

# 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 día 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 día 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

<b>Datos del establecimiento</b>		
<b>Nombre del Posible Donante</b>		
<b>PD</b>		
<b>Apellido y Nombre de quien realiza la comunicación</b>		
	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Derivado?		
Hospital y servicio desde donde fue derivado el PD		
Servicio al que ingresa		
Servicio en el que se encuentra actualmente		
<b>COVID-19 en establecimiento</b>		
¿Existen casos confirmados?		
¿Sospechosos?		
¿Se encuentran aislados?		
¿Dónde?		
Especificar tipo de aislamiento		
<b>Datos PD</b>		
<b>Ingreso en ARM</b>		
<b>Screening Clínico (en los últimos 21 días)</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
Fiebre (>37.5 grados) o fiebre subjetiva		
Tos de reciente inicio		
Odinofagia		
Dificultad respiratoria		
Anosmia/disgeusia		
Infiltrado pulmonar		
<b>Antecedentes de:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
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			
<b>Test PCR SARS-COV-2</b>	<b>Pendiente</b>	<b>Positivo</b>	<b>Negativo</b>
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.