hospitalaria y el diagnóstico de síndrome de SDRA.

Se están investigando los tratamientos de la enfermedad pulmonar post-COVID con agentes antifibróticos para la prevención de la fibrosis pulmonar. La etiología de la enfermedad pulmonar post-COVID puede ser una secuela de la ventilación mecánica prolongada, el SDRA inducido por COVID o una lesión directa del virus.

Por tanto, a los 3 y 6 meses post neumonía por SARS-COV-2 persisten lesiones pulmonares detectables por CT tanto más frecuentes cuanto mayor ha sido la gravedad del cuadro agudo

INMUNIDAD ADQUIRIDA CON LAS VACUNAS, ¿SERÁ NECESARIO TERCERA DOSIS?

6. Flaxman A, Marchevsky N, Jenkin D, Aboagye J, Aley P, Angus B, Belij-Rammerstorfer S et al. **Reactogenicity and immunogenicity after a late second dose or a third dose of ChAdOx1 nCoV-19 in the UK: a substudy of two randomised controlled trials (COV001 and COV002).** *Lancet* 2021. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01699-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01699-8). *Comentado Dra. A. García Botella.*

Ante la escasez de vacunas surge la preocupación por tener que alargar los intervalos entre la primera y segunda dosis en muchos países. En contraposición, en otros países se está llevando a cabo la administración de la tercera dosis. Este trabajo evalúa las diferentes respuestas inmunes generada por la vacuna ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222), en una sola dosis, con un intervalo alargado de 44-45 semanas entre la primera y la segunda y la respuesta a una tercera dosis de refuerzo administrada 28-38 semanas después de la segunda dosis.

Los niveles de anticuerpos inducidos por una dosis única de ChAdOx1nCoV-19 disminuyeron gradualmente, pero se mantuvieron por encima de los niveles de referencia después de 1 año. Una segunda dosis de la vacuna induce una mayor respuesta de anticuerpos. En este estudio encuentran que un intervalo de dosis mayor entre la primera y la segunda dosis (45 semanas) mejora la respuesta inmunitaria a la segunda dosis, en comparación con intervalos de dosis más cortos, esto proporciona una mayor seguridad

de que un retraso en la administración de la segunda dosis no comprometerá el nivel de protección alcanzado. En este trabajo también demuestran que una tercera dosis de ChAdOx1nCoV-19 es bien tolerada y aumenta significativamente los títulos de anticuerpos por encima de los medidos después de la segunda dosis, nivel asociado a una eficacia vacunal del 80%, y potencia la respuesta de las células T.

El trabajo tiene algunas limitaciones, una, el pequeño tamaño muestral y otra, la edad de los participantes (18-55 años). Pero son resultados interesantes en cualquier caso y que se han de tener en cuenta, primero en las poblaciones con escasez de vacunas, se mantiene la inmunidad con 1 dosis y además se consigue un booster mayor, distanciando la segunda dosis y, por otro lado, en pacientes inmunocomprometidos, ancianos etc. demuestran que es seguro la administración de una tercera dosis.

ANTICUERPOS MONOCLONALES

7. O'Brien MP, Forleo-Neto E, Musser BJ, Isa F, Chan KC, Sarkar N, et al. **Subcutaneous REGEN-COV Antibody Combination to Prevent Covid-19.** *N Engl J Med.* 2021. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2109682> Comentado Dr. Bouza.

El REGEN-COV (anteriormente conocido como REGN-COV2), es una combinación de dos anticuerpos monoclonales frente a SARS-COV-2, Casirivimab e Imdevimab, que ha demostrado reducir el riesgo de hospitalización o muerte entre las personas de alto riesgo con COVID. Sin embargo, se ignora su papel profiláctico administrado a contactos domésticos con alto riesgo.

En este estudio se asignó aleatoriamente a 1.505 contactos domésticos de alto riesgo de un paciente con COVID, en una proporción de 1:1, a participantes mayores de 12 años dentro de las 96 horas siguientes al contacto. Se administró una dosis total de 1.200 mg de REGEN-COV o un placebo equivalente, mediante inyección subcutánea.

El criterio de valoración primario de la eficacia fue el desarrollo de infección sintomática por SARS-CoV-2 hasta el día 28 en los participantes que no tenían evidencia inicial de infección por SARS-COV-2 o inmunidad previa (seronegatividad).

Desarrollaron infección sintomática por SARS-CoV-2 11 de 753 participantes del grupo REGEN-COV (1,5%) y 59 de 752 participantes del grupo placebo (7,8%) (reducción del riesgo relativo del 81,4%; $P < 0,001$). En las semanas 2 a 4, un total de 2 de 753 participantes en el grupo REGEN-COV (0,3%) y 27 de 752 participantes en el grupo placebo (3,6%) tuvieron infección sintomática por SARS-CoV-2 (reducción del riesgo relativo, 92,6%).

Entre los participantes infectados sintomáticos, la mediana del tiempo hasta la resolución de los síntomas fue 2 semanas más corta con REGEN-COV que con el placebo (1,2 semanas y 3,2 semanas, respectivamente), y la duración de una carga viral elevada (> 104 copias por mililitro) fue más corta (0,4 semanas y 1,3 semanas, respectivamente). No se observaron efectos tóxicos limitantes de la dosis de REGEN-COV.

Por tanto, la combinación de anticuerpos monoclonales REGEN-COV subcutánea administrada a contactos domiciliarios de pacientes con COVID, reduce no sólo la incidencia de infección sino la duración de esta.

ANTICOAGULACIÓN PROFILÁCTICA ¿SÍ O NO?

8. Goligher EC, Bradbury CA, McVerry BJ, Lawler PR, Berger JS, Gong MN, et al. **Therapeutic Anticoagulation with Heparin in Critically Ill Patients with Covid-19.** *N Engl J Med.* 2021 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2103417> *Comentado Dr. Bouza.*

Nuevo estudio que evalúa la anticoagulación en dosis terapéuticas como medida profiláctica en los pacientes críticos con Covid-19.

Se trata de un ensayo clínico abierto, adaptativo, multiplataforma y aleatorizado. Los pacientes con Covid-19 grave, en estado crítico, fueron asignados aleatoriamente a un régimen definido pragmáticamente de anticoagulación en dosis terapéuticas con heparina o de tromboprofilaxis farmacológica de acuerdo con los cuidados locales habituales.

El resultado primario fueron los días sin soporte de órganos, evaluados en una escala ordinal que combinaba la muerte intrahospitalaria y el número de días sin soporte de órganos cardiovasculares o respiratorios hasta el día 21 entre los pacientes que sobrevivieron hasta el alta hospitalaria.

Se dispuso de datos sobre el resultado primario de 1.098 pacientes (534 asignados a la anticoagulación en dosis terapéutica y 564 asignados a la tromboprofilaxis de atención habitual). El porcentaje de pacientes que sobrevivieron al alta hospitalaria fue similar en los dos grupos (62,7% y 64,5%). Se produjeron hemorragias graves en el 3,8% de los pacientes asignados a la anticoagulación a dosis terapéuticas y en el 2,3% de los asignados a la tromboprofilaxis farmacológica de atención habitual.

El ensayo se detuvo cuando se cumplió el criterio pre-especificado de futilidad para la anticoagulación a dosis terapéutica. Por tanto, sigue sin haber razones para una tromboprofilaxis realizada con dosis terapéuticas de heparina.

CUANDO SALTARSE LAS NORMAS PUEDE SALVAR VIDAS

9. De Vriese J. **An unpublished COVID-19 paper alarmed this scientist—but he had to keep silent.** *Science.* 2021. [10.1126/science.acx9033](https://doi.org/10.1126/science.acx9033)

<https://www.science.org/content/article/unpublished-covid-19-paper-alarmed-scientist-he-had-keep-silent> *Comentado Dr. X. Guirao.*

El periodista científico de los Países Bajos Jop De Vriese publica la experiencia de Thijs Kuiken, patólogo neerlandés de la Universidad Erasmus. Kuiken, había aceptado revisar en 48 horas un artículo enviado a Lancet. Así que camino de casa, en el tren, el 16 de enero del 2020, empezó a revisar el artículo de los investigadores de la Universidad de Hong Kong que describía una familia de Sezhzen, China, que había enfermado por un nuevo coronavirus (provisionalmente denominado en el 2019, nCoV), después de volver de viaje desde Wuhan. Ningún miembro de la familia había visitado el mercado de pescado de Huanan. Tras la vuelta, un sexto miembro de la familia, también cayó enfermo sin haber visitado Wuhan. Las conclusiones de los investigadores eran lapidarias: El

nuevo virus, ahora conocido como SARS-CoV-2, era capaz de transmitirse entre humanos.

Kuiken sintió la imperiosa necesidad de romper los cauces establecidos y revelar a las autoridades y organizaciones sanitarias lo más pronto posible este hallazgo, saltándose las estrictas reglas de las revistas científicas que prohíben expresamente revelar el contenido de los artículos en revisión a terceras partes.

Sumido en un dilema ético y conocedor de la rápida transmisión de su precedente SARS (en el que Kuiken había participado en la identificación en el 2003), contactó con los editores de Lancet y estos dieron el visto bueno para que los autores pudieran hacer público sus resultados. Al día siguiente, viernes 17, Kuiken entregó la revisión en la que incluyó un párrafo rogando a los autores que hicieran público su hallazgo lo más rápidamente posible. Sin embargo, el editor de Lancet le comunicó al patólogo que a pesar de que los autores querían hacer público su descubrimiento, no podían hacerlo sin el permiso del gobierno de China. Sin esperar más, el sábado 18 Kuiken contactó con los coordinadores del Programa de Emergencias de la OMS y el domingo 19, envió un resumen de los principales hallazgos del estudio.

No fue hasta el lunes siguiente, que China anunció de forma oficial el descubrimiento de la transmisión del virus entre humanos. No sabemos hasta qué punto, el hecho de que la OMS estuviera al corriente de los resultados del estudio aceleró la repuesta gubernamental. Lo cierto es que una semana después Wellcome Trust publicó las normas de la publicación rápida en la investigación del Covid-19. Sin embargo, será preciso llegar a un equilibrio para que no se repitan los casos de los más de 130 estudios sobre Covid-19, que una vez publicados de forma expés y dotados de una amplia resonancia mediática, han sido rectificados o simplemente retirados de las revistas científicas (<https://retractionwatch.com/retracted-coronavirus-covid-19-papers/>).

INFORMACIÓN SOBRE LA COVID DESDE EL PUNTO DE VISTA
QUIRÚRGICO

¿CÓMO HA INFLUIDO LA PANDEMIA EN LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA, EN LA MORBILIDAD Y EN LA MORTALIDAD?

10. Nguyen TC, Thourani VH, Nissen AP, Habib RH, Dearani JA, Ropski A, et al. **The Effect of COVID-19 on Adult Cardiac Surgery in the United States in 717,103 Patients.** *Ann Thorac Surg.* 2021. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2021.07.015> *Comentado Dr. Bouza.*

Existe una escasez de datos sobre el efecto de la COVID-19 en las tendencias y resultados de la cirugía cardíaca en adultos a nivel regional y nacional.

Los autores de este trabajo utilizaron la base de datos de cirugía cardíaca en adultos de la Sociedad de Cirujanos Torácicos (STS) americana desde el 1 de enero de 2018 hasta el 30 de junio de 2020. La base de datos COVID-19 de Johns Hopkins se consultó desde el 1 de febrero de 2020 hasta el 1 de enero de 2021.

Se analizaron 717.103 pacientes adultos sometidos a cirugía cardíaca y más de 20 millones de pacientes de COVID-19. En los EE. UU., se produjo una reducción del 52,7% en el volumen de cirugía cardíaca en adultos y del 65,5% en los casos electivos. La región del Atlántico Medio fue la más afectada por la primera oleada de COVID-19, con una reducción del 69,7% en el volumen total de casos y del 80,0% en los casos electivos. En las regiones del Atlántico Medio y de Nueva Inglaterra, la mortalidad observada respecto a la esperada para el baipás coronario aislado aumentó hasta 1,48 veces (148% de aumento) las tasas anteriores a la COVID. Tras la primera oleada de COVID-19, el volumen de casos de cirugía cardíaca en todo el país no volvió a los valores de referencia, lo que indica un déficit de pacientes de cirugía cardíaca asociado a COVID-19.

Durante la pandemia, el volumen de la cirugía cardíaca se resintió drásticamente, en particular en las regiones del Atlántico Medio y Nueva Inglaterra, con un aumento simultáneo de la mortalidad observada a 30 días.

11. Gupta R, Gupta J, Ammar H. **Impact of COVID-19 on the outcomes of gastrointestinal surgery.** *Clin J Gastroenterol.* 2021 Aug;14(4):932-946. doi: 10.1007/s12328-021-01424-4. Epub 2021 Apr 29. PMID: 33928515; PMCID: PMC8083095. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33928515/> *Comentado Dra. A. García Botella.*

Al inicio de la pandemia muchas de las decisiones tomadas para los enfermos quirúrgicos fueron una consecuencia directa de la falta de evidencia científica y el colapso hospitalario, con la falta de recursos que conllevó esto último. En este trabajo realizan una revisión de las guías, recomendaciones etc. que han surgido desde que comenzó la pandemia, en relación con todo el proceso operatorio, tanto para prevenir la transmisión del SARS-COV-2 y evitar la infección, como para mejorar los resultados de la cirugía abdominal y evitar los retrasos en las mismas. En muchas sociedades quirúrgicas se recomendó posponer cirugías electivas hasta que la disponibilidad de recursos sanitarios y la reducción de la carga de casos de COVID-19.

Este artículo recoge diferentes series prospectivas y retrospectivas que abarca desde la cirugía abdominal de urgencias, la cirugía oncológica y el trasplante. Una buena revisión, desde mi punto de vista, permite una foto más realista de los resultados quirúrgicos de diferentes patologías intervenidos en época de pandemia.

Además, recoge las medidas perioperatorias para reducir el riesgo de transmisión del SRAS-CoV-2 entre los pacientes y el personal sanitario, que se recogen en diferentes artículos presentándolo en un esquema bastante didáctico.

LOS EFECTOS DE LA PANDEMIA SOBRE EL ESTADIO ONCOLÓGICO EN LA CIRUGÍA DEL CÁNCER: NO HAY UNA EVIDENCIA CLARA DE ESTADIOS MÁS AVANZADOS Y SE PRECISA UN MAYOR PERIODO DE OBSERVACIÓN.

12. Lim JH, Lee WY, Yun SH, Kim HC, Cho YB, Huh JW, et al. **Has the COVID-19 Pandemic Caused Upshifting in Colorectal Cancer Stage?** *Ann Coloproctol.* 2021;37(4):253-8. doi: <https://doi.org/10.3393/ac.2021.00269.0038>. Epub 2021 Aug 9. *Comentado Dr. X. Guirao.*

Existe el temor de que entre los efectos colaterales de la pandemia asociados al Covid-19 y debido al retraso diagnóstico, los déficits asistenciales, la disminución de los programas de cribado y detección precoz, los equipos que tratan los pacientes tributarios de cirugía oncológica deberán hacer frente a casos más avanzados y por lo tanto con una menor probabilidad de realizar una cirugía curativa.

El estudio del grupo del Departamento de Cirugía del Samsung Medical Center, Sungkyunkwan University School of Medicine, Seoul, Corea, estudia de forma retrospectiva un total de 3229 pacientes con cáncer colo-rectal desde el 2017 hasta el 2020 y los divide entre la fase pre (los periodos de enero a junio 2017-2019) y Covid-19 (el período de enero a junio, 2020). El desenlace principal estudiado fue la tasa de estadio avanzado IV en el momento de realizarse el diagnóstico.

Los autores no encuentran una diferencia significativa en las tasas de estadio IV entre los grupos pre-COVID y COVID, 16,7 y 18,7% respectivamente. Sin embargo, el estudio revela que los pacientes atendidos en la época de la pandemia tenían un proceso neoplásico ligeramente más avanzado, sin llegar eso sí, al extremo de detectarse un incremento de las metástasis o cuadros avanzados de perforación u obstrucción. Por ejemplo, la positividad (21,6 vs 36,3%) y los niveles de CEA (2,01 vs 3,35 ng/ml) y el porcentaje de afectación ganglionar (estadio I y II, 14,9 vs 22,1%) fueron significativamente superiores en el grupo COVID.

Por lo tanto, con el tiempo de seguimiento realizado, parece que existen indicadores de que la pandemia Covid-19 ha producido un retraso diagnóstico con un incremento del estadio del cáncer colo-rectal con una relevancia clínica moderada.

También será preciso qué en el análisis del impacto de la pandemia sobre este y otros procesos oncológicos, se pueda diferenciar entre la correlación directa del retraso diagnóstico y el estadio de la neoplasia y el sesgo producido por el déficit de pruebas de cribado con la consecuente disminución de la cirugía de tumores en estadios más iniciales

y clínicamente silentes, habiéndose operado sobre todo durante la pandemia, neoplasias con manifestaciones clínicas floridas.