

**RECOMENDACIONES PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA INFECCIÓN
ACTIVA POR COVID-19 PREVIO AL INGRESO HOSPITALARIO, LA
REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y PROCEDIMIENTOS
QUIRÚRGICOS**

24 de marzo de 2022

INTRODUCCIÓN

Los altos niveles de inmunidad alcanzados en la población española frente a COVID-19, tanto por la alta cobertura de vacunación como por el gran número de infecciones y las características de la variante Ómicron que circula actualmente, han contribuido al cambio de las características epidemiológicas y al comportamiento de la epidemia en esta última ola. La sexta ola se ha caracterizado por una incidencia muy alta con una mayoría de casos con síntomas leves o asintomáticos, y un porcentaje de ocupación hospitalaria y de camas de UCI muy bajo comparado con lo que se ha producido en las épocas anteriores.

El cambio en la epidemiología de la COVID-19 favorece una transición hacia una nueva estrategia, centrada en las actuaciones dirigidas a personas y ámbitos de mayor vulnerabilidad. Es importante proteger especialmente a los pacientes vulnerables de los centros sanitarios.^{1,2,3}

Los estudios de detección precoz son aquellos realizados sobre personas asintomáticas (cribados) o con sintomatología compatible con infección por SARS-CoV-2 y han de estar muy dirigidos a ciertas circunstancias. En los centros sanitarios la realización de pruebas de detección precoz de infección por COVID-19 antes del ingreso en centros hospitalarios, ante ciertas cirugías o antes de la realización de determinadas pruebas diagnósticas ayuda a la detección de pacientes positivos asintomáticos o con sintomatología compatible precozmente y a evitar la transmisión de la infección a otros pacientes, a visitantes y a trabajadores del hospital, así como a evitar las complicaciones graves al realizar procedimientos invasivos mayores en pacientes positivos⁴.

Estas recomendaciones van dirigidas a una situación epidemiológica de bajo riesgo y están sujetas a cambios según la situación epidemiológica del momento por ello serán revisadas periódicamente para su adaptación o inactivación.

OBJETIVOS:

- 1.- Establecer medidas que mantengan los hospitales como entornos seguros frente al virus SARS-CoV-2, incentivando al mismo tiempo una atención ágil y segura a sus pacientes y protegiendo a los vulnerables.
- 2.- Proteger al propio paciente al evitar complicaciones derivadas de una infección aguda por SARS-CoV-2, en pacientes con procedimientos electivos demorables no urgentes.

DEFINICIONES:

- **Ámbitos vulnerables^{1,2}:** centros sanitarios asistenciales hospitalarios, centros sociosanitarios y centros de día, centros penitenciarios y otros centros con personas institucionalizadas.
- **Personas relacionadas con ámbitos vulnerables^{1,2}:** Personas que residen o acuden, están ingresadas o trabajan en ámbitos vulnerables, así como trabajadores que prestan apoyo y cuidado a personas vulnerables.
- **Grupos vulnerables^{1,2}:** personas de 60 años o más, inmunodeprimidos por causa intrínseca o extrínseca, embarazadas.
- **Inmunodeprimidos por causa intrínseca o extrínseca:** receptores de trasplante de progenitores hematopoyéticos o CAR-T, en los dos años tras el trasplante/tratamiento, en tratamiento inmunosupresor o que tengan una enfermedad del injerto contra el huésped (EICH), independientemente del tiempo desde el trasplante; receptores de trasplante de órgano sólido (menos de dos años o con tratamiento inmunosupresor para eventos de rechazo); inmunodeficiencias primarias: combinadas y de células B en las que se haya demostrado ausencia de respuesta vacunal; personas que han recibido en los tres meses anteriores (seis meses en caso de rituximab) fármacos anti CD20 o belimumab; Síndrome de Down de edad superior a los 40 años.^{1,2}Otros pacientes oncológicos con/ sin tratamiento activo.
- **ASA III inestable:** paciente ASA III que en los últimos 6 meses ha sufrido una crisis o empeoramiento de aquella o aquellas patologías que lo convierten en ASA III y ha requerido asistencia médica por ello.
- **Cirugía compleja:** Aquella intervención que tenga una duración prevista \geq 2,5 horas o requiera ingreso en una unidad de cuidados críticos o suponga un sangrado previsto de más de 750cc.

1.- PRUEBAS DE DETECCIÓN PRECOZ DE INFECCIÓN AGUDA (PDIA) PREINGRESO

- No se considera necesario de manera general la realización de cribados en centros sanitarios previos al ingreso o a determinadas actuaciones asistenciales^{1,2}.
- Los centros hospitalarios podrán considerar el uso de cribados en situaciones específicas y con el objetivo de proteger a los **pacientes vulnerables** a criterio de los responsables de control de la infección^{1,2,3}. En el caso de nuestra comunidad esta labor está delegada a los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública⁴.
- Como situaciones específicas entre otras se puede valorar el uso compartido de habitaciones o de unidades.
- En caso de considerarla necesaria se realizará PCR dentro de las 72 horas previas, en el momento más cercano al ingreso según la accesibilidad a resultados del hospital.
- Si el paciente presenta sintomatología compatible con infección por COVID-19 o la prueba es positiva al ingreso, y es posible, se retrasará el mismo el menor tiempo posible.

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:

- 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 activa en los últimos 7 días.
- Si el paciente presenta sintomatología compatible con infección por COVID-19 o la prueba es positiva, y es posible, se retrasará la prueba en menor tiempo posible.

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 o la prueba de es positiva y es posible se reprogramará la cirugía^{5, 6} y se realizará lo antes posible.
- **En cirugía urgente o no demorable:** Con diagnóstico de COVID-19 positivo o clínica compatible, se activará el procedimiento de COVID19 según las directrices del hospital.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Estrategia de vigilancia y control frente a COVID-19 tras la fase aguda de la pandemia. Ministerio de Sanidad. Actualizado a 23 de marzo de 2022.
- ² Estrategia de vigilancia y control frente a COVID-19 tras la fase aguda de la pandemia de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. 23 de marzo de 2022.
- ³ Posicionamiento de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) ante la situación actual (7 de febrero 2022) de la pandemia de COVID-19 en España (disponible https://seimc.org/contenidos/noticias/2022/seimc-dc-2022-Posicionamiento_SEIMC_COVID19.pdf)
- ⁴ ORDEN 1087/2006, de 25 de mayo, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se crea el Sistema de Prevención y Vigilancia en materia de Infecciones Hospitalarias de la Comunidad de Madrid.
- ⁵ Recomendaciones para la programación de cirugía en condiciones de seguridad durante la pandemia COVID-19. Documento técnico. Versión 10 de mayo de 2021. Área de calidad de la Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad.
- ⁶ Recomendaciones para la actividad quirúrgica programada durante la pandemia por SARS-COV-2. Mayo 2021. Grupo de trabajo COVID-19 SEDAR. Sociedad española de anestesiología, reanimación y terapéutica del dolor.

AUTORES

MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

Daniel Troncoso Viejo	H.U. Príncipe de Asturias
Amai Varela González	H. La Fuenfría
Nieves López Fresneña	H.U.G. Gregorio Marañón
Javier Gracia San Román	MD Anderson
M ^a José Pita López	H.U. Del Henares
M ^a Pilar Segura Cebollada	H. C. de la Defensa Gómez Ulla
José Ramón Villagrasa Ferrer	H.U. La Princesa
Ana Robustillo Rodela	H.U. La Paz
Belén Martínez Mondejar	H.U. Severo Ochoa
Francisco Guillen Grima	Clínica de Navarra
Laura Moratilla Monzó	H. U. Fuenlabrada
M ^a Dolores Martín Ríos	H.U. Fundación Jiménez Díaz
Jesús Maria Aranaz Andrés	H.U. Ramón y Cajal

Sº ANESTESIA Y REANIMACIÓN

Francisco Borja de la Quintana Gordón	H. U. Móstoles
---------------------------------------	----------------

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA

Araceli Arce Arnáez
María Ordobás Gavín
Soraya Bustamante González
M^a José Torijano Castillo