



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Martín de Porres, 1 de julio de 2020

Visto, el Memorando N°316-2020, de la Dirección General que remite el proyecto de Directiva Sanitaria N°04-DG-/HCH V. 01 "Disposiciones que Regula los Aspectos Técnicos Operativos para la Ampliación en la Atención Hospitalaria y Cuidados Intensivos en el Hospital Modular durante la pandemia por Coronavirus COVID-19." en el Hospital Cayetano Heredia", para su aprobación y;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo II del Título Preliminar de la Ley General de Salud, Ley N° 26842, establece que: "La protección de la salud es de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla", asimismo, el artículo VI del Título Preliminar, señala en su primer párrafo que: "Es de interés público la provisión de los servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. 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 el Decreto Supremo N°008-2020-SA, el Ministerio de Salud declaró en Emergencia Sanitaria a Nivel Nacional por el plazo de 90 días calendario por la existencia del COVID 19, dictando medidas de prevención y control para evitar la propagación del COVID 19 en instituciones públicas y privadas, centros educativos, espacios públicos, privados y centros laborales;

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

Que, mediante el Decreto Supremo N° 116-2020-PCM, el Gobierno amplió el Estado de Emergencia Nacional desde el 1 hasta el 31 de julio 2020, con el objetivo de contener la pandemia por el coronavirus (COVID-19) en el país que ha cobrado miles de vidas, queda restringido el ejercicio de los derechos constitucionales relativos a la libertad y seguridad personales. También el de la inviolabilidad del domicilio y las libertades de reunión y tránsito en el territorio;

Que, la Organización Mundial de la Salud ha calificado el brote del COVID 19, como una pandemia al haberse extendido en más de cien países de manera simultánea;

Que, mediante Decreto de Urgencia N°025-2020, se dictan medidas urgentes y excepcionales destinadas a reforzar el Sistema de Vigilancia y Respuesta Sanitaria frente al COVID-19 en el territorio nacional, a efectos de establecer mecanismos inmediatos para la protección de la salud de la población y minimizar el impacto sanitario de situaciones de afectación a ésta;

Que, mediante Decreto de Urgencia N°026-2020, se establecen diversas medidas excepcionales y temporales para prevenir la propagación del Coronavirus COVID 19, en el territorio nacional;

Que, con la Resolución Ministerial N°039-2020-MINSA, se aprueba el Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción del Coronavirus-19;

Que, mediante Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA, se aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", el cual es de observancia obligatoria para las Direcciones Generales, Oficinas Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos del Ministerio de Salud;

Que, debe entenderse a la Directiva como el Documento Normativo con el que se establece aspectos técnicos y operativos en materias específicas y cuya emisión puede obedecer a lo dispuesto en una norma legal de carácter general o de una NTS. Las Directivas pueden ser de aplicación en todo el sector salud, si por la naturaleza de su contenido así se requiere, debiendo ser expresamente señalado en el Ámbito de Aplicación de las mismas. Por la naturaleza de su contenido, las Directivas se denominan: 1) Directivas Administrativas, cuando están dirigidas a temas del ámbito administrativo. 2) Directivas Sanitarias, cuando están dirigidas a temas del ámbito sanitario;

Que, la Directiva tiene la finalidad de contribuir en la mejora de la capacidad máxima de respuesta y contención de los servicios de salud del Hospital Cayetano Heredia, a través del Hospital Modular, mediante la articulación, coordinación, integración y reordenamiento del flujo de atención y fortalecimiento de la participación ciudadana efectiva para la continuidad de la atención, cuidados integrales y seguimiento de los pacientes COVID-19, es necesario contar con una Directiva Sanitaria para dicho fin;

Que, el objetivo general de la presente Directiva Sanitaria es establecer las disposiciones que permita la ampliación de los servicios de salud y contención del COVID-19 en las áreas de Hospitalización (UCI y no UCI), conforme a lo dispuesto en el Plan de Acción- Vigilancia, Contención y Atención de casos del nuevo COVID-19 en el Perú;

Que, estando a lo propuesto por la Dirección General del Hospital Cayetano Heredia;

Con el visto de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo dispuesto en el TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General N° 27444 y las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR la Directiva Sanitaria N°04-DG-2020/HCH V. 01 "Disposiciones que Regula los Aspectos Técnicos Operativos para la Ampliación en la Atención Hospitalaria y Cuidados Intensivos en el Hospital Modular durante la pandemia por Coronavirus COVID-19." en el Hospital Cayetano Heredia.

Artículo 2°.- DISPONER, que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el portal de transparencia estándar del Hospital Cayetano Heredia.

Regístrese y comuníquese

ACRPR/BIC/PORG
OAJ
OCCM



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

DRA AIDA CECILIA PALACIOS RAMÍREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23679 R.N.E. 9834

**DIRECTIVA SANITARIA N° 04- DG-2020/HCH-V.01 QUE
REGULA LOS ASPECTOS TÉCNICOS OPERATIVOS PARA
AMPLIACION EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA Y DE
CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL MODULAR
DURANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS (COVID-19)**

CONTENIDO

1. FINALIDAD.....	4
2. OBJETIVOS	4
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	4
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
3. ÁMBITO DE APLICACIÓN	4
4. BASE LEGAL.....	4
5. DISPOSICIONES GENERALES.....	4
5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES.....	5
5.2. MARCO CONCEPTUAL DEL COVID 19.....	6
5.3. NIVEL DE ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL.....	7
5.4. ÁREAS DE SOPORTE.....	10
6. DISPOSICIONES ESPECIFICAS.....	12
6.1 ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN	
6.2. ORGANIZACIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN.	
6.3. ORGANIZACIÓN DE LA EMERGENCIA.	
6.4. ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA	
6.5. ORGANIZACIÓN DE LABORATORIO.	
6.6. ORGANIZACIÓN DE NUTRICIÓN	
6.7. ORGANIZACIÓN DE FARMACIA.	
6.8.MANEJO DE PACIENTES INFECTADOS CON COVID 19	
6.8.1. INDICACIONES DE HOSPITALIZACIÓN	
6.8.2. MANEJO GENERAL	
HOSPITALIZACIÓN	
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	
OXIGENOTERAPIA	
MANEJO DE GLICEMIA	



MANEJO PALIATIVO

6.9 EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL.....	27
7. RESPONSABILIDADES.....	27
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
9 ANEXOS	

Anexo N° 01: Ficha de seguimiento en pacientes adultos con sospecha COVID-19

Anexo N° 02: Guía de manejo para uso de Tocilizumab

Anexo N° 03: Guía de manejo para pronación del paciente con COVID 19

Anexo N° 04: Flujograma de atención para atención de pacientes COVID 19

Anexo N° 05: Flujograma de atención para hacer frente al COVID-19

Anexo N° 06: Síndromes clínicos asociados con la infección covid-2019

Anexo N° 07: Equipos de protección personal de cumplimiento obligatorio en el HCH



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° - HCH/2020. DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS TÉCNICOS PARA LA CAPACIDAD DE AMPLIACION EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA Y CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL MODULAR DURANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS (COVID-19)".

1. FINALIDAD

Contribuir en la mejora de la capacidad máxima de respuesta y contención de los servicios de salud del HCH, a través del Hospital modular, mediante la articulación, coordinación, integración y reordenamiento del flujo de atención y el fortalecimiento de la participación ciudadana efectiva para la continuidad de la atención, cuidados integrales y seguimiento de los pacientes COVID-19

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer las disposiciones que permita la ampliación de los servicios de salud y contención del COVID-19 en las áreas de Hospitalización (UCI y no UCI), conforme a lo dispuesto en el "Plan de Acción-Vigilancia, Contención y Atención de casos del nuevo COVID-19 en el Perú.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar e implementar las áreas de ampliación de Hospitalización COVID 19 en el Hospital Cayetano Heredia para cubrir la sobredemanda actualmente existente.
- Acondicionar e integrar las Unidades Productoras de Servicios de Salud "UPSS" de Emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos y Hospitalización que cumpla con los estándares de bioseguridad interna y externa para pacientes COVID-19.
- Establecer el flujo de captación, notificación, atención y manejo clínico, iniciando desde el primer punto de contacto del paciente con el Hospital hasta la conducta médica final (aislamiento domiciliario u hospitalario), en el escenario nacional de transmisión focalizada y/o comunitaria
- Determinar las acciones para la reducción del riesgo de complicaciones y muerte en casos de COVID-19, a través del soporte médico correspondiente
- Establecer un nivel de organización asistencial y administrativa que facilite la conducción y coordinación hospitalaria efectiva y eficiente.
- Establecer las medidas de prevención y control para disminuir el riesgo de transmisión del virus en contactos y grupos de riesgo

3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva Administrativa es de cumplimiento obligatorio por el Hospital Cayetano Heredia y sus unidades orgánicas y/o áreas de operación dependientes

4. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
- Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y funcionamiento de las redes integradas de salud (RIS).
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y modificatoria.
- Decreto Supremo N° 044-2020-SA, Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19
- Decreto Supremo N° 008-2020-SA, Decreto Supremo que declara en Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de 90 días calendario y dicta medidas de prevención y control del COVID-19



- Decreto Supremo N° 025-2020-SA, Dictan medidas urgentes y excepcionales destinadas a reforzar el sistema de vigilancia y respuestas sanitaria frente al COVID-19 en el área de influencia del hospital
- Resolución Ministerial N° 084-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Atención y Manejo Clínico de casos COVID-19 en el área de influencia del hospital"
- Resolución Ministerial N° 040-2020/MINSA, que aprueba el Protocolo para la atención de pacientes con sospecha o infección confirmada de Coronavirus COVID-19 en el área de influencia del hospital
- Resolución Ministerial N° 039-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Plan Nacional de preparación y respuesta frente al riesgo de introducción del COVID-19 en el área de influencia del hospital"
- Resolución Ministerial N° 095-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Plan Nacional de Reforzamiento de los Servicios de Salud y Contención del COVID-19 en el área de influencia del hospital."
- Resolución Ministerial N° 139-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Prevención y atención de personas afectadas por COVID 19 en el Perú."
- Resolución Ministerial N° 255-2016-MINSA, que aprueba el documento Guía para la implementación del proceso de higiene de manos establecimientos de Salud.
- Resolución Ministerial N° 452-2003-SA/DM que aprueba el Manual de Aislamiento Hospitalario.

5. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

En referencia de la Alerta Epidemiológica AE-016-2020/MINSA

Caso sospechoso:

- a) Persona con Infección Respiratoria Aguda, que presente dos o más de los siguientes síntomas;
 - Tos
 - Dolor de garganta,
 - Dificultad para respirar,
 - Congestión nasal,
 - Fiebre,
 Y que tenga una de las siguientes condiciones:
 - Contacto directo con un caso confirmado de infección por COVID-19, dentro de los 14 días previos al inicio de los síntomas; o
 - Residencia o historial de viaje, dentro de los 14 días previos al inicio de síntomas, a distritos del Perú con transmisión comunitaria de COVID-19; o
 - Historial de viaje fuera del país, dentro de los 14 días previos al inicio de síntomas.

- b) Persona con Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG): Fiebre superior a 38°C, tos, dificultad respiratoria y que requiere hospitalización.

Caso probable: Un caso sospechoso con resultado de laboratorio positivo a COVID - 19 en una prueba no confirmatoria (Prueba Rápida de IgM/IgG para COVID-19).

Caso confirmado: Una persona con prueba positiva a la reacción en cadena de la polimerasa de transcriptasa reversa en tiempo real (RT-PCR en tiempo real) por infección de COVID-19, independientemente de los signos y síntomas clínicos.



Un caso sospechoso con segunda prueba rápida positiva, siete días después de haber tomado la primera prueba siendo negativa esta.

Caso descartado:

Caso sospechoso, con dos resultados negativos a Prueba Rápida de IgM/IgG para COVID-19, con una diferencia de siete días entre la primera y la segunda;

Caso sospechoso, con un primer resultado negativo a Prueba Rápida de IgM/IgG para COVID-19, dos resultados negativos a RT-PCR en tiempo real con una diferencia de tres días entre la primera y la segunda y además un resultado negativo a Prueba Rápida de IgM/IgG para COVID-19, con una diferencia de siete días entre la primera y la segunda

Consideraciones:

- Estadefinición de caso es la vigente en la alerta epidemiológica N°16, pero es dinámica y puede variar
- Casos de IRAG sin otra etiología que explique el cuadro, aún en ausencia de contacto positivo deben ser considerados y manejados como sospechosos
- Resultado de laboratorio negativo, en el contexto de IRAG sin otra etiología no descarta el diagnóstico de COVID 19.

5.2 MARCO CONCEPTUAL DEL CORONAVIRUS COVID-19

5.2.1 Características principales del COVID-19

Enfermedad	COVID-19 (Coronavirus Disease 2019)
Virus	SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2)
Modo de Transmisión	Por gotas respiratorias y fómites, durante el contacto cercano sin protección entre personas infectadas y susceptibles. La transmisión por vía aérea no ha sido reportada en COVID-19 en la literatura disponible, sin embargo, puede ocurrir si se realizan procedimientos generadores de aerosoles en las IPRESS. La eliminación del virus por heces ha sido demostrada en algunos pacientes, y virus viable ha sido reportado en un número limitado de casos. Sin embargo, la ruta fecal-oral no parece ser un mecanismo de transmisión, por lo tanto, su rol y significancia aún está por determinarse
Periodo de Incubación	Inicio de síntomas entre 5 a 6 días después de infección, en promedio (Rango: 1 a 14 días)
Periodo de Transmisibilidad	7 días después del inicio de síntomas (en promedio), pero puede extenderse hasta 14 días. Se estima que la transmisión podría iniciar antes de la presentación de síntomas, aunque esta información aún se encuentra en investigación
Susceptibilidad e inmunidad	Se estima que no habría inmunidad previa para este virus debido a que su circulación es reciente. Aún se encuentra en investigación si la infección genera inmunidad y protección para futuras infecciones



Frecuencia de presentación clínica	▪ Cuadros leves y moderados(a): 80% ▪ Cuadros severos: 13.8% ▪ Cuadros críticos: 6.1%
Grupo de Riesgo para cuadros clínicos severos y muerte	▪ Personas mayores de 60 años ▪ Comorbilidades: hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar crónica, cáncer, otros estados de inmunosupresión.
Transmisión en hogares	La transmisión de humano a humano del virus de COVID-19 está produciéndose en gran medida en las familias. De un total de 344 grupos o clústeres investigados en las provincias de Guangdong y Sichuan, China (correspondientes a 1308 casos), el 78 a 85% ocurrieron en familias. El rango de tasas de ataque secundario en contactos intradomiciliarios es entre 3 a 10%.
Escenario de transmisión focalizada	Corresponde a Escenario de primera generación: Cuando se identifica el caso índice, es decir, el primer caso de una cadena de transmisión que es captado por el sistema de salud. Escenario de segunda generación: Casos de COVID-19 que ocurren en trabajadores de salud u otros (familia, visitas), quienes se infectan por contacto directo y cercano con pacientes infectados por el virus del COVID-19.

5.2.2 Criterios Clínicos de severidad:

a. Caso Moderado: El caso moderado requiere hospitalización

Toda persona con infección respiratoria aguda que cumple con alguno de los siguientes criterios:

Disnea o dificultad respiratoria.

Frecuencia respiratoria mayor de 22 respiraciones por minuto.

Alteración del nivel de conciencia (desorientación, confusión).

Hipotensión arterial o shock.

Signos clínicos y/o radiológicos de neumonía.

Recuento linfocitario menor de 1000 células/ul

b. Caso Severo: Requiere hospitalización en área de cuidados críticos por la presencia de signos de sepsis y/o falla ventilatoria. Toda persona con infección respiratoria aguda, con dos o más de los siguientes criterios:

Frecuencia respiratoria mayor de 22 por minuto o PaCO₂ menor 32 mmHg.

Alteración del nivel de conciencia.

Presión arterial sistólica menor a 100 mmHg o PAM menor de 65 mmHg.

PaO₂ menor de 60 mmHg o PaFiO₂ menor de 300.

Signos clínicos de fatiga muscular: aleteo nasal, uso de músculos accesorios, disbalancetóraco-abdominal.

Lactato sérico mayor de 2 mosm/L.

5.3 NIVEL DE ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL

5.3.1 Direccionamiento Institucional

Para la Conducción, coordinación y articulación de las funciones asistenciales y administrativas, y en el marco de la Declaratoria de Emergencia según D.S N° 044-2020-PCM decretado por el Gobierno por el COVID 19, se activa el sistema de comando de incidentes, quedando organizado de la siguiente manera.

- Comandante de Incidente (Dirección General HCH).



- Oficial de Comunicaciones e Información Pública
- Vocero Oficial
- Voceros Alternos
- Oficial de Control de Vigilancia y Seguridad Laboral
- Oficial de Enlace Institucional
- Jefe de Brigada Epidemiología y Servicios Generales y Mantenimiento
- Oficina de Estadística e Informática
- Jefe de Administración y Logística
- Área COVID 19 Logística
- Jefe de Operaciones Médicas
- Jefe de Operaciones de Enfermería
- Jefe de Recursos Humanos
- Jefe de Planificación
- Director Médico del Hospital Modular COVID 19

Se desactivan las jefaturas de los departamentos, servicios, programas, estrategias, oficinas y unidades, quedando para la coordinación y conducción, el siguiente esquema organizacional:

- Área de Operaciones Medicina Adultos.
- Área de Operaciones Pediatría.
- Área de Operaciones Ginecología.
- Área de Operaciones Cirugía.
- Área de Operaciones Centro Quirúrgico
- Área de Operaciones de Infecciosas y Tropicales.
- Área de Operaciones de Emergencia y Cuidados Críticos
- Área de Atención de Urgencias Ambulatorias
- Área de Operaciones de Farmacia
- Área de Operaciones Laboratorio
- Área de Operaciones Imágenes
- Área de Operaciones Seguros
- Área de Operaciones de Servicio Social
- Área de Operaciones de Nutrición
- Área de Operaciones de Referencia y Contra-referencias
- Área de Operaciones COVID 19
- Hospital Modular COVID 19: Hospitalización y Unidad de Cuidados Intensivos.

5.3.2 Funcionamiento y Operatividad

El Comandante de Incidente, convocará a reuniones diarias o interdiarias para hacer seguimiento a las acciones implementadas, analizando el estado situacional y tomando decisiones oportunas, eficientes y efectivas, para cumplir estas funciones, se aplicarán las siguientes medidas:

- Reuniones ejecutivas diarias a las 8:30 am en la Capilla de la Institución, de duración no más de 1 hora, en donde asisten todos los jefes de operaciones o sus representantes directos, quienes reportan lo sucedido previo.
- Se analizará el estado situacional diario, con toma de decisiones y seguimiento a su implementación.
- Registro en actas de acuerdos y compromisos asumidos
- Se establecerá un reglamento interno de operatividad del Comando
- Se diseñará un instrumento de monitoreo para hacer seguimiento a las diferentes actividades programadas y ejecutadas.



- La Asistencia es obligatoria de los responsables de áreas operativas

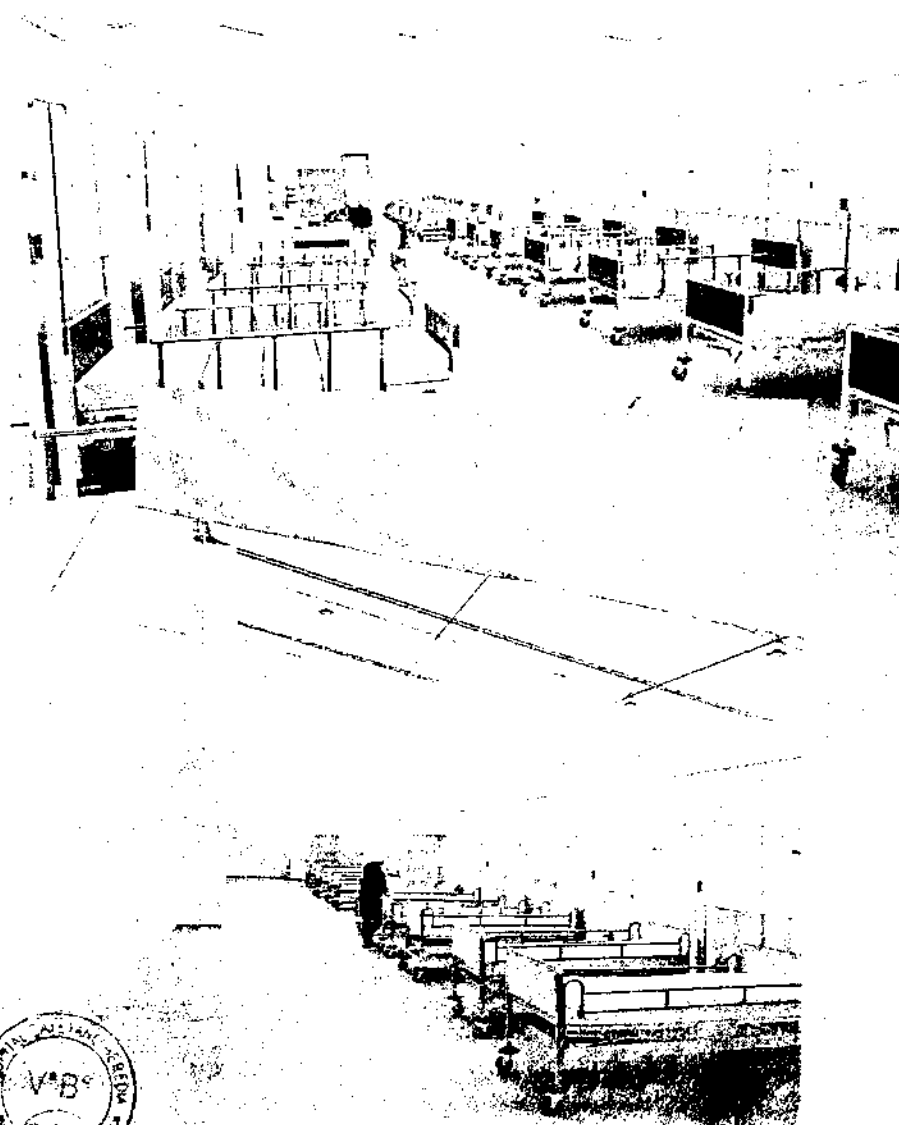
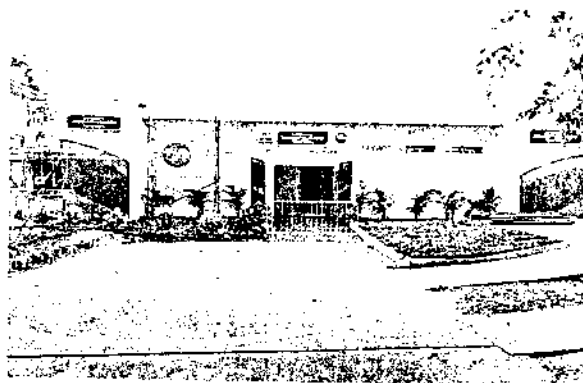
En el marco D.S N° 044-2020-PCM, el hospital modular pasará a operar en turnos de 24 horas bajo una nueva estructura de ampliación en la atención que es la siguiente:

I. AREA COVID:

Hospitalización en Hospital Modular: con capacidad para 62 camas

Hospitalización en cirugía A: con capacidad para 32 camas (actualmente en fase de remodelación)

Hospitalización en UCI: con capacidad para 40 camas.



II. AREAS DE APOYO

- Laboratorio Emergencia – Central
- Banco de sangre
- Imágenes: Rayos X en el área del Hospital Modular
- Farmacia en el Hospital Modular
- Nutrición terciarizado
- Asistencia Social
- Epidemiología
- Seguridad Externa terciarizado.
- Limpieza terciarizado.
- Seguridad y salud en el trabajo
- Mantenimiento y servicios generales
- Estadística – Informática.
- Seguros
- Calidad
- Comunicaciones
- Administración y Logística

5.4 ACCIONES DE SOPORTE ADMINISTRATIVO Y APOYO A LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTOS DE CASOS DE CORONAVIRUS (COVID-19)

Se realizarán ajustes administrativos en el marco de las disposiciones vigentes señaladas en la base legal de la presente Directiva Administrativa y normas técnicas vigentes, las mismas que se implementarán gradualmente conforme se cuente con los recursos y condiciones mínimas para el funcionamiento regular. Así tenemos, acciones de soporte administrativo (personal, logísticas, servicios generales, entre otros) relacionadas a la provisión oportuna de los materiales e insumos necesarios para la atención segura, eficiente, oportuna, efectiva, equitativa y humana.

5.4.1 ACCIONES DE PERSONAL

La Entidad a través de los órganos correspondientes tomará las siguientes medidas:

- 5.4.1.1 El personal de salud que trabajará en el Hospital Modular procede primordialmente del personal reclutado por el MINSA, es decir su bonificación económica depende directamente del presupuesto del Ministerio de Salud.
- 5.4.1.2 El personal de salud que laborará en estas áreas ingresarán en el turno diurno a las 7:30 am a 8 pm y en turno nocturno a las 7:30 pm a 8:00 am (teniendo los 30 min iniciales para el reporte y recojo de guardia).



- 5.4.1.3 El personal de salud laborará 150 horas mensuales, entregando el reporte de asistencia a la oficina de recursos humanos del Hospital Cayetano Heredia para luego enviarse a la oficina de recursos humanos del MINSA.
- 5.4.1.4 Todos los trabajadores asistenciales y administrativos de la Institución mayores de 60 años NO ASISTIRAN a laborar al Hospital mientras dure el periodo de la declaratoria, decisión que se hará efectiva a partir del día siguiente de la publicación del Decreto supremo en mención. Excepcionalmente todo trabajador menor de 60 años que presente alguna enfermedad o condición (gestación) que lo exponga a un mayor riesgo frente a la infección, deberá justificarlo documentariamente con el Comandante de incidentes (Dirección General), para autorizar la no permanencia. Esto representa el 16% de toda la comunidad hospitalaria.
- 5.4.1.5 La Dirección Ejecutiva de Recursos Humanos entregará un salvoconducto a todo el personal que se encuentra en el turno diurno y a los que ingresan en el turno diurno

5.4.2 ACCIONES ADMINISTRATIVAS

La Entidad a través de las Oficina, Unidades y/o Areas que corresponda, cumplirá las siguientes actividades:

- 5.4.2.1 Encontrándonos en una situación de emergencia sanitaria, es muy importante la racionalización de los recursos, estando actualmente garantizados para el personal programado. Así los equipos de protección personal (EPP), la alimentación y las áreas de descanso, se encuentran garantizadas y limitadas exclusivamente para el personal de turno programado.
- 5.4.2.2 El personal no programado no podrá ingresar a la Institución para la cual servicio de vigilancia contará con la relación de trabajadores que se encuentran de turno. Aquel personal que no estando programado e ingrese a la Institución será conminado a retirarse y recibirá sanción.
- 5.4.2.3 En caso de sentirse enfermo y no poder acudir a su turno programado deberá informar al director médico o al jefe de área (hospitalización, UCI y enfermería) con la debida anticipación salvo excepciones, el cual le dará las indicaciones a seguir.

5.4.3 ACCIONES DE CONTROL

El HCH, a través de las unidades orgánicas correspondientes realiza las siguientes acciones:

- 5.4.3.1 La DGA en coordinación con la OEI, establece sistema de monitoreo y evaluación de las acciones de mitigación y control del COVID-19
- 5.4.3.2 La DGA en coordinación con la OEI, solicita a las Oficinas y Areas de Operaciones, la información correspondiente para su seguimiento, análisis y toma de decisiones respectivas
- 5.4.3.3 Se hará la retroalimentación de los resultados obtenidos a las áreas correspondientes
- 5.4.3.4 El procesamiento de datos para la evaluación se realizará de manera automatizada a través de un aplicativo informático elaborado para estos fines.
- 5.4.3.5 La Oficina de Recursos Humanos, supervisará la asistencia y permanencia de manera periódica

6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

Las Disposiciones Especificas están orientadas principalmente al nivel de organización para la atención integral de los casos de COVID-19 en los diferentes servicios de salud involucrados en la atención de salud de casos COVID-19. Esto implica:

Acciones de atención Directa en los diferentes servicios organizados para estos fines:



- Hospitalización y UCI COVID

6.1 ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE COVID-19

- 6.1.1 El Ministerio de Salud recomienda implementar áreas de expansión para la identificación y tratamiento de pacientes relacionados a COVID19 con un área especial para los pacientes críticos en ventilación mecánica.
- 6.1.2 Similar a otras instituciones, en el Hospital Cayetano Heredia se ha destinado un área para aislamiento y atención de pacientes de COVID19, además de las áreas ya existentes, un área denominada Hospital Modular con una capacidad inicial de 62 capas de hospitalización y 40 camas de cuidados intensivos.

6.2 ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN

- 6.2.1 Mientras dure la emergencia, el hospital modular atenderá a pacientes ingresados por emergencia adultos o por la oferta móvil COVID, que reúnan los criterios de severidad que lo amerite.
- 6.2.2 Los pacientes permanecerán en el hospital modular el tiempo que sea necesario, pudiendo salir de alta de allí mismo o si ya no requiere oxígeno a un área de hospitalización COVID para que continúe con la evolución hasta el alta.
- 6.2.3 En el caso de los pacientes hospitalizados en el Hospital Modular, no tendrán visitas presenciales por ningún motivo, los informes médicos se darán por teléfono por el médico de turno quien al momento de terminar la visita informará y dejará constancia el nombre y el horario así como un resumen de lo informado al familiar responsable que se encuentre consignado en la Historia Clínica.

6.3 ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN EMERGENCIA

- 6.3.1 Para la Atención de pacientes en Emergencia se seguirá el flujo que se presenta en los anexos. Flujograma de Atención en Emergencia

6.4 ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA

- 6.4.1 Los pacientes al alta se le indicará que lo llamarán para su control por vía remota o lo citarán para acudir a consulta de urgencias para control.

6.5 ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LABORATORIO CLÍNICO

- 6.5.1 Criterios para tomar la prueba de covid19 (prueba rápida o molecular según el caso) en el hospital
 - Paciente con criterio de hospitalización, todo paciente que se hospitaliza se le realizará mínimo la prueba rápida si es que aún no tiene ninguna prueba realizada.
 - Paciente sintomático con factor de riesgo: Edad > 60 años, Obesidad, Diabetes mellitus, Cardiopatía, Hipertensión arterial, Falla renal crónica, Enfermedad pulmonar crónica, Cáncer u otra condición de inmunosupresión, Gestación
 - Personal de salud.

6.6 ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

- 6.6.1 Todo el personal programado (turno 12 horas) que tiene derecho al servicio de alimentación, lo hará en horarios diferenciados, según se indica, a fin de concentración masiva en el comedor adaptado en la cuna jardín (de forma temporal), el servicio de nutrición está tercerizado para todo el personal que labora en el Hospital Modular. Personal de turno diurno tiene derecho a desayuno y almuerzo. Personal de turno nocturno tiene derecho a cena y desayuno. Con 48 horas de anticipación se hace llegar la lista del personal de turno para que pueda estar registrado y con derecho a sus refrigerios, a la empresa encargada.



6.7 ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN FARMACIA

- 6.7.1 El Área de Operaciones de Farmacia se hará responsable de la distribución de materiales de bioseguridad y equipo de protección de personal que laborará en el Hospital Modular.
- 6.7.2 El área de farmacia se hará cargo de la entrega de los medicamentos a los pacientes hospitalizados incluyendo la medicación de alta.
- 6.7.3 Farmacia central atenderá durante la emergencia sanitaria 24 horas al día

6.8 PAUTAS PARA EL MANEJO DE PACIENTES INFECTADOS CON CORONAVIRUS

En reunión del comité de evidencia científica del tratamiento de COVID 19, se decidió lo siguiente:

1) Actualizar el protocolo en el acápite de manejo del paciente a raíz de las últimas publicaciones referidas a hidroxicloroquina y corticoides, sobre todo los resultados del estudio RECOVERY, este es un ensayo clínico aleatorizado controlado que ha aleatorizado más de 11000 pacientes hospitalizados para recibir varias alternativas de tratamiento para COVID-19:

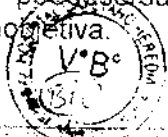
- Se suspende definitivamente el uso de hidroxocloroquina para el tratamiento de COVID-19, debido al reporte preliminar del estudio RECOVERY, en el cual no se mostró efecto benéfico de hidroxocloroquina en el tratamiento de pacientes hospitalizados e incluso esta medicación fue suspendida en este estudio.

- Se recomienda el uso de dexametasona 6 mg EV o VO cada 24 horas por 10 días basado en los resultados preliminares del estudio RECOVERY, que demostró disminución de la mortalidad en un tercio de los pacientes en ventilación y un quinto de los pacientes con requerimiento de oxígeno no invasivo; así mismo no se evidenció beneficio entre los pacientes que no requirieron oxígeno

2) No se recomienda el uso de ivermectina en pacientes hospitalizados debido que no se cuenta con evidencia basada en ensayos clínicos ni observacionales. Así mismo, se desconoce la dosis óptima de esta medicación para el tratamiento de COVID-19.

6.8.1. PAUTAS PARA INDICACIONES DE HOSPITALIZACIÓN

- Los pacientes con COVID-19 pueden presentar un espectro amplio de manifestaciones: cuadros leves, moderados o graves, incluyendo neumonía, síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), sepsis y choque séptico. (Anexo 2)
- Es importante la colocación de mascarillas quirúrgicas a estos pacientes sospechosos.
- La identificación temprana de pacientes con manifestaciones moderadas a graves permite iniciar un tratamiento inmediato y rápido en la unidad de cuidados intensivos de acuerdo con los protocolos establecidos.
- Los pacientes que requieren oxígeno se les aplicará según su saturación canula binasal o máscara de reservorio. NO USAR máscara de venturi.
- El juicio clínico no puede ser sustituido por escalas de gravedad. Pero puede ser de utilidad para la evaluación objetiva.



■ Considerar estas dos:

- Índice de severidad de neumonía (PSI) – (>90)
- CURB 65.(>=1)

Índice de severidad de neumonía :

FACTOR DE RIESGO	PUNTOS	FACTOR DE RIESGO	PUNTOS
Demográfico		Comorbilidad	
Hombre	años	Neoplasia	30+
Mujer	Años -10	Enfermedad Hepática	20+
Institucionalizado	10+	I cardíaca	10+
Laboratorio y Rx		ACV	10+
Ph arterial <7.35	30+	I Renal	10+
BUN >30 mg/dl	20+	Examen físico	
Na <130	20+	Alteración de conciencia	20+
Glucosa >250 mg/dl	10+	FR >30	20+
Hematocrito <30	10+	PAS <90 mmHg	20+
P parcial de O ₂ <60 mm Hg	10+	T° <35 o >40°C	10+
Efusión pleural	10+	FC >125 x min	10

Puntaje total	Clasificación Riesgo	Mortalidad %		Recomendación
		Adultos	Institucionalizados	
<51	I	0.2	0	AMBULATORIO
51 a 70	II	0.6	0	AMBULATORIO
71 a 90	III	2.6	4.6	AMBULATORIO CONTROL ESTRECHO
91 a 130	IV	9.3	12	HOSPITALIZAR
>130	V	24.9	32.9	HOSPITALIZAR

CURB-65:

Factor Clínico	Puntos
Confusión	1
BUN > 19 mg/dl	1
FR > o = 30 por min	1
PAS < 90 mm Hg	1
PAC < 60 mm Hg	1
Edad > o = 65 años	1

Puntaje CURB-65	Mortalidad %	Recomendación
0	0.6	AMBULATORIO
1	2.7	AMBULATORIO
2	6.8	HOSPITALIZAR CON CONTROL ESTRECHO
3	14	HOSPITALIZAR
4 a 5	27.8	HOSPITALIZAR
Puntaje CURB-65	Mortalidad %	Recomendación
0	0.9	AMBULATORIO
1	5.2	AMBULATORIO
2	12	CONSIDERAR HOSPITALIZACIÓN
3 a 4	31.2	HOSPITALIZAR

6.8.2 MANEJO GENERAL



ATENCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOSPECHOSO DE COVID-19

1. Paciente con sintomatología compatible con COVID-19 que ingresa por triaje diferenciado de pacientes respiratorios y que se decida hospitalización, también se debe considerar a los pacientes sospechosos que se encuentran en el área de tópico de medicina.

Se debe realizar los siguientes procedimientos:

- a) Llenado de ficha epidemiológica para toma de muestra de **hisopado nasofaríngeo** para **RT-PCR SARS CoV-2**; y si tiene más de 7 días de sintomatología realizar prueba rápida para COVID-19.
- b) En tópico diferenciado de pacientes respiratorios o en tópico de medicina se debe tomar muestras de sangre para pruebas **bioquímicas** (tubo rojo o amarillo), **hematológicas** (tubo morado), **coagulación** (tubo celeste) y solicitar los siguientes exámenes:
 - Hemograma completo
 - Glucosa, urea, creatinina, electrolitos (incluir Ca), perfil hepático, DHL, proteína C reactiva (idealmente cuantitativo), ferritina y troponina.
 - TP, TTP y dímero D (este último de estar disponible)
 - Serológicos (VIH, HBsAg, AntiVHC, RPR) (preguntar si hay disponible)
- c) El personal médico que decide hospitalizar al paciente debe tomar muestra de sangre arterial para **gases arteriales** y realizar una **radiografía de tórax de frente y perfil** y **electrocardiograma**.
- d) Llenado de la lista de chequeo de exámenes auxiliares de laboratorio e imágenes. (ANEXO 1).

2. Destino del paciente:

a) Hospitalización general:

i. Pacientes con enfermedad moderada:

- Disnea y/o
- Signos de neumonía en la radiografía de tórax (infiltrado intersticial bilateral) ó tomografía de tórax (estado temprano: vidrio esmerilado bilateral y patrón crazy paving; estado tardío: consolidación) y/o
- SatO₂ menor a 94%, y/o
- PaO₂/FiO₂ $\geq$ 250

ii. Pacientes con enfermedad severa:

- SatO₂ menor de 94%, y/o
- PaO₂/FiO₂ $<$ 250

b) Manejo inicial de paciente crítico:

i. Pacientes con necesidad de cualquiera de las siguientes intervenciones:

- Cánula de alto flujo
- Ventilación no invasiva
- Ventilación mecánica
- Uso de vasopresores



-Uso de inotrópicos

6.8.2.1 Tratamiento sintomático y seguimiento tempranos:

a) Hospitalización general:

-Las siguientes terapias se iniciarán a pacientes hospitalizados con enfermedad moderada o severa, según criterio del médico tratante, pasados los 7 días de inicio de síntomas. Idealmente debe realizarse en consenso con otros médicos asistentes de turno:

1. Dexametasona 6 mg EV o VO cada 24 horas por 10 días
2. Tocilizumab (ver guía rápida y ficha de evaluación de uso de tocilizumab). La indicación de esta medicación debe pasar por la evaluación del Comité de tocilizumab (ver Anexo 2):
 - Elevación de IL-6, > 5 veces el valor superior normal (normal 0-6 ug/mL o > 40pg/mL)
 - Marcadores inflamatorios, PCR cuantitativo elevado (ejm: > 80-100 mg/L), ferritina elevado (ejm: > 500-800 ng/mL, LDH > 2 a 3 veces)

• Terapia desoporte:

- ✓ Dieta a tolerancia ó fórmula elemental por sondasogástrica
- ✓ Si el paciente tiene indicado NPO, usar dextrosa al 5% conelectrolitos.
- ✓ Oxigenoterapia (seguir recomendaciones de acápite II): inicialmente usar cánula binasal hasta 6 litros por minuto; de requerir mayor aporte de O₂, escalar a máscara con bolsa dereservorio.
- ✓ Hidratación con suero fisiológico según balancehídrico.
- ✓ Valorar pronación en el paciente despierto en aquellos que no logran SatO₂>92% con mascara con bolsa de reservorio (anexo3).



✓ Prevención de eventos tromboembólicos:

- Peso < 80 Kg: Enoxaparina 40 mg SC cada /24h
- Peso 80 - 100 Kg: Enoxaparina 60 mg SC cada /24h
- Peso > 100 Kg: Enoxaparina 40 mg SC cada /12h
- Si insuficiencia renal (aclaramiento de creatinina < 30ml/min): Enoxaparina 20 mg SC cada /24 h si peso <100 kg ó Enoxaparina 20 mg SC cada /12 h si peso > 100kg.

- En todo paciente con sospecha de tromboembolia pulmonar:

- 1) Deterioro agudo de la oxigenación durante la hospitalización, hipotensión, taquicardia sin nuevos infiltrados en Rx tórax
- 2) Aumento del dímero D comparado con basal (si disponible) Dosis: Enoxaparina 1mg/kg cada 12h (depuración de creatinina >30)

-Contraindicaciones de profilaxis

- 1) Sangrado activo
- 2) Plaquetas <25 MIL
- 3) INR >1.5

✓ Control de glicemia (ver acápite III)

✓ Sobreinfección: Si hay sospecha de sobreinfección bacteriana, tomar 2 sets de hemocultivos, un urocultivo, idealmente procalcitonina e iniciar cobertura antibiótica empírica:

-Si se sospecha infección comunitaria, ceftriaxona 2g c/24 horas por 7 días

-Si se sospecha infección asociada a atención de salud,
Ceftazidima 2 gr EV cada 8 horas
Piperacilina/tazobactam 4.5 g c/6 horas
+/-

Vancomicina 1 gr EV cada 12 horas

-Si el paciente se

encuentra críticamente enfermo:
Meropenem 1 gr c/8 horas por 7 días
+/-

Vancomicina 1 gr EV cada 12 horas

✓ Control de exámenes auxiliares

- Repetir los siguientes exámenes de laboratorio cada 48 a 72 horas según evolución clínica: hemograma, proteína C reactiva, DHL, ferritina, troponina, dímero D.

- Si el paciente empeora realizar hemograma, proteína C reactiva,



- DHL, ferritina, troponina, dímero D, perfil hepático, gases arteriales, glucosa, urea creatinina, electrolitos, EKG y Rx de tórax.
- Repetir electrocardiograma **cada 72 horas hasta el final del tratamiento** con hidroxiquina. **Suspender si QTc es mayor a 0.5**
- El seguimiento radiográfico debe realizarse **cada 7 días o según evolución clínica.**

b) Manejo inicial de paciente crítico:

- Criterio para interconsultar a UCI:
 - Si $SAT O_2 < 93\%$ con máscara de reservorio
 - No responde a medidas de pronación
 - Mayor dificultad respiratoria
 - $PAS < 90, FC > 120$
 - $Ph < 7.3$ $Pco_2 > 50$ mmHg
 - Lactato > 2
- Intubación: Idealmente con apoyo de especialista de emergencia de shock trauma o anestesiología; y siempre utilizando equipo de protección facial (EPP) con protector facial e idealmente videolaringoscopia.
- Inicio de ventilación mecánica: programar en modo control volumen y asesorarse con médico intensivista, anestesiólogo o emergencista. Los parámetros dependerán del fenotipo del paciente.

- **Fenotipo L:** Paciente hipoxémico que no luce disneico y en las imágenes se observa vidrio esmerilado subpleural.

- Volumen tidal: 8-9 ml/Kg de peso ideal.

- PEEP: 8-10 cmH₂O

- **Fenotipo H:** Paciente hipoxémico disneico en ARDS con consolidados en las imágenes de tórax.

- Volumen tidal: 5-6 ml/Kg de peso ideal.

- PEEP: hasta 15 cmH₂O.

- Sedación y relajación muscular:

- Infusión de Midazolam 100mg (50mg 2 amp)/100 cc de CINA 9% para RASS-4

- Infusión de Fentanilo 100mcg (50mcg 2 amp)/100 cc de CINA 9% para RASS-4

- Valorar uso de bromuro de rocuronio o bromuro de vecuronio para la intubación y adecuado acople al VM:

- Bromuro de rocuronio ampolla de 50 mg: dosis inicial 1mg por kg de peso (media a una ampolla) y luego infusión de no acoplarse al ventilador

- Bromuro de vecuronio ampolla de 4 mg/ diluido en 10cc CINA 9% pasar en bolo y repetir en a 15 min y luego infusión de no acoplarse al ventilador

- Soporte hemodinámico:

- Si el paciente presenta compromiso hemodinámico, valorar causa infecciosa, farmacológica (sedoanalgesia), PEEP alto, tormenta



decitoquinas.

- Se recomienda el uso de bolos de cristaloides. Bolos de 20 cc/kg (ClNa9%, solución polielectrolítica, etc).
- Si está en shock utilizar norepinefrina 8 mcg en 100cc de ClNa9%: iniciar a 10cc/hora titulable para PAM mayor de 65mmHg.
- Resto del manejo de soporte y terapia específica como en paciente de hospitalización general.
- Recordar:
 - Monitorizar que la presión pico sea menor a 40 cm H2O y máximo 45 cm H2O en obesos. Si la presión pico se eleva, disminuir el PEEP o volumental.
 - Para mantener volúmenes minuto-ade cuados se puede aumentar la frecuencia respiratoria hasta 30rpm.
 - No olvidar colocar sonda nasogástrica para nutrir al paciente, sonda vesical para cuantificardiuresis.

c) Criterio y prescripción de alta:

- Resolución de fiebre más de 48h sin antipiréticos
- Mejoría de signos y síntomas (tos, disnea y más de 24h sin O2 y SAT > 94% en reposo o entre 88 - 92% pacientes con enfermedades crónicas pulmonares)
- Los pacientes pueden tener saturación límite por varios días sin necesidad de O2

d) Prescripción de alta:

- Aislamiento se considera por 21 días desde el inicio de los síntomas con instrucciones si aún no se ha completado los días de aislamiento.
- Proveer una mascarilla simple al paciente.
- Seguimiento vía telemedicina.

e) Fallecimiento de paciente COVID

Si paciente estando en el área de hospitalización o UCI fallece, médico tratante procede a informar al familiar o persona responsable vía telefónica dejando constancia del informe en la historia clínica, además elabora el certificado de defunción. Indica para que personal de enfermería y técnicos de enfermería preparen al paciente y lo puedan llevar al mortuario. Todo según directiva para manejo de cadáveres elaborado por el hospital para tal fin.

6.8.2.2 Tratamiento de la insuficiencia respiratoria hipoxémica y el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA):

• Sabes reconocer la insuficiencia respiratoria hipoxémica grave en los pacientes con disnea que no respondan a la oxigenoterapia convencional.

- Solo se debe aplicar oxigenoterapia de flujo alto mediante cánula nasal o ventilación mecánica no invasiva a determinados pacientes que presenten insuficiencia respiratoria hipoxémica.

El riesgo de ineficacia terapéutica en los pacientes con MERS tratados mediante ventilación mecánica no invasiva es elevado, y es necesario mantener una vigilancia atenta de los



pacientes tratados tanto con esta técnica como con oxigenoterapia de flujo alto mediante cánula nasal para detectar cualquier empeoramiento clínico.

- La intubación endotraqueal debe ser realizada por un profesional experimentado que haya recibido la debida formación y aplique las precauciones pertinentes para evitar la transmisión aérea de patógenos.
- Utilice volúmenes corrientes más bajos para la ventilación mecánica (de 4 a 8 ml/kg de peso corporal previsto) y presiones inspiratorias más bajas (presión estable <30 cm H₂O)
- En los pacientes con SDRA de gravedad, se recomienda la ventilación mecánica en decúbito prono durante más de 12 horas al día.
- En los pacientes con SDRA que no presenten hipoperfusión tisular, la estrategia de administración de líquidos debe ser prudente.
- En los pacientes con SDRA de moderado a grave, se recomienda una presión positiva telespiratoria (PEEP) más elevada.
- En los pacientes con SDRA de moderado a grave ($PaO_2/FiO_2 <150$), no se debe utilizar de forma sistemática el bloque neuromuscular mediante infusión continua
- En los lugares donde se cuente con profesionales que puedan realizar una circulación extracorpórea, se debe considerar la derivación a estos servicios de pacientes que presenten hipoxemia que no mejora con la ventilación mecánica aplicada para proteger los pulmones.
- No se debe desconectar al paciente del respirador para evitar una pérdida de PEEP y que presente atelectasia.
- Utilice catéteres cerrados para aspirar las vías respiratorias y cierre la cánula endotraqueal cuando necesite desconectar al paciente (por ejemplo, si se cambia a un respirador para traslado).

6.8.2.3 Tratamiento del choque séptico

De acuerdo a las guías vigentes de surviving sepsis.

6.8.2.4. OXIGENOTERAPIA EN PACIENTES COVID19

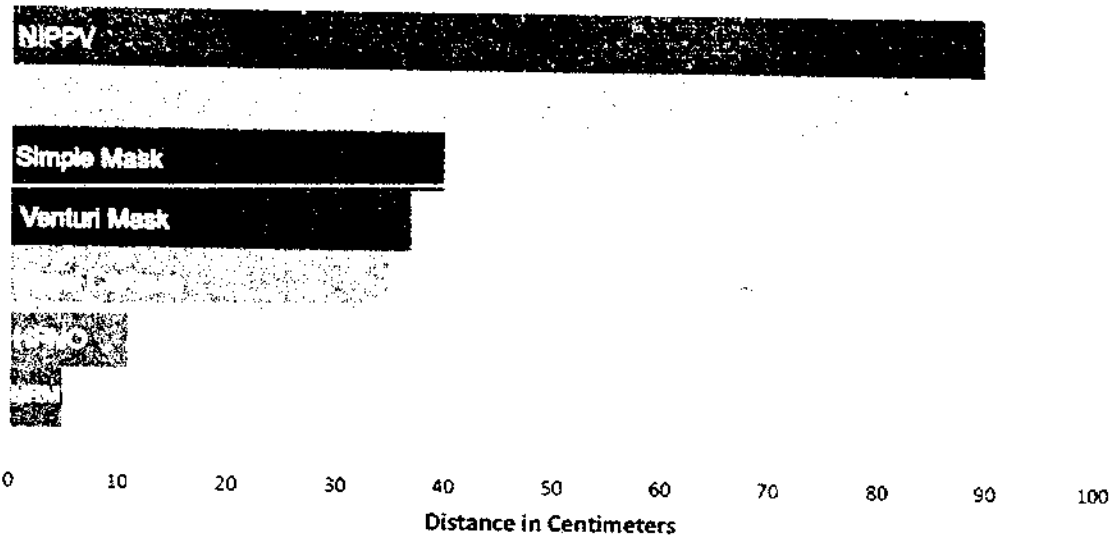
1. GENERALIDADES:

- Enfermedad moderada –severa.
- $SO_2 <94\%$.
- Sistemas de aporte de oxígeno (bajo flujo): Cánula binasal / Mascarareservorio.
- NO máscara Venturi (producción mayor de aerosoles). (Figura1)
- NO nebulización.
- Alternativa ante hipoxemia persistente: Cánula nasal de alto flujo (NO disponible).
- OBJETIVOS DE SATURACIÓN: (SO_2) $\geq 92-96\%$.
- AGA: ingreso, cambio de dispositivo, inicio VM, deterioro respiratorio.
- Monitoreo con SO_2 periférica.



Figura1: Comparación de la dispersión de aerosoles (cm) usando distintas modalidades.

Figure 1. Comparison of aerosol dispersion differences (cm) using various treatment modalities.



❖ CÁNULABINASAL:

- fiO_2 variable
- Máximo 5 – 8L/min

❖ MÁSCARA RESERVORIO SIN REINHALACIÓN

- fiO_2 : 80%
- 15L/min

2 RECOMENDACIONES:

- ❖ $FR > 20$ x/min + $SO_2 < 94\%$
 - Iniciar con CBN 5L/min
 - Titular de acuerdo a evolución
 - SO_2 : 92 – 96%
- ❖ $FR > 20$ x/min + $SO_2 < 94\%$ - $fiO_2 > 40\%$
 - MR con 15L/min
 - Considerar CBAF (NO disponible)
 - SO_2 : 92 – 96%
- ❖ $FR > 20$ x/min + $SO_2 < 94\%$ - fiO_2 80% + falla ventilatoria ($pCO_2 > 45$ – $pH < 7.3$)
 - Intubación orotraqueal
 - Inicio ventilación mecánica

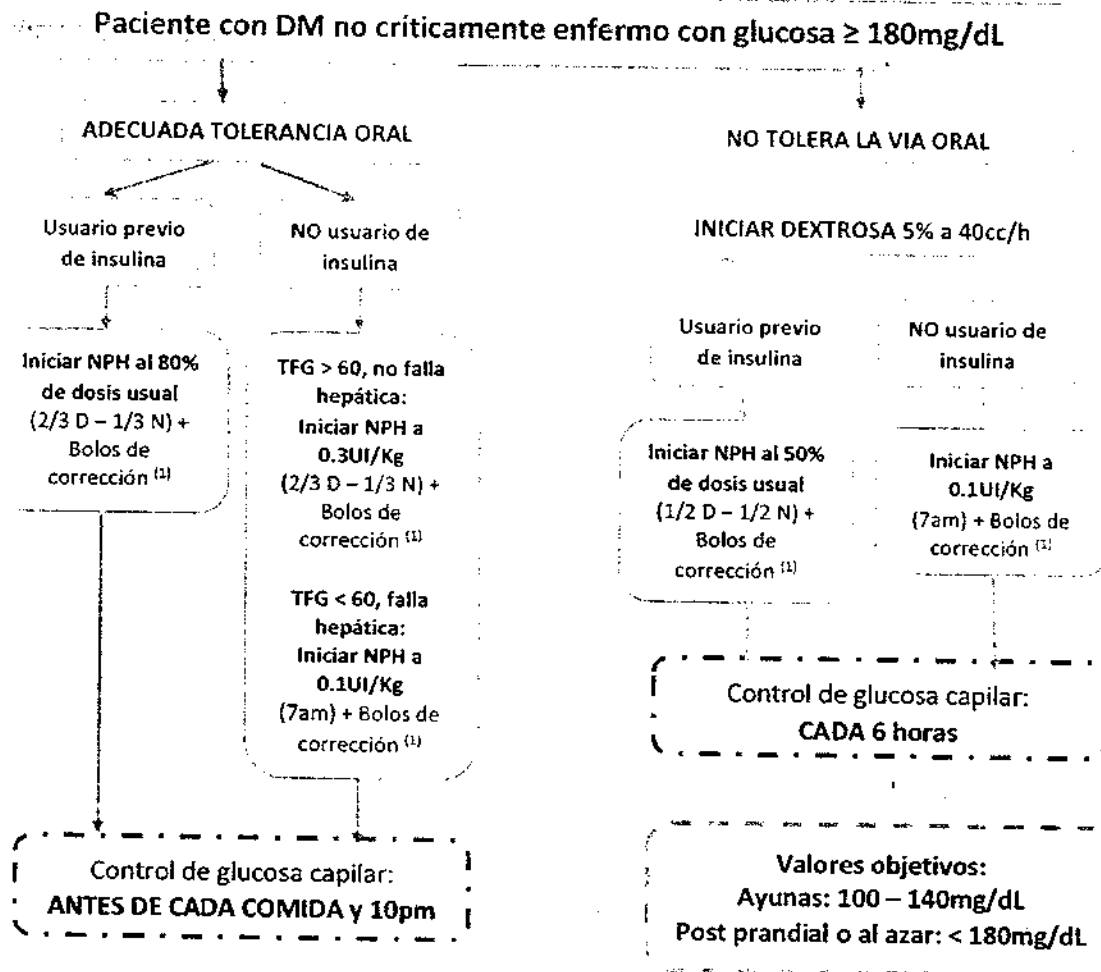


Category	Clinical Status	Suggested action
Green	RR $\geq$ 20bpm with SpO ₂ $\geq$ 94%	Administer O ₂ <40% by face mask. If SpO ₂ rises to >94% observe and monitor
Yellow	RR $\geq$ 20bpm with SpO ₂ $\leq$ 94% on FiO ₂ $\geq$ 40%	Start 15L/min O₂ via non-rebreather mask Senior clinical review to consider: If orientated and able to tolerate well-fitted non-vented face mask, trial CPAP 10cmH₂O with FiO₂ 0.6 If further escalation appropriate, consider increasing CPAP 12-15 cmH₂O + 60-100% oxygen if needed If not, IMV if in accordance with TEP
Red		



6.8.2.5. MANEJO DE GLICEMIAS EN PACIENTES ÁREACOV-19:

Todopacientehospitalizadodiabético o usuario de corticoidesdebetenermonitoreo de glucosacapilar mínimo 2-3 controles y considerar uso de insulina NPH y R según el esquema a continuación:



Si el paciente cursa con glucosa $< 70\text{mg/dL}$:
Colocar 4 ampollas de Dextrosa al 33% en BOLO, luego iniciar infusión de Dextrosa 10% a 40 cc/h y control de glucosa.

PACIENTE CON GLUCOSA $< 180\text{mg/dL}$:
Control de glucosa c/ 6 horas $\rightarrow$ usar bolos de corrección⁽¹⁾
Si glucosas controladas: control de glucosas c/ 12 horas

(1) BOLOS DE CORRECCIÓN:
Corregir con insulina R según valor de glucosa

TFG > 60 :
180 - 199mg/dL $\rightarrow$ 2UI
200 - 249mg/dL $\rightarrow$ 3UI
250 - 299mg/dL $\rightarrow$ 5UI
 $\geq 300\text{mg/dL}$ $\rightarrow$ 7UI

TFG < 60 :
180 - 199mg/dL $\rightarrow$ 2UI
200 - 249mg/dL $\rightarrow$ 3UI
250 - 299mg/dL $\rightarrow$ 4UI
 $\geq 300\text{mg/dL}$ $\rightarrow$ 5UI



Manejo de glicemias en pacientes Área COVID-19: UCI

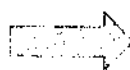
Paciente con DM críticamente enfermo con glucosa $\geq 180\text{mg/dL}$
(Requerimiento de VENTILACIÓN MECÁNICA Y/O SOPORTE VASOPRESOR)

Valores objetivos:
Entre 140 – 180mg/dL

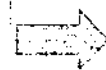
El paciente debe tener aporte calórico:

- F.E. en infusión continua (idealmente), o
- Dextrosa 5% a 40cc/h

Control de glucosa cada 6 horas.
Corregir con bolos de corrección.



Si glucosas $> 180\text{mg/dL}$
en 2 OPORTUNIDADES



Iniciar:

- INFUSIÓN E.V. de INSULINA R (100UI en 100cc de NaCl 0.9%)
- Dosis inicial: glucosa medida/100 = cc/h
- Control de glucosa capilar c/2 horas hasta tener dosis y controles estables, luego c/ 4 horas

- Si paciente se encuentra en VM sin Inotrópicos, en alimentación con fórmula enteral en bolos y cursa con hiperglicemia se puede evaluar el uso de insulina NPH a dosis dependiendo de valores de glucosa y función renal previamente descrita.
- Si las glucosas están controladas se puede tomar glucosa capilar cada 12 horas.
- En cualquiera de los casos si paciente inicia corticoides reiniciar controles cada

6.8.2.6. MANEJO PALIATIVO DE PACIENTES CON COVID19

Dirigido a pacientes que ingresan al servicio y que luego de la evaluación clínica no son tributarios de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, pero que se encuentran con una **carga sintomática grave** que requiere de **atención médica paliativa** y para aquellos que con **manejo médico y evolución tórpida** se limiten los esfuerzos terapéuticos ante la situación de la pandemia actual de COVID19.

Siendo necesario mantener el acompañamiento al paciente y brindar el soporte emocional a sus familiares manteniendo la atención cercana, individualizada y compasiva, sin perder el enfoque que el proceso de morir merece seguir siendo cuidado y humanizado.

Teniendo en consideración además que la edad biológica no debería ser un criterio para la limitación del esfuerzo terapéutico.

Consideraciones: Posibilitar el contacto con un familiar (virtual o presencial) además de espiritual (atención de ministros religiosos) teniendo en cuenta los criterios epidemiológicos de aislamiento vigente cuando el paciente se encuentre con pronóstico reservado en sala común de atención.

• MANEJO DE SINTOMAS FRECUENTES:

✓ **DISNEA** en pacientes gravemente enfermas: Infusión continua:

Morfina:

- Cloruro de sodio 9 % 500cc con la siguiente medicación y pasar a 21cc/h:
- Morfina 10mg/1ml: 1 ampolla (fármaco de elección para el tratamiento de la disnea y disnea severa)

Administrar entre 10-20mg cada 24h (1-2 amp) en **función de la gravedad de la disnea.**

(si **signos de neurotoxicidad** reducir dosis un 50% e hidratar)

- Haloperidol 5mg/1ml: Añadir 2,5mg-5mg/24h (0,5-1amp) para evitar **náuseas/ vómitos** secundarios al inicio del tratamiento con opioides (**No usar** en caso de que el paciente en tratamiento con cloroquina o hidroxiclороquina)

- Midazolam 5mg/5ml: 3 ampollas: Añadir 10mg a 15mg/24h (2 a 3amp) en caso de **inquietud, ansiedad o percepción de sufrimiento.**

- Búscapina 20mg: 3 ampollas: Añadir 60 mg/24h (3 amp) **para evitar las secreciones respiratorias secundarias a la infección.**

En todos los casos se dejará **MEDICACIÓN DE RESCATE** para cuando la sintomatología no está controlada:

Morfina 10mg/1mg **vías subcutánea** o **intravenosa** según proceda a un **adós** correspondiente a 1/6 de la dosis diaria total de morfina pautada ya a una frecuencia



de hasta cada 4h o incluso antes si precisara para el control sintomático.

✓ **FIEBRE:**

- Paracetamol 1 gr cada 6-8h en caso de conservar la vía oral o sonda nasogástrica
- Metamizol 1-2 g cada 8-12 hs EV

✓ **OXIGENO SUPLEMENTARIO:**

- Disminuye la sensación de disnea en pacientes con hipoxemia entre 1 a 3 litros x minuto.

• **SEDACION PALIATIVA:**

La sedación paliativa permite una disminución deliberada de la conciencia con el objetivo de alcanzar un nivel de sedación suficientemente profundo como para aliviar el sufrimiento en pacientes con COVID 19 ingresados con **síndrome de distrés respiratorio agudo**, sin respuesta al tratamiento por un tiempo razonable además de un sufrimiento intolerable **por síntomas refractarios**, sin criterios de UCI cuya muerte se prevé próximo incluso a fallecer en horas.

Si es necesario una evaluación de acuerdo con el criterio médico en cada caso, lo ideal es que sea una decisión del equipo tratante y quedando registrado en la historia clínica.

Administración de infusión en 24 hrs :

- Morfina 30mg (3 ampollas 10mg/1cc)
- Midazolam 45mg (1 ampolla 50mg/10ml) hasta dosis de 60-90mg según gravedad
- Buscapina 60mg (3 ampollas 20/1cc) • Haloperidol 20mg (4 ampollas 5mg/1ml)

Se podrá asociar a Sedación paliativa:

- **En 100cc de CINA 9% y pasar a 4cc/h (aprox. 2mg/h de Midazolam) en bomba de infusión.** Si es insuficiente se podrá subir cada hora +1 o +2 ml/hora de ser necesario.

Después de iniciar la sedación, paciente no recuperará conciencia

Se recomienda comunicar esto al paciente y su familia y facilitar rituales de despedida, en la medida de lo posible:

- Se recomienda la suspensión de hidratación y/o alimentación artificial.
- Suspender intervenciones que no aporten al confort y control de síntomas (monitorización, profilaxis farmacológicas y otros).

Monitorizar frecuentemente que se mantenga el nivel de sedación requerido a través de la Escala



de Ramsay Modificada.

❖ **ESCALA DE RAMSAY MODIFICADA (VALORACION SEDOANALGESIA):**

NIVEL: I Despierto, alerta, agitado, llanto riguroso, disneico, desorientado.

NIVEL II Letárgico,, despierto al estímulo verbal, movimiento o llanto u otro
síntoma débil.

NIVEL III Letárgico, solo despierta a estímulo doloroso, desorientado, más o menos confortable

e **NIVEL IV** Ausencia de respuesta

6.9. USO DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN DEL PERSONAL Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

Para cumplimiento del manejo y uso de los equipos de protección personal y medidas de bioseguridad se procederá conforme a lo establecido en la directiva aprobada con RD N° 089-2020-HCH/DG

7. RESPONSABILIDADES

7.1 Dirección General

El HCH a través de la DG, se encarga de la difusión de la presente directiva administrativa al Hospital Modular, así como de brindar la asistencia técnica y realizar la supervisión de su implementación.

7.2 Areas Operativas.

Las Areas Operativas, o quien haga sus veces, según corresponda, son los responsables de la difusión, asistencia técnica, implementación, monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento de la presente Directiva Administrativa en su área de intervención



8. BIBLIOGRAFÍA

1. Colson P, Rolan JM, Lagier JC, Brouqui P, Raoult D. Chloroquine and Hydroxychloroquine as Available Weapons To Fight COVID-19. *Int J Antimicrob Agent*. 2020 March 4:105931. DOI: 10.1016/j.ijantimicag.2020.105932. [Epub ahead of print]
2. Yao X, Ye F, Zhang M, Cui C, Huang B, Niu P, Liu X, Zhao L, Dong E, Song C, Zhan S, Lu R, Li H, Tan W, Liu D. In Vitro Antiviral Activity and Projection of Optimized Dosing Design of Hydroxychloroquine for the Treatment of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2). *Clin Infect Dis*. 2020 Mar 9. pii: ciaa237. doi: 10.1093/cid/ciaa237. [Epub ahead of print]
3. Gao J, Tian Z, Yang X. Breakthrough: Chloroquine phosphate has shown apparent efficacy in treatment of COVID-19 associated pneumonia in clinical studies. *Biosci Trends*. 2020 Mar 16;14(1):72-73
4. Gautret P, Lagier J, Parola P, Hoang V, Meddeb L, Mailhe M, et al. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. *International Journal of Antimicrobial Agents*. In Press
5. Fei Zhou, Ting Yu, Ronghui Du, Guohui Fan, Ying Liu, Zhibo Liu, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020; 395:1054-62
6. Chaomin Wu, Xiaoyan Chen, Yanping Cai, Jia'an Xia, Xing Zhou, Sha Xu, et al. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med*. doi:10.1001/jamainternmed.2020.0994
7. Chica-Meza C, Peña-Lopez LA, Villamarín-Guerrero HF, Moreno-Collazos JE, Rodríguez-Corredor LC, WM, Vargas-Ordóñez MP, Cuidado Respiratorio En Covid-19, *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo* (2020)
8. Respiratory Support for Adult Patients with COVID-19. *JACEP OPEN* 2020
9. Guidance for the role and use of non-invasive respiratory support in adult patients with COVID-19 (confirmed or suspected) NHS APRIL 2020.
10. Guías Rápidas CUN COVID-19. Servicio de Medicina Paliativa. Clínica Universidad de Navarra Pamplona-España. E-mail: mpaliativa@unav.es.
11. Recomendaciones de la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos para la Atención clínica de paciente durante la Pandemia por SARS CoV-2 /COVID-19 ABRIL 15/2020



12. Guía práctica de Cuidados Paliativos en situación de pandemia Covid-19. Asociación Salvadoreña para el Estudio de Dolores y Cuidados Paliativos y la Fundación Salvadoreña de Medicina Paliativa en colaboración con otras instituciones relacionadas y aprobada por la Asociación De Bioética de El Salvador.
13. Recomendaciones para el manejo de pacientes con enfermedades limitantes de la vida y Covid-19. Sociedad Médica de Cuidados Paliativos de Chile.
14. Recomendaciones de atención a pacientes graves o últimos días de vida en la crisis del Covid-19. Instituto Pallium Latinoamérica, Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Hospital de Gastroenterología Dr. Bonorino Udaondo.
15. Palliative care and the COVID-19 pandemic. The Lancet April 2020.
16. Horton W, Subauste J. Top 10 Facts to Know About Inpatient Glycemic Control. TAJM. 2016, Vol(129):139-142.
17. Khazai N., Hamdy O. Inpatient Diabetes Management in the Twenty-First Century. Endocrinol Metab Clin N Am - (2016) <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecl.2016.06.013>
18. Umpierrez G. et al. Management of Hyperglycemia in Hospitalized Patients in Non-Critical Care Setting: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2012. Vol(97):16-38.
19. Inzucchi S. Management of Hyperglycemia in the Hospital Setting. N Engl J Med 2006. Vol (355):1903-1911.
20. UK Government press release. World first coronavirus treatment approved for NHS use by government <https://www.gov.uk/government/news/world-first-coronavirus-treatment-approved-for-nhs-use-by-government> (Accessed on June 16, 2020).



ANEXO 1: FICHA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID -19

FICHA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID-19									
UBICACIÓN:			FECHA APERTURA FICHA:			RESPONSABLE DE APERTURA:			
NOMBRE DEL PACIENTE:					FECHA INGRESO HOSPITAL:		DISTRITO PROCEDENCIA:		
TIEMPO DE ENFERMEDAD (a su ingreso):			COMORBILIDADES:						
SINTOMAS PRINCIPALES:			EDAD:						
FECHA DE TOMA DE HISOPADO/PRUEBA RÁPIDA					RESULTADO - FECHA DE RESULTADO:				
FECHA DE TOMA DE HISOPADO 1:					RESULTADO - HISOPADO 1:				
FECHA DE TOMA DE HISOPADO 2:					RESULTADO - HISOPADO 2:				
FECHA DE TOMA DE PRUEBA RÁPIDA 1:					RESULTADO - PRUEBA RÁPIDA 1:				
FECHA DE TOMA DE PRUEBA RÁPIDA 2:					RESULTADO - PRUEBA RÁPIDA 2:				
UBICACIÓN->									
DATOS CLÍNICOS- LAB./FLEBAS->									
PA									
FC									
FR									
Temperatura									
SAT. O2									
FIO2									
SOPORTE O2 MEDIANTE									
DIURESIS									
SOFA									
pO2									
PAFI									
FIO2									
pCO2									
HCO3									
Lactato									
LEUCOCITOS									
LINFOCITOS									
HB									
PLAQUETAS									
GLUCOSA									
UREA									
CREATININA									
Na/K/Cl									
Ca/P/Mg									
EX. ORINA									
TGO/TGP									
FA/GGT									
BIL.TOT/BD									
PT/Albumina									
TP/INR									
TTP									
VIH									
HBsAg									
anti Core tot									
anti HCV									
RPR									
FERRITINA									
DHL									
TROPONINA I									
DÍMERO D									
EKG									
QTc									
RX TORAX									
TAC TORAX									
TRATAMIENTO/ FECHAS->									
Atb:									



ANEXO2: GUÍA RÁPIDA PARA USO DE TOCILIZUMAB

TOCILIZUMAB:

Posología:

- a. Peso menor de 75 kg, administrar 2 viales de 200 mg dosis única, diluida en 100 ml de ClNa 0.9% e infundir en una hora.
- b. Peso mayor de 75 kg, administrar 3 viales de 200 mg dosis única, diluida en 100 ml de ClNa 0.9% e infundir en una hora.
- c. Dosis máxima 800mg

CONTRAINDICACIONES

- Tuberculosis activa
- Sepsis por otro microorganismo (definitiva)
- Transaminasas 5 veces elevada (relativa)
- Neutropenia ($<1000 \text{ cell/mm}^3$) (relativa)
- Trombocitopenia ($<50,000 /\text{mm}^3$) (relativa)



ANEXO 3: GUÍA RÁPIDA PARA PRONACIÓN EN PACIENTE DESPIERTO

DEBE REALIZARSE EN PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, CAPAZ DE MOVILIZARSE CONCIENTEMENTE Y CON CAPACIDAD DE COMUNICARSE CON EL PERSONAL DE SALUD DE TURNO.

PROTOCOLO DE PRONACIÓN EN PACIENTE DESPIERTO

- a) Cada 2 horas: solicite al paciente que cambie entre las siguientes posiciones y se requerirán ajustes de la cama entre las posiciones:

- Recostado lateral izquierdo
- Reclinado lateral derecha
- Sentado verticalmente 60-90 grados
- Recostado prono en la cama
- Si no mejora la saturación con las posiciones previamente descritas, puede intentarse Trendelenburg 30° con el paciente en supino con la cabeza hacia abajo.

- b) 10-15 minutos después de cada cambio de posición, verificar que la saturación de oxígeno no haya disminuido. Si es así, pruebe con otra posición.

- c) Si el paciente tiene una caída significativa en la saturación de oxígeno, siga estos pasos:

- Asegúrese de que la fuente de oxígeno del paciente todavía esté conectada a la pared y que esté colocada correctamente en el paciente (esta es una causa común de desaturación)

- Pídale al paciente que se mueva a una posición diferente a la anterior.

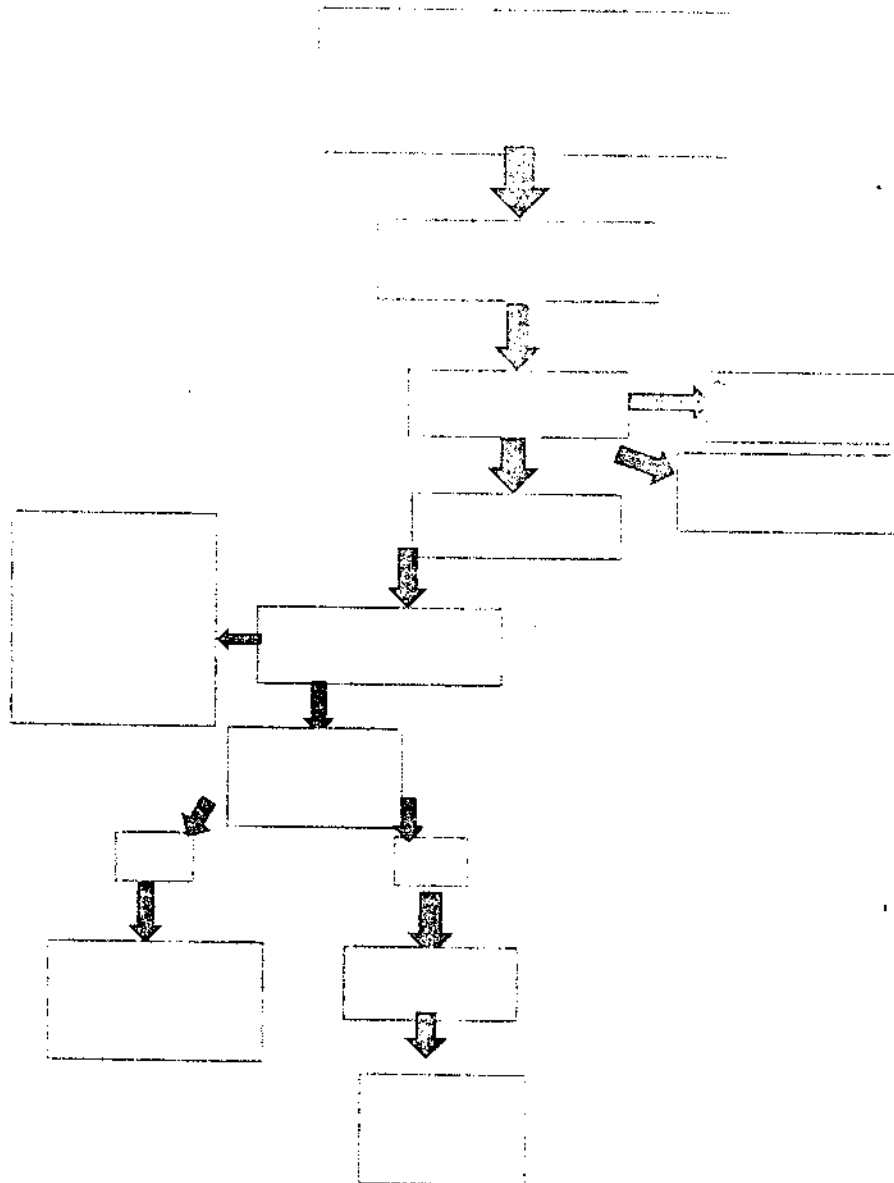
Si después de 10 minutos, la saturación del paciente no ha presentado mejora a niveles

previos se deberá considerar y valorar ventilación

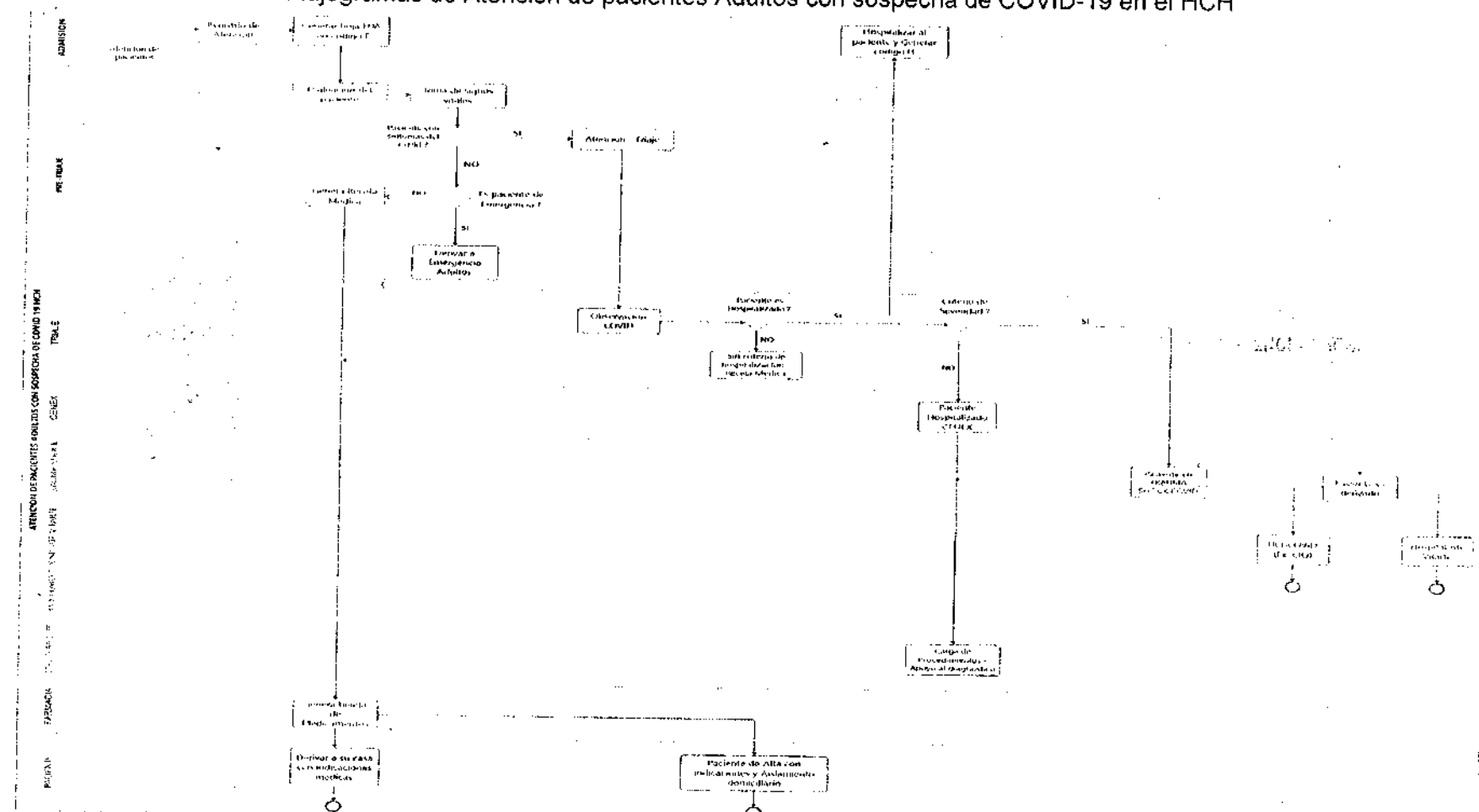


Anexo N° 04

Flujogramas de Atención de pacientes Adultos con sospecha de COVID-19 en el HCH



Flujogramas de Atención de pacientes Adultos con sospecha de COVID-19 en el HCH



Anexo N° 06

Síndromes clínicos asociados con la infección covid-19

Cuadros no complicados	Cuando no hay complicaciones, la infección vírica de las vías respiratorias altas cursa con síntomas inespecíficos como: fiebre, tos, dolor de garganta, congestión nasal, malestar general, cefaleas y dolores musculares. Los ancianos y los pacientes inmunodeprimidos pueden presentar síntomas atípicos. Estos pacientes no presentan signos de desaturación, septicemia ni disnea.
Neumonía leve	Paciente con neumonía sin signos de neumonía grave. Los niños con neumonía no grave presentan tos o dificultad respiratoria, junto con taquipnea, taquipnea (respiraciones por minuto) en los menores de 2 meses: ≥ 60; en los niños de 2 a 11 meses: ≥ 50; en los niños de 1 a 5 años: ≥ 40 sin signos de neumonía grave.
Neumonía grave	Adolescentes o adultos con fiebre o sospecha de infección respiratoria, junto con uno de los signos siguientes: frecuencia respiratoria ≥ 30 respiraciones/min; dificultad respiratoria grave o $\text{SpO}_2 < 93\%$ en aire ambiente (adaptado de [1]). Niños con tos o dificultad respiratoria y al menos uno de los signos siguientes: taquiosis central o $\text{SpO}_2 < 93\%$; dificultad respiratoria grave (p. ej., gemidos, tracheal muy acentuado); signos de neumonía con un signo general de riesgo: indicación para intubación o sepsis, letargo o incoherencia o convulsiones. Puede haber otros signos de neumonía: tracheal, taquipnea (respiraciones/min): < 2 meses: ≥ 60; 2-11 meses: ≥ 50; 1-5 años: ≥ 40. El diagnóstico es clínico; las exploraciones de imagen torácica sirven para descartar complicaciones.
Síndrome de dificultad respiratoria aguda¹⁰	Inicio: síntomas respiratorios de nueva aparición o agravamiento de los preexistentes en la semana siguiente a la aparición del cuadro clínico. Imagen torácica (radiografía, tomografía computarizada o ecografía pulmonar): Opacidades bilaterales no atribuibles completamente a derrames, atelectasia pulmonar lobular o nódulos. Origen del edema: insuficiencia respiratoria no atribuible completamente a una insuficiencia cardíaca o sobrecarga de líquidos. Requiere evaluación objetiva (p. ej., ecocardiograma) para descartar edema hidrostático si no hay factores de riesgo. Oxigenación (adultos): - SDRA leve: $200 \text{ mm Hg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mm Hg}$ (con PEEP o PPC $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$) o ausencia de ventilación¹¹. - SDRA moderado: $100 \text{ mm Hg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200 \text{ mm Hg}$ con PEEP $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$ o ausencia de ventilación¹¹. - SDRA grave: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 100 \text{ mm Hg}$ con PEEP $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$ o ausencia de ventilación¹¹. - Cuando no se conoce la PaO_2: un cociente $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 315$ es indicativo de SDRA (incluso en pacientes sin ventilación). Oxigenación (niños: nota: IO = índice de oxigenación; IOS = índice de oxigenación con la SpO_2): - VNI de presión o PPC $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$ con mascarilla facial: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mm Hg}$ o $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 264$. - SDRA leve (con ventilación invasiva): $4 \leq \text{IO} < 8$ o $5 \leq \text{IOS} < 7.5$. - SDRA moderada (con ventilación invasiva): $8 \leq \text{IO} < 16$ o $7.5 \leq \text{IOS} < 12.3$. - SDRA grave (con ventilación invasiva): $\text{IO} \geq 16$ o $\text{IOS} \geq 12.3$.
Septicemia^{10,11}	Adultos: disfunción orgánica con riesgo vital causada por una respuesta desregulada del huésped a una infección documentada o sospecha de infección, con disfunción orgánica¹². Los signos de disfunción orgánica son: alteración del estado mental, disnea o taquipnea, hipoxemia, oliguria, taquicardia, debilidad del pulso, extremidades frías, hipotensión, piel moteada o signos analíticos de coagulopatía, trombocitopenia, acidosis, lactacidosis o hiperbilirrubinemia. Niños: infección documentada o sospecha de infección y al menos dos criterios de SRIS, uno de los cuales debe ser la alteración de la temperatura o de la cifra de leucocitos.
Choque septicémico^{10,11}	Adultos: hipotensión persistente a pesar de la reposición de la volemia que requiera vasopresores para mantenerla $\text{TAM} \geq 65 \text{ mm Hg}$ y lactato sérico $> 2 \text{ mmol/l}$. Niños (según [12]): hipotensión (TAS por debajo del quinto percentil o más de dos desviaciones estándar por debajo de valor normal para la edad) o dos tres de los factores siguientes: alteración del estado mental, bradicardia o taquicardia ($\text{FC} < 90 \text{ bpm}$ o $> 160 \text{ bpm}$ en lactantes y $\text{FC} < 70 \text{ bpm}$ o $> 150 \text{ bpm}$ en niños de más edad), prolongación de tiempo de llenado capilar $> 2 \text{ s}$; vasodilatación con pulso capitante y calor; taquipnea; piel moteada; petequias o exantema purpúrico; elevación del lactato; oliguria; hipertermia o hipotermia.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° - HCH/2020. DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS TÉCNICOS PARA LA AMPLIACION EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA Y DE CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL MODULAR DURANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS (COVID-19)".

Anexo N° 07

Equipos de protección personal de cumplimiento obligatorio en el HCH: Según normativa Resolución Ministerial N° 139-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Prevención y atención de personas afectadas por COVID 19 en el Perú

	Higiene de manos	Mascarilla quirúrgica	Respirador N95	Gaútes descartables	Scrub	Mandil descartable	Gorro	Guantes	Bata	Botas
	X		X	X	X	X	x	x	X	
	X		X	X	X	X	X	x	X	X
	X		X	X	X	X	X	X		X
	X		X	X		X				
	X		X	X		X	X	x	X	X (BOTAS)
	X		x		x	X	x	x	x	
	X	X		X						
	X		x	x	X	x	x	x	x	x
	X		x	x	X	x	x	x	x	x
	X	X						x		

Personal de UCI además mamefucio descartable o lavable.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° - HCHI2020. DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS TÉCNICOS PARA LA AMPLIACION EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA Y DE
CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL MODULAR
DURANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS (COVID-19)".

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° - HCH/2020. DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS TÉCNICOS PARA LA AMPLIACIÓN EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA Y DE
CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL MODULAR
DURANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS (COVID-19)".