Programa Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Hospitalarias

PROTOCOLO COVID-19 PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS y DE DIAGNÓSTICOS INVASIVOS.

CONSIDERACIONES PREVIAS

El retraso en la cirugía y en los procedimientos diagnósticos invasivos, puede tener un impacto negativo en la evolución y el pronóstico de determinadas patologías. Está demostrado que la morbimortalidad perioperatoria aumenta significativamente en los pacientes con infección activa por SARS-CoV-2 o en los pacientes que la contraen en el periodo postoperatorio. No obstante, tras la última ola producida por la variante ómicron en el país, en la región y a nivel mundial, se ha observado una incidencia elevada de casos, siendo la mayoría oligo sintomáticos o cuadros leves, con escaso impacto en internación en sala común o en unidades de cuidados críticos. Así mismo, el escenario epidemiológico nacional actual, permite modificar las recomendaciones, atendiendo a un nivel de transmisión 1 en todo el territorio paraguayo, que equivale a menos de 20 casos por 100.000 habitantes (https://dgvs.mspbs.gov.py/page/#vista_incidencias_covid19.html). Sin embargo, se debe aclarar que, estas recomendaciones serán revisadas y actualizadas de forma periódica y podrán sufrir modificaciones de acuerdo a nuevas evidencias o aumento de transmisión de SARS-COV-2 a nivel comunitario. Por lo expuesto, en el presente documento se realiza una modificación de la estrategia de cribado pre quirúrgico, priorizando la protección de los pacientes más vulnerables que podrían presentar complicaciones al ser intervenidos quirúrgicamente o sometidos a técnicas diagnósticas invasivas.

1.- PRUEBAS DE DETECCIÓN PRECOZ DE INFECCIÓN AGUDA ANTES DEL INGRESO HOSPITALARIO

- No se recomienda la realización de cribados en los establecimientos de salud previos al ingreso o a traslados internos dentro del mismo centro.
- En casos puntuales, los establecimientos podrán considerar el uso de cribados con el objetivo de proteger a los pacientes vulnerables a criterio de los responsables de control de infecciones.
- Como situaciones específicas entre otras se puede valorar el uso compartido de habitaciones o de unidades, pacientes trasplantados o pre trasplante previo a su ingreso o traslado dentro de un establecimiento, o pacientes que vayan a recibir algún tratamiento inmunosupresor.
- En caso de considerar necesario, se preferirá la realización de PCR dentro de las 72 horas previas al ingreso o traslado.
- Si el paciente presenta sintomatología compatible con infección por COVID-19 o la prueba es positiva al ingreso, se ubicará al paciente en sala de aislamiento respiratorio y se implementarán las medidas vigentes de control de infecciones.

2.- PRUEBAS DE DETECCIÓN PRECOZ DE LA INFECCIÓN ACTIVA POR COVID-19 PREVIO A LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

Se recomienda la realización de PCR en las 72 horas previas a la prueba en los siguientes casos:

Dra. Glandys Irala Cabrera
Directora Interina
Dirección General de Vigilancia de la Salud

Abog. Reinaldo Machado
Asesor Técnico
Viceministerio de Rectoría y Vigilancia de la Salud
M.S.P. y B.S.

Lic. Gustavo Montañez
Asesor Técnico
Viceministerio de Rectoría y Vigilancia de la Salud
M.S.P. y B.S.

Dra. Carla Sosa Argüello
Viceministra de Rectoría y Vigilancia de la Salud
MSP y BS

Dr. Adrian Coronel Martinez
Especialista en MEDICINA FAMILIAR
ONCOLOGIA CLINICA
Reg. Prof. 3K/12.394

• En la realización de pruebas diagnósticas o de radiología intervencionista con anestesia general en paciente ASA III inestable o superior.

• En cualquier prueba diagnóstica endoscópica o intervencionista en la que el paciente presente síntomas compatibles con infección COVID-19 activa en los últimos 7 días.

• Si el paciente presenta sintomatología compatible con infección por COVID-19 y/o la prueba es positiva, y siempre que sea posible sin alterar el pronóstico o evolución de la patología de base posible, se retrasará la prueba diagnóstica/terapéutica entre 7 a 10 días y de acuerdo a evolución clínica del cuadro.

3.- PRUEBAS DE DETECCIÓN PRECOZ DE LA INFECCIÓN ACTIVA POR COVID-19 PREVIO A LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Se recomienda la realización de PCR en las 72 horas previas a la cirugía en los siguientes casos:

• Cirugía programada compleja con anestesia general, en pacientes ASA III inestable o superior.

• En cualquier intervención quirúrgica en la que el paciente presente síntomas compatibles con infección COVID activa en los últimos 7 días.

• Si el paciente presenta sintomatología compatible con infección por COVID-19 y/o la prueba es positiva y es posible retrasar la intervención sin impacto sobre la evolución o pronóstico del paciente se podrá reprogramar la cirugía para los próximos 7 a 10 días, y de acuerdo a evolución clínica del cuadro.

• En ningún caso, se retrasará la realización de un procedimiento considerado de emergencia, urgencia o cuyo retraso ponga en riesgo la vida del paciente o empeore el pronóstico de la patología, en espera del resultado del hisopado para SARS-COV-2. En caso de no poder realizar el hisopado en el periodo pre quirúrgico de estas cirugías considerar realizar test de RT–PCR para SARS-COV-2 en el post quirúrgico inmediato.

OBSERVACIÓN
Clasificación ASA
Sociedad Americana de Anestesia

Dr. Adrian Coronel Martinez
Especialista en MEDICINA FAMILIAR
ONCOLOGIA CLINICA
Reg. Prof. Nº 12.704

Dra. Sandra Irala Cabrera
Directora Interina
Dirección General de Vigilancia de la Salud

Lic. Gustavo Montañez
Asesor Técnico
Viceministerio de Rectoría y Vigilancia de la Salud
M.S.P. y B.S.

Dra. Lida Sosa de Brusquetti
Viceministra de Rectoría y Vigilancia de la Salud
M.S.P. y B.S.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
VICEMINISTERIO DE RECTORIA Y VIGILANCIA DE LA SALUD
REPUBLICA DEL PARAGUAY

Abog. Reinaldo Machado
Asesor Técnico
Viceministerio de Rectoría y Vigilancia de la Salud
M.S.P. y B.S.

Clasificación ASA PS	Definición	Ejemplos de adultos, incluidos, entre otros:	Ejemplos pediátricos, que incluyen pero no se limitan a:	Ejemplos obstétricos, incluidos, entre otros, los siguientes:
ASA I	Un paciente sano normal	Saludable, no fumador, consumo mínimo o nulo de alcohol	Saludable (sin enfermedad aguda o crónica), percentil de IMC normal para la edad	
AAS II	Un paciente con enfermedad sistémica leve.	Enfermedades leves solo sin limitaciones funcionales sustantivas. Fumador actual, bebedor social de alcohol, embarazo, obesidad (30<IMC<40), DM/HTA bien controlada, enfermedad pulmonar leve	Cardiopatía congénita asintomática, arritmias bien controladas, asma sin exacerbaciones, epilepsia bien controlada, diabetes mellitus no insulinodependiente, percentil de IMC anormal para la edad, AOS leve/moderada, estado oncológico en remisión, autismo con limitaciones leves	Embarazo normal*, HTA gestacional bien controlada, preeclampsia controlada sin características graves, DM gestacional controlada por dieta.
ASA III	Un paciente con enfermedad sistémica severa.	Limitaciones funcionales sustantivas; Una o más enfermedades de moderadas a graves. DM o HTA mal controlada, EPOC, obesidad mórbida (IMC ≥40), hepatitis activa, dependencia o abuso de alcohol, marcapasos implantado, reducción moderada de la fracción de eyección, ESRD en diálisis programada regularmente, antecedentes (> 3 meses) de IM, ACV, TIA o CAD/stents.	Anomalía cardíaca congénita estable no corregida, asma con exacerbación, epilepsia mal controlada, diabetes mellitus insulinodependiente, obesidad mórbida, desnutrición, AOS grave, estado oncológico, insuficiencia renal, distrofia muscular, fibrosis quística, antecedentes de trasplante de órganos, malformación cerebral/médula espinal, hidrocefalia sintomática, PCA infantil prematuro <60 semanas, autismo con limitaciones severas, enfermedad metabólica, vía aérea difícil, nutrición parenteral a largo plazo. Recién nacidos a término <6 semanas de edad.	Preeclampsia con características graves, DM gestacional con complicaciones o altos requerimientos de insulina, enfermedad trombofílica que requiere anticoagulación.
ASA IV	Un paciente con enfermedad sistémica severa que es una amenaza constante para la vida.	MI, CVA, TIA o CAD/stents recientes (<3 meses), isquemia cardíaca en curso o disfunción valvular severa, reducción severa de la fracción de eyección, shock, sepsis, DIC, ARD o ESRD que no se somete a diálisis programada regularmente	Anomalía cardíaca congénita sintomática, insuficiencia cardíaca congestiva, secuelas activas de la prematuridad, encefalopatía hipóxico-isquémica aguda, shock, sepsis, coagulación intravascular diseminada, desfibrilador automático implantable, dependencia del ventilador, endocrinopatía, trauma severo, dificultad respiratoria severa, estado oncológico avanzado.	Preeclampsia con características graves complicadas con HELLP u otro evento adverso, miocardiopatía periparto con FE <40, cardiopatía no corregida/descompensada, adquirida o congénita.
ASAV	Un paciente moribundo que no se espera que sobreviva sin la operación	Rotura de aneurisma abdominal/torácico, traumatismo masivo, hemorragia intracraneal con efecto de masa, intestino isquémico ante patología cardiaca significativa o disfunción multiorgánica/sistémica	Traumatismo masivo, hemorragia intracraneal con efecto de masa, paciente que requiere ECMO, insuficiencia o paro respiratorio, hipertensión maligna, insuficiencia cardiaca congestiva descompensada, encefalopatía hepática, isquemia intestinal o disfunción multiorgánica.	Ruptura uterina.
ASAVI	Un paciente con muerte cerebral declarada cuyos órganos se extraen con fines de donación			

** Aunque el embarazo no es una enfermedad, el estado fisiológico de la parturienta se altera significativamente desde que la mujer no está embarazada, de ahí la asignación de ASA 2 para una mujer con embarazo sin complicaciones.*
***La adición de "E" denota cirugía de emergencia: (una emergencia se define como una situación en la cual la demora en el tratamiento del paciente conduciría a un aumento significativo en la amenaza a la vida o parte del cuerpo)*

Abog. Reinaldo Machado
Asesor Técnico
Viceministerio de Rectoría y Vigilancia de la Salud
M.S.P. y B.S.

Dra. Lida [illegible]
Viceministra de Rectoría y Vigilancia de la Salud
M.S.P. y B.S.

Lic. Gustavo Montañez
Asesor Técnico
Viceministerio de Rectoría y Vigilancia de la Salud
M.S.P. y B.S.

Dra. Sandra Ayala Cabrera
Directora Interina
Dirección General de Vigilancia de la Salud

Dr. [illegible]
Especialista [illegible]
Reg. Prof. Nº [illegible]

REFERENCIAS

1https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Nueva_estrategia_vigilancia_y_control.pdf

2https://www.sedar.es/images/images/site/GRUPOSTRABAJO/GTCOVID/Recomendaciones_para_la_Actividad_Quirurgica_ProgramadaV2.pdf

3- https://medicalcriteria.com/web/es/anasa/

4- Owens WD, Felts JA, Spitznagel EL Jr. ASA physical status classifications: a study of consistency of ratings. Anesthesiology. 1978 Oct;49(4):239-43. [Medline]

5- Mak PH, Campbell RC, Irwin MG; American Society of Anesthesiologists. The ASA Physical Status Classification: inter-observer consistency. American Society of Anesthesiologists. Anaesth Intensive Care. 2002 Oct;30(5):633-40. [Medline]

6-https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system

Dra. Sandra Irala Cabrera
Directora Interina
Dirección General de Vigilancia de la Salud

Lic. Gustavo Montañez
Asesor Técnico
Viceministerio de Rectoría y Vigilancia de la Salud
M.S.P. y B.S.

Dra. Lida Sosa Arguello
Viceministra de Rectoría y Vigilancia de la Salud
MSP y BS

Abog. Reinaldo Machado
Asesor Técnico
Viceministerio de Rectoría y Vigilancia de la Salud
M.S.P. y B.S.