



EDITORIAL: CIRUGÍA Y COVID-19 ¿QUÉ HA PASADO Y HACIA DÓNDE VAMOS?

Juan Manuel Suárez Grau.

Servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital de Riotinto, Huelva, España; Hospital Quirón-Salud Sagrado Corazón de Sevilla, España. Director de la Revista Cirugía Andaluza.

Correspondencia: para contactar con el autor accionar [aquí](#).

EDITORIAL:

Este año 2020 quedará marcado para siempre por la pandemia por el virus SARS-CoV-2 causante de la infección COVID-19, que ha tenido como período de máxima afectación el comprendido entre marzo y mayo, y del que actualmente estamos viviendo su “segunda ola”.

En este editorial, el autor reflexiona acerca de su repercusión en nuestra especialidad respondiendo a dos preguntas.

¿Qué ha pasado?:

La actividad quirúrgica se ha visto tremendamente afectada durante los meses principales de la pandemia COVID-19 comprendidos entre marzo y mayo del 2020. Realmente no teníamos datos de referencia acerca de cómo actuar frente a una crisis como la que hemos vivido, por lo que múltiples protocolos fueron surgiendo en todos los aspectos de la cirugía, prácticamente actualizándose cada 48 horas. Se llegó a producir en muchos sitios la suspensión completa de la actividad quirúrgica programada, algo sin precedentes en nuestros tiempos. La actividad de urgencia, difícilmente suspendible, ha tenido que adaptarse en cada momento y amoldarse a las circunstancias, siendo la más afectada por estos cambios de protocolos continuos. Pasando desde la obligatoriedad de vestir EPI en todas las cirugías urgentes a la correcta filtración y selección de pacientes con riesgo o potencialmente afectados por coronavirus.

Varios aspectos de la actividad quirúrgica se han visto alterados o modificados en esta era del COVID-19 y han supuesto el desarrollo de nuevos protocolos, nuevas formas de trabajo y/o cambios en la seguridad de la actividad quirúrgica reglada. Merece la pena que sean analizados más detenidamente:

1) La protección en el quirófano:

Hasta febrero, pensábamos que, con una simple mascarilla, un gorro de quirófano y a veces unas gafas protectoras o usar el doble guante era suficiente para una protección adecuada del paciente y nuestra. Con la pandemia hemos pasado al uso casi diario de mascarilla de mayor capacidad de barrera y filtrado (FFP2 o N95), al mayor uso de medidas de pantalla/ barrera con nuevos accesorios quirúrgicos en pacientes potencialmente peligrosos, al uso de equipos completos de protección quirúrgicos (batas, doble mascarilla, papis o cubrebotas, gorros, protectores oculares, etc.), y por no hablar de las nuevas medidas para la evacuación de humos quirúrgico tanto en cirugía abierta como en cirugía laparoscópica; algo que ya nos venía sonando desde hace tiempo, los problemas de la extracción del humo, evitar la exuflación por los trocares de manera abrupta y hacia el personal del quirófano, etc. En este sentido, se han desarrollado nuevos sistemas de filtración que hacen que la seguridad de todo el equipo quirúrgico y de todos los pacientes haya aumentado; somos más consciente en este momento de los potenciales peligros no solo por el coronavirus, sino por múltiples enfermedades que pueden estar por venir o incluso hemos convivido con ellas sin hacerles demasiado caso.

Parece que esto nos ha servido para abrir los ojos, pero también para hacer que el gasto quirúrgico se haya incrementado bastante por proceso. Pero es un gasto justificado ya que la falta de estos cuidados debe repercutir objetivamente en las complicaciones del sitio quirúrgico, infecciones, etcétera.

¿Volveremos a usar mascarilla estándar como método de protección simplemente? Seguramente NO, ya que somos más conscientes de lo que nos puede dañar a nosotros, al resto del equipo quirúrgico y a los que estamos intentando ayudar: a nuestros pacientes. Debemos acostumbrarnos a extremar las medidas de protección cotidianas, y no relajarnos a medida que el tiempo pase.

2) ¿Cirugía abierta o laparoscópica?

La eterna pregunta. En pleno proceso de la pandemia se condenó excesivamente el uso de la cirugía laparoscópica de una manera un tanto inadecuada y sin suficiente criterio científico que lo justificara, basándose sólo en intereses u opiniones personales o en un miedo a lo desconocido, que nos ha afectado en todos los aspectos de nuestra actividad y que por otra parte puede ser hasta un poco lógico, ya que la información no era excesivamente completa en las primeras semanas de la pandemia.

Gracias a los esfuerzos por no desandar todo lo que había demostrado ya la cirugía laparoscópica, en cuanto a las ventajas objetivas que presenta, se ha demostrado que incluso es más segura que la cirugía abierta; lo único que había que seleccionar correctamente al paciente, cómo habitualmente, y finalmente todo se reducía solo a que había que instalar métodos para controlar la evacuación del neumoperitoneo y protegernos adecuadamente como se ha comentado en el apartado anterior.

Sin querer invadir uno de los siguientes apartados, la cirugía laparoscópica ha sido una de las grandes afectadas por la falta de rigor científico al principio de la pandemia, como comentaremos más adelante.

Por tanto, ¿cambiará la indicación de cirugía laparoscópica? Rotundamente NO, incluso será más seguro realizar procedimientos laparoscópicos para el equipo quirúrgico y los pacientes.

3) Cirugía mayor ambulatoria:

Por una parte, da gran alegría ver cómo la CMA ha sido modelo en la pandemia como método eficaz y medida de protección del paciente. Por otra parte, es triste que haya tenido que ocurrir una tragedia como la que hemos vivido para reconocer el poco uso e importancia que damos a veces al modelo de gestión de CMA, que ha demostrado en todos los sistemas públicos ser costo eficiente, sostenible y de gran seguridad para el paciente.

Debemos implicarnos en su instauración en todos los procedimientos en los que se pueda garantizar su aplicabilidad y aumentar su seguridad, evitando así contagios por estancias innecesarias y gastos de recursos superfluos. Debemos además hacer partícipes de estos conocimientos a los residentes en formación.

¿Aumentará la cirugía sin ingreso? Claramente SI, no solo como medida de protección hacia el paciente, sino como modelo de sostenibilidad del sistema de salud y de gestión de los hospitales; destinando recursos a otras patologías quirúrgicas o médicas que lo requieran y optimizando el uso de los quirófanos y las plantas de hospitalización.

4) Literatura médica:

Con respecto a la literatura médica hemos vivido una explosión increíble de artículos que tampoco ha tenido precedente en ningún otro tipo de enfermedad. Muchas revistas abrieron sus portales de manera gratuita y los repositorios se llenaron de estudios sobre el coronavirus. La rapidez para intentar difundir los nuevos conocimientos ha sido fundamental para acceder a la información, pero también ha tenido falta de rigor y ha sido confusa, ya que muchos de los artículos que están en los repositorios no estaban revisados ni filtrados o no eran de grupos de investigación fiables. Esta gran explosión de la actividad científica es digna de alabanza, por una parte, ya que nos ha permitido realizar protocolos de actuación, pero también ha sido un factor de confusión debido a la mala calidad de múltiples estudios que se han hecho demasiado deprisa y sin las revisiones pertinentes.

Más de 6000 artículos hay publicados sobre cirugía y coronavirus, prácticamente el 80% están relacionados con protocolos de actuación en los distintos aspectos asociados. Parece haber consenso en la literatura en que la intubación y la extubación son procedimientos de alto riesgo para los profesionales de la salud y que se necesita el máximo equipo de protección. Por otro lado, se dispone de pruebas mínimas del riesgo real de contaminación de los profesionales sanitarios durante la laparoscopia, de la presión del quirófano, del humo quirúrgico, de la extracción de tejido o de la deflación de CO₂. Diariamente se publican nuevos estudios a partir de las experiencias actuales y las declaraciones de las sociedades científicas se actualizan continuamente; no parece haber ninguna razón para abandonar la cirugía laparoscópica en favor de la cirugía abierta. Sin embargo, los riesgos no deben subestimarse, y sabemos ya que la cirugía debe realizarse en pacientes con COVID-19 solo cuando sea estrictamente necesaria, y también sabemos que debemos actualizarnos y usar la lógica y el sentido común para protegernos a nosotros mismos y a los demás al realizar la cirugía en un entorno seguro y protegido.

¿Debemos de desconfiar de la información médica actual? La pregunta es profunda y requiere varias respuestas:

- De la información en revistas con revisores por pares NO debemos desconfiar, ya que la literatura médica actual se basa en ese sistema que ha demostrado ser fiable.
- De la información depositada en repositorios libres sin revisores SI debemos desconfiar y aplicar las herramientas de la medicina basada en la evidencia para hacer nosotros de revisores antes de sacar ideas equivocadas (mirar claramente el tiempo de seguimiento, la selección de los pacientes, las pruebas estadísticas usadas, etc....).
- De la información médica que circula en redes sociales, TV, prensa, etc. SI debemos de desconfiar y poner cuidadosamente “en cuarentena” todo lo que recibimos diariamente.

5) Formación quirúrgica:

Nuestros residentes han pagado un gran precio en su formación, perdiendo rotaciones prácticamente completas y sin posibilidad de completarlas. También los nuevos residentes que iban a comenzar su formación han perdido; se ha visto retrasada casi inexplicablemente su incorporación, con la consecuente pérdida de personal médico en las unidades.

No olvidemos la gran pérdida que ha supuesto la suspensión de actos científicos (reuniones, simposiums, congresos...) que tanto aportaban a la práctica diaria y a la formación, así como los beneficios de realizar grupos y colaboraciones científicas. Todo esto parece que tardará en recuperarse a pesar del gran esfuerzo que las distintas asociaciones científicas están realizando por llevar esta formación a las sesiones online a través de plataformas (webinar, cursos online, etc....). No debemos dejar de construir conocimiento con las herramientas actuales que tenemos, para poder mantener las estructuras de formación que tanto han costado iniciar y que están en su momento más frágil. La industria está apoyando estas iniciativas alternativas y es de agradecer que se sumen al reto de no olvidar la actualización de la formación médica.

¿Se perderán para siempre los congresos y demás eventos científicos? Rotundamente NO, pero es verdad que nos tendremos que acostumbrar a utilizar las

nuevas tecnologías y buscarles su hueco en el futuro para hacer todo más interactivo. Los profesionales tienen que verse y mantener contacto para que las ideas surjan y avanzar en la investigación e intercambio de conocimiento. Difícilmente se puede avanzar solamente con el contacto digital, aunque es una herramienta fantástica que debemos saber incorporar en los eventos del futuro.

¿Hacia dónde vamos?

Es difícil intentar prever qué ocurrirá en el futuro, ya que los rebrotes pueden afectarnos directa o indirectamente. Todo parece indicar que la actividad quirúrgica no va a volver a retroceder hasta los mismos extremos, ya que los filtros de selección de pacientes y los métodos de protección en el quirófano y en los hospitales han dado sus frutos y pueden garantizar nuestra seguridad y la de nuestros pacientes. Confiamos en que la situación no se desborde de forma similar, ya que si sucede no tendremos más remedio que volver a tomar medidas drásticas y retomar esos nuevos-antiguos protocolos que se hicieron durante la peor fase.

A nivel de estabilizar la situación global parece que solo podemos confiar en las medidas de protección y de identificación de pacientes y tener nuestras esperanzas en la vacuna. Puede que así conseguiremos volver a la normalidad tan anhelada, aunque la prueba a la que estamos siendo sometidos es muy dura y nos hará desconfiar en gran parte de retomar antiguos hábitos sociales. Debemos asumir que la normalidad que conocíamos, aplicada ahora a nuestro día a día, no volverá a ser igual hasta dentro de varios años siendo optimistas. Ojalá este párrafo sea desmentido en breve y tengamos que retractarnos de esta opinión, pero los datos disponibles hasta hoy no nos permiten ese optimismo que necesitamos todos.

En este futuro incierto, es fundamental no desfallecer científicamente y mantenerse dentro de nuestras posibilidades conectados, e intentar ilusionar a nuestros compañeros y a nuestros residentes hacia el camino del intercambio de conocimientos científicos. Debemos impulsar más que nunca la implicación en nuestras sociedades científicas y hacer valer su papel como protectoras y mecenas del desarrollo y difusión del conocimiento quirúrgico actual.

Juan Manuel Suárez Grau.

Referencias bibliográficas:

1. Balibrea JM, Badia JM, Rubio Pérez I, et al. Surgical Management of Patients With COVID-19 Infection. Recommendations of the Spanish Association of Surgeons]. Manejo quirúrgico de pacientes con infección por COVID-19. Recomendaciones de la Asociación Española de Cirujanos. IN Press Cir Esp. 2020; doi:10.1016/j.ciresp.2020.03.001
2. Coccolini F, Perrone G, Chiarugi M, et al. Surgery in COVID-19 patients: operational directives. World J Emerg Surg. 2020; 15 (1): 25. Published 2020 Apr 7. doi:10.1186/s13017-020-00307-2
3. Smith JA. COVID-19 and the ANZ Journal of Surgery [published online ahead of print, 2020 Apr 10]. ANZ J Surg. 2020; 10.1111/ans.15906. doi:10.1111/ans.15906
4. Cohen SL, Liu G, Abrao M, Smart N, Heniford T. Perspectives on Surgery in the time of COVID-19: Safety First [published online ahead of print, 2020 Apr 3]. J Minim Invasive Gynecol. 2020; doi:10.1016/j.jmig.2020.04.003
5. Rajan N, Joshi GP. The COVID-19: Role of Ambulatory Surgery Facilities in This Global Pandemic [published online ahead of print, 2020 Apr 1]. Anesth Analg. 2020;10.1213/ANE.0000000000004847. doi:10.1213/ANE.0000000000004847
6. Tuech JJ, Gangloff A, Di Fiore F, et al. Strategy for the practice of digestive and oncological surgery during the Covid-19 epidemic [published online ahead of print, 2020 Mar 31]. J Visc Surg. 2020; S1878-7886 (20) 30070-9. doi:10.1016/j.jviscsurg.2020.03.008
7. Suárez Grau JM. Literatura médica y COVID-19. Cir Andal. 2020; 31 (2): 108-11.
8. Kolifarhood G, Aghaali M, Mozafar Saadati H, et al. Epidemiological and Clinical Aspects of COVID-19; a Narrative Review. Arch Acad Emerg Med. 2020; 8 (1): e41. Published 2020 Apr 1.