



Resolución Directoral

Miraflores, 27 de noviembre de 2020

VISTO:

El Expediente N° 20-013631-001 que contiene el Informe N° 229-2020-OESA-HEJCU emitido por el Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, el Informe N° 130-2020-OEPP-HEJCU emitido por el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, quien a su vez, remite el Informe N° 031-2020-EP-OEPP-HEJCU emitido por el Coordinador del Equipo de Planeamiento de la citada oficina del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa; y,

CONSIDERANDO:

Que, en el marco de lo establecido en el artículo 79 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, se dispone que la Autoridad de Salud queda facultada a dictar las medidas de prevención y control para evitar la aparición y propagación de enfermedades transmisibles, y que todas las personas naturales o jurídicas, dentro del territorio, quedan obligadas al cumplimiento de dichas medidas, bajo sanción.

Que, ante la aparición y propagación del Covid 19, mediante Decreto Supremo N° 008-2020-SA, de fecha 11 de marzo de 2020, se declaró el Estado de Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa (90) días calendario y se dictaron medidas de prevención y control del COVID-19, el mismo que, con Decreto Supremo N° 020, 027 y 031-2020-SA, es prorrogado por un plazo de noventa (90) días calendario, respectivamente.

Que, en el numeral 2.1.5 del artículo 2 del precitado Decreto Supremo se establece que en todos los centros laborales públicos y privados se deben adoptar medidas de prevención y control sanitario para evitar la propagación del COVID-19, debiendo las instituciones públicas y privadas coadyuvar en la implementación de lo dispuesto en dicha norma y de las disposiciones complementarias que se emitan.

Que, mediante Decretos de Urgencia N° 025-2020 y N° 026-2020 se aprobaron medidas urgentes, excepcionales, así como medidas adicionales extraordinarias a efectos de establecer mecanismos inmediatos para la protección de la salud de la población, y adoptar las acciones preventivas y de respuesta para reducir el riesgo de propagación y el impacto sanitario de la enfermedad causada por el COVID - 19 en el territorio nacional.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 905-2020-MINSA se aprobó la Directiva Sanitaria N° 122-MINSA-2020-CDC: Directiva Sanitaria para la **Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad por Coronavirus (COVID-19) en el Perú**, de aplicación obligatoria a todos los establecimientos de salud, con el objetivo de establecer lineamientos y procedimientos para la vigilancia epidemiológica en pacientes hospitalizados y defunciones por Covid 19.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 928-2020-MINSA se aprobó el Documento Técnico: **Plan de preparación y respuesta ante posible segunda ola pandémica por COVID-19 en el Perú**, teniendo como objetivo general, mejorar la capacidad de preparación y respuesta; y, como objetivo estratégico, entre otros, detectar oportunamente los casos Covid 19 intensificando la vigilancia e investigación epidemiológica.



Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, de fecha 28 de octubre del 2016, se aprobó la norma para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, la 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 establecer la aplicación de procesos transparentes y explícitos para la emisión de los documentos normativos.

Que, mediante Informe N° 229-2020-OESA-HEJCU, de fecha 23 de noviembre de 2020, el Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental informa que, en el marco de las normas citadas, el plan de vigilancia epidemiológica debe alinearse al plan de preparación y respuesta ante una posible segunda ola pandémica por Covid 19; en ese sentido, solicita la aprobación del Plan de Vigilancia Epidemiológica de la enfermedad del Coronavirus en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Que, el precitado plan de vigilancia tiene como objetivos específicos establecer los procedimientos e instrumentos para la vigilancia epidemiológica del Covid 19 en pacientes hospitalizados y defunciones por Covid 19 en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Que, mediante Informe 130-2020-OEPP-HEJCU, de fecha 27 de noviembre de 2020, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, remite el Informe N° 031-2020-EP-OEPP-HEJCU suscrito por el Coordinador del Equipo de Planeamiento de la citada oficina, quien emite opinión técnica favorable respecto del Plan de Vigilancia Epidemiológica de la enfermedad del Coronavirus del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. Asimismo, informa que el citado plan estará sujeto a disponibilidad presupuestal.

Que, estando a lo propuesto e informado por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental y a la opinión del órgano técnico del hospital resulta pertinente aprobar el Plan de Vigilancia Epidemiológica de la enfermedad del Coronavirus del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Contando con el visado de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa; y,

En aplicación de lo establecido en las normas legales referidas.

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, la Resolución Ministerial N° 1040-2019/MINSA y Resolución Viceministerial N° 001-2020-SA/DVMPAS.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR el Plan de Vigilancia Epidemiológica de la enfermedad del Coronavirus del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, el mismo que, como anexo, forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO 2°.- ENCARGAR a la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental la ejecución de las acciones correspondientes para la aplicación y supervisión del cumplimiento del presente plan.

ARTÍCULO 3°.- DISPONER que los gastos que ocasione el citado plan estarán sujetos a disponibilidad presupuestal.

ARTÍCULO 4°.- ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente resolución y su anexo en el portal *web* institucional de la entidad (www.hejcu.gob.pe).

Regístrese, comuníquese y cúmplase

LJPE/MACM/CAOS/LCD/jp

Distribución:

- Dirección General
- Dirección Médica
- Of. Ejec. de Administración
- Of. Ejec. de Planeamiento y Presupuesto
- Of. De Epidemiología y Salud Ambiental
- Of. de Asesoría Jurídica
- Of. de Comunicaciones
- Archivo

MINISTERIO DE SALUD
Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa
Dr. LUIS JULIO PANCORVO ESCALA
Director General (e)
CMP. 9633 RNE. 2547



2020

**Plan de Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad de
CORONAVIRUS en el Hospital de Emergencias "José
Casimiro Ulloa"**





Contenido

INTRODUCCIÓN	3
I. FINALIDAD	4
II. OBJETIVOS	4
III. AMBITO DE APLICACIÓN	4
IV. BASE LEGAL	4
V. ASPECTOS GENERALES	5
5.1 Características principales del SARS-CoV-2	5
5.2 Definiciones operativas	6
5.3 Definiciones de caso COVID-19	7
5.4 Fallecidos por COVID-19	9
VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS	9
6.1 NOTIFICACION DE CASO	9
6.2 VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	10
6.2.1 Identificación de casos	10
6.2.2 Registro de casos	10
6.2.3 Investigación de caso	10
a. Del llenado de la ficha de investigación epidemiológica	10
b. Censo y seguimiento de contactos	11
c. La identificación y seguimiento	11
6.2.4 Construcción de la cadena de transmisión	11
6.2.5 Vigilancia epidemiológica del Síndrome Inflamatorio Multisistémico (SIM) en niños y adolescentes con COVID-19	11
6.2.6 Vigilancia de Hospitalizados por COVID-19	11
6.2.7 Vigilancia epidemiológica de defunciones por COVID-19	12
6.2.8 análisis y difusión de información	12
VII. DISPOSICION FINAL	12
VIII. RESPONSABILIDADES	12





INTRODUCCIÓN

El Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” (HEJCU) es un Hospital de categoría III-E, y forma parte del conjunto de establecimientos de la DIRIS LIMA - CENTRO

El HEJCU es un centro especializado en atención de urgencias y emergencias y que debido a la declaratoria de emergencia sanitaria por pandemia COVID-19, ha tenido que adecuar la prestación de servicios para atender demanda de servicios de salud, diferenciando prestaciones para pacientes no covid y pacientes COVID, implementando triaje diferenciado, Unidad de Cuidados Intensivos COVID-19, Sala de operaciones para pacientes COVID-19 y Hospitalización COVID-19.

Esta estrategia, significo disminución de camas hospitalarias pero ampliación de camas UCI con el propósito de maximizar la recuperación de pacientes COVID-19.

Así mismo, con RM.N°905-2020/MINSA del 03NOV20, se aprobó la Directiva Sanitaria N°122-MINSA/2020/CDC: **Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad de CORONAVIRUS en el Perú, de aplicación obligatoria en todos los Establecimientos de Salud MINSA.**

De otro lado, con RM.N°928-2020-MINSA del 09NOV20 se aprobó el Documento Técnico: *Plan de preparación y respuesta ante posible segunda ola pandémica por COVID-19 en el Perú*, desarrollándose en el Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” implementación de los objetivos estratégicos que le son aplicables dado su categorización, nivel de complejidad y capacidad resolutiva

Según ello, el tercer objetivo estratégico respecto a: Detectar oportunamente casos Covid-19 intensificando la vigilancia e investigación epidemiológica, obliga a formular el presente documento adecuando al Plan aprobado con RD.N°245-2020-DG/HEJCU.





I. FINALIDAD

Fortalecer la vigilancia epidemiológica, investigación y control de COVID-19 en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" (HEJCU), que incluya evidencia científica y previsión de recursos humanos.

II. OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Establecer lineamientos y procedimientos para vigilancia epidemiológica de COVID-19 en el HEJCU.

2.2 ESPECIFICOS

2.2.1 Establecer procedimientos e instrumentos para vigilancia epidemiológica de COVID-19 en pacientes hospitalizados en el HEJCU.

2.2.2 Establecer procedimientos e instrumentos para vigilancia epidemiológica de las defunciones por COVID-19 en el HEJCU.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente instrumento es de aplicación en todas la Unidades Productoras de Servicios del HEJCU, involucradas en la atención de pacientes COVID-19

IV. BASE LEGAL

- Ley N°26842 Ley General de Salud y modificatorias
- Ley N°29664, Ley que crea el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y modificatorias.
- DLeg.N°1161. Aprobando la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- DS.N°013-2006-SA aprobando el Reglamento de EESS y servicios médicos de apoyo.
- DS.N°048-2011-PCM aprueba el Reglamento de la Ley N°29664
- DS.N°008-2020-SA Declarando Emergencia Sanitaria por 90 días calendario y dictando medidas de prevención y control COVID-19
- DS.N°116-2020-PCM Estableciendo medidas que debe seguir la ciudadanía en la nueva convivencia social y prorroga del Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del COVID-19 y sus modificatorias.
- RM.N°517-2004/MINSA aprobando Directiva N°036-2004-OGDB/MINSA/V01 "Declaratoria de alertas en situaciones de emergencias y desastres".
- RM.N°545-2012/MINSA aprobando Directiva Sanitaria N°047-MINSA/DGE-V01: Notificación de brotes, epidemias y otros eventos de importancia para la Salud Pública".
- RM.N°154-2014/MINSA que constituye el Grupo de Trabajo de Gestión de Riesgos de Desastres del Ministerio de Salud.
- RM.N°850-2016/MINSA Aprobando normas para elaboración de documentos normativos MINSAs.
- RM.N°1143-2019/MINSA Aprobando Directiva Administrativa N°280-MINSA/2019/OGPPM Para formulación, seguimiento y evaluación de Planes específicos de Órganos, Unidades Orgánicas de la Administración Central, Órganos Desconcentrados, Programa y Organismos Públicos adscritos al MINSAs.





- RM.N°100-2020/MINSA Aprobando Directiva Sanitaria N°087-MINSA/2020/DIGESA para manejo de cadáveres por COVID-19
- RM.N°155-2020-MINSA Creando Comando de Operaciones de carácter temporal, dependiente del MINSA, con el objeto de implementar, ejecutar, controlar y evaluar el proceso de atención a nivel nacional de casos COVID-19
- RM.N°193-2020-MINSA Aprobando Documento Técnico: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú.
- RM.N°225-2020-MINSA declarando alerta roja en los EESS y en la oferta móvil complementaria instalada a nivel nacional ante los efectos del COVID-19.
- RM.N°244-2020-MINSA Aprobando Directiva Sanitaria N°096-MINSA/DGIESP Para seguimiento clínico de personas afectadas por COVID- 19 en el Perú.
- RM.N°245-2020-MINSA aprobando Documento Técnico Manejo de personas afectadas por COVID-19 en áreas de atención crítica.
- RM.N°375-2020-MINSA, aprobando Documento Técnico: Manejo ambulatorio de personas afectadas por COVID-19 en el Perú.
- RM.N°448-2020/MINSA aprobando Documento Técnico Lineamientos para vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgos de exposición COVID-19
- RM.N°455-2020/MINSA aprobando Directiva Sanitaria N°109-MINSA/2020/DGAIN : Para cuidado de salud en el ambiente de hospitalización temporal, y ambiente de atención crítica temporal para casos sospechosos o confirmados, moderados o severos por COVID-19 en el marco del DU.N°055-2020 y sus modificatorias.
- LEY No 29783. Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- **RM.N°905-2020/MINSA aprobando Directiva Sanitaria N°122-MINSA/2020/CDC Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad de CORONAVIRUS en el Perú.**
- RM.N°928-2020-MINSA Plan de preparación y respuesta ante posible segunda ola pandémica por COVID-19 en el Perú.

V. ASPECTOS GENERALES

5.1 Características principales del SARS-CoV-2

Enfermedad	COVID-19
Agente Causal	Beta coronavirus denominado SARS-CoV-2
Modo de transmisión	<p>Contacto directo o estrecho sin protección entre personas infectadas y susceptibles, a través de secreciones o gotas respiratorias y aerosoles que son expedidos al toser, cantar, hablar, estornudar, o realizar actividad física que incremente la frecuencia respiratoria.</p> <p>Por contacto indirecto si alguien susceptible tiene contacto con objeto o superficie contaminada con secreciones que contengan el virus (transmisión por fómites)</p> <p>Por vía aérea podría ocurrir si se realizan procedimientos generadores de aerosoles como nebulizaciones, broncoscopias, ventilación asistida, cánula de oxígeno, aspiraciones etc, sin tomar medidas de protección adecuadas.</p>
Periodo de incubación	<p>Tiempo transcurrido entre la infección por el virus y aparición de síntomas de la enfermedad.</p> <p>El inicio de síntomas ocurre en promedio entre 5 a 6 días después de la infección (rango 1 a 14 días)</p>





Periodo de transmisibilidad	En la mayoría de casos sintomáticos, desde 2 días antes del inicio de la enfermedad hasta 14 días de iniciada. En pacientes graves puede prolongarse a más de 30 días.
Grupos de riesgo para cuadro clínico grave y muerte	Personas mayores de 65 años y/o con comorbilidades tales como: cáncer, HTA, enfermedades cardiovasculares graves, enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis, EPOC, asma moderada o grave, Enfermedad o tratamiento inmunosupresor, obesidad grave (IMC \geq 40 kg/m ² , diabetes mellitus, otras que establezca la autoridad sanitaria nacional frente a futuras evidencias.

5.2 Definiciones operativas

Aislamiento comunitario	Procedimiento por el cual una persona considerada como caso sospechoso, probable o confirmado COVID-19 y que no requiere hospitalización se le indica aislamiento domiciliario. Durante el aislamiento se restringirá el desplazamiento fuera de la vivienda o centro de aislamiento por 14 días contados a partir de la fecha de inicio de síntomas. En casos de infección asintomática, el aislamiento se mantendrá hasta transcurridos 14 días desde la fecha que se tomó la muestra para diagnóstico. Si el paciente refiere que no cuenta con vivienda para garantizar aislamiento en habitación con adecuada ventilación y servicios higiénicos, y hay personas de grupos de riesgo en la familia se ofrecerá albergue en un centro de aislamiento temporal y seguimiento (CATS) o el que haga sus veces.
Aislamiento hospitalario	Procedimiento por el cual un caso sospechoso, probable o confirmado COVID-19 y que requiere hospitalización, es ubicado en área hospitalaria específica, separado de pacientes con otros diagnósticos
Brote	Aparición inusual de más casos de los esperados relacionados epidemiológicamente con una enfermedad, en un área geográfica y tiempo determinado
Caso Índice	Primer caso en una familia o conglomerado identificado por el sistema de vigilancia epidemiológica
Caso primario	Individuo que introdujo la enfermedad en una familia o conglomerado. No es necesariamente el primer caso diagnosticado
Caso secundario	Personas que se infectan a partir de casos primarios.
Comunicación de caso sospechoso COVID-19	Comunicación realizada por ciudadanos utilizando cualquier medio de comunicación establecido por autoridad sanitaria local, nacional o regional. Esta información puede ser administrada por diversas instituciones. Los casos son evaluados por personal entrenado siendo obligatorio que todos aquellos que cumplan con la definición de caso sospechoso COVID-19, sean comunicados al área de epidemiología de la IPRESS para notificación al sistema de vigilancia Epidemiológica, posterior investigación y clasificación del caso.
Contacto directo	Persona que desde 2 días antes y hasta 14 días después de que el caso probable o confirmado de COVID-19 de iniciado síntomas haya:





	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estado en contacto cara a cara con un caso probable o confirmado COVID-19 a menos de un metro y durante más de 15 minutos; ➤ Estado en contacto físico directo con un caso probable o confirmado de COVID-19 ➤ Prestado cuidados directamente a un caso probable o confirmado de COVID-19 sin el equipo de protección personal adecuado. ➤ Estado en otras situaciones, según se indique en las evaluaciones de riesgo locales.
Cuarentena	Procedimiento por el cual se restringe desplazamiento fuera de la vivienda a la persona o personas expuestas a un caso sospechoso, probable o confirmado COVID-19, por lapso de 14 días a partir del último día de exposición, independientemente de los resultados de las pruebas de laboratorio, con el objetivo de disminuir posibilidad de transmisión, monitorear probable aparición de síntomas y asegurar detección temprana de casos
Investigación de caso	Comprende procedimientos de obtención de evidencias para confirmar o descartar una enfermedad o evento sujeto a vigilancia epidemiológica
Notificación	Comunicación oficial que realiza el responsable de vigilancia epidemiológica de cualquier unidad notificante que haya detectado o recibido y verificado el reporte o comunicación de una enfermedad o evento sujeto a vigilancia epidemiológica. La notificación de casos COVID-19 es diaria.

5.3 Definiciones de caso COVID-19

Caso sospechoso	<p>a. Paciente con síntomas de infección respiratoria aguda que presente tos y/o dolor de garganta y además uno o más de los siguientes signos y/o síntomas: Malestar general, fiebre, cefalea, congestión nasal, diarrea, dificultad para respirar (señal de alarma), pérdida de olfato (anosmia), pérdida de gusto (ageusia).</p> <p>b. Paciente con infección respiratoria aguda grave (IRAG), infección respiratoria aguda con fiebre o temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ y tos, con inicio dentro de los últimos 10 días y que requiere hospitalización</p>
Caso probable	<p>a. Caso sospechoso con antecedente epidemiológico de contacto directo con caso probable o confirmado, o epidemiológicamente relacionado a un conglomerado de casos los cuales han tenido al menos un caso confirmado dentro de ese conglomerado 14 días previos al inicio de síntomas.</p> <p>b. Caso sospechoso con imágenes de tórax que muestran hallazgos radiológicos sugestivos COVID-19 en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Radiografía de tórax: opacidades nebulosas de morfología a menudo redondeadas con distribución pulmonar periférica e inferior. ➤ Tomografía computarizada de tórax: múltiples opacidades bilaterales en vidrio esmerilado a menudo de morfología redondeada con distribución pulmonar periférica e inferior. ➤ Ecografía pulmonar; líneas pleurales engrosadas, líneas B (multifocales, aisladas o confluentes), patrones de consolidación con o sin broncogramas aéreos. ➤ Persona con inicio reciente de anosmia (pérdida de olfato) o ageusia (pérdida del gusto), en ausencia de cualquier otra causa identificada.





Caso confirmado asintomático	Caso sospechoso o probable con: a. Confirmación de laboratorio de infección por COVID-19, mediante prueba molecular SARS-CoV-2 positiva. b. Prueba antigénica positiva para infección por SARS-CoV-2. c. Prueba serológica reactiva a IgM o IgM/IgG para infección por SARS-CoV-2
Caso de infección asintomática	Toda persona asintomática identificada a través de la estrategia de búsqueda activa, que no presenta signos ni síntomas compatibles con COVID-19, con resultado positivo de prueba molecular para SARS-CoV-2 ó prueba antigénica positiva ó prueba serológica reactiva para infección por SARS-CoV-2
Caso de síndrome inflamatorio multisistémico (SIM) en niños y adolescentes (0 a 17 años)	Niños y adolescentes con fiebre desde hace 3 días o más y dos de los siguientes criterios: a. Erupción o conjuntivitis bilateral no purulenta o signos de inflamación mucocutánea (oral, manos o pies). b. Hipotensión o shock c. Características de disfunción miocárdica, pericarditis, valvulitis o anomalías coronarias (incluyendo hallazgos de ecocardiografía o elevación de troponina y de péptido natriurético –prpBNP) d. Evidencia de coagulopatía (a partir del TP, TPT o valores Dímeros D elevados) e. Problemas gastrointestinales agudos (diarrea, vómitos o dolor abdominal). f. Marcadores de inflamación elevados como VSG, PCR o procalcitonina. g. Que no exista otra causa microbiana obvia de inflamación, incluyendo sepsis bacteriana, síndromes de shock estafilocócico o estreptocócico. h. Evidencia COVID.19 (Prueba molecular, prueba de antígeno o serología positiva), o contacto con pacientes con COVID-19 confirmado, probable o sospechoso. <i>Ante esos casos se deberán implementar intervenciones de control y medidas de respuesta inmediata.</i>
Caso descartado	Caso sospechoso que cumple con las siguientes características: a. Evidencia clínica, radiológica o de laboratorio que explica otra etiología diferente a SARS-CoV-2 b. Dos resultados no reactivos para infección por SARS-CoV2 con pruebas serológicas, con diferencia de 7 días entre la primera y segunda. c. Dos resultados negativos a prueba molecular con diferencia de 3 días entre la primera y segunda, ambas dentro de los primeros 10 días del inicio de síntomas. d. Un resultado negativo a prueba molecular o prueba antigénica dentro de los 7 días desde el inicio de síntomas y un resultado no reactivo con una prueba serológica para infección por SARS-CoV2 después de 7 días de la prueba molecular.





5.4 Fallecidos por COVID-19

Fallecido sospechoso por COVID-19 en investigación	Caso sospechoso de COVID-19 que fallece y no es posible identificar de manera certera la causa de muerte. Todos estos casos deben ser investigados
Fallecido confirmado por COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Caso confirmado de COVID-19 por prueba molecular y que fallece a consecuencia de la historia natural o evolución clínica de la enfermedad, Sin existir ningún período de recuperación completa entre la enfermedad y la muerte. ➤ Caso probable de COVID-19 que fallece como consecuencia de la historia natural o evolución clínica de la enfermedad y cumple con cualquiera de los siguientes criterios: <ol style="list-style-type: none"> a. Imagen radiográfica, ecográfica o tomográfica pulmonar compatible con COVID-19 b. Prueba antigénica positiva para infección por SARS-CoV-2 c. Prueba serológica reactiva a IgM o IgM/IgG para infección por SARS-CoV-2 d. Nexo epidemiológico con caso confirmado de COVID-19
Fallecido compatible por COVID-19	<ol style="list-style-type: none"> a. Caso sospechoso de COVID-19 con síntomas de IRAG que fallece a consecuencia de la evolución clínica de la enfermedad b. Caso fallecido con certificado médico de defunción donde figura el diagnóstico de COVID-19 como causa básica de muerte, o como causa contribuyente sin otra causa que explique la defunción, y no se cuenta con ningún resultado de laboratorio o de imágenes radiológicas.
Fallecido descartado por COVID-19	Caso sospechoso o probable que fallece luego de ser investigado no cumple con criterios para ser clasificado como fallecido confirmado o fallecido compatible por COVID-19

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

La vigilancia epidemiológica en el HEJCU estará orientada a controlar la transmisión COVID-19 y minimizar riesgos de contagio al interior de la IPRESS.

6.1 NOTIFICACION DE CASO

- 6.1.1 La notificación de caso es obligatoria en el HEJCU, para ello todo paciente atendido e identificado como COVID-19, debe ser reportado inmediatamente a la Oficina de Epidemiología y Salud ambiental, precisando datos de filiación, número de registro de atención, salvo los detectados en trabajo de campo por personal OESA.
- 6.1.2 OESA realiza notificación al nivel central mediante el aplicativo Notiweb para:
- a. Casos COVID-19
 - b. Identificación y monitoreo de contactos COVID-19.
 - c. Síndrome Inflamatorio Multisistémico (SIM) en niños y adolescentes por COVID-19
 - d. Defunción por COVID-19
 - e. Brotes de COVID-19





6.2 VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

6.2.1 Identificación de casos

- Todo el personal de salud del HEJCU estará capacitado para identificar casos sospechosos COVID-19, para lo cual se implementaran diversas estrategias de comunicación y difusión sobre modo de transmisión y síntomas de la Enfermedad.
- Los casos sospechosos deben ser detectados en los servicios de triaje, atención de emergencia, cirugía u hospitalización aplicando métodos disponibles de detección de la enfermedad para contar con el manejo intramural adecuado o extramural según corresponda

6.2.2 Registro de casos¹

- Identificado el caso sospechoso, el personal a cargo de la atención del paciente procede a registrarlo en la ficha de investigación Clínico Epidemiológica (anexo 01) y lo reporta a OESA.
La ficha prenumerada será llenada en original y tres copias.
- El personal de salud que brinda atención del paciente con COVID-19 es responsable de consignar los datos y el diagnóstico según clasificación CIE10 en la Historia Clínica, libro de emergencia y/o libro de egresos hospitalarios, y en caso de defunciones y por esta causa, en el certificado de defunción.

CODIGO CIE 10	DEFINICION DE CASO
U07.1 COVID-19, virus identificado	Caso confirmado con resultado positivo de prueba molecular o antigénica para SARS-CoV-2
U07.2 COVID-19, virus no identificado	<ol style="list-style-type: none"> Caso diagnóstico clínicamente y por nexo epidemiológico con COVID-19 Caso probable de COVID-19 Caso sospechoso COVID-19

- Personal OESA, coordina y garantiza que se realice la investigación epidemiológica del caso, verificación de aislamiento, correspondiente obtención y envío de muestra al INS.
- Personal OESA a cargo de la vigilancia epidemiológica realiza el control de calidad de la ficha indicada en el inciso 6.2.2.a. y el seguimiento para completar su llenado o corrección de contenido según corresponda.

6.2.3 Investigación de caso

La investigación clínica epidemiológica se realizará a través de la ficha de investigación Clínico Epidemiológica. La cual debe ser llenada por personal de salud a cargo de la atención y personal a cargo de la investigación. Debe realizarse dentro de las 24 horas de identificado el caso sospechoso.

a. Del llenado de la ficha de investigación epidemiológica

- Todos los casos cuentan con ficha, entregándose original y copia a OESA quedando copia para el servicio que la generó.



¹ RM.N°905-2020-MINSA aprobando Directiva Sanitaria N°122-MINSA/2020/CDC Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad de CORONAVIRUS en el Perú. numeral 6.2.1.2



2. El médico o personal de salud que atiende el caso en ausencia del médico, es responsable del llenado de la información contenida en la precitada ficha de acuerdo con su competencia.
3. Personal OESA hace el control de calidad del llenado de la ficha y efectúa el seguimiento para completar la información correspondiente.
4. El original de la ficha quedará en OESA, la primera copia será enviada a la Oficina de Epidemiología de la DIRIS LIMA CENTRO, y segunda copia se envía con la muestra de laboratorio correspondiente, siguiendo lo dispuesto en el Artículo 6.2.5 de la RM.N°905-2020-MINSA referido a la obtención y envío de muestras de laboratorio.
5. Todas las originales de las fichas epidemiológicas correspondientes a los casos notificados deben ser archivadas en OESA.

b. Censo y seguimiento de contactos

Determinado un caso sospechoso, probable o confirmado de COVID-19 se debe iniciar cuarentena de 14 días para evitar propagación de la infección.

En cuanto a escenarios de transmisión deberá tenerse en cuenta las acciones definidas en el artículo 6.2.1.3.2 inc b) de la RM.N°905-2020-MINSA

c. La identificación y seguimiento

La identificación y seguimiento de contactos asociados al paciente sospechoso, probable o confirmado de COVID-19, se sujeta a lo dispuesto en el artículo 6.2.1.3.2 inc c) de la RM.N°905-2020-MINSA

6.2.4 Construcción de la cadena de transmisión

Se aplicará por personal OESA según lo dispuesto en el artículo 6.2.1.3.3 de la RM.N°905-2020-MINSA en lo que resulta aplicable de acuerdo con la categoría y capacidad resolutoria del HEJCU.

6.2.5 Vigilancia epidemiológica del Síndrome Inflamatorio Multisistémico (SIM) en niños y adolescentes con COVID-19

Todo paciente que cumple con la definición de caso, debe ser notificado al Sistema de vigilancia epidemiológica haciendo uso de la ficha de investigación epidemiológica, siguiendo la ruta de información establecida a cargo de OESA.HEJCU.

6.2.6 Vigilancia de Hospitalizados por COVID-19

- a. Solo se notifican como casos hospitalarios de aquellos pacientes sospechoso, probable o confirmado de COVID-19 que por la historia natural de la enfermedad y que por su compromiso requiere ser hospitalizado en áreas diferenciadas COVID.
- b. La notificación del caso debe realizarse en el día de ocurrido el evento, para cumplir con el registro y reporte correspondiente por parte de OESA en aplicativo NotiWeb.
- c. El llenado de la ficha epidemiológica es realizado por personal médico que ordena la hospitalización, en coordinación con personal OESA.





6.2.7 Vigilancia epidemiológica de defunciones por COVID-19

- a. La notificación de toda defunción por COVID-19 es perentoria y obligatoria, y debe realizarse de forma inmediata de conocido el deceso del paciente sospechoso, probable o confirmado.
- b. Los decesos son notificados por OESA teniendo en cuenta los datos de hospitalización y certificado de defunción.
- c. Toda defunción por COVID.19 debe ser notificada de manera inmediata al CDC, y registrada en la ficha de investigación clínico epidemiológica de COVID.19 mediante el aplicativo especial de vigilancia COVID.19 del NotiWeb, bajo responsabilidad.

6.2.8 análisis y difusión de información

- a. OESA realizará un análisis de casos y defunciones por COVID-19 en tiempo, espacio y persona que orientan en la detección oportuna del comportamiento de la enfermedad, y permitan priorizar escenarios para intervenciones de prevención y control.
- b. Para el análisis se deben considerar indicadores epidemiológicos e indicadores de monitoreo de intervenciones, para el primer caso se utilizara como denominador para dichos indicadores a la población atendida multiplicada por 100 según semana epidemiológica teniendo en cuenta grupos de edad, para los segundos se considerara indicadores de tamizaje de casos sospechosos, proporción de casos aislados, proporción de contrato en cuarentena entre otros.

VII. DISPOSICION FINAL

Autorícese a la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental a la implementación y cumplimiento de lo dispuesto en la RM.N°905-2020-MINSA aprobando Directiva Sanitaria N°122-MINSA/2020/CDC Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad de CORONAVIRUS en el Perú., debiendo dotársele de los recursos necesarios bajo responsabilidad.

VIII. RESPONSABILIDADES

La OESA liderará lo dispuesto en la presente directiva bajo responsabilidad del personal involucrado en su cumplimiento.

IX. ANEXOS

Anexo 01: Ficha de investigación clínico epidemiológica de COVID19

Anexo 02: Ficha de identificación de contacto COVID19

Anexo 03: Flujograma para aplicación de pruebas diagnósticas en casos COVID19

Anexo 04: Ficha para investigación clínico-epidemiológica del Síndrome Inflamatorio Multisistémico (SIM) en niños y adolescentes con COVID19



DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD POR CORONA VIRUS (COVID-19) EN EL PERÚ

Anexo 4: Ficha para investigación clínico-epidemiológica del Síndrome Inflamatorio Multisistémico (SIM) en niños y adolescentes con COVID-19

 PERÚ Ministerio de Salud		Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades		FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO (SIM) EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON COVID-19	
I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN					
1. Fecha notificación: ____/____/____					
2. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____					
3. EESS: _____ 4. Inst. Adm: <input type="checkbox"/> MINSA <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> Privado					
5. Clasificación del caso: <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Sospechoso					
6. Detectado en punto de entrada: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido					
Si la respuesta es si, fecha: ____/____/____ Lugar: _____					
II. DATOS DEL PACIENTE					
7. Apellidos y nombres: _____ N° Teléfono: _____					
8. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 9. Edad: ____ <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Día					
10. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino 11. N° DNI/CE/Pasaporte: _____					
INFORMACIÓN DEL DOMICILIO DEL PACIENTE					
12. Dirección de residencia actual: _____ País: _____					
13. Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____					
Etnia o raza <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Andino <input type="checkbox"/> Asiático descendiente					
<input type="checkbox"/> Afrodescendiente <input type="checkbox"/> Indígena amazónico <input type="checkbox"/> Otro, especificar _____					
III. CUADRO CLÍNICO					
14. Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____					
15. Hospitalizado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido					
Si fue hospitalizado, complete la siguiente información:					
16. Fecha de hospitalización: ____/____/____ 17. Días que estuvo hospitalizado: ____					
18. Salida del Hospital:					
<input type="checkbox"/> Vivo, no presenta secuelas <input type="checkbox"/> Falleció <input type="checkbox"/> Vivo, con secuela (especificar) _____					
<input type="checkbox"/> Desconocido					
19. El paciente tiene recurrencia del SIM: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Desconocido					
En caso de ser si, indique la fecha de inicio del SIM: ____/____/____					
IV. Signos, síntomas y criterios de diagnóstico:					
20. Los criterios de un caso son:					
Niños y adolescentes con fiebre desde hace 3 días o más; y dos de los criterios siguientes:					
1) Erupción o conjuntivitis bilateral no purulenta o signos de inflamación mucocutánea (oral, manos o pies).					
2) Hipotensión o shock					
3) Características de disfunción miocárdica, pericarditis, valvulitis o anomalías coronarias (incluyendo hallazgos de Ecocardiografía o elevación de Troponina y de péptido natriurético -proBNP-)					
4) Evidencia de coagulopatía (a partir del TP, TPT, o de valores Dímeros D elevados).					
5) Problemas gastrointestinales agudos (diarrea, vómitos o dolor abdominal).					
Y					
Marcadores de inflamación elevados, como VSG, PCR o procalcitonina					
Y					
Que no exista otra causa microbiana obvia de inflamación, incluyendo la sepsis bacteriana, síndromes de shock estafilocócico o estreptocócico.					
Y					
Evidencia de COVID-19 (RCP-TR, prueba de antígeno o serología positiva), o probable contacto con pacientes con COVID-19.					



DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS (COVID-19) EN EL PERÚ

	No	Si	Desconocido
Fiebre:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha de inicio: ___/___/___			
Días de duración: _____			
Fiebre ≥ 3 días:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Erupción o conjuntivitis bilateral no purulenta o signos de inflamación mucocutánea (oral, manos o pies):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hipotensión o shock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Características de disfunción miocárdica, pericarditis, valvulitis o anomalías coronarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Evidencia de coagulopatía (a partir del TP, TPT, o de valores Dímeros D elevados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Problemas gastrointestinales agudos (diarrea, vómitos o dolor abdominal).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Marcadores de inflamación elevados, como VSG, PCR o procalcitonina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Que no exista otra causa microbiana obvia de inflamación, incluyendo la sepsis bacteriana, síndromes de shock estafilocócico o estreptocócico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Evidencia de COVID-19 (RCP-TR, prueba de antígeno o serología positiva), o probable contacto con pacientes con COVID-19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. Estudios Cardiológicos:

21. Verificar los resultados para cada tipo de estudio (A-C), y el número de semanas después del inicio de la enfermedad en que se realizó el estudio, informar los resultados que mostraron un aneurisma, o dilatación de la arteria coronaria por primera vez.

A. EKG

<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Resultado normal	<input type="checkbox"/> Aneurisma en Arteria Coronaria
<input type="checkbox"/> Dilatación en Arteria Coronaria	<input type="checkbox"/> Resultados desconocidos	<input type="checkbox"/> Otras Anormalidades

semanas desde el inicio de la enfermedad: _____
 Fecha del 1er episodio de aneurisma o dilatación de la arteria coronaria: ___/___/___

B. ECC

<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Resultado normal	<input type="checkbox"/> Aneurisma en Arteria Coronaria
<input type="checkbox"/> Dilatación en Arteria Coronaria	<input type="checkbox"/> Resultados desconocidos	<input type="checkbox"/> Otras Anormalidades

semanas desde el inicio de la enfermedad: _____
 Fecha del 1er episodio de aneurisma o dilatación de la arteria coronaria: ___/___/___

C. ANGIOGRAMA

<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Resultado normal	<input type="checkbox"/> Aneurisma en Arteria Coronaria
<input type="checkbox"/> Dilatación en Arteria Coronaria	<input type="checkbox"/> Resultados desconocidos	<input type="checkbox"/> Otras Anormalidades

semanas desde el inicio de la enfermedad: _____
 Fecha del 1er episodio de aneurisma o dilatación de la arteria coronaria: ___/___/___

Complicaciones: Comprobar o enumerar las complicaciones asociadas con la enfermedad

22. Cardíacas:

	No	Si	Desconocido
Aneurisma Arteria Coronaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especificar el diámetro del aneurisma: _____mm			
Otro Aneurisma (especificar): _____			
Dilatación de Arteria Coronaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regurgitación Aórtica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arritmias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falla Congestiva del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regurgitación Mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto de Miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isquemia de Miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miocarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pericarditis por Efusión Pericardial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD POR CORONA VIRUS (COVID-19) EN EL PERÚ

23. No Cardiacas:			
	No	Si	Desconocido
Artralgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningitis Septica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vesicula biliar distendida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdida de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis por hepatomegalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iritis o uveítis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meatitis o Piuria esteril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mialgia por miositis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros (especificar): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI. TRATAMIENTO			
	No	Si	Desconocido
24. Se le administró Gamma Globulina Endovenoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es afirmativo, escriba la fecha del 1er tratamiento: ___/___/___			
Si es afirmativo, ¿se le administró Gamma Globulina Endovenoso antes del quinto día de enfermedad, mientras el paciente aún estaba con fiebre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII. INVESTIGADOR
Persona que llena la ficha: _____
Dirección: _____
Número de Teléfono: _____
Fecha: _____



DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD POR CORONA VIRUS (COVID-19) EN EL PERÚ

Anexo 1: Ficha de investigación clínico epidemiológica de COVID19

 PERÚ Ministerio de Salud Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades		FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA COVID-19	
I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN			
1. Fecha notificación: ____/____/____		4. Inst. Adm: <input type="checkbox"/> Minsa	
2. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____		<input type="checkbox"/> EsSalud	
3. IPRESS: _____		<input type="checkbox"/> FFAA / PNP	
5. Clasificación del caso: <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Sospechoso		<input type="checkbox"/> Privado	
II. DATOS DEL PACIENTE			
6. Apellidos y nombres: _____		7. N° Teléfono: _____	
8. Fecha de nacimiento: ____/____/____		9. Edad: ____ Año <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Día	
10. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		11. N° DNI/CE/Pasaporte: _____	
12. Peso: _____ gramos		13. Talla: _____ metros	
14. Etnia o raza <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Andino <input type="checkbox"/> Asiático descendiente			
<input type="checkbox"/> Afrodescendiente <input type="checkbox"/> Indígena amazónico <input type="checkbox"/> Otro _____			
15. Nacionalidad <input type="checkbox"/> Peruano <input type="checkbox"/> Extranjero		País de nacionalidad _____	
16. Migrante <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		País de origen _____	
17. Dirección de residencia actual: _____ País: _____			
Departamento: _____		Provincia: _____	Distrito: _____
III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS Y PATOLÓGICOS			
18. Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____		Fecha de inicio de aislamiento: ____/____/____	
19. Lugar probable de infección: _____			
Departamento: _____		Provincia: _____	Distrito: _____
20. Síntomas:			
<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Malestar general	<input type="checkbox"/> Dolor de oído	
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Inestabilidad/confusión	
<input type="checkbox"/> Congestión nasal	<input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos	<input type="checkbox"/> Dolor Marque todos los que aplica:	
<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> () Muscular	<input type="checkbox"/> () Pecho
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Anosmia	<input type="checkbox"/> () Abdominal	<input type="checkbox"/> () Articulaciones
<input type="checkbox"/> Escalofrío	<input type="checkbox"/> Ageusia		
Otros, especificar: _____			
21. Signos:			
<input type="checkbox"/> Exudado faríngeo	<input type="checkbox"/> Disnea/taquipnea	<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en radiografía	
<input type="checkbox"/> Inyección conjuntival	<input type="checkbox"/> Auscultación pulmonar anormal	<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en ecografía	
<input type="checkbox"/> Convulsión			<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en tomografía
<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____	<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en RMN		
22. Condiciones de comorbilidad o factores de riesgo			
<input type="checkbox"/> Embarazo (Edad gestacional: _____)	<input type="checkbox"/> Post parto/aborto (< 6 semanas o 42 días)		
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión)	<input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia (incluye VIH)		
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal		
<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica		
<input type="checkbox"/> Enfermedad crónica neurológica o neuromuscular	<input type="checkbox"/> Asma		
<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Cáncer		
<input type="checkbox"/> Tuberculosis			
Otros, especificar: _____			
23. Fecha de culminación del embarazo: ____/____/____			



DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS (COVID-19) EN EL PERÚ

24. Ocupación				
<input type="checkbox"/> Trabajador de Salud	Si es trabajador de salud, especificar profesión:			
<input type="checkbox"/> Policía	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Laboratorista		
<input type="checkbox"/> Militar	<input type="checkbox"/> Enfermera	<input type="checkbox"/> Técnico en enfermería		
<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Obstetra	<input type="checkbox"/> Otros _____		
<input type="checkbox"/> Otros especificar _____	25. Lugar de trabajo	IPRESS _____		
		Departamento _____		
		Provincia _____		
		Distrito _____		
26. ¿Ha tenido contacto directo con un caso sospechoso, probable o confirmado en los 14 días previos al inicio de síntomas?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido				
Si la respuesta es sí, marque según corresponda:				
<input type="checkbox"/> Entorno de salud	<input type="checkbox"/> Entorno familiar	<input type="checkbox"/> Entorno laboral		
<input type="checkbox"/> Casa de reposo	<input type="checkbox"/> Centro penitenciario	<input type="checkbox"/> Albergue		
<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____			
IV. HOSPITALIZACIÓN (Si fue hospitalizado, complete la siguiente información)				
27. Hospitalizado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		28. Fecha de hospitalización: ____/____/____		
29. Nombre del Hospital: _____		Tipo de seguro: _____		
30. Diagnóstico de ingreso: _____				
31. Signos:				
<input type="checkbox"/> Convulsión	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en radiografía		
<input type="checkbox"/> Disnea/taquipnea	<input type="checkbox"/> Auscultación pulmonar anormal	<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en ecografía		
<input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____		<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en tomografía		
		<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en RMN		
32. Servicio de hospitalización: <input type="checkbox"/> Sala de aislamiento <input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/> Otro _____				
33. El paciente estuvo en ventilación mecánica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido				
34. ¿El caso está o estuvo intubado en algún momento durante la enfermedad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
35. ¿El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonía durante la enfermedad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
VI. EVOLUCIÓN				
36. Evolución del paciente: <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Desfavorable <input type="checkbox"/> Falleció <input type="checkbox"/> Alta				
37. Fecha de alta, si aplica: ____/____/____				
38. Fecha de defunción, si aplica: ____/____/____				
39. Hora de defunción: ____:____				
40. Lugar de defunción: <input type="checkbox"/> Hospital / Clínica <input type="checkbox"/> Vivienda				
<input type="checkbox"/> Centro de aislamiento temporal <input type="checkbox"/> Centro penitenciario				
<input type="checkbox"/> Vía pública <input type="checkbox"/> Otros: _____				
V. LABORATORIO				
41. Fecha de toma de muestra: ____/____/____	42. Tipo de muestra: _____	43. Tipo de prueba	44. Resultado	45. Fecha resultado: ____/____/____
		<input type="checkbox"/> Prueba molecular	<input type="checkbox"/> Positivo	
		<input type="checkbox"/> Prueba antigénica	<input type="checkbox"/> Negativo	
		<input type="checkbox"/> Prueba serológica		
2 ____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> Prueba molecular	<input type="checkbox"/> Positivo	____/____/____
		<input type="checkbox"/> Prueba antigénica	<input type="checkbox"/> Negativo	
		<input type="checkbox"/> Prueba serológica		
3 ____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> Prueba molecular	<input type="checkbox"/> Positivo	____/____/____
		<input type="checkbox"/> Prueba antigénica	<input type="checkbox"/> Negativo	
		<input type="checkbox"/> Prueba serológica		
VI. INVESTIGADOR				
45. Persona que llena la ficha: _____				
46. Firma y sello _____				



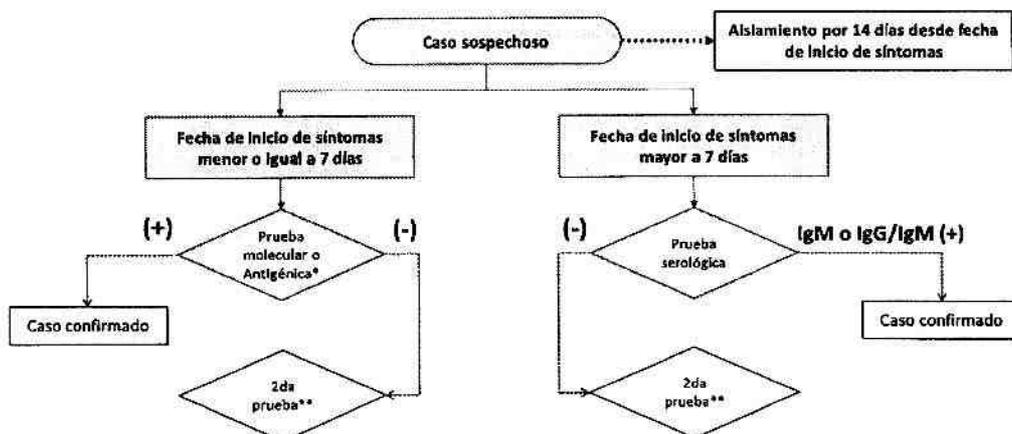
Anexo 2: Ficha de identificación de contacto COVID-19

 PERÚ Ministerio de Salud Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades		FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE CONTACTO COVID-19	
I. DATOS GENERALES DEL CASO CONFIRMADO			
Fecha investigación: ____/____/____			
Nombre del caso confirmado: _____ DNI/CE/Pasaporte: _____			
II. DATOS DEL CONTACTO			
Apellidos y nombres: _____			
Fecha de nacimiento: ____/____/____		Edad: ____ <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Día	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		DNI/CE/Pasaporte: _____	
Correo electrónico: _____		N° Teléfono: _____	
Dirección de residencia actual: _____			
Departamento: _____		Provincia: _____	Distrito: _____
Tipo de contacto: <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Centro laboral <input type="checkbox"/> Centro estudios <input type="checkbox"/> EESS			
<input type="checkbox"/> Evento social <input type="checkbox"/> Atención médica domiciliaria <input type="checkbox"/> Otros: _____			
Fecha de contacto: ____/____/____		Fecha de inicio de cuarentena: ____/____/____	
Factores de riesgo y comorbilidad			
<input type="checkbox"/> Embarazo (Trimestre: _____)		<input type="checkbox"/> Pos parto (< 6 semanas)	
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión)		<input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia (incluye VIH)	
<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	
<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática		<input type="checkbox"/> Daño hepático	
<input type="checkbox"/> Enfermedad crónica neurológica o neuromuscular		<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica	
<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____		<input type="checkbox"/> Cáncer	
III. EL CONTACTO ES UN CASO SOSPECHOSO			
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No			
IV. INVESTIGADOR			
Persona que llena la ficha: _____		N° Teléfono: _____	
Firma y sello: _____			



DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS (COVID-19) EN EL PERÚ

Anexo 3: Flujograma para aplicación de pruebas diagnósticas en casos COVID-19



* La prueba estándar para confirmar casos de COVID-19 es la prueba molecular; en situaciones que no se cuenta con disponibilidad de pruebas moleculares, o en caso de brotes, se podrá considerar prueba confirmatoria a la prueba de detección de antígenos de SARS-CoV-2.

** La segunda prueba se aplica según criterio médico y flujograma diagnóstico según normativa vigente. De acuerdo a los resultados se clasifica el caso

El Aislamiento se realizará a todos los casos sospechosos, independiente de la prueba de laboratorio

Aplicación de pruebas diagnósticas en casos de COVID-19

Ante la identificación de un caso sospechoso, se le debe indicar aislamiento por 14 días desde la fecha de inicio de síntomas, independientemente del resultado de laboratorio y cuarentena a los contactos directos de este.

• Caso sospechoso con fecha de inicio de síntomas menor o igual a 7 días:

- Al primer contacto con el servicio de salud se deberá tomar una prueba molecular o antigénica.
- Si el resultado es positivo, se **confirma** el caso.
- Si el resultado es negativo, de acuerdo con criterio médico, se tomará una segunda prueba molecular o antigénica, después de 3 días de tomar la primera muestra.

Nota:

Prueba Molecular y antigénica

- En paciente que tiene más de 7 días de enfermedad no se recomienda tomar pruebas moleculares ni antigénicas.

• Caso sospechoso con fecha de inicio de síntomas mayor a 7 días:

- Al primer contacto con el servicio de salud se deberá tomar una prueba serológica.
- Si el resultado es reactivo IgM o IgG/IgM o Anticuerpos Totales, se considera un **caso confirmado de COVID-19**.
- Si el resultado es negativo, de acuerdo con criterio médico, se tomará una segunda prueba serológica, después de 7 días de tomar la primera muestra.

Nota:

Prueba Serológica

- A partir de la 3ra semana de inicio de síntomas no se recomienda realizarla salvo estudios de seroprevalencia.

