



Recomendaciones
de criterios de mantenimiento
y retirada de aislamientos

en pacientes COVID

Versión 2 (Enero 2022)



Autores

JESÚS MOLINA CABRILLANA

ROCÍO ORTIZ GONZÁLEZ SERNA

ANA BELÉN MORENO LÓPEZ

ANTONIA GASCH ILLESCAS

DARIUSZ NARANKIEWICZ

RAFAEL MARTÍNEZ NOGUERAS

ÁLVARO SERRANO ORTIZ

JOSÉ LUIS BARRANCO QUINTANA

MARÍA JESÚS LÓPEZ FERNÁNDEZ

ISABEL ÁLVAREZ PACHECO

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fragmentos de esta obra.

© 2021 ERGON (Edición digital)
C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid)
C/ Berruete 50. 08035 Barcelona

ISBN: 978-84-18576-34-8





Sumario

Definición y actuación ante un caso con sospecha de infección por SARS-CoV-2

Instauración de las medidas de precaución estándar y ampliadas por gotas, gotículas (aire), contacto

Duración y retirada de las medidas de precaución ampliadas por gotas, gotículas (aire), contacto

Aislamiento de cohortes en el ámbito hospitalario

Manejo específico de casos en cuidados intensivos y críticos

Higiene medioambiental

Recomendaciones para cirugía segura en pacientes con antecedente reciente de COVID-19

Bibliografía



Definición y actuación ante un caso con sospecha de infección por SARS-CoV-2

- Un caso sospechoso es cualquier persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda de aparición súbita de cualquier gravedad que cursa, entre otros, con fiebre, tos o sensación de falta de aire. Otros síntomas como la odinofagia, anosmia, ageusia, dolor muscular, diarrea, dolor torácico o cefalea, entre otros, pueden ser considerados también síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico.
- Según la información existente en el momento actual, las personas con sintomatología compatible con COVID-19 que ya han tenido una infección confirmada por prueba diagnóstica de infección activa (PDIA) de SARS-CoV-2 en los 90 días anteriores no serán consideradas casos sospechosos de nuevo, salvo que clínicamente haya una alta sospecha. Las excepciones a esta consideración serán los trabajadores de centros sanitarios y sociosanitarios, dada la vulnerabilidad de su entorno laboral, las personas con condiciones clínicas que impliquen una inmunosupresión grave, siempre tras una valoración clínica y aquellos casos en los que se sospecha que la infección puede ser por una variante diferente de la que se detectó en la infección previa, en cuyo caso no se tendrá en cuenta el periodo de tiempo transcurrido.
- Hasta que se disponga de mayor evidencia científica al respecto, las personas que hayan recibido alguna dosis de vacuna frente a COVID-19 y presenten sintomatología compatible con infección por SARS-CoV-2 serán consideradas caso sospechoso.
- A toda persona con sospecha de infección por el SARS-CoV-2, se le realizará una PDIA por SARS-CoV-2 en las primeras 24 horas.
- Si la PDIA es negativa y hay alta sospecha clínica de COVID-19, se recomienda repetir la prueba:
 - Si se realizó una prueba rápida de detección de antígeno de inicio, se realizará una PCR.
 - Si se realizó una PCR de inicio, se repetirá la PCR a las 48 horas.
- Si la PDIA continúa siendo negativa, existe una alta sospecha clínico-epidemiológica y han transcurrido varios días (al menos 7) desde el inicio de los síntomas, se podrá valorar la detección de IgM mediante una prueba serológica tipo ELISA, CLIA u otras técnicas de inmunoensayo de alto rendimiento capaz de diferenciar entre respuesta inmune por infección natural o por vacunación para orientar el diagnóstico.



Instauración de las medidas de precaución estándar y ampliadas por gotas, gotículas (aire), contacto

Ante cualquier caso sospechoso, probable, confirmado o en estudio de contactos estrechos, se aplicarán las medidas de aislamiento de manera inmediata desde su identificación:

1

Caso probable

- Persona con cuadro clínico compatible con infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico y radiológico compatible con COVID-19 y resultados de PDIA negativos, o casos sospechosos con PDIA no concluyente.
- Casos con alta sospecha clínico-epidemiológica con PDIA repetidamente negativa (al menos una PCR) y serología positiva para SARS-CoV-2 realizada por técnicas serológicas de alto rendimiento capaz de diferenciar entre respuesta inmune por infección natural o por vacunación.

2

Caso confirmado con infección activa

- Persona que cumple criterio clínico de caso sospechoso y con PDIA positiva.
- Persona asintomática con PDIA positiva. En situaciones de cribado, únicamente se considerará caso confirmado si se obtiene una PCR positiva.

3

Caso confirmado con infección resuelta

- Persona asintomática con PCR positiva a Ct altos (>30) y determinación de IgG positiva en serología de alto rendimiento capaz de diferenciar entre respuesta inmune por infección natural o por vacunación realizada concomitantemente. Esta interpretación debe individualizarse ante situaciones especiales como inmunodepresión severa o existencia de una alta probabilidad clínica y epidemiológica de padecer la infección.



- Persona asintomática con IgG positiva por serología de alto rendimiento capaz de diferenciar entre respuesta inmune por infección natural o por vacunación.
- Casos confirmados hace 90 días o menos, que reunieron criterios de infección resuelta durante la primoinfección, y que en el momento actual tienen una PCR positiva a Ct altos independientemente del resultado de las pruebas serológicas si se han realizado, o bien un test de antígenos positivo y una PCR consecutiva negativa.

4

Caso de reinfección

Se estudiarán como casos sospechosos de reinfección los siguientes:

- Personas con antecedente de infección confirmada por PDIA, tanto con presencia de síntomas compatibles de COVID-19 como asintomáticas a las que se le realiza PDIA por otro motivo. Se realizará una evaluación individualizada de cada caso según los criterios descritos en el siguiente apartado.

En ambos casos, si la PCR fuera negativa, y la sospecha clínico-epidemiológica es alta, se repetirá la PCR a las 48 horas.

Valoración de los casos de reinfección

Los casos de reinfección posibles, probables y confirmados se manejarán del mismo modo que una primera infección, lo que implica aislamiento y búsqueda de contactos tras este nuevo resultado.

Criterios a tener en cuenta

De forma general, se tendrán en cuenta los siguientes criterios, aunque algunos casos precisarán de una valoración individualizada que puede requerir decisiones distintas a las aquí contempladas:

1. Sintomatología.
2. Colectivo de especial consideración.
3. Tiempo desde la infección previa.
4. Valores de Ct.



Indicaciones generales

- En caso de **personas con síntomas** será imprescindible valorar qué tipo de persona es la afectada:
 - En los siguientes pacientes, es probable que se trate de una REINFECCIÓN, cualquiera que sea el tiempo transcurrido desde la infección previa:
 - √ Trabajadores sanitarios y sociosanitarios.
 - √ Inmunodeprimidos.
 - √ Sospecha nueva variante.
 - En el resto de personas o situaciones: valorar tiempo transcurrido desde infección previa:
 - √ Si > 90 días: SI es probable que se trate de una reinfección,
 - √ Si < 90 días: NO es probable que se trate de una reinfección.

- En caso de **personas asintomáticas**, valorar tiempo transcurrido desde infección previa:
 - Si > 90 días: SI es probable que se trate de una reinfección.
 - Si < 90 días: valorar el umbral de Ct (según la evidencia científica disponible, se asume que un umbral de ciclos alto (Ct) >30-35 equivaldría a una carga viral sin capacidad infectiva. Sin embargo, debido a la heterogeneidad de la muestra tomada y de los diferentes equipos de realización de PCR, este criterio debe ser validado por el laboratorio responsable en cada caso y definir el umbral de ciclos en el que una muestra se considera con alta o baja carga viral).
 - √ Ct >30-35: NO es probable que se trate de una reinfección.
 - √ Ct <30: SI es probable que se trate de una reinfección.

5

Caso descartado

- Caso sospechoso con PDIA negativa con o sin serología por técnicas serológicas de alto rendimiento negativa (si esta prueba se ha realizado) en el que no hay una alta sospecha clínico-epidemiológica.



**6****Contacto estrecho**

- Cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso o haya estado en contacto con sus secreciones y fluidos: personal sanitario o sociosanitario que NO haya utilizado las medidas de protección adecuadas, miembros familiares o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar o cualquier persona que haya manipulado muestras biológicas sin las debidas medidas de protección.
- De forma general, a nivel comunitario, cualquier persona que haya estado en el mismo lugar que un caso, a una distancia menor de 2 metros y durante un tiempo total acumulado de más de 15 minutos en 24 horas. En el ámbito hospitalario se realizará una valoración individualizada de cada caso.
- El periodo a considerar será desde 2 días antes del inicio de síntomas del caso hasta el momento en el que el caso es aislado. En los casos asintomáticos confirmados por PDIA, los contactos se buscarán desde 2 días antes de la fecha de la toma de la muestra para el diagnóstico.





Duración y retirada de las medidas de precaución ampliadas gotas, gotículas (aire), contacto

Recomendaciones individualizadas según situación clínica

Caso hospitalizado con baja sospecha clínica

Se mantendrá en aislamiento a la espera del resultado de la PDIA. Si PDIA negativa, se da por descartado y finaliza el aislamiento.

Caso confirmado

- Sintomático hospitalizado leve: de manera general, el aislamiento se mantendrá hasta transcurridos tres días desde la resolución de la fiebre sin antitérmicos y clara mejoría del cuadro clínico, con un mínimo de 10 días desde el inicio de los síntomas.
- Sintomático hospitalizado moderado: de manera general, el aislamiento se mantendrá hasta transcurridos tres días desde la resolución de la fiebre sin anti-térmicos y clara mejoría del cuadro clínico, con un mínimo de 14 días desde el inicio de los síntomas.
- Sintomático hospitalizado grave, crítico o inmunodeprimido: de manera general, el aislamiento se mantendrá hasta transcurridos tres días desde la resolución de la fiebre sin antitérmicos y clara mejoría del cuadro clínico, con un mínimo de 21 días desde el inicio de los síntomas.
- Asintomático hospitalizado: debido a que los pacientes hospitalizados se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad, pueden tener otros procesos con sintomatología compatible con COVID-19 sin poder hacer un diagnóstico diferencial certero, pueden tener tratamiento que enmascare síntomas y también por encontrarse en un centro de especial riesgo por las consecuencias que tiene la transmisión en el ámbito hospitalario, el aislamiento se mantendrá hasta transcurridos 10 días desde la prueba positiva, siempre que se mantenga en todo momento asintomático, como se describe en el siguiente apartado.

La estrategia de suspensión de aislamiento podrá seguir criterios individualizados en cada centro hospitalario, en función de cuadro clínico y/o pruebas microbiológicas, pudiendo ser modificada en escenarios de alta ocupación de camas.

Manejo del paciente asintomático hospitalizado

En principio, cualquier paciente asintomático con RT-PCR positiva se debe considerar como infección activa independientemente de los CT iniciales y por tanto actuar en consecuencia.

No obstante, ante escenarios de alta ocupación hospitalaria, se propone un esquema orientativo para priorizar el alojamiento de los pacientes en habitaciones.

En el caso de un paciente que, en el momento del ingreso o durante su estancia realiza PCR y ésta es positiva, y siempre que no se sospeche COVID-19 por la clínica, es decir, en el contexto de un cribado, valorar el umbral Ct.

1. Si Ct <30: considerar caso de infección (valorar reinfección o no) e instaurar las medidas de aislamiento oportunas.
2. Si Ct altos: instaurar medidas de aislamiento y proceder según estado vacunal
 - a. En **vacunados**: solicitar nueva PCR a las 48 horas:
 - PCR negativa: suspender medidas de aislamiento.
 - PCR positiva y Ct < 30: Medidas de aislamiento al menos 10 días.
 - PCR positiva y Ct \geq o \leq 30-35: solicitar nueva PCR a las 48 horas:
 - PCR negativa: No medidas de aislamiento.
 - PCR positiva y Ct < 30: Medidas de aislamiento al menos 10 días.
 - PCR positiva y Ct >30-35: No medidas de aislamiento.
 - b. En **no vacunados**: solicitar nueva PCR a las 48 horas y serología IgG:
 - PCR negativa: Suspender aislamiento
 - PCR positiva y Ct <30: Medidas de aislamiento al menos 10 días (IgG positiva o negativa)
 - PCR positiva y Ct >30-35:
 - IgG +: suspender aislamiento
 - IgG -: solicitar nueva PCR a las 48 horas:
 - ✓ Negativa: suspender aislamiento
 - ✓ PCR positiva y Ct >30-35: suspender aislamiento
 - ✓ PCR positiva y Ct <30: Medidas de aislamiento al menos 10 días
3. Todo lo contemplado en el punto 2 será aplicable asumiendo que, en todo momento, el paciente se mantiene asintomático respecto a COVID-19.



Contacto estrecho hospitalario

Se realizará aislamiento durante los 10 días posteriores al último contacto con un caso confirmado, indicando una PDIA tras su identificación (valoración individual de la fecha de PDIA en función de la fecha de exposición).

- Si a lo largo de dicho periodo, el paciente desarrolla sintomatología compatible con COVID, se solicitará una PCR y se actuará según el resultado. Si negativo, se continuarán las medidas de aislamiento hasta finalización de la cuarentena; si positivo, se tratará como caso confirmado.
- Por otro lado, si transcurrido dicho plazo, el paciente continúa ingresado, se realizará una PCR el décimo día del último contacto y se actuará según el resultado. Si negativo y no hay una alta sospecha clínica de COVID-19, se retirarán las medidas de aislamiento; si positivo, se tratará como caso confirmado.
- Al alta, se manejará según las indicaciones a nivel comunitario, actuando según situación inmune del paciente, hasta 7 días tras el último contacto:
 1. **No vacunado o vacunado, pero con inmunosupresión:**
 - Cuarentena en domicilio durante 7 días.
 - Usar mascarillas en interacciones sociales.
 - Vigilar la aparición de síntomas compatibles hasta los 10 días posteriores al contacto estrecho.
 - PCR a los 3-5 días tras último contacto.
 2. **Si vacunado, no inmunosupresión:**
 - No precisa cuarentena.
 - Evitar contacto con personas susceptibles.
 - Evitar aglomeraciones, eventos masivos.
 - Usar mascarillas en interacciones sociales.
 - Vigilar aparición de síntomas compatibles.
 - PCR aconsejable a los 7-10 días tras último contacto.
 - PCR a los 3-5 días tras último contacto.

Alta hospitalaria

Los pacientes podrán recibir el alta hospitalaria si su situación clínica lo permite, aunque su PCR siga siendo positiva, pero se deberá mantener aislamiento domiciliario con monitorización de su situación clínica al menos 14 días desde el inicio de síntomas (21 si caso grave, crítico o inmunodeprimido).



En casos asintomáticos que ingresaron por otro motivo diferente al COVID-19, se podrá levantar el aislamiento domiciliario a los 7 días de la PDIA positiva, siempre que se mantenga asintomático, y sin toma de antitérmicos que puedan enmascarar la fiebre.

En casos sintomáticos leves que ingresaron o permanecieron ingresados por otro motivo diferente al COVID-19, se podrá levantar el aislamiento domiciliario a los 10 días del inicio de síntomas.

En todos los casos, además del mínimo de días de aislamiento respecto al inicio de síntomas, deberá presentar resolución en los últimos 3 días de la fiebre sin antitérmicos y mejoría del cuadro clínico, con seguimiento en Atención Primaria.

Tras el periodo de aislamiento de 7 días y hasta los 10 días posteriores al inicio de síntomas o a la fecha de diagnóstico en los casos asintomáticos, las personas positivas deben extremar las precauciones y reducir todo lo posible las interacciones sociales utilizando de forma constante la mascarilla. Especialmente se debe evitar el contacto con personas vulnerables.





Aislamiento de cohortes en el ámbito hospitalario

Cuando la situación epidemiológica lo requiera, podrá llevarse a cabo el aislamiento por cohortes de casos confirmados, bajo las siguientes premisas:

- Área de cohorte - paciente COVID-19: área con EPI compartido.
- Área de sospecha - paciente en estudio alta sospecha COVID-19: área con paciente y EPI único por habitación.
- Área de personal (office, farmacia, ordenadores, sala descanso...): área libre de EPI, salvo mascarilla obligatoria.
- El área de cohorte se consideraría como una gran sala de pacientes, siendo cada habitación un box de la cohorte, y en algunos casos box doble.
- En la entrada del área cohorte/sospecha, se designará una sala de colocación de EPI (Barrera empírica - zona limpia).
- NUNCA COMPARTIRÁN HABITACIÓN CASO CONFIRMADO CON CASO SOSPECHOSO.
- NUNCA COMPARTIRÁN HABITACIÓN DOS CASOS SOSPECHOSOS.
- Condiciones para habitación doble:
 - Pacientes del mismo sexo.
 - No presentarán coinfección o colonización por microorganismo transmisible (gripe, TBC, SARM, etc.).
 - Paciente adulto.



Manejo específico de casos en cuidados intensivos y críticos

Se podrán retirar las medidas de aislamiento, en el caso de cumplirse:

Paciente que ha dado un resultado previo positivo (caso confirmado)

- a) En todo paciente con una muestra de PCR posterior negativa para SARS-CoV-2, o bien positiva a un umbral de ciclos (Ct) elevado (por consenso actual un $Ct > 30$), y además
- b) Que hayan transcurrido al menos 21 días desde el inicio de los síntomas y que el paciente lleve al menos 3 días sin fiebre (sin antitérmicos) y con clara mejoría de la sintomatología causada por COVID-19 (independientemente de otras complicaciones médicas), según criterio médico.

En función de la situación de la Unidad de Cuidados Intensivos y Críticos, el paciente podrá ser trasladado a una zona libre de infección por SARS CoV2.

Paciente con alta sospecha clínica a pesar de resultado de prueba diagnóstica de infección activa negativa

Se procederá al aislamiento, preferentemente en la zona sectorizada para los pacientes con infección por SARS-CoV-2, procediéndose a la retirada del aislamiento según criterio clínico, tras repetición de prueba diagnóstica en las siguientes 48 horas con resultado negativo.

Paciente en aislamiento por contacto estrecho

Se procede a la retirada del aislamiento una vez haya concluido el periodo de cuarentena, que en el momento actual es de 10 días, siendo necesaria la repetición de una PCR con resultado negativo.

Persona inmunodeprimida

- Paciente con **inmunodeficiencia primaria o congénita**: inmunodeficiencias congénitas humorales, celulares, combinadas y defectos inmunidad innata; defectos del sistema del complemento.
- Paciente con **inmunodeficiencia secundaria o adquirida**:
 - Tratamiento con inmunosupresores; trasplante progenitores hematopoyéticos; tratamiento con eculizumab; infección por el virus de inmunodeficiencia humana; asplenia anatómica o funcional; cáncer/hemopatías malignas; trasplante de órgano sólido.
 - Paciente con enfermedad crónica que podría afectar a la respuesta inmune (diabético de larga evolución mal control, hepatopatía o alcoholismo crónico, enfermo renal crónico...). Este punto deberá individualizarse de acuerdo a la historia clínica del paciente.

Personas completamente vacunadas

Concepto de persona completamente vacunada:

- Aquella que ha recibido una pauta completa de primovacunanación en los últimos 5 meses según la última actualización vigente de la Estrategia vacunal.
- Aquella que ha recibido una dosis de refuerzo.

Deberá tenerse en cuenta lo siguiente:

- La duración de la inmunidad está sujeta a la última evidencia disponible.
- En países donde predominen VOC, el período puede acotarse a 3 meses.
- La pauta vacunal completa no se aplica a las vacunas de 1 sola dosis.

Las personas que han sido vacunadas y presenten sintomatología compatible con infección por SARS-CoV-2 serán también consideradas caso sospechoso. Se manejarán como casos sospechosos, siempre bajo criterio facultativo en el manejo clínico.



Higiene medioambiental

Limpieza y desinfección de material sanitario

Se recomienda que todo el material no crítico (fonendoscopio, tensiómetro, termómetro, etc.) sea de uso exclusivo para el paciente y se deje en la habitación.

El material que vaya a ser utilizado posteriormente con otro paciente deberá ser correctamente limpiado y desinfectado o esterilizado, dependiendo del tipo de material de que se trate, de acuerdo con los protocolos habituales del centro.

Limpieza y desinfección de las superficies

El procedimiento de limpieza y desinfección de las superficies en contacto con el paciente se hará de acuerdo con la política habitual de limpieza y desinfección del centro. Existe evidencia de que los coronavirus se inactivan en contacto con una solución de hipoclorito sódico con una concentración al 0,1%, etanol al 62-71% o peróxido de hidrógeno al 0,5% en un minuto. Es importante que no quede humedad en la superficie cercana al paciente. Para la limpieza de superficies se pueden emplear toallitas con desinfectante.

Se emplearán los detergentes y desinfectantes habituales autorizados para tal fin (ver Productos virucidas autorizados en España) y para la limpieza de las superficies se utilizará material textil desechable.

La limpieza general se hará siempre en húmedo, desde las zonas más limpias a las más sucias. El material de limpieza utilizado desechable, se eliminará como residuos de clase III.

Gestión de residuos

Los residuos generados que puedan contener secreciones respiratorias procedentes de la atención del paciente con COVID-19 se consideran residuos de Clase III y por lo tanto deberán ser eliminados como residuos biosanitarios especiales.

El contenedor de residuos una vez lleno se cerrará y antes de su retirada se desinfectará en su superficie con un paño desechable impregnado en desinfectante.



Los residuos procedentes de los puntos de vacunación tampoco requieren un tratamiento específico. Las agujas se desechan en contenedores de material punzante y cortante; los viales de vacunas, incluso con restos no usados, así como el material de protección usado por el personal no requiere ser tratado como residuo infeccioso.

Vajilla y ropa de cama

La retirada de la ropa de la habitación del paciente se realizará según las recomendaciones habituales, sin sacudir, embolsada y cerrada dentro de la propia habitación. En la lavandería se tratará como el resto de ropa sucia.

La retirada de la vajilla y utensilios de cocina de la habitación del paciente se realizarán siguiendo los protocolos habituales. No se requiere un tratamiento especial para la vajilla, ni utillaje de cocina desechable.



Recomendaciones para cirugía segura en pacientes con antecedente reciente de COVID-19

Con el objetivo de disminuir, por un lado el riesgo de complicaciones peri- y postquirúrgicas derivadas de la infección por el virus SARS-CoV-2 y, por otro, el riesgo de contagio a otros pacientes y a profesionales que atienden a pacientes sometidos a procedimiento quirúrgico, se recomienda guardar periodos mínimos de seguridad que dependen, tanto de la gravedad de la infección, como de la urgencia de necesidad de la intervención.

EN CONSULTA DE PREANESTESIA:

- Registrar antecedentes de infección COVID-19 y nivel de gravedad
- Aconsejar un control riguroso de las medidas de distanciamiento físico y protección los 10 días previos a la cirugía para disminuir las posibilidades de infección.

PACIENTE CON ANTECEDENTES COVID-19 < 3 MESES/NUEVO DIAGNÓSTICO DE COVID-19*

Si la primera PCR es positiva con Ct > 30, repetir a las 48h y considerar la infección resuelta si la PCR es negativa/CT >35

CIRUGÍA ELECTIVA	CIRUGÍA PREFERENTE Y URGENCIAS DIFERIDAS			
	ENFERMEDAD LEVE/ASINTOMÁTICOS		ENF. MODERADA ² /GRAVE ³ /INMUNODEPRESIÓN ⁴	
8 semanas desde la fecha del diagnóstico Y PCR SARS-CoV-2 NEGATIVA	Hace más de 10 días desde fecha de diagnóstico y Cumple criterio clínico de recuperación ¹ y -PCR NEGATIVA o -PCR POSITIVA con Ct ≥ 35	Hace menos de 10 días desde fecha de diagnóstico o No cumple criterio clínico de recuperación o PCR POSITIVA con Ct < 35	Hace más de 21 días desde fecha de diagnóstico y Cumple criterio clínico de recuperación y PCR NEGATIVA o PCR POSITIVA CON Ct ≥ 35	Hace menos de 21 días desde la fecha de diagnóstico o No cumple criterio clínico de recuperación o PCR POSITIVA con Ct < 35
OPERAR SIN PRECAUCIONES	OPERAR SIN PRECAUCIONES	OPERAR CON PRECAUCIONES	OPERAR SIN PRECAUCIONES	OPERAR CON PRECAUCIONES

Nota: en pacientes que ya han cumplido criterios de retirada de aislamiento durante la hospitalización y previo a la cirugía se obtiene una PCR positiva, consultar con Medicina Preventiva para valoración individual.





CONTACTOS ESTRECHOS DE PACIENTES COVID			
CIRUGÍA ELECTIVA		CIRUGÍA PREFERENTE Y URGENCIAS DIFERIDAS	
Menos de 10 días desde último contacto con caso positivo	Más de 10 días desde último contacto con caso positivo	Menos de 10 días desde último contacto con caso positivo	Más de 10 días desde último contacto con caso positivo
A valorar posibilidad de demorar intervención. Solicitar PCR previa a nueva programación	PCR NEGATIVA	Solicitar PCR	y PCR NEGATIVA
	OPERAR SIN PRECAUCIONES	OPERAR CON PRECAUCIONES	OPERAR SIN PRECAUCIONES

Notas:

1. *Criterios recuperación: Transcurridos tres días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico con un mínimo de 10, 14 o 21 días desde el inicio de los síntomas en función del nivel de gravedad. 10 días en pacientes asintomáticos o sintomatología leve; 14 días en pacientes con neumonía que han requerido ingreso hospitalario; 21 días para pacientes con enfermedad grave que han requerido ingreso en UCI o pacientes con inmunodepresión.*
2. *Enfermedad moderada: pacientes con neumonía que ha requerido ingreso hospitalario*
3. *Enfermedad grave: paciente con neumonía que ha requerido ingreso hospitalario en UCI*
4. *Se define persona inmunodeprimida a:*
 - *Paciente con inmunodeficiencia primaria o congénita: inmunodeficiencias congénitas humorales, celulares, combinadas y defectos inmunidad innata; defectos del sistema del complemento.*
 - *Paciente con inmunodeficiencia secundaria o adquirida: tratamiento con inmunosupresores; trasplante progenitores hematopoyéticos o trasplante de órgano sólido; infección por el virus de inmunodeficiencia humana con CD4 < 200/ml en los últimos 6 meses; cáncer/hemopatías malignas en tratamiento actual con quimioterapia/radioterapia.*





Bibliografía

1. Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19. Actualización del 26 de febrero de 2021. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf
2. Información científico-técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Actualización del 15 de enero de 2021. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ITCoronavirus.pdf>
3. CDC. Options to Reduce Quarantine for Contacts of Persons with SARS-CoV-2 Infection Using Symptom Monitoring and Diagnostic Testing. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/more/scientific-brief-options-to-reduce-quarantine.html>
4. Criterios para poner fin al aislamiento de los pacientes de COVID-19. OMS. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332997/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Discharge-From_Isolation-2020.1-spa.pdf
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Guidance for discharge and ending isolation of people with COVID-19, 16 October 2020. Stockholm: ECDC; 2020. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/guidance-discharge-and-ending-isolation-people-COVID-19>
6. Protocolo de Vigilancia de Coronavirus SARS-CoV-2. Actualización del 12 de enero de 2021. Gobierno Vasco. Departamento de Salud. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/vigilancia_protocolos/es_def/adjuntos/Protocolo-Coronavirus-SARS-CoV-2-es.pdf
7. Adaptación de la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19 en periodo de alta transmisión comunitaria. Comisión de Salud Pública. 30/12/2021. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Adaptacion_estrategia_vigilancia_y_control.pdf
8. Recomendaciones para la priorización de las actuaciones de prevención y control en un escenario de alta transmisión comunitaria del SARS CoV-2 en Andalucía. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica Servicio Andaluz de Salud. 03/01/2022
9. American Society of Anesthesiologists and Anesthesia Patient Safety Foundation Joint Statement on Elective Surgery and Anesthesia for Patients after COVID-19 Infection. March 9, 2021 <https://www.asahq.org/about-asa/newsroom/news-releases/2020/12/asa-and-apsf-joint-statement-on-elective-surgery-and-anesthesia-for-patients-after-covid-19-infection>
10. El-Boghdadly K, Cook TM, Goodacre T, et al. SARS-CoV-2 infection, COVID-19 and timing of elective surgery: A multidisciplinary consensus statement on behalf of the Association of Anaesthetists, the Centre for Peri-operative Care, the Federation of Surgical Specialty Associations, the Royal College of Anaesthetists and the Royal College of Surgeons of England. Anaesthesia. 2021;76(7):940-946.
11. Recomendaciones para la programación de cirugía en condiciones de seguridad durante la pandemia COVID-19. Ministerio de Sanidad. 10.05.2021