



Carta al Director

Participación en el estudio internacional de cohortes COVIDSurg

Participation in international cohort study COVIDSurg

Sr. Director:

Le enviamos esta carta para poner en conocimiento de nuestra sociedad la participación de nuestro servicio en un estudio internacional prospectivo de cohortes dentro del grupo COVIDSurg Collaborative and GlobalSurg Collaborative, al que pertenecemos. Dicho estudio ha dado como resultado científico la publicación de dos artículos en revistas indexadas, *Anaesthesia* (1) y *British Journal of Surgery* (2), de gran factor de impacto (5,7 y 5,5, respectivamente), y como tal, queremos reflejarlo en nuestra revista, creemos, para orgullo de todos.

El objetivo del primer trabajo (1) fue determinar la duración óptima del retraso de la cirugía programada en pacientes que han tenido infección por SARS-CoV-2. Este estudio incluyó pacientes sometidos a cirugía electiva o de emergencia.

Los pacientes quirúrgicos con infección preoperatoria por SARS-CoV-2 se compararon con aquellos sin infección previa por SARS-CoV-2. Se utilizaron modelos de regresión logística para calcular las tasas de mortalidad ajustadas y estratificadas por el tiempo desde el diagnóstico de la infección por SARS-CoV-2 hasta la cirugía.

De 140 231 pacientes de muestra, 3127 (2,2 %) tenían un diagnóstico preoperatorio de SARS-CoV-2. La mortalidad ajustada a los treinta días en pacientes

sin infección por SARS-CoV-2 fue del 1,5% (IC 95 %, 1,4-1,5). En pacientes con diagnóstico preoperatorio de SARS-CoV-2, la mortalidad aumentó en los pacientes sometidos a cirugía dentro de 0 a 2 semanas, de 3 a 4 semanas y de 5 a 6 semanas después del diagnóstico (IC 95 %, 4,1 [3,3-4,8]; 3,9 [2,6-5,1] y 3,6 [2,0-5,2], respectivamente).

La cirugía realizada siete semanas después o más del diagnóstico de SARS-CoV-2 se asoció con un riesgo de mortalidad similar al inicial (IC 95%, 1,5; 0,9-2,1).

Después de un retraso de siete semanas o más en la realización de la cirugía después de la infección por SARS-CoV-2, los pacientes con síntomas mantenidos tuvieron una mortalidad más alta que los pacientes cuyos síntomas se habían resuelto o que habían estado asintomáticos: 6,0 % (IC 95 %: 3,2-8,7) frente a 2,4 % (IC 95 %: 1,4-3,4) y frente al 1,3 % (IC 95 %: 0,6-2,0), respectivamente.

Concluye el estudio que, siempre que sea posible, la cirugía debe retrasarse al menos siete semanas después de la infección por SARS-CoV-2, y que los pacientes con síntomas que duren siete semanas o más desde el diagnóstico pueden beneficiarse de un mayor retraso.

El segundo estudio (2) es un modelo predictivo que pone de manifiesto que los pacientes que van ser sometidos a una intervención quirúrgica deben

estar vacunados antes que la población en general por encima de otras consideraciones.

Queremos reflejar con esta carta nuestra modesta contribución al desarrollo y al conocimiento de nuestra especialidad en estudios internacionales, referenciados y de impacto.

BIBLIOGRAFÍA

1. COVIDSurg Collaborative; GlobalSurg Collaborative. Timing of surgery following SARS-CoV-2 infection: an international prospective cohort study. *Anaesthesia* 2021;76(6):748-58. DOI: 10.1111/anae.15458
2. COVIDSurg Collaborative, GlobalSurg Collaborative. SARS-CoV-2 vaccination modelling for safe surgery to save lives: data from an international prospective cohort study. *Br J Surg* 2021 Mar 24;znab101. DOI: 10.1093/bjs/znab101

Emiliano Cano-Trigueros, Leticia Hidalgo-Lariz,
Paloma Sanchis-Pérez y Romina Díaz-Serrano

*Servicio de Angiología, Cirugía Vasculay Endovascular
Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia*

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de interés.

DOI: 10.20960/angiologia.00332