



PROPOSICIÓN CON PUNTO DE ACUERDO POR EL QUE ESTE H. CONGRESO DE LA CIUDAD DE MÉXICO HACE UN RESPETUOSO LLAMADO A LA JEFA DE GOBIERNO, DOCTORA CLAUDIA SHEINBAUM PARDO PARA QUE, A TRAVÉS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, SE EMITA UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO A LOS PACIENTES CON CIRUGÍAS PROGRAMADAS ANTES Y DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 Y QUE NO HAN SIDO REALIZADAS.

**DIP. MARGARITA SALDAÑA HERNÁNDEZ
PRESIDENTA DE LA MESA DIRECTIVA DE LA CÁMARA DE
DIPUTADOS DEL HONORABLE CONGRESO DE LA CIUDAD DE MÉXICO.
I LEGISLATURA.
PRESENTE**

La que suscribe, **Diputada America Alejandra Rangel Lorenzana**, integrante del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional en la Primera Legislatura del Honorable Congreso de la Ciudad de México, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 122 apartado A fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 29 apartado D inciso r) de la Constitución Política de la Ciudad de México; 12 fracción II y 13 fracción IX y XV de la Ley Orgánica del Congreso de la Ciudad de México; y 5 fracción I y 100 del Reglamento del Congreso de la Ciudad de México, someto a la consideración del Pleno de este Poder Legislativo, la siguiente **PROPOSICIÓN CON PUNTO DE ACUERDO POR EL QUE ESTE H. CONGRESO DE LA CIUDAD DE MÉXICO HACE UN RESPETUOSO LLAMADO A LA JEFA DE GOBIERNO, DOCTORA CLAUDIA SHEINBAUM PARDO PARA QUE, A TRAVÉS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, SE EMITA UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO A LOS PACIENTES CON CIRUGÍAS PROGRAMADAS ANTES Y DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 Y QUE NO HAN SIDO REALIZADAS**, al tenor de los siguientes:

ANTECEDENTES

PRIMERO. A casi un año de que se presentara el primer brote de COVID-19 en el mundo, hoy tenemos mayor conocimiento acerca de los efectos que provoca dicha enfermedad en las personas, su potencial de letalidad y su alto nivel de contagio. Hoy sabemos que cada persona infectada tiene el potencial para replicar el contagio entre 6 a 12 personas ya que se reproduce en el organismo humano a partir del contacto directo de los fluidos nasales y de la boca.

El SARS-CoV-2 tiene una muy amplia capacidad de transmisión en lugares cerrados como lo es el transporte público debido a la imposibilidad de mantener los lineamientos de distanciamiento social, en las oficinas y lugares públicos debido tanto a la alta concentración de personas y de manera espacial, en las denominadas “zonas cero” de la salud como lo son las clínicas y hospitales, particularmente aquellas que han sido declaradas por los sistemas de salud nacional y locales como “hospitales covid”.

En la Ciudad de México, la falta de una política epidemiológica eficaz por parte del gobierno, así como el no atender las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, respecto a que parte determinante de una estrategia es la realización de pruebas masivas de tipo PCR así como un seguimiento a los pacientes que hayan contraído SARS-CoV-2 aún dados de alta -debido sobre todo a que a la fecha se desconoce si el virus realmente genera inmunidad permanente- generó una importante saturación de los servicios de atención en todos los niveles, actualmente maquillado por las cifras oficiales.

La falta de estrategias integrales y el grado supremo de desinformación propiciada por el propio gobierno, ha provocado un mayor número de contagios que el previsto; actualmente y como consecuencia de las graves comorbilidades que padece gran parte de la población de nuestro país, ha provocado que 1.5 de cada 6 personas que contraen este tipo de coronavirus lo desarrolle en su fase grave.

Asimismo, en la Capital, el factor de mortalidad de la enfermedad ha sido del 11%, siendo México el país que más fallecimientos reporta en comparación con el número de contagiados.

SEGUNDO. A nivel global, la estrategia de combate y contención a la pandemia de SARS-CoV-2 en el mundo se basa en los siguientes aspectos:

- Distanciamiento social a fin de romper la cadena de contacto;
- Medidas de higiene intensivas y disciplinadas;
- Suspensión de actividades no esenciales y jornadas laborales a distancia;
- Generación de pruebas masivas que permitan dar seguimiento a las cadenas de contagio y tomar decisiones con base en datos certeros;
- No propiciar el denominado “contagio de rebaño” a fin de no saturar el sistema de salud;
- Uso de cubrebocas en potenciales portadores y grupos de alto riesgo;
- Apoyo a la economía de las personas vulnerables; y
- Generación de planes graduales de reactivación una vez que ha disminuido sustancialmente el número diario de contagios, la ocupación hospitalaria y con base en evidencia científica.

Asimismo, una de las estrategias vinculadas a los sectores de la salud de los países consiste en una importante despresurización de los sistemas hospitalarios, a partir de la generación de protocolos y mecanismos de seguimiento a pacientes con procedimientos quirúrgicos programados, a fin de que estos se realicen una vez que la pandemia haya disminuido en el país en concreto y que se garanticen las medidas de higiene y salud de los pacientes con cirugías programadas.

La estrategia de control del SARS-CoV-2 tiene, entre muchos otros elementos, el considerar el índice de ocupación hospitalaria mediante el siguiente indicador de seguimiento:

- **ROJO.** Cuando la ocupación hospitalaria es mayor al 65% y han transcurrido dos semanas de crecimiento estable de casos.
- **NARANJA.** Cuando la ocupación hospitalaria es menor al 65% y han transcurrido dos semanas de tendencia a la baja de casos.
- **AMARILLO.** Cuando la ocupación hospitalaria es menor al 50% y han transcurrido dos semanas de crecimiento estable de casos.
- **VERDE.** Cuando la ocupación hospitalaria es menor al 50% y han transcurrido un mes de ocupación baja estable.

TERCERO. Seguramente llegará el momento en que regresemos a la vida cotidiana y ello dependerá de muchas variables, sin embargo y mientras esto sucede, la comunidad médica ha manifestado su preocupación debido a que los principales sistemas de salud en el mundo se han visto rebasados cuando médicos y enfermeras se contagian. Los

cirujanos, se han encontrado de lleno en el problema dado que tienen que seguir atendiendo la vida de sus pacientes, así como la necesidad de realizar intervenciones de urgencias y resolver pacientes oncológicos. Asimismo, han tenido que intervenir a pacientes COVID-19 positivos y, llegado el caso y la necesidad, bajar a la primera línea a trabajar y ayudar en diferentes servicios a sus actividades habituales.

Una preocupación del personal de salud es, evitar que el cirujano y el personal de salud en general se conviertan en segundas víctimas, como ha sucedido en otros países. Al mismo tiempo, la falta de mecanismos y protocolos específicos les ha impedido brindar la mejor atención posible en salud, con la calidad y humanismo que les caracteriza, La obligación de todo cirujano, como siempre, es la de dar atención quirúrgica oportuna y de alta calidad que logre los mejores resultados para los pacientes. Pero si los equipos quirúrgicos no están adecuadamente protegidos contra la transmisión del virus durante el brote de COVID-19, la capacidad de los sistemas de salud para proporcionar la atención necesaria colapsará a medida que más y más médicos enfermen o se vean obligados a ponerse en cuarentena.

CUARTO. Existe gran incertidumbre en torno a esta pandemia en evolución y una gran cantidad de variabilidad regional. En este entorno tan variable, la información cambia rápidamente; en este sentido, diversos organismos independientes como la Academia Mexicana de Cirugía General ha recomendado que durante la pandemia se difiera todo procedimiento quirúrgico electivo, es decir, las cirugías no urgentes, evaluando las necesidades médicas de sus pacientes y su capacidad logística y de infraestructura en tiempo real.

Menciona dicha Academia que el riesgo para el paciente debe incluir una evaluación adicional del riesgo real de proceder contra el riesgo real de la demora, incluyendo la posibilidad de que pueda ser necesaria una demora de 8 semanas o más para salir de la fase de contagio agudo, aunque no del entorno COVID-19.

Es importante reconocer que la decisión de cancelar o de llevar a cabo un procedimiento quirúrgico debe hacerse en el contexto de estrictas consideraciones médicas, pero también de consideraciones logísticas como la de la Ciudad de México.

Para la cirugía de urgencia que tenga que efectuarse, han recomendado tener en consideración la posibilidad de contaminación de los instrumentos. Hay que considerar

que la dispersión viral en aerosoles se presenta tanto en cirugía abierta como en laparoscópica. Aun cuando puede producir mas aerosol en cirugía laparoscópica, en cirugía abierta puede ser mas difícil el control mediante aspiración. La mayor producción de aerosoles se produce durante la intubación y extubación del paciente.

En forma ideal, todo paciente que sea llevado a quirófano deberá tener prueba preoperatoria de Covid-19, si está disponible y es práctico. Sobre todo, si es accesible en sus hospitales. Dado que puede haber falsos negativos, se sugiere que “todo paciente en el quirófano sea considerado Covid-19 positivo hasta que no se demuestre lo contrario”.

El gran problema de realizar cirugías en un entorno de pandemia es, que el SARS-CoV-2, es que el virus ARN, tiene un rango de tamaño de 0.06 a 0.14 micrones. El virus se ha encontrado en fosas nasales, saliva, esputo, garganta, sangre, bilis y heces. Aunque las evaluaciones de orina y LCR han sido negativas. El virus también se ha encontrado dentro de las células que recubren el tracto respiratorio y el tracto gastrointestinal. Se sospecha que el virus tiene múltiples modos de transmisión.

Los aerosoles pueden dejar el virus prácticamente en todas partes, en plástico, metal, cartón, y pueden persistir hasta por varios días. Debe considerarse que existe riesgo de contagio por aerolización durante los procedimientos laparoscópicos por lo que la recomendación es realizar este tipo de cirugías con mascarar faciales con alto porcentaje de filtración de partículas (N95) y filtros para evacuar el neumoperitoneo.

En el caso de las cirugías no urgentes, la Academia Mexicana de Cirugía General recomienda seguir a los sistemas de salud de las Entidades Federativas su guía especializada, misma que incluye la implementación de protocolos de seguimiento a pacientes a fin de valorar los riesgos de postergar el procedimiento.

PROBLEMÁTICA

La falta de políticas públicas y mecanismos de información congruentes, así como los mensajes contradictorios por parte del gobierno durante la pandemia, han generado la percepción de que las y los mexicanos prácticamente hemos enfrentado solos la epidemia de SARS-CoV-2 y con nuestros propios medios y a partir de la responsabilidad social, se hayan tomado medidas que el propio gobierno se resistía a implementar como

el uso generalizado del cubrebocas. En este sentido, es evidente el abandono del sector salud respecto de aquellos pacientes que antes de la pandemia tenían programados sus procedimientos quirúrgicos para quienes no hay protocolos de seguimiento ni monitoreo que permita evaluar de manera constante si sus condiciones de salud sufrieron modificaciones.

CONSIDERACIONES

I. Que nuestro país y en particular la Ciudad de México, padecen una emergencia de carácter sanitario debido a la epidemia mundial del nuevo coronavirus, que provoca COVID-19 en los seres humanos y cuyo índice de mortalidad obliga a tomar medidas de contención y de aislamiento a fin de garantizar la salud de las personas y la viabilidad, operación y funcionamiento del país ante esta grave situación, sin embargo, a pesar de que se han tomado medidas en distintos aspectos de la vida social, existe un vacío de información y vinculación derivado de la falta de protocolos de seguimiento y monitoreo para aquellos pacientes que tenían sus procedimientos quirúrgicos programados y que tuvieron que ser postergados debido a la gravedad de la pandemia global de SARS-Cov-2 a quienes no se les ha informado acerca del estatus de su procedimiento y no se les ha brindado el seguimiento que se recomienda por parte de instituciones y organismos de expertos en la materia.

II. Que aunque la comunidad médica cuenta con la capacitación y conocimientos, así como la expertiz de otras circunstancias en las que han tenido que tratar a pacientes con enfermedades altamente transmisibles o con tasas de letalidad muy elevadas y conscientes de que el cirujano debe atender a todo paciente potencialmente quirúrgico y aunque idealmente dicha atención debería efectuarse por equipos voluntarios, la magnitud del brote actual dificulta en extremo tal medida, así como la derivación de casos a centros de referencia.

No obstante, la situación actual no excluye de la obligación por parte de las autoridades de dar soporte logístico y proveer a los cirujanos de protocolos y lineamientos, así como de todo el material necesario para llevar a cabo intervenciones quirúrgicas en las presentes circunstancias. La evaluación de la situación debe realizarse en conjunto y “el grado de exigencia del deber de asistencia y profesional debe ser proporcional a los medios de que se disponga en los casos de alto riesgo de contagio o de dudoso beneficio

terapéutico o asistencial”. En ese sentido, debe minimizarse el número de profesionales necesarios para la cirugía y maximizarse su grado de entrenamiento y/o experiencia.

III. Que en este sentido, el sector salud de la Ciudad de México deberá emitir de inmediato, protocolos donde se establezca que los escenarios en que se deben contemplar las intervenciones quirúrgicas deben ser aquellos en donde se requieran intervenciones urgentes y electivas no demorables, tomando en cuenta que en la mayoría de los casos se tratará de pacientes con sospecha de infección, en los que la presencia de una infección confirmada puede ser una contraindicación de cirugía debido a la afectación del estado general.

En cuanto a la actividad quirúrgica programada, se deben incluir en los protocolos que, dada la situación de pandemia declarada, los diferentes organismos reguladores de la actividad sanitaria distribuirán los recursos disponibles en función de la situación puntual.

En ese sentido este H. Congreso de la Ciudad de México, consciente de que la actividad no urgente se ha limitado al máximo, priorizándose casos con patologías que requieran tratamiento quirúrgico preferente, exhorta a la autoridad sanitaria de la capital a que emita los lineamientos, protocolos y acciones para aquellos pacientes no urgentes que deban ser monitoreados dadas sus condiciones de salud y que tienen procedimientos quirúrgicos suspendidos por la pandemia, teniendo en cuenta dos factores: el estado previo del enfermo y la posibilidad de contagio intrahospitalario. Como en las intervenciones urgentes, la infección confirmada por COVID-19 puede ser considerada como una contraindicación de cirugía especialmente en pacientes oncológicos, inmunosuprimidos y con comorbilidades asociadas que repercutan en el riesgo quirúrgico, es preciso que se emitan a la brevedad estos lineamientos.

RESOLUTIVOS

Con sustento en los antecedentes y consideraciones legales expuestos, este Congreso, en ejercicio de sus facultades soberanas, estima procedente solicitar:



ÚNICO. Este H. Congreso de la Ciudad de México hace un respetuoso llamado a la Jefa de Gobierno, doctora Claudia Sheinbaum Pardo a fin de que, a través de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, se emita un protocolo de seguimiento puntual a todos y cada uno de los pacientes con cirugías programadas antes y durante la pandemia de covid-19 y que no han sido realizadas, a fin de monitorear los cambios de su estado de salud y se les brinde la información suficiente para su cuidado en tanto se generan las condiciones de salubridad e higiene para la realización de su procedimiento programado.

Signa la presente proposición con punto de acuerdo:

DocuSigned by:
América Rangel Lorenzana
4F990B860BA6416...

Dip. América Alejandra Rangel Lorenzana