

CUCAIBA

SERVICIO PROVINCIAL DE PROCURACION

1) PROTOCOLO DE ACTUACION PROCURACION

PANDEMIA CoVid 19

ANTE EL REQUERIMIENTO DESDE UNA INSTITUCION DE SALUD PARA LA EVALUACION DE UN POSIBLE DONANTE DEBE CONSIDERARSE LAS DEFINICIONES DADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD EN CUANTO A LOS CASOS SOSPECHOSOS DE CoVid19

DEFINICIÓN DE CASO SOSPECHOSO COVID-19 | 20 DE ABRIL 2020

TODA PERSONA QUE PRESENTE: **CRITERIO1:**

- **Fiebre (37,5 o mas)**
- **Uno o mas de estos síntomas:**
 - Tos
 - Odinofagia
 - Dificultad respiratoria
 - Anosmia/disgeusia
- sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica

Y

En los últimos 14 días

Haya estado en contacto con casos confirmados de COVID-19

Ó

Tenga un historial de **viaje o residencia en zonas de transmisión local** (ya sea comunitaria o por conglomerados) **de CoVid-19 en Argentina**

También debe considerarse caso sospechoso de COVID-19:

CRITERIO 2: Todo paciente con diagnóstico clínico y radiológico de neumonía sin otra etiología que explique el cuadro clínico.

CRITERIO 3: Todo paciente que presente anosmia/disgeusia, de reciente aparición y sin otra etiología definida, y sin otros signos y/ o síntomas.

NOTA: Ante la presencia de este como único síntoma, se indicara aislamiento durante 72 hs, indicando toma de muestra para diagnostico de PCR, al tercer dia de iniciado los síntomas.

CRITERIO 4: Todo personal de salud que presente fiebre y dos o más síntomas respiratorios (tos, odinofagia, dificultad respiratoria, anosmia, disgeusia)

NOTA: Ante la presencia de este como único síntoma, se indicara aislamiento durante 72 hs, indicando toma de muestra para diagnostico de PCR, al tercer dia de iniciado los síntomas.

NOTA ACLARATORIA: La Argentina presenta casos importados y de transmisión local en conglomerados. Se implementará vigilancia de transmisión comunitaria y en trabajadores de salud en unidades centinelas.

Caso confirmado COVID-19

Todo caso sospechoso o probable que presente resultados positivos por rtPCR para SARS CoV-2.

GUARDIA OPERATIVA: PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE AVISO DE POSIBLE DONANTE (PD) durante PANDEMIA CoVid19

Criterio A) PD que curso o cursa infección respiratoria, independientemente de la causa de la ME, debe ser descartado.

Criterio B) PD que en los últimos 14 días haya viajado fuera del país o se constate contacto directo con sospechoso o confirmado para COVID-19 y sufrió alguna enfermedad neurológica, SIN TENER SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, se contraindica automáticamente.

Criterio C) PD en UTI donde haya casos de CoVid confirmados /sospechosos, es imprescindible saber si los mismo se encuentran en AISLAMIENTO (especificar tipo de aislamiento) dentro de la misma unidad de terapia intensiva o en otra sala del hospital. Cada caso será informado a los responsables del SPP y se evaluara la iniciación o no del proceso.

Por todo lo anterior descrito , nosotros consideramos que son factibles de procurar solamente por este periodo de PANDEMIA, **todo PD QUE CUMPLA LOS SIGUIENTES REQUISITOS SIN EXCEPCION:**

*HOJA DE INTERROGATORIO SOBRE EPIDEMIOLOGIA CoVid19 EN EL ESTABLECIMIENTO DONDE SE ENCUENTRA EL POSIBLE DONANTE(**ANEXO1**)

* **PCR NEGATIVO PARA CoVid 19 (PCR – SARS CoV-2)sin excepción**

*<48 HS DE INTERNACION

*SIN SINTOMATOLOGIA PREVIA

*SIN INFILTRADOS RADIOLOGICOS COMPATIBLES CON NEUMONIA

*HEMODINAMICAMENTE ESTABLES O BAJOS REQUERIMIENTOS DE VASOACTIVOS

*LABORATORIO EN PARAMETROS NORMALES

Para disminuir los tiempos de exposición al personal de CUCAIBA , se solicitara al médico tratante de la institución:

*Laboratoriocompleto(hemograma,glucemia,urea,creatinina,CPK,amilasa,coagulograma) con valores dentro de rango fisiologico

*Grupo y factor sanguineo

*Ecografias renal y hepatica

*TAC o cualquier otro estudio complementario que requiera para justificar la causa de muerte y/o dudas sobre situación clinica

*Estabilidad hemodinámica o bajos requerimientos de drogas vasoactivas para poder evaluar al PD .

*test apnea compatible con muerte encefalica

*Por el momento quedan suspendidas las evaluaciones neurológicas solicitadas si no es con fin de donación.(explicándole al responsable de la institución el motivo)

ANEXO 1:Interrogatorio epidemiológico COVID 19 en el Establecimiento para agregar

a la historia clinica del posible donante

Datos del establecimiento		
Nombre del Posible Donante		
PD		
Apellido y Nombre de quien realiza la comunicación		
	Si	No
¿Derivado?		
Hospital y servicio desde donde fue derivado el PD		
Servicio al que ingresa		
Servicio en el que se encuentra actualmente		
COVID-19 en establecimiento		
¿Existen casos confirmados?		
¿Sospechosos?		
¿Se encuentran aislados?		
¿Dónde?		
Especificar tipo de aislamiento		
Datos PD		
Ingreso en ARM		
Screening Clínico (en los últimos 21 días)	Si	No
Fiebre (>37.5 grados) o fiebre subjetiva		
Tos de reciente inicio		
Odinofagia		
Dificultad respiratoria		
Anosmia/disgeusia		
Infiltrado pulmonar		
Antecedentes de:	Si	No
Viaje a o residencia en un área con transmisión de COVID-19 en los 21 días previos		
Viaje o procedencia de área de alto riesgo		
Contacto directo con casos sospechosos o confirmado de COVID-19 en los días previos		

Diagnóstico confirmado de COVID-19 en los últimos 28 días			
Test PCR SARS-COV-2	Pendiente	Positivo	Negativo
Establecimiento donde realizo PCR SARS-COV-2			



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
2020 - Año del Bicentenario de la Provincia de Buenos Aires

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: PROTOCOLO DE ACTUACION PROCURACION

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 5 pagina/s.