## Anexo 1A. Formato de evaluación del sistema de semáforo en los establecimientos con licencia sanitaria para la procuración y trasplantes de órganos y tejidos

* A partir del día primero de junio de 2022, los establecimientos con licencia sanitaria para donación y/o trasplante ya no deberán enviar el reporte mensual de la evaluación del presente semáforo de riesgo.
* En caso de que un establecimiento regrese a una situación epidemiológica que lo ubique en un color rojo o naranja del semáforo de riesgo, según la metodología establecida en el anterior Plan de Reactivación de los Programas de Donación y Trasplantes, se deberá retomar el reporte mensual a las Coordinaciones Institucionales, a los Centros y Consejos Estatales y al Centro Nacional de Trasplantes en el formato 1A, hasta que pase a un color verde o amarillo.
* La evaluación y decisión de reactivar los programas hospitalarios de donación y trasplante recae en los Comités Internos de Coordinación para la Donación y Comités Internos de Trasplante correspondientes. La o el responsable sanitario deberá enviar el formato debidamente llenado al CEETRA, COETRA, o la Coordinación Institucional según corresponda, quienes realizarán la evaluación periódica y validación para posteriormente notificar a las Secretarías de Salud Estatales y al CENATRA

Quincena y año del reporte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Entidad Federativa** | **Color de semáforo estatal** | **Institución de salud** | **Número de RNT** | **Nombre del establecimiento con licencia** | **Programa (s)** | **Color del semáforo en el establecimiento**  **conforme a los criterios del Plan de Reactivación** | **Comentarios** |
| **Rojo, Naranja**  **Amarillo Verde** | **Rojo**  **Naranja**  **Amarillo**  **Verde** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Para la evaluación del semáforo en el establecimiento, considerar:

* Situación epidemiológica de circulación de COVID-19
* Rutas y áreas para la prevención de la exposición del virus SARS-CoV-2 (circuitos libres de COVID-19)
* Disponibilidad de camas de hospitalización y en UCI
* Laboratorio y gabinete: pruebas PCR, TAC
* Personal de salud: disponibilidad de EPP, personal sin rotación por áreas COVID-19
* Participación de comités hospitalarios de Bioética y Unidades de Vigilancia Epidemiológica
* Consentimiento informado para COVID-19

Firma del Responsable Sanitario

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y cargo

C.c.p. Nombre. Secretario(a) de Salud del Estado.

## Anexo 1B. Formato de revisión y verificación del sistema de semáforo en los establecimientos con licencia sanitaria para la procuración y trasplantes de órganos y tejidos

* A partir del día primero de junio de 2022, los establecimientos con licencia sanitaria para donación y/o trasplante ya no deberán enviar el reporte mensual de la evaluación del presente semáforo de riesgo.
* En caso de que un establecimiento regrese a una situación epidemiológica que lo ubique en un color rojo o naranja del semáforo de riesgo, según la metodología establecida en el anterior Plan de Reactivación de los Programas de Donación y Trasplantes, se deberá retomar el reporte mensual al Centro Nacional de Trasplantes en el formato 1B, hasta que pase a un color verde o amarillo.
* La evaluación y decisión de reactivar los programas hospitalarios de donación y trasplante recae en los Comités Internos de Coordinación para la Donación y Comités Internos de Trasplante correspondientes. La o el responsable sanitario deberá enviar el formato debidamente llenado al CEETRA, COETRA, o la Coordinación Institucional según corresponda, quienes realizarán la evaluación periódica y validación para posteriormente notificar a las Secretarías de Salud Estatales y al CENATRA.

Mes y año del reporte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Entidad Federativa** | **Color de semáforo estatal** | **Institución de salud** | **Número de RNT** | **Nombre del establecimiento con licencia** | **Programa (s)** | **Color del semáforo en el establecimiento**  **conforme a los criterios del Plan de Reactivación** | **Comentarios** |
| **Rojo, Naranja**  **Amarillo Verde** | **Rojo**  **Naranja**  **Amarillo**  **Verde** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Para la evaluación del semáforo en el establecimiento, considerar:

* Situación epidemiológica de circulación de COVID-19
* Rutas y áreas para la prevención de la exposición del virus SARS-CoV-2 (circuitos libres de COVID-19)
* Disponibilidad de camas de hospitalización y en UCI
* Laboratorio y gabinete: pruebas PCR, TAC
* Personal de salud: disponibilidad de EPP, personal sin rotación por áreas COVID-19
* Participación de comités hospitalarios de Bioética y Unidades de Vigilancia Epidemiológica
* Consentimiento informado para COVID-19

Firma del Titular del Centro/Consejo Estatal de Trasplantes/Coordinación Institucional

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y cargo

## C.c.p. Nombre. Secretario(a) de Salud del Estado.

## Anexo 5. Persona receptora con COVID-19 en el post-trasplante.

***Por favor, complete el formulario para las PERSONAS RECEPTORAS DE TRASPLANTE AFECTADOS. Debe ser llenado de forma electrónica o a mano y escaneado y enviado por mail a*** [*rnt.cenatra@salud.gob.mx*](mailto:rnt.cenatra@salud.gob.mx)***. Para cualquier duda puede comunicarse al tel. 55 5434 5668.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO** | | | | | | | |
| RNT y nombre del establecimiento | | |  | | | | |
| Entidad federativa |  | | Fecha de reporte | | | |  |
| **DATOS DEL LA PERSONA RECEPTORA** | | | | | | | |
| Nombre y apellidos de la persona receptora | | |  | | |  | |
| CURP |  | | Fecha de nacimiento | | | |  |
| ID SIRNT |  | | Órgano / tejido | | | |  |
|  |  | | Fecha del trasplante | | | |  |
| Nombre, correo electrónico y cargo del/la profesional de la salud que notifica el caso: | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2** | | | | | | | |
| ¿Presentó manifestaciones clínicas? | | | Sí  No | | | | |
| Si la respuesta anterior fue afirmativa ¿Qué tipo de manifestaciones clínicas presentó? | | | | | | | |
| Síntomas de tracto respiratorio superior  Síntomas de neumonía | | | Síntomas gastrointestinales  Otros (Especificar) | | | | |
| Fecha de inicio de datos clínicos (DD/MM/AA) | | |  | | | | |
| Origen sospechado de la transmisión | | | Comunitario  Nosocomial[[1]](#footnote-2) | | | | |
| Tipo de caso | | | Confirmado  Sospechoso  Negativo | | | | |
| Fecha de la prueba (PCR o antígeno)[[2]](#footnote-3) | | |  | | | | |
| Comorbilidades | | | Diabetes  Hipertensión arterial  Obesidad | | | | |
| **VACUNACIÓN** | | | | | | | |
| ¿Ha sido vacunado(a)? | | | Sí, completo  Sí, parcial  No | | | | |
| Nombre de vacuna(s) |  | | Fechas de vacunación | | | |  |
| ¿Presentó ESAVI[[3]](#footnote-4) grave? | | | Sí ¿Cuáles?  No | | | | |
| **INFORMACIÓN DEL SEGUIMIENTO** | | | | | | | |
| ¿Requirió alguna de las siguientes opciones para el manejo? | | | | | | | |
| Manejo ambulatorio  Ingreso hospitalario | Sí  No  Sí  No | | Ingreso a UCI  Ventilación mecánica | | Sí  No  Sí  No | | |
| ¿Se administró tratamiento para COVID-19? | | | Sí  No | | | | |
| Si la respuesta fue afirmativa, especifique qué fármacos usaron:[[4]](#footnote-5) | | | | | | | |
| Molnupiravir  Paxlovid | | Remdesivir  Sotrovimab | | Otros (Especificar) | | | |
| Cambios en la inmunosupresión o administración de otros fármacos | | | Sin cambio  Con ajustes | | | | |
| **RESULTADO AL ALTA** | | | | | | | |
| Alta por mejoría | | | Sí  No Fecha: | | | | |
| Fallecido | | | Sí  No Fecha: | | | | |
| Si la respuesta es afirmativa ¿Fue resultado de COVID-19? | | | Sí  No  Desconocido | | | | |
| Fallo del injerto | | | Sí  No Fecha: | | | | |
| Manejo del fallo del injerto | | |  | | | | |

## Anexo 6. Personas donantes con prueba PCR positiva o con contacto estrecho

***El formulario deberá ser llenado de forma electrónica o a mano y enviado por e-mail a los CEETRAS-COETRAS o CI y a CENATRA*** [***rnt.cenatra@salud.gob.mx***](mailto:rnt.cenatra@salud.gob.mx) ***antes de las 48 horas posteriores a la procuración. Para cualquier duda puede comunicarse al tel. 55 5434 5668, disponible las 24 horas.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA DONANTE** | | | |
| Nombre del establecimiento: | | | |
| RNT del establecimiento: | | Entidad federativa: | |
| ID SIRNT del donante: | | Tipo de donante:  Vivo  Fallecido | |
| Fecha de donación: | | Órganos/tejidos procurados: | |
| Nombre, correo y cargo del profesional de la salud que reporta la información | | | |
| **INFORMACIÓN DEL CUADRO DE COVID-19 EN LA PERSONA DONANTE** | | | |
| 1. Fecha de diagnóstico (DD/MM/AA): | | 2. Fecha de prueba PCR (+) para SARS-CoV-2 (DD/MM/AA): | |
| 3. ¿Se administró tratamiento específico para COVID-19?  Sí  No | | | |
| 4. Si la respuesta fue afirmativa, especifique qué fármacos usaron:[[5]](#footnote-6) | | | |
| Molnupiravir  Paxlovid | Remdesivir  Sotrovimab | | Otros (Especificar) |
| 5. ¿Presentó manifestaciones clínicas?  Sí  No | | | |
| 6. Si la respuesta anterior fue afirmativa ¿Qué tipo de síntomas presentó? | | | |
| Infección tracto respiratorio superior  Neumonía | | Síntomas gastrointestinales  Otros (Especificar) | |
| 7. ¿Requirió alguna de las siguientes opciones para el manejo del cuadro? | | | |
| Manejo ambulatorio  Sí  No  Ingreso hospitalario  Sí  No | | Ingreso a UCI  Sí  No  Ventilación mecánica  Sí  No | |
| 8. Fecha de remisión de síntomas (DD/MM/AA): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | 8.1 ¿La fecha de remisión de los síntomas es mayor a 3 días previo a la donación?  Sí  No | |
| 9. Fecha de prueba PCR (+) para SARS-CoV-2 para donación (DD/MM/AA):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 9.1 Tipo de muestra  Tracto respiratorio superior  Tracto respiratorio inferior  Otra (Especificar) | | (OPCIONAL)  9.2 Número de ciclos de PCR (Ct): \_\_\_\_\_ | |

## Anexo 7. Personas receptoras de donantes con PCR positiva o contacto estrecho

***El formulario deberá ser llenado de forma electrónica o a mano y enviado por e-mail a los CEETRAS-COETRAS o CI y a CENATRA*** [***rnt.cenatra@salud.gob.mx***](mailto:rnt.cenatra@salud.gob.mx) ***al primer mes post-trasplante. Para cualquier duda puede comunicarse al tel. 55 5434 5668, disponible las 24 horas.***

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA RECEPTORA** | |
| Nombre del establecimiento: | |
| RNT del establecimiento: | Entidad federativa: |
| ID SIRNT de la persona receptora: | Tipo de trasplante: |
| ID SIRNT de la persona donante: | Fecha de trasplante: |
| Nombre, correo y cargo del profesional de la salud que reporta la información | |
| **DATOS PRE-TRASPLANTE DE LA PERSONA RECEPTORA** | |
| 1. Manifestaciones clínicas pre-trasplante de COVID-19 en persona receptora:  Sí  No | |
| 2. Resultado de PCR para SARS-CoV-2 pre-trasplante:  Positivo  Negativo | |
| *Si la respuesta anterior fue positiva, señale:*  2.1 Fecha de resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2.2 (OPCIONAL) Número de ciclos de PCR (Ct) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 2.3 Tipo muestra:  Tracto respiratorio superior  Tracto respiratorio inferior  Otra (Especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 4. Vacunación pre-trasplante  Sí, esquema completo  Sí, esquema parcial  No | 4.1 Tipo de vacuna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4.2 Fecha de aplicación de cada dosis (DD/MM/AA): |
| **EVOLUCIÓN POST-TRASPLANTE (AL MES)** | |
| 1. Pruebas SARS-CoV-2 realizadas post-trasplante   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Tipo prueba** | **Tipo de muestra** | **Fecha resultado** | **Resultado** | | PCR 3 días |  |  |  | | PCR 7 días |  |  |  | | Otra |  |  |  | | |
| 2. ¿Existe sospecha de COVID-19 en la persona receptora post-trasplante?  Sí  No  *Si la respuesta es afirmativa por favor completar el formato 1 y 2 de caso de COVID-19 en receptores* | |
| 3. ¿El órgano o tejido proviene de una persona donante COVID-19 positiva?  Sí  No | |
| 4. En el último mes ¿Se ha producido alguna complicación en la evolución de la o el paciente atribuible al diagnóstico previo de COVID-19 en el donante?  Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No | |
| 5. ¿Requirió alguna de las siguientes opciones para el manejo de dicha complicación? | |
| Manejo ambulatorio  Sí  No  Ingreso hospitalario  Sí  No | Ingreso a UCI  Sí  No  Ventilación mecánica  Sí  No |
| 6. Si respondió Sí en alguna de las opciones anteriores ¿Cuál fue el desenlace?  Alta por mejoría  Sí  No  Defunción  Sí  No | |
| 7. Si el desenlace fue defunción ¿Fue resultado de COVID-19?  Sí  No  Desconocido | |
| 8. Fallo del injerto  Sí  No Fecha: | |

\* Valorar el realizar las pruebas serológicas en función de si la persona receptora tuvo un cuadro previo de COVID-19, si ha tenido contacto estrecho con un caso confirmado o sospechoso, y su estado de vacunación.

## Anexo 8. Personas receptoras con PCR persistentemente positiva o con contacto estrecho

***El formulario deberá ser llenado de forma electrónica o a mano y enviado por e-mail a los CEETRAS-COETRAS o CI y a CENATRA*** [***rnt.cenatra@salud.gob.mx***](mailto:rnt.cenatra@salud.gob.mx) ***al primer mes post-trasplante. Para cualquier duda puede comunicarse al tel. 55 5434 5668, disponible las 24 horas.***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA RECEPTORA** | | | | | |
| Nombre del establecimiento: | | | | | |
| RNT del establecimiento: | | | Entidad federativa: | | |
| ID SIRNT de la persona receptora: | | | Tipo de trasplante: | | |
| Fecha de trasplante: | | | | | |
| Nombre, correo y cargo del profesional de la salud que reporta la información | | | | | |
| **DATOS PRE-TRASPLANTE DE LA PERSONA RECEPTORA** | | | | | |
| 1. Manifestaciones clínicas pre-trasplante de COVID-19 en persona receptora:  Sí  No | | | | | |
| 1.1 Si la respuesta anterior fue afirmativa ¿Qué tipo de síntomas presentó? | | | | | |
| Infección tracto respiratorio superior  Neumonía | | | Síntomas gastrointestinales  Otros (Especificar) | | |
| 2. Fecha de diagnóstico (DD/MM/AA): | | | 3 Fecha de primera prueba PCR (+) para SARS-CoV-2 (DD/MM/AA): | | |
| 4. Vacunación pre-trasplante  Sí, esquema completo  Sí, esquema parcial  No | | | 4.1 Tipo de vacuna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4.2 Fecha de aplicación de cada dosis (DD/MM/AA): | | |
| 5. ¿Se administró tratamiento específico para COVID-19?  Sí  No | | | | | |
| 5.1 Si la respuesta fue afirmativa, especifique qué fármacos usaron:[[6]](#footnote-7) | | | | | |
| Molnupiravir  Paxlovid | Remdesivir  Sotrovimab | | | Otros (Especificar) | |
| 6. Fecha de remisión de síntomas (DD/MM/AA): | | 6.1 ¿La fecha es mayor a 3 días previo a la donación?  Sí  No | | |
| 7. Fecha de prueba PCR (+) para SARS-CoV-2 previa a donación (DD/MM/AA):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| 7.1 Tipo de muestra  Tracto respiratorio superior  Tracto respiratorio inferior  Otra (Especificar) | | (OPCIONAL)  7.2 Número de ciclos de PCR (Ct): \_\_\_\_\_ | | |
| **EVOLUCIÓN POST-TRASPLANTE (AL MES)** | | | | |
| 1. En el último mes ¿Se ha producido alguna complicación en la evolución de la o el paciente atribuible al diagnóstico previo de COVID-19?  Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No | | | | |
| * 1. ¿Requirió alguna de las siguientes opciones para el manejo de dicha complicación? | | | | |
| Manejo ambulatorio  Sí  No  Ingreso hospitalario  Sí  No | | | Ingreso a UCI  Sí  No  Ventilación mecánica  Sí  No | |
| 1.2 Si respondió Sí en alguna de las opciones anteriores ¿Cuál fue el desenlace?  Alta por mejoría  Sí  No  Defunción  Sí  No | | | | |
| 1.3 Si el desenlace fue defunción ¿Fue resultado de COVID-19?  Sí  No  Desconoce | | | | |
| 2. Fallo del injerto  Sí  No Fecha: | | | | |

1. Las infecciones nosocomiales son adquiridas durante la estancia en un hospital y que no estaban presentes ni en el período de incubación ni en el momento del ingreso del paciente. Las infecciones que ocurren dentro de las primeras 48h del ingreso hospitalario no suelen considerarse nosocomiales. [↑](#footnote-ref-2)
2. Las pruebas de antígeno sólo se deben realizar durante el período clínico. [↑](#footnote-ref-3)
3. ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización. [↑](#footnote-ref-4)
4. Revisar la Guía clínica para el tratamiento de la COVID-19 en México. <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2022/06/2022.02.15-GuiaClinicaTxCOVID.pdf> [↑](#footnote-ref-5)
5. Revisar la Guía clínica para el tratamiento de la COVID-19 en México. <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2022/06/2022.02.15-GuiaClinicaTxCOVID.pdf> [↑](#footnote-ref-6)
6. Revisar la Guía clínica para el tratamiento de la COVID-19 en México. <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2022/06/2022.02.15-GuiaClinicaTxCOVID.pdf> [↑](#footnote-ref-7)