



Resolución Directoral

Miraflores, 14 de mayo de 2020.



VISTO:

El Expediente N° 20-005706-002 que contiene el Informe N° 046-2020-DM-HEJCU elaborado por el Departamento de Medicina, el Informe N° 045a-2020-OGC-HEJCU emitido por la Oficina de Gestión de la Calidad y el Informe N° 050A-2020-OEPP-HEJCU emitido por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto adjuntando el Informe N° 027-A-2020-EOM-OEPP-HEJCU elaborado por la Coordinadora del Equipo de Organización y Modernización de la citada oficina del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa; y,



CONSIDERANDO:

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.



Que, mediante Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, se aprobó la Norma Técnica N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", cuya finalidad es: *"Contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos"*.



Que, mediante Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", cuya finalidad es: *"Contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad; a través de la formulación de Guías de Práctica Clínicas que responden a las prioridades, nacionales, regionales y/o local"*.



Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA se aprobó la Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, el cual tiene como objetivo establecer disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos, así como estandarizar los elementos conceptuales, estructurales y metodológicos y explícitos para la emisión de los documentos normativos.



Que, mediante Decreto Supremo N° 008-2020-SA, publicado el 11 de marzo de 2020, se declaró en Emergencia Sanitaria a nivel nacional, por el plazo de noventa (90) días calendarios, por la existencia del COVID-19.

Que, mediante Informe N° 046-2020-DM-HEJCU, de fecha 13 de mayo de 2020, la Jefa del Departamento de Medicina remite, entre otros, el proyecto del documento elaborado por su despacho denominado: Guía para manejo de pacientes en emergencia con sospecha de Covid 19, 2020 en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, para la revisión y aprobación mediante acto resolutivo.

Que, la Guía para manejo de pacientes en emergencia con sospecha de Covid 19, 2020 del Hejcu tiene por finalidad contribuir a la reducción del impacto sanitario y social del Covid 19 en la ciudad de Lima Metropolitana a través de acciones dirigidas a la atención integral de los casos de enfermedad que sean detectados en este hospital.

Que, mediante Informe N° 045a-2020-OGC-HEJCU, el 14 de mayo de 2020, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad informa que se ha procedido con la revisión, entre otros, de la Guía para manejo de pacientes en emergencia con sospecha de Covid 19, 2020 del Hejcu, por lo que, emite opinión favorable de la misma.

Que, mediante Informe N° 050A-2020-OEPP-HEJCU, de fecha 14 de mayo de 2020, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto remite el Informe N° 27-A-2020-EOM-OEPP-HEJCU elaborado por la Coordinadora del Equipo de Organización y Modernización de la citada oficina, quien, a su vez, emite opinión técnica favorable respecto a la estructura de la Guía para manejo de pacientes en emergencia con sospecha de Covid 19, 2020 del Hejcu.

Estando a lo señalado en los párrafos precedentes y contando con el visado de la Jefa del Departamento de Medicina, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

De conformidad con lo dispuesto en el literal d) del artículo 11 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, aprobado por Resolución Ministerial N° 767-2006/MINSA, y de la Resolución Ministerial N° 1040-2019-MINSA y la Resolución Viceministerial N° 001-2020-SA-/DVMPAS.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1.- APROBAR la Guía para manejo de pacientes en emergencia con sospecha de Covid 19, 2020 del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, el mismo que, como anexo, forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO 2.- ENCARGAR al Departamento de Medicina la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación y supervisión de la citada guía.

ARTÍCULO 3.- ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente resolución en el portal *web* institucional de la entidad (www.hejcu.gob.pe).

Regístrese, comuníquese y cúmplase.

L/PE/AAA/SEEV/CAOS/LCD/3P

Distribución:

- Dirección General
- Dirección Médica
- Of. de Gestión de la Calidad
- Of. de Planeamiento y Presupuesto
- Of. Asesoría Jurídica
- Dpto. de Medicina
- Of. Comunicaciones
- Archivo

MINISTERIO DE SALUD
Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"

Dr. LUIS JULIO PANCORVO ESCALA
Director General (e)
CMP 9633 RNE 2547



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital de Emergencias
"José Casimiro Ulloa"



***"Guía para manejo de pacientes en
emergencia con sospecha de COVID-19 2020
en el Hospital de Emergencias
"José Casimiro Ulloa"***

2020

CONTENIDO

	PAG
1. FINALIDAD	3
2. OBJETIVO	3
3. AMBITO DE APLICACIÓN.....	3
4. BASE LEGAL	3
5. DISPOSICIONES GENERALES	4
6. DISPOSICIONES ESPECIFICAS	5
7. RESPONSABILIDADES	10
8. ANEXOS	11



1. FINALIDAD

Contribuir a la reducción del impacto sanitario y social del CoViD19 en la Ciudad de Lima Metropolitana, a través de acciones dirigidas a la atención integral de los casos de enfermedad que sean detectados en la Institución

2. OBJETIVOS

- Establecer los conceptos y criterios de diagnóstico
- Establecer los esquemas de tratamiento
- Establecer los grados de gravedad para decidir tratamientos ambulatorios u hospitalización en críticos

3. AMBITO DE APLICACIÓN

Este documento es de aplicación obligatoria en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".

4. BASE LEGAL

- 4.1. Constitución Política del Perú
- 4.2. D.S. N° 027 – 2017 – SA Política Nacional Frente a Hospital Seguros Frente a los Desastres que contiene el Plan de Acción 2017-2021 y crean la Comisión Multisectorial de Hospitales Seguros frente a los Desastres.
- 4.3. Ley de Movilización Nacional, Ley N° 28101.
- 4.4. Ley General de Salud y sus modificaciones, Ley N° 26842.
- 4.5. Decreto Ley N° 1161
- 4.6. Ley 29664, Ley del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (SINAGERD).
- 4.7. Ley N° 28551- Ley que establece la obligación de elaborar y presentar planes de contingencia.
- 4.8. Resolución Suprema N° 009-2004-SA, que aprueba el Plan Sectorial de Prevención y Atención de Emergencia y Desastres del Sector Salud.
- 4.9. Resolución Ministerial N° 517-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N° 036-2004-OGDN/MINSA-V.01 que norma la Declaratoria de Alertas en Situaciones de Emergencias y Desastres.
- 4.10. Resolución Ministerial 643-2019/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 271-MINSA/2019/DIGERD. Directiva Administrativa para la formulación de Planes de Contingencia de las Entidades e Instituciones del Sector Salud.
- 4.11. Resolución Ministerial N° 628-2018-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 250-2018-MINSA-DIGERD: Organización y Funcionamiento del Centro de Operaciones de Emergencias (COE-SALUD), y de los Espacios de Monitoreo de Emergencias y Desastres del Sector Salud.
- 4.12. Resolución Ministerial N° 1295-2018/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 144- MINSA/DIGESA V.01: Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación.
- 4.13. Resolución Ministerial N° 1472-2002-SA/DM, que aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria.
- 4.14. Resolución Ministerial N° 452-2003-SA/DM, que aprueba el Manual de Aislamiento Hospitalario.
- 4.15. Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 020- MINSA/DGSP-V.01: de Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.



- 4.16. Decreto Supremo N° 008-2020-MINSA Declara en Emergencia Sanitaria a nivel Nacional.
- 4.17. Decreto supremo N° 010-2020-SA Plan de Acción – Vigilancia, contención y atención de casos del nuevo COVID-19 en el Perú.
- 4.18. Decreto de Urgencia N° 025-2020 Medidas urgentes destinadas a reforzar el sistema de vigilancia y respuesta sanitaria.
- 4.19. Resolución Ministerial N° 226-2020-MINSA Derogar el sub numeral 6.5.1 del Plan Nacional de Reforzamiento de los Servicios de Salud.
- 4.20. Resolución Ministerial N° 239-2020-MINSA Lineamientos para la vigilancia de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a COVID-19.
- 4.21. Resolución Ministerial N° 240-2020-MINSA Modifican el documento técnico: Prevención, Diagnostico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú.
- 4.22. Decreto de Urgencia N° 050-2020 Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias, en materia económica y financiera para la adquisición de equipos de protección personal- EPP en el marco de la emergencia Nacional por COVID-19.

5. DISPOSICIONES GENERALES

El 31 de diciembre de 2019 las Autoridades de la República Popular China, comunicaron a la OMS varios casos de neumonía de etiología desconocida aparecidos y reportados en Wuhan, una ciudad situada en la provincia china de Hubei. Una semana más tarde confirmaron que se trataba de un nuevo coronavirus que ha sido denominado COVID-19.

Al igual que otros de la familia de los coronavirus, este virus causa diversas manifestaciones clínicas englobadas bajo el término COVID-19, que incluyen cuadros respiratorios que varían desde el resfriado común hasta cuadros de neumonía grave con síndrome de distrés respiratorio, shock séptico y falla multiorgánica.

La mayoría de los casos de COVID-19 notificados hasta el momento debutan con cuadros leves. Ante la posibilidad de aparición de un caso en nuestro país, una de las puertas de entrada al sistema serían las emergencias hospitalarias.

En el ámbito de alta demanda asistencial en la que se encuentran los Servicios de Emergencias (SE), el triaje tiene como objetivo identificar y priorizar al paciente más grave. Al tratarse de una enfermedad transmisible se deben extremar las medidas de precaución. Recomendándose el Triage diferenciado para problemas respiratorios agudos.

- a. Los casos de COVID-19 pueden presentarse con distintos grados de intensidad y, en muchos casos, no precisarían ser atendidos con alta prioridad.
- b. La **“herramienta de detección en triaje: Identificar – Aislar – Informar”** aporta un enfoque rápido en cuanto a cómo manejar desde triaje estos casos: se propone esta como la herramienta de detección para infección por virus COVID-19 en los Servicios de Emergencia.



c. Definiciones de caso:

Persona en investigación:

- Persona que presenta una infección respiratoria aguda grave - IRAG – (fiebre superior a 38°C, tos, dificultad respiratoria y que requiere ingreso hospitalario) y sin otra etiología que explique el cuadro clínico y un historial de viajes o residencia en países con transmisión comunitaria de COVID-19 en los 14 días previos al inicio de los síntomas.
- Pacientes con alguna infección respiratoria aguda que, durante los 14 días previos al inicio de los síntomas tuvo contacto con un caso confirmado o probable de infección por COVID-19, o trabajo o asistió a un centro de atención médica donde se atendieron pacientes confirmados o probables de infección por COVID-19.

Caso Probable:

Un caso sospechoso con resultado de laboratorio a COVID-19 indeterminado o con prueba positiva en un ensayo de pan-coronavirus (pruebas de detección genérica de coronavirus) y sin evidencias de identificación por laboratorio de otros patógenos respiratorios.

Caso confirmado:

Una persona con confirmación de laboratorio por la infección COVID-19, independiente de los signos y síntomas clínicos.

Caso descartado:

Paciente que tiene un resultado negativo de laboratorio para COVID -19

6. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

En el servicio de admisión / Triage

El primer contacto se produce en el Servicio de Triage, por lo que el personal de salud deberá realizar las siguientes preguntas:

- Si es un paciente con sintomatología respiratoria y fiebre a fin de poderlo clasificar como caso en investigación o sospechoso.
- Preguntara si ¿ha realizado algún viaje en las últimas tres semanas?" o ¿países que hayan reportado casos positivos, o si ha tenido contacto con personas en los aeropuertos con sintomatología respiratoria sospechosa.

Si el criterio epidemiológico es positivo, se le invitará al paciente a que se coloque una mascarilla tipo quirúrgica de cuatro puntas o con elástico. Luego se le derivará al ambiente de aislamiento (carpa azul)

El personal que traslade al paciente hasta la zona de aislamiento llevará una mascarilla quirúrgica, mandil impermeable, guantes y de ser el caso lentes protectores. .

Una vez en el circuito de aislamiento el Medico completara la anamnesis para verificar que el paciente cumple los criterios epidemiológicos y clínicos. (fechas completas, exposiciones de riesgo, etc.)



En el ambiente de aislamiento (Carpa Azul)

La identificación debe ser completa y basada tanto en la definición epidemiológica como clínica indagando sobre la presencia de síntomas de infección viral o síntomas respiratorios y viajes recientes a zonas de riesgo o contacto con casos de COVID-19.

Si el paciente cumple criterios de "caso sospechoso", se procederá al llenado de la ficha de investigación epidemiológica y se comunicará al CDC, DIRIS y Oficina de Epidemiología del Hospital.

A esta zona de aislamiento no deberán ingresar los familiares o acompañantes del paciente, los cuales serán informados del procedimiento a seguir.

En los casos de menores o pacientes que requieran acompañamiento, el paciente tendrá derecho a dicho acompañamiento y deberán adoptarse las medidas necesarias para su protección mediante la utilización de equipos de protección individual adecuados. (Uso de mascarilla por paciente y familiar) De ser necesario se facilitará algún otro EPP al familiar.

Se debe establecer un registro de las personas que entran en la habitación, así como de las actividades realizadas en cada acceso y de los incidentes o accidentes que concurren en las mismas. Además, se elaborará un listado de las personas que han estado en contacto con el paciente

Equipo de protección individual

De forma general, los casos sospechosos deberán mantenerse en aislamiento de contacto y dispersión de gotas de saliva mediante el uso de la mascarilla correspondiente.

Se cumplirá una estricta higiene de manos antes y después del contacto con el paciente y de la retirada del equipo de protección individual.

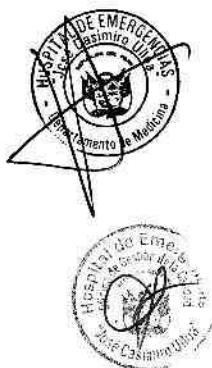
El personal que tome las muestras clínicas, atienda a casos sospechosos, probables o confirmados o las personas que entren en la habitación de aislamiento (ej.: familiares, personal de limpieza...) deberán llevar un equipo de protección individual para la prevención de infección por microorganismos transmitidos por gotas y por contacto que incluya **bata resistente a líquidos, mascarilla, protectores y cubre zapatos, guantes y protección ocular anti salpicaduras**.

Aunque por el momento no existe evidencia de transmisión aérea se recomienda como medida de precaución la utilización de mascarilla al personal asistencial, de tipo N95 o similar

En las situaciones en las que se prevea la generación de aerosoles, que incluyen cualquier procedimiento sobre la vía aérea, como la intubación traqueal, el lavado bronco-alveolar, o la ventilación manual, se recomienda habitación con presión negativa.

Se deberá reducir al mínimo el número de personas en la habitación y el personal que esté presente deberá llevar:

- Una mascarilla de alta eficacia N95 o similar
- Protección ocular ajustada de montura integral o protector facial completo.
- Guantes



- Batas impermeables de manga larga (si la bata no es impermeable y se prevé que se produzcan salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales, se podría añadir un delantal de plástico)
- Botas quirúrgicas y cubrezapatos

Tratamiento en el Servicio de Emergencias

Las medidas terapéuticas iniciales a instaurar dependerán en gran medida de la estratificación en cuanto a la gravedad clínica del paciente, por lo que resulta obligado observar si el paciente presenta criterios de gravedad como insuficiencia respiratoria, considerando las siguientes recomendaciones:

- Se recomienda la administración de broncodilatadores en cartucho presurizado asociado a cámara espaciadora para evitar la generación de aerosoles.
- En caso de emplear broncodilatadores en aerosol se recomienda una habitación con presión negativa.
- No deben administrarse de forma rutinaria corticoides sistémicos para el tratamiento de la neumonía viral a no ser que éstos estén indicados por alguna otra razón.
- Siempre que exista disponibilidad en el centro hospitalario, en pacientes con insuficiencia respiratoria o shock deberá iniciarse oxigenoterapia suplementaria con una mascarilla con filtro de exhalado, si es posible, ajustando el flujo hasta alcanzar una saturación de oxígeno capilar adecuada a la edad y estado del paciente.
- En el caso de shock séptico deberá administrarse antibioterapia de manera precoz.
- Si el paciente presenta criterios de gravedad se valorará la necesidad de ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos.
- Deberá realizarse un manejo conservador de la fluidoterapia en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda grave cuando no existe evidencia de shock, ya que una reanimación agresiva con fluidos podría empeorar la oxigenación.
- Resulta muy importante valorar en el diagnóstico diferencial otras posibles etiologías frecuentes que justifiquen el cuadro clínico del paciente. En este sentido, deberá valorarse el inicio del tratamiento para la gripe estacional o para una infección respiratoria de origen bacteriano en función de la sospecha clínica o la gravedad del paciente.
- Por último, deberá tenerse en cuenta la comorbilidad del paciente a fin de evaluar si es preciso su tratamiento durante la estancia en Urgencias y conciliar la medicación.



Procedimiento diagnóstico

En caso de investigación, es necesaria la toma de las siguientes muestras:

- Hisopado nasal y faríngeo, lavado broncoalveolar, aspirado traqueal o aspirado nasal/faríngeo. En aquellos que cumplan cualquiera de las definiciones de caso contempladas en la alerta epidemiológica.
- Realizar las Pruebas Rápidas si el paciente tiene más de 5 días de sintomatología. De ser posible las muestras deben ser remitidas inmediatamente al laboratorio de referencia de la DIRIS LIMA CENTRO (Centro de Salud Magdalena – Laboratorio

de referencia), y transportadas en cadena de frío o en su defecto por situación de cercanía podría ser transportada al Instituto Nacional de Salud (INS).

Si las pruebas iniciales son negativas en un paciente con una alta sospecha clínica y epidemiológica (especialmente cuando solo se han recogido muestras de tracto respiratorio superior o la muestra recogida inicialmente no estaba tomada adecuadamente) se repetirá el diagnóstico con nuevas muestras del tracto respiratorio.

Al paciente se le podrá canalizar una vía venosa periférica o tomar las muestras que se consideren necesarias con equipo de protección individual adecuado. En el interior del hospital, el manejo tanto de las muestras respiratorias obtenidas como de las muestras para análisis de rutina en el laboratorio (por ejemplo, hemograma, DHLI, PCR, principalmente) se realizará de la forma habitual, aplicando las precauciones estándar.

Las muestras clínicas que se envíen fuera del hospital deberán ser tratadas como potencialmente infecciosas y se considerarán de categoría B (deben ser transportadas en triple embalaje según la norma UN3373).

Si al paciente es preciso realizarle una radiografía de tórax se utilizará un aparato portátil para evitar traslados. El aparato deberá estar protegido por plásticos desechables y lavado posteriormente con un desinfectante aprobado para superficies en el centro.

De la Referencia

Se realizará en todo caso confirmado laboratorialmente.

La hoja de Referencia será elaborada por el Médico Tratante, juntamente con la Ficha Epidemiológica, ya que esta debe acompañar al transporte de la muestra correspondiente.

El Jefe de Guardia realizará la Notificación a la DIRIS a través del Personal de Epidemiología o de forma directa cuando este personal no se encuentre. Se llamara al Celular 998705343 (Dr. Miguel Carrión).

Personal de Referencia activara la comunicación con los hospitales de referencia establecidos por el MINSA informándoles que se encuentra un caso en investigación y ver la posibilidad de su traslado posterior, Según resultado de laboratorio del Instituto Nacional de Salud (INS)

Toma de Muestra

La toma de muestras de fluidos respiratorios, estará a cargo del personal de Laboratorio institucional

Estas muestras serán remitidas al Centro de Salud de Magdalena (Laboratorio de Referencia) o al local principal del Instituto Nacional de Salud (INS), previa coordinación.

Traslado del paciente hacia Centros Referenciales

El transporte del paciente se realizará a cargo del SAMU, en una ambulancia con la cabina del conductor físicamente separada del área de transporte del paciente.



El personal que intervenga en el transporte deberá ser informado previamente y deberá utilizar el Equipo de Protección Individual adecuado (bata resistente a líquidos, mascarilla FFP2, guantes y protección ocular anti salpicaduras).

Una vez finalizado el transporte se procederá a la desinfección del vehículo y a la gestión de los residuos producidos.

Se deberá seguir los protocolos de descontaminación, mantenimiento y eliminación de residuos utilizados para otro tipo de microorganismos con el riesgo de propagación y mecanismo de transmisión similar.

El interior del vehículo será limpiado posteriormente con una solución de hipoclorito al 1% o del desinfectante aprobado para superficies en el centro y se desechará en el contenedor apropiado el material de un solo uso no tributario de descontaminación.

Limpeza, desinfección y gestión de residuos del cuarto de aislamiento

Tras el abandono del paciente del circuito de aislamiento se deberá proceder a la limpieza de superficies, mobiliario no metálico y exterior de contenedores de residuos con lejía (1000 ppm de cloro activo. Dilución 1:50 de lejía 40-50 gr/litro preparada en el momento más próximo a realizar la limpieza).

La limpieza de mobiliario metálico, debido al efecto corrosivo de la lejía, se realizará preferentemente con toallitas desinfectantes o en su defecto con el desinfectante de superficies disponible en el hospital. Todo el material desechable que quedó dentro de la habitación (jabón, papel, guantes, etc.) incluso aunque no se haya abierto, debe ser desechado.

El personal de limpieza deberá utilizar el mismo EPI recomendado para los trabajadores sanitarios.

Mientras dure el aislamiento, los residuos se consideran residuos de Clase III o como residuos Biosanitarios Especiales (se considerarán como residuo Biosanitario Especial del Grupo 3, similar a la tuberculosis).

Si el caso es descartado los residuos se tratarán de la forma habitual.

Derivación del caso

La gravedad de la variable de síntomas fue categorizado como leve, grave o crítico.

Leve incluido casos de no neumonía y neumonía leve.

Severo caracterizado por disnea, frecuencia respiratoria ≥ 30 /minuto, saturación de oxígeno en sangre $\leq 93\%$, PaO₂ / FiO₂ relación < 300 , y / o infiltrados pulmonares $> 50\%$ dentro de 24-48 horas.

Los casos críticos fueron aquellos que exhibieron insuficiencia respiratoria, shock séptico y/o múltiples órganos disfunción/falla.

China CDC Weekly

1. **Los casos LEVES**, podran ser dados de alta a su domicilio, previa confirmación positiva de CoVi, con las seguridades y/o recomendaciones de bioseguridad, debiendo notificarse a la Autoridad correspondiente del MINSA.

2. **Los casos SEVEROS**, deberán ser estabilizados en el ambiente de Aislamiento y transferidos a las Unidades Hospitalarias preparadas para este efecto. En nuestro caso, corresponde al Hospital Dos de Mayo.
 - a. Mantener al paciente en una camilla bajo supervisión y cuidado del personal de enfermería
 - b. Elevación de la cabecera a 45°
 - c. Colocación de CBN o MCR según sea necesario para mantener Sat O₂ mayor a 92%
 - d. Tomar una Rx de tórax para valorar estado del sistema respiratorio; aunque óptimamente debería optarse por TAC de Tórax sin contraste por mantener más sensibilidad y especificidad
 - e. Preparar para traslado a Hospital de referencia

3. **Los casos CRITICOS**, semejante al caso severo, deberá pasar al ambiente A de la UTS, recibiendo la terapia que corresponde estabilizando sus condiciones y considerando la posibilidad de complicaciones en el traslado, debiendo coordinar con el SAMU

9. RESPONSABILIDADES

Las responsabilidades derivan de cada trabajador de acuerdo a sus competencias en relación a las Normas Legales vigentes

10. ANEXOS



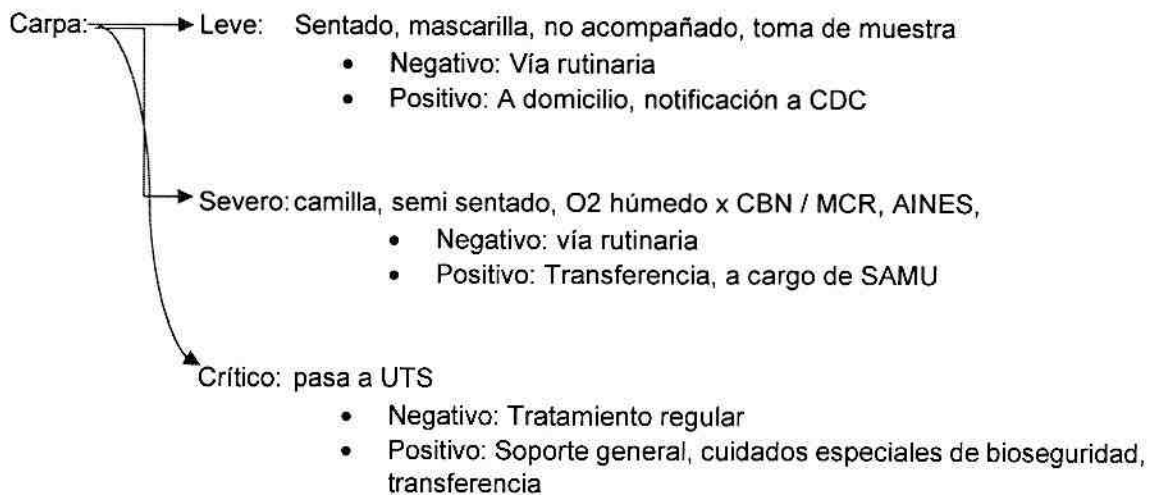
ANEXO 1

FLUJOGRAMA DE ATENCION A PACIENTES SOSPECHOSOS DE COVID-19

Paciente ingresa:

Triage: No sospechoso: vía rutinaria

Sospechoso: Va a Carpa Azul



Toma de muestra: Por laboratorio: Se remite a Instituto Nacional de Salud (INS)

CUADRO DE MANEJO GENERAL

Categoría	Toma de Muestra	Destino 1	Destino 2	Notificación	Observaciones
Leve	Si	Carpa	Casa	DIRIS	Sintomáticos
Severo	Si	Carpa	Transferencia	DIRIS	Rx y Tto para complicaciones
Crítico	Si	UTS	Coordinar	DIRIS	Hospitalización y Manejo Integral



ANEXO 2

HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSE CASIMIRO ULLOA
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA
 UNIDAD ESPECIAL DE MANEJO COVID 19
 ESQUEMA BASICO DE MANEJO
 NIVEL 3
 HOSPITALIZACION POR UTS COVID Y UCI COVID

LABORATORIO BASAL	
Hemograma	
Aga electrolitos, lactato	Según evolución, marcador de gravedad
Urea y Creatinina	
Ca y Mg	
PCR cuantitativo	
Ferritina (Hospital no lo tiene)	Según evolución, marcador de gravedad
Dimero D	Según evolución, marcador de gravedad
LDH	
CPK	
Perfil de Coagulación	
Fibrinogeno	
(solicitar de inicio)	
TRATAMIENTO INICIAL BASICO	
Hidroxicloroquina 400 mgrs	Día 1: 400 mgrs cada 12 horas
	Días 2 a 10: 200 mgrs cada 12 hs
Azitromicina 500 mgrs	Día 1: 500 mgrs VO
	Días 2 a 5: 250 mgrs. día
Ceftriaxona 1 gr EV	Administrar 2 grs EV cada día
Ivermectina	1 gota/Kg PC/ día / x 2 días seguidos
No AINES / si uso previo de IECA o ARAl, se continua	
TRATAMIENTO ADICIONAL	
Enoxaparina	1 mg/Kg /12 hs SC si Dimero D es > a 3 y plaquetas están menores de 100,000
Metilprednisolona	100 mgrs / 8 hs / 3 días si Ferritina es > 700
O Dexametasona	40 mg/día / 4 días
Tocilizumab	8 mg/kg en dosis única. Repetir 2 dosis cada 8 horas si no respuesta y IL - 6 elevada / control interdiario de TGO y TGP
Omeprazol	40 mg/ 12 hs EV
Codeina	30 a 60 mg/ día, VO

EKG	
Medir intervalo QT y QT corregido basal	
Repetir en 12 horas	
Seguimiento cada 2 días	
IMÁGENES	
TEM de tórax	
Rx de tórax, si es imposibles la TEM	
ECO de Tórax de ser posible	
LABORATORIO ADICIONAL	
Procalcitonina (Hospital no lo tiene)	
Trigliceridos	Opcional
Hemocultivos x 2	De acuerdo a evolución
Perfil Hepatico	De acuerdo a evolución
SEDO-ANALGESIA	
Midazolam	Infusión
Fentanilo	Infusión
Vecuronio	Infusión
Propofol	NO USAR: nesgo de acidosis láctica
Dexmedetomidina	Destete
Quetiapina	Destete
PRONACION	
Pronar al paciente dentro de las primeras 12 horas de admitido	
Mantener por 24 a 48 horas la primera sesión	
MONITOREO HEMODINAMICO	
ECOCARDIO CADA 2 DIAS / ECOGRAFIA PULMONAR	



ANEXO 3

**HOSPITAL DE EMERGENCIAS "JOSE CASIMIRIO ULLOA"
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
UNIDAD ESPECIAL DE MANEJO DEL COVID 19
ESQUEMA BASICO DEL MANEJO**

Paciente Nive1	
Criterios	Signos respiratorios superiores
	PR +
	Saturacion > 94%
Manejo	Domiciliario
	Hidroxicloroquina 400 bid x 1 día
	Ivermectina 60 a 80 gotas x día x 2 días
	Hidroxicloroquina 200 bid x 5 día
	Control en 3 a 5 días
Paciente Nivel II - A	
Criterios	Signo respiratorios pulmonares
	PR +
	Saturacion > 94
	TEM: imágenes sugerentes < 25 %
Manejo	Domiciliario
	Hidroxicloroquina 400 bid x 1 día
	Ivermectina 60 a 80 gotas x día x 2 días
	Hidroxicloroquina 200 bid x 5 día
	Azitromicina 500 x 1 día, posterior 1/2 tab cada día x 5 - Opcional Claritromicina 500 bid x 5 días
	Control en 3 a 5 días
Paciente Nivel II - B	
Criterios	Signo respiratorios pulmonares
	PR +
	Saturacion < 94
	TEM: imágenes sugerentes >25 %
Manejo	Hospitalizado 4to piso
	Hidroxicloroquina 400 bid x 1 día
	Ivermectina 60 a 80 gotas x día x 2 días
	Hidroxicloroquina 200 bid x 5 día
	Ceftriaxona 2 gr EV cda día x 5 días
	Azitromicina 500 x 1 día, posterior 1/2 tab cada día x 5
	O2 con MCR y cobertura con mascara qx
	Pronacion precoz, despierto, por 20 hs

