



**Protocolo para
INGRESO HOSPITALARIO, TRASLADOS, Y PROCEDIMIENTOS
QUIRÚRGICOS E INVASIVOS.**

23/11/2022

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



Dr. Guillermo Dequera
Director General
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.

Programa Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Hospitalarias
Dirección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles

Programa Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Hospitalarias

**PROTOCOLO COVID-19 PARA INGRESO HOSPITALARIO, TRASLADOS, Y
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS E INVASIVOS.**

Actualización: Noviembre 2022.

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 morbilidad y mortalidad 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 oligosintomáticos 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. ¹

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 (screening) prequirúrgico, 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 ACTIVA POR SARS-COV-2
ANTES DEL INGRESO HOSPITALARIO**

Dr. Adrián Coronel Martínez
Coordinador
Programa Nacional de Prevención
Vigilancia y Control de
Infecciones Hospitalarias



Dr. Guillermo Sequera
Director General
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.



Programa Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Hospitalarias
Dirección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles

- 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 las autoridades de los establecimientos de salud.
- Como situaciones específicas, entre otras, se puede valorar la realización de la prueba a pacientes trasplantados o pretrasplante 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 test PCR en hisopado nasofaríngeo dentro de las 72 horas previas al ingreso o traslado.
- En caso de paciente que haya padecido la enfermedad COVID-19 en los últimos 90 días no es necesaria la realización de la prueba.
- 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 INFECCIÓN ACTIVA POR SARS-COV-2 PREVIO A LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS INVASIVAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

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

- En la realización de pruebas diagnósticas o de radiología intervencionista con anestesia general en paciente ASA III 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, quedará a criterio del médico tratante posponer la realización de

Dr. Adrián Coronel Martínez
Coordinador
Programa Nacional de Prevención
Vigilancia y Control de
Infecciones Hospitalarias



Dr. Guillermo Sequera
Director General
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.

Programa Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Hospitalarias
Dirección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles

prueba diagnóstica/terapéutica entre 7 a 10 días y de acuerdo a evolución clínica del cuadro. Si no es posible posponer la realización de la prueba, se deberán adoptar las medidas vigentes para la contención de la diseminación.

- En caso de paciente que haya padecido la enfermedad COVID-19 en los últimos 90 días no es necesaria la realización de la prueba.

3- PRUEBAS DE DETECCIÓN PRECOZ DE INFECCIÓN ACTIVA POR SARS-COV-2 PREVIO A LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.

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

- Cirugía programada compleja con anestesia general, en pacientes ASA III o superior.
- En cualquier intervención quirúrgica en la que el paciente presente síntomas compatibles con COVID-19 en los últimos 7 días.
- Se recomienda retrasar la cirugía 2-4 semanas desde el diagnóstico de COVID-19 en pacientes que hayan sufrido la infección por SARS-CoV2 de forma asintomática o con síntomas leves para cirugías de riesgo quirúrgico bajo o intermedio
- Se recomienda retrasar la cirugía 4-7 semanas desde el diagnóstico de COVID-19 en pacientes de riesgo perioperatorio COVID-19, en aquellos que hayan pasado la enfermedad con necesidad de ingreso hospitalario o en caso de cirugía de riesgo quirúrgico alto
- Se recomienda un aplazamiento de la cirugía electiva al menos de 42 días contados desde el inicio de los síntomas o desde el resultado de la prueba de RT-PCR en pacientes asintomáticos.
- **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 prequirúrgico de estas cirugías considerar realizar test de PCR para SARS-COV-2 en el posquirúrgico inmediato.**

Dr. Adrián Coronel Martínez
Coordinador
Programa Nacional de Prevención
Vigilancia y Control de
Infecciones Hospitalarias



Dr. Guillermo Segura
Director General
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.



Programa Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Hospitalarias
Dirección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles

OBSERVACIÓN:

Clasificación ASA

Sociedad Americana de Anestesia.

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 insulino dependiente, 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 grave.	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.	Anomalia cardíaca congénita estable no corregida, asma con exacerbación, epilepsia mal controlada, diabetes mellitus insulino dependiente, 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 trombotica 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 someten a diálisis programada regularmente	Anomalia 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 cardíaca importante o disfunción multiorgánica/sistémica	Traumatismo masivo, hemorragia intracraneal con efecto de masa, paciente que requiere ECMO, insuficiencia o paro respiratorio, hipertensión maligna, insuficiencia cardíaca 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 existente cuando la demora en el tratamiento del paciente conduciría a un aumento significativo en la amenaza a la vida o parte del cuerpo)

Dr. Adrián Coronel Martine:
Coordinador
Programa Nacional de Prevención
Vigilancia y Control de
Infecciones Hospitalarias



Dr. Guillermo Sequera
Director General
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.

Programa Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Hospitalarias
Dirección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles

REFERENCIAS

- 1- Sala de situación Epidemiológica COVID-19. Reporte N° 190. Dirección General de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. 7 de Noviembre 2022. Disponible en: https://dgvs.mspbs.gov.py/files/boletines_covid19/SE44_2022_Boletin_Covid19.pdf
- 2- Estrategia de Vigilancia y Control frente a COVID-19 tras la fase aguda de la pandemia. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Revisado 8 de noviembre 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Nueva_estrategia_vigilancia_y_control.pdf
- 3- Recomendaciones para la programación de cirugía en condiciones de seguridad durante la pandemia COVID-19. Consenso de Sociedades Científicas. Gobierno de España. Versión de abril 2022. Disponible en: https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/recomendaciones/seimc-rc-2022-COVID-19_Programacion_cirugia.pdf
- 4- 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. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12413266/>
- 5- ASA Physical Status Classification System. Committee on Economics. American Society of Anesthesiologists. 13 Diciembre 2020. Disponible en: <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system>
- 6- RECOMENDACIONES PARA LA PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA EN CONDICIONES DE SEGURIDAD DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 Versión de abril 2022. Disponible en: https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/recomendaciones/seimc-rc-2022-COVID-19_Programacion_cirugia.pdf
- 7- Asociación colombiana de cirugía, Prevención y control de la infección por SARS – COV-2/COVID-19 Disponible en: <https://www.acin.org/index.php/antecedentes-11/antecedentes-18/antecedentes-174>

Dr. Adrián Coronel Martínez
Coordinador
Programa Nacional de Prevención
Vigilancia y Control de
Infecciones Hospitalarias



Dr. Guillermo Sequera
Director General
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.

