MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

N° 138-2018-HCH/DG

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
31 MAYO 2018
EMILIANO ELIAS SUAREZ ORTIZ
ASISTENTE ADMINISTRATIVO
FEDATARIO TRAMITE INTERNO

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 30 de Mayo de 2018

VISTO:

El Memorando N° 217-2018-DG/HCH, de fecha 29 de mayo del 2018, de la Dirección General, y;

CONSIDERANDO:

Que, el numeral IV del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es una 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, el artículo IX del Título Preliminar de la citada Ley, señala quela norma de salud es de orden público y regula materia sanitaria, así como la protección del medio ambiente para la salud y la asistencia médica para la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas. Nadie puede pactar en contra ella;

Que, con Ley N° 27813, se aprueba la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, que en su artículo 1 señala que el SNCD tiene la finalidad de coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud, promoviendo su implementación concertada descentralizada y coordinando los planes y programas de todas las instituciones del sector a efecto de lograr el cuidado integral de la salud de todos los peruanos, y avanzar hacia la seguridad social universal en salud;

Que, Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales señala en su artículo 6 que el desarrollo regional comprende la aplicación coherente y eficaz de las políticas e instrumentos de desarrollo económico social, poblacional, cultural y ambiental, a través de planes, programas y proyectos orientados a generar condiciones que permitan el crecimiento económico armonizado con la dinámica demográfica, el desarrollo social equitativo y la conservación de los recursos naturales y el ambiente en el territorio regional, orientado hacia el ejercicio pleno de los derechos de hombres y mujeres e igualdad de oportunidades; asimismo, en su artículo 9 indica dentro de las competencias constitucionales de los Gobiernos Regionales el de promover y regular actividades y/o servicios en materia de agricultura, pesquería, industria, agroindustria, comercio, turismo, energía, minería, vialidad, comunicaciones, educación, salud y medio ambiente, conforme a Ley;

Que, la Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA, aprueba la Norma Técnica N° 040-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño, cuya finalidad es brindar atención integral de salud con calidad a la niña y el niño, que responda a sus necesidades de salud y contribuya a elevar su calidad de vida con base para un desarrollo sostenible del país;

Que, la Resolución Ministerial N° 545-2012/MINSA, aprueba la Directiva Sanitaria N° 041-MINSA/DGE-V.01 "Notificación de Brotes, Epidemias y otros eventos de importancia para la Salud Pública", cuyo objetico es normar y estandarizar el procedimiento de notificación, el flujo de información y los instrumentos de recolección de la información de los brotes, epidemias y otros eventos de importancia para la salud pública;

Que, Resolución Ministerial N° 1024-2014/MINSA, se aprueba la Directiva Sanitaria N° 061-MINSA/DGE-V.01, Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) cuya finalidad es contribuir con prevención y control de las infecciones respiratorias agudas (IRA), a través de la generación de información epidemiológica oportuna para la toma de decisiones;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 533-2016/MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para la Elaboración del Plan Multianual del Mantenimiento del Equipamiento y la Infraestructura de los Establecimientos de Salud", cuya finalidad es fortalecer la gestión del mantenimiento de la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud para contribuir a mejorar en la prestación de servicios de salud a nivel nacional;

Que, el Decreto Supremo N° 007-2016-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, señala en su numeral 8.2. que el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades es el responsable de gerenciar, organizar y operar, en todo o en parte del territorio nacional , las acciones de prevención, vigilancia y control de enfermedades de trasmisión sexual, VIH SIDA, tuberculosis, las enfermedades causadas por vectores, las enfermedades prevenibles por vacunas, las enfermedades emergentes, remergentes y desatendidas, así como las enfermedades no transmisibles de impacto en la salud pública, responsable de dirigir las acciones de respuesta ante emergencias sanitarias derivadas de brotes, epidemias, pandemias, así como de desastres naturales u otros riesgos o necesidades de salud pública;

Que, el Decreto Supremo N° 007-2016-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, señala en su numeral 8.2. que el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades es el responsable de gerenciar, organizar y operar, en todo o en parte del territorio nacional , las acciones de prevención, vigilancia y control de enfermedades de trasmisión sexual, VIH SIDA, tuberculosis, las enfermedades causadas por vectores, las enfermedades prevenibles por vacunas, las enfermedades emergentes, remergentes y desatendidas, así como las enfermedades no transmisibles de impacto en la salud pública, responsable de dirigir las acciones de respuesta ante emergencias sanitarias derivadas de brotes, epidemias, pandemias, así como de desastres naturales u otros riesgos o necesidades de salud pública;

Que, con Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, publicada en el Diario Oficial "El Peruano" el 28 de octubre de 2016, aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"; cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, el Plan de Contingencia: Infecciones Respiratorias Agudas Bajas en Pacientes Pediátricos - Hospital Cayetano Heredia, tiene como objetivo general contribuir a la detección temprana, admisión y control del desarrollo progresivo de síntomas producto de la infección respiratoria baja en los pacientes pediátricos atendidos, potenciando la recepción de Servicios de Emergencia Pediátrica y la atención de la Áreas de expansión ante el riesgo de brote epidémico;

Que, con el propósito de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnicos administrativos a nivel institucional, así como alcanzar los objetivos y metas del Hospital Cayetano Heredia, brindando a la Alta Dirección un diagnóstico general de la institución, permitiendo identificar los problemas o debilidades que afecten a la organización, las cuales se constituirán en una oportunidad de mejora, resulta pertinente emitir el acto resolutivo que apruebe el Plan de Contingencia: Infecciones Respiratorias Agudas Bajas en Pacientes Pediátricos - Hospital Cayetano Heredia;

Que, de acuerdo a la opinión favorable de la Oficina de Gestión de la Calidad, y la opinión contenida en el Informe N° 427-2018-OAJ/HCH de la Oficina de Asesoría Jurídica;

Con las visaciones del Jefe del Departamento de Pediatría, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De acuerdo al literal e) del artículo 6 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA, entre las atribuciones y responsabilidades del Director General, se encuentra la prerrogativa de expedir actos resolutivos en asuntos que sean de su competencia;

SE RESUELVE:

***Artículo 1°.-** Aprobar el **Plan de Contingencia: Infecciones Respiratorias Agudas Bajas en Pacientes Pediátricos - Hospital Cayetano Heredia**, por las consideraciones expuestas y que en anexo aparte forma parte de la presente Resolución.*

***Artículo 2°.-** Encargar al Departamento de Medicina y Pediatría el cumplimiento del Plan de Contingencia: Infecciones Respiratorias Agudas Bajas en Pacientes Pediátricos - Hospital Cayetano Heredia, aprobado en el artículo 1° de la presente Resolución.*

***Articulo 3°.-** Disponer la Publicación del referido Plan, en el Portal del Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia.*

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

ACRPR/BIC/phng
Distribución:
( ) DG
( ) OGC
( ) OAJ
( ) Archivo

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 21579 R.N.E. 9834

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
01 MAYO 2018
EMILIANO ELIAS SUAREZ HUISPE
ASISTENTE ADMINISTRATIVO
FEDATARIO

PERU | Ministerio de Salud | Hospital Cayetano Heredia

"AÑO DEL DIALOGO Y LA CONCILIACION NACIONAL"

PLAN DE CONTINGENCIA

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

2018

DIRECCION GENERAL HCH
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE RIESGO
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA HCH
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y PEDIATRIA

INFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS

I. INTRODUCCIÓN

II. MARCO LEGAL

III. SITUACION ACTUAL DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS

IV. OBJETIVOS

4.1. General

4.2. Específicos.

V. AMBITO DE APLICACIÓN

VI. DIAGNOSTICO

VII. CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL HOSPITAL

7.1 Demanda moderada

7.2 Demanda Severa

7.3 Escenarios de Riesgo

7.4 Áreas de expansión

VIII. COMPONENTES DEL PLAN DE CONTINGENCIA

8.1 Definiciones operacionales de casos

8.2 Componentes del sistema de información para la vigilancia de Infecciones respiratorias bajas

8.3 Flujograma de notificación

VIII. PRESUPUESTO

8.1 DEMANDA MODERADA

8.2 DEMANDA SEVERA

IX. DISPOSICIONES FINALES

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS - ANEXOS

I. INTRODUCCIÓN

Según reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las IRAS ocasionan la muerte de 4,3 millones de niños menores de 5 años, representando así el 30% del total de defunciones anuales de niños de este grupo edad. Los agentes etiológicos principales son: Streptococcus pneumoniae: la causa más común de neumonía bacteriana en niños; el Haemophilus influenza de tipo b (Hib); la segunda causa más común de neumonía bacteriana; y el virus sincitial respiratorio (VSR) es la causa más frecuente de neumonía vírica sobre todo en los niños más pequeños. En el año 2009 la pandemia de influenza agregó un agente etiológico más a las causas de neumonía por virus. El virus A (H1N1) pdm2009 que ha continuado circulando desde entonces con una reducción progresiva de su incidencia los años 2010, 2011 y 2012; sin embargo en el año 2013 se observó en todo el hemisferio sur un incremento de su incidencia llegando a niveles epidémicos nuevamente en varios países. Los síntomas de la neumonía viral y los de la bacteriana son similares, lo que requiere de un adecuado entrenamiento de los trabajadores de salud para poder brindar el tratamiento más adecuado. Los casos de neumonía viral son más numerosos que los de la bacteriana.

La neumonía es la causa principal de muerte de niños en todo el mundo. • Se calcula que cada año la neumonía mata a alrededor de 1,2 millones de niños menores de cinco años, más que el SIDA, la malaria y el sarampión combinados.

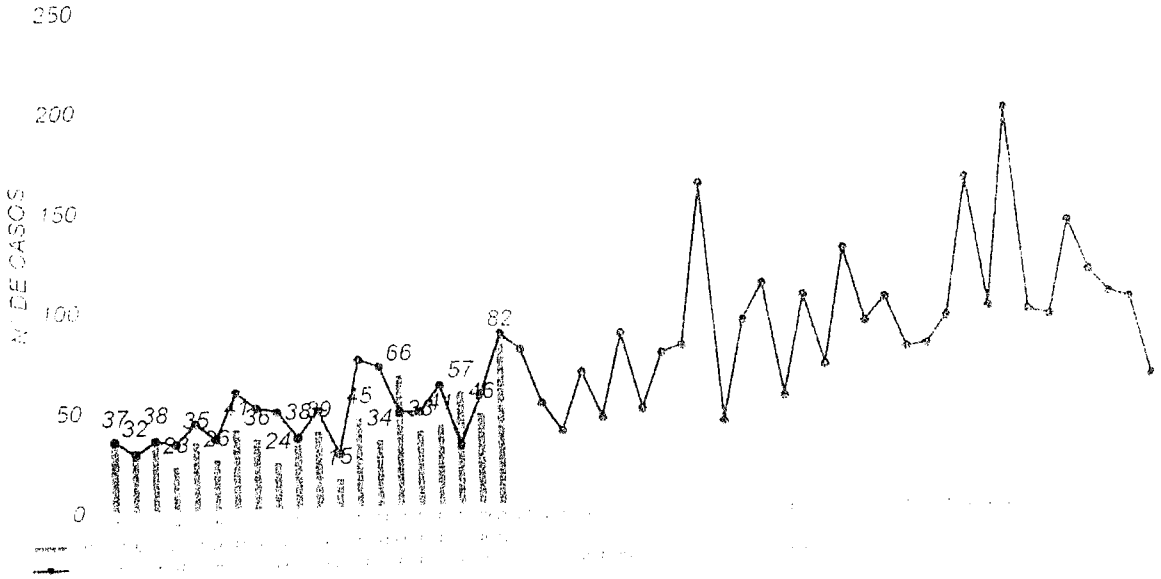
La neumonía causada por bacterias puede tratarse con antibióticos, pero sólo alrededor del 30% de los niños que padecen neumonía reciben los antibióticos que necesitan. Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) son un grupo de enfermedades causadas por virus, bacterias y hongos, siendo la forma grave, la neumonía que es la causa principal de muerte de niños y adultos mayores en todo el mundo.

En el Perú las neumonías son la primera causa de mortalidad general. Según el informe publicado en el 2013 por el instituto Health Metrics and Evaluation (IHME), que estudia las causas de muertes prematuras en 1990 y 2010, las infecciones respiratorias bajas, siguen siendo la primera causa de muerte prematura en el Perú. En 1990 eran responsables del 20.8% del total de la muerte prematura y en el año 2010 del 11.8%.

Actualmente en el mes de mayo se han reportado 33 pacientes hospitalizados, siendo neumonía menores de 1 año 21 pacientes. En Pediatria ha habido 23 hospitalizados, siendo neumonía menores de 1 año 17 pacientes. En UCI pediátrica se tienen 6 pacientes con neumonía. En emergencia pediátrica se han atendido 55 pacientes con diagnostico de neumonía, con procedencia 38% San Martin de Porres, 22% Independencia y 18% Los Olivos.

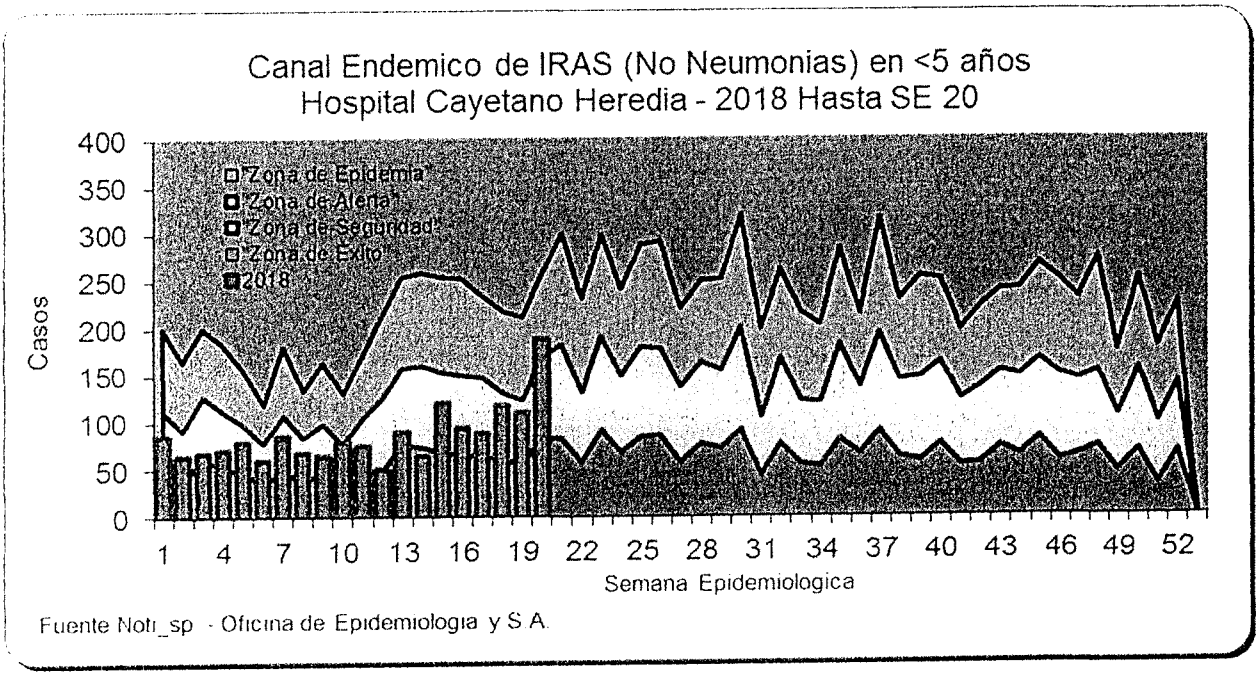
Según el canal endémico de neumonías en menores de 5 años, se ha observado que en la semana epidemiológica 17 y 20, nos encontramos en zona de epidemia.

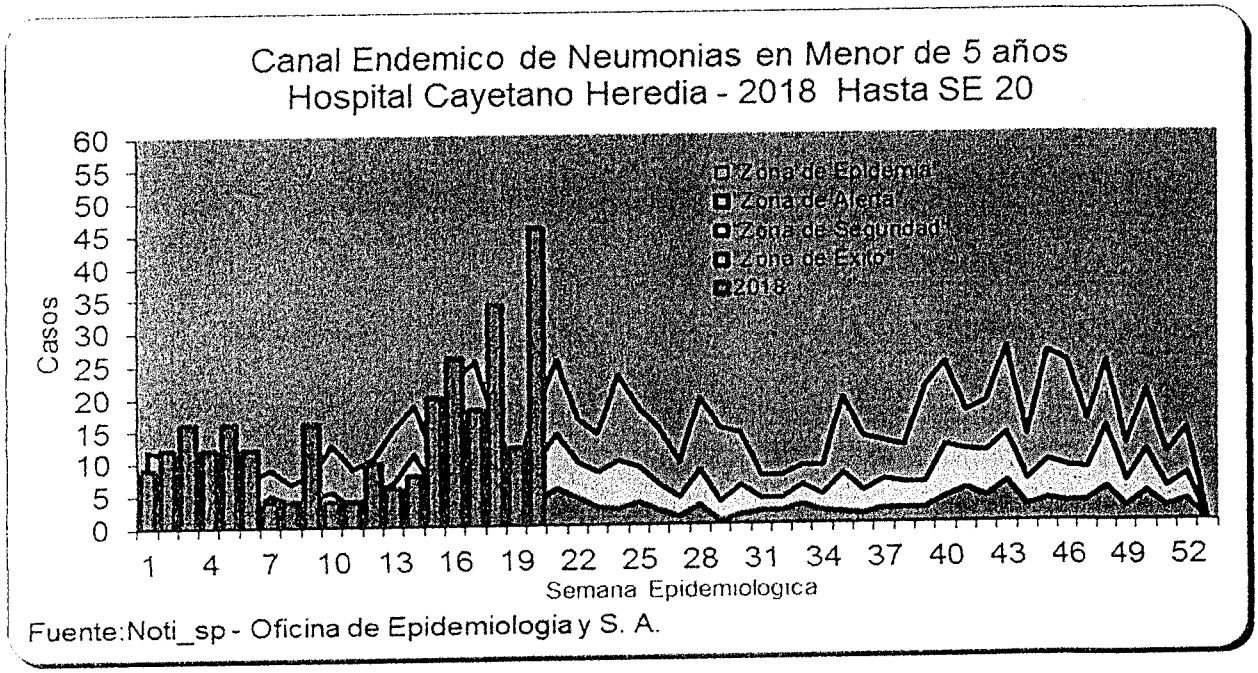
IRAS MENORES DE 5 AÑOS A LA SEMANA EPIDEMIOLOGIA N° 20
HCH, 2017-2018



DIRECCION GENERAL HCH
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE RIESGO
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA HCH
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y PEDIATRIA

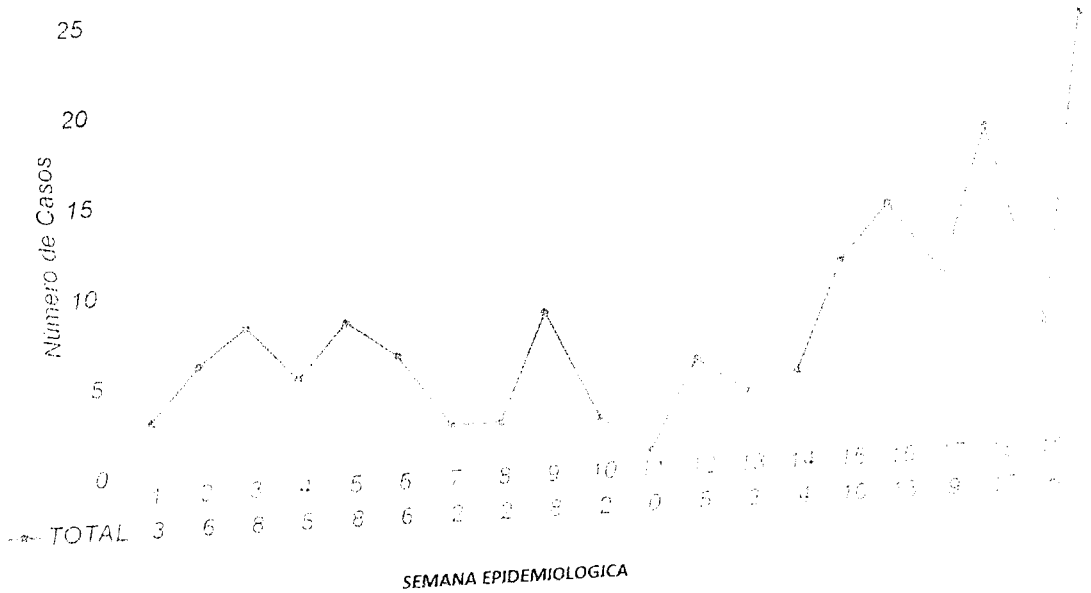
V°B°


Canal Endemico de IRAS (No Neumonias) en <5 años
Hospital Cayetano Heredia - 2018 Hasta SE 20
"Zona de Epidemia"
"Zona de Alerta"
"Zona de Seguridad"
"Zona de Exito"
2018
Casos
Semana Epidemiologica
Fuente Noti_sp - Oficina de Epidemiologia y S.A.


Canal Endemico de Neumonias en Menor de 5 años
Hospital Cayetano Heredia - 2018 Hasta SE 20
"Zona de Epidemia"
"Zona de Alerta"
"Zona de Seguridad"
"Zona de Exito"
2018
Casos
Semana Epidemiologica
Fuente:Noti_sp - Oficina de Epidemiologia y S. A.

V°B°

NEUMONIAS GRAVES MENORES DE 5 AÑOS SEMANA 20
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA 2018



NEUMONIAS DEL 1-27 DE MAYO DEL 2018

AREA	TOTAL	Porcentaje
HOSPITALIZADOS	**23**	**60%**
Pediatria 17		
UCI Pediatria 6		
AMBULATORIOS	**22**	**40%**
	55	**100%**

DIRECCION GENERAL HCH
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE RIESGO
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA HCH
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y PEDIATRIA

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° RLC

NEUMONIAS DEL 1-27 DE MAYO DEL 2018

GERMEN AISLADO

AREA	TOTAL	Porcentaje
Virus sincitial respiratorio	38	**69.1%**
Influenza	06	**10.9%**
Coronavirus	05	**9.1%**
No identificación de germenes	06	**10.9%**
TOTAL	**55**	**100%**

ESTUDIO IRAG EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS: RESULTADOS DE FILMARRAY (FA) DE LA SE 7 A LA SE 21 DEL 2018

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

Resultados de la FA de las muestra procesadas	N=127	%
Positivos	122	96.1
Negativos	5	3.9
Un solo patógeno detectado		
VSR	79	64.8
Rinovirus/Enterovirus	16	13.1
Influenza A H1-2009	4	3.3
Parainfluenza 3	4	3.3
Coronavirus	3	2.5
Metaneumovirus humano	1	0.8
Bordetella pertusis	1	0.8
Co-detecciones		
VSR/Rinovirus/Enterovirus	8	6.6
VSR/Influenza A H1-2009	2	1.6
VSR/Bordetella Pertusis	1	0.8
Coronavirus/Parainfluenza3	1	0.8
Coronavirus/Rinovirus/Enterovirus	1	0.8
Rinovirus/Enterovirus/Parainfluenza3	1	0.8

DIRECCION GENERAL HCH
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE RIESGO
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA HCH
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y PEDIATRIA

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B° Cayetano

II. MARCO LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de la Salud y sus modificatorias.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Ley Nº 27813, Ley del Sistema nacional coordinado y descentralizado de Salud.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales
- D.S. N° 008-2017-SA, que aprueba el ROF del MINSA y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial Nº 545-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 047 – MINSA/DGE-V.01, "Notificación de Brotes, Epidemias y otros eventos de importancia para la Salud Pública".
- D.S. N° 007-2016-SA, que dispone que el Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades, es el órgano desconcentrado del MINSA, responsable de gestionar los procesos de prevención y control de enfermedades de importancia sanitaria nacional e internacional.
- R.M. N° 854-2014/MINSA, se modificaron las Normas para la Elaboración de Documentos normativos del MINSA, incorporando dentro de los tipos de documentos normativos a los Protocolos Sanitarios de Urgencia. Modificada por la R.M. 850-2016.
- Resolución Ministerial Nº 292-2006/MINSA, que aprueba la "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño".
- Resolución Ministerial Nº 291-2006/MINSA, que aprueba la "Guía para Práctica Clínica, para Atención de Patologías más frecuentes y cuidados esenciales del niño y la niña"
- DIRECTIVA SANITARIA Nº 061 - MINSA/DGE V.01 DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA). 2015

III. JUSTIFICACION Y SITUACION ACTUAL

Debido a su mortalidad y morbilidad, las infecciones respiratorias agudas siguen siendo en los países en desarrollo y en el caso específico del Perú, un problema de salud que afecta principalmente a niños menores de cinco años, y a los adultos mayores. Con base en la información de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud, cada año se registra en promedio 3 millones de episodios de IRAS en los niños menores de cinco años. En el año 2013, se presentaron 29 994 casos de neumonías en el referido grupo de edad, lo que representó una tasa de 103,4 por 10 mil menores de cinco años. La mayor cantidad de casos de neumonía se registra en los grupos de menores de 1 año y de 1 a 5, sumando el 50% de los reportados. Un 10% del total de casos corresponden a los mayores de 65 años. Considerando el período de 2009 a 2013, la tasa de incidencia del país está en el rango de 4,8 a 34,4, siendo el promedio nacional de 11,5 por 1000 menores de cinco años. Las mayores tasas de incidencia se registran en los departamentos de Ucayali, Loreto, Pasco, Arequipa, Madre de Dios y Huánuco.

Entre los años 2009 a 2013, la tasa de mortalidad media por neumonía en menores de cinco años vario entre 2,8 a 48,3, siendo el promedio país de 13,9.

Actualmente en el mes de mayo se ha reportado 55 pacientes con neumonía de los cuales el 60% se han hospitalizados.

Debido a la alta sobredemanda de pacientes, el hospital ha tenido que alquilar ventiladores mecánicos para poder atender a estos pacientes, teniendo a la fecha 10 ventiladores repartidos entre emergencia pediatría, área de expansión y hospitalización de pediatría. Es por eso que se necesita el apoyo a nivel central para poder ejecutar de manera efectiva este plan.

IV. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- Contribuir a la detección temprana, admisión y control del desarrollo progresivo de síntomas producto de la Infeccion respiratoria aguda baja en los pacientes

pediatricos atendidos; potenciando la recepcion en Servicios de Emergencia Pediatrica y la atencion en las Areas de expansión ante el riesgo de brote epidemico.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Protocolizar los procedimientos, criterios y responsabilidades en la atencion de casos de infecciones respiratorias agudas bajas en los pacientes pediatricos.
- Detección precoz de los casos nuevos que presenten síntomas con presunción diagnóstica de IRAB que requieren hospitalización.
- Garantizar e iniciar el tratamiento rápido de los pacientes con presuncion diagnostica de IRAB que requieren hospitalización.
- Capacitar al personal en el diagnostico clinico y laboratorial, manejo de IRAB
- Reportar a las instancias correspondientes los casos de IRAB que se hospitalizan.

V. AMBITO DE APLICACIÓN

El ámbito geográfico de aplicación del presente Plan de Contingencia es el Hospital Cayetano Heredia, en las áreas de los Servicios de Emergencia Pediátrica, Departamento de Pediatría y si la sobredemanda es severa se instalara ambiente en lo que actualmente ocupa psicoprofilaxis, que funcionará temporalmente como emergencia pediátrica.

VI. DIAGNOSTICO DE LA IRAB

El niño con insuficiencia respiratoria temprana presentará:

- Disminución de la frecuencia respiratoria.
- Reducción de la frecuencia cardíaca.
- Aleteo nasal.
- Uso de músculos cervicales y cabeceo.
- Disminución de ruidos respiratorios.
- Quejido espiratorio.

- Disbalance toracoabdominal.
- Irritabilidad.
- Cianosis.

Para apoyar el concepto de que la insuficiencia respiratoria es un estado clínico, recordemos:

- **Signos de ventilación inadecuada**: se entiende por ventilación el componente respiratorio que se relaciona con el dióxido de carbono; dentro de los signos y síntomas más específicos de la ventilación inadecuada, tenemos:

• Taquipnea o frecuencia inadecuada para la edad y el estado clínico.

• Aleteo nasal.

• Alteración del estado de conciencia (letargo).

- **Signos de oxigenación inadecuada**: se entiende por oxigenación inadecuada la presencia de hipoxemia, cuyos signos y síntomas más específicos son:

• Taquipnea.

• Uso de músculos accesorios.

• Alteración del estado de conciencia (irritabilidad).

Un indicador crítico de ventilación inadecuada es la alteración del estado de conciencia.

VII. CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL HOSPITAL

Contando actualmente con una sobredemanda que supera al 100%, **en un escenario de demanda moderada** el Hospital Cayetano Heredia tendría la posibilidad de atender como máximo 15 pacientes más con IRAB en el pabellón de Pediatría 2 (que actualmente se usa para hospitalizar lactantes con diferentes patologías), que se transformaría para atender a estos pacientes de la siguiente manera:

6.1. DEMANDA MODERADA:

Area	Número de pacientes	Ventilación Mecanica (CPAP)
Pediatría 2	06	si
Pediatría 2	09	no
TOTAL	**15**	**06 (40%)**

Teniendo que contratar recurso humano y mejorar la implementación para atender a este tipo de pacientes.

De contar con un escenario de sobredemanda severa o de riesgo con criterios de desastre biológico, los escenarios corresponderían a:

6.2 SOBREDEMANDA SEVERA

Requiriendo para esta condición la ampliación de recurso humano (Pediatras Intensivistas o con manejo en pacientes críticos, Enfermeras y Técnicos en enfermería con experiencia en cuidados intensivos pediátricos), y el aseguramiento de insumos e implementación.

Area de Expansion	No de pacientes graves con VM (CPAP)	No pacientes sin Ventilacion Mecanica	TOTAL
Pediatría 02	02	13	15
Emergencia Pediátrica	06	03	09
Total	08	16	24

V°B°

El ambiente de psicoprofilaxis, que pertenece al departamento de Gineco-Obstetricia, se transformaría en Emergencia Pediátrica (triaje y tópicos de pediatría) de manera temporal, en coordinación con la DIRIS y el MINSA.

6.3 ESCENARIO DE RIESGO TIPO DESASTRE BIOLOGICO:

La atención priorizada de pacientes deberían ser evaluadas para Triaje Terciario en Equipo de Manejo de pacientes graves constituidos por:

Médico Pediatra de turno, definirá si el paciente pasa hacer manejado en los ambientes habilitados para tal fin.

6.4 INSUMOS DE FARMACIA PARA PLAN DE CONTINGENCIA EN DEMANDA MODERADA Y SEVERA

DEPARTAMENTO DE FARMACIA

DISPOSITIVOS MEDICOS PARA PLAN DE CONTINGENCIA

DISPOSITIVO MEDICO	C.C.	F.F.	CONSUMO MENSUAL
Canula pediatrica		UND	100
Canula neonatal		UND	100
AGUJA DE PUNCION LUMBAR	Nº22 X 20 CM	UND	300
APOS. HIDRO. ADH EST. 3 CAPAS 22.5	22.5X22.1CM	UND	200
APOS. HIDRO. POLIUR. ADH. EST. 12.5CMX12.5CM	12.5CMX12.5CM	UND	200
APOS. HIDRO. POLIUR. ADH. EST. 10.5CMX13.5CM	12.5CMX12.5CM	UND	100
APOS. HIDRO. POLIUR. ADH. EST. 7.5CMX7.5CM	7.5CMX7.5CM	UND	50
APOS. POLIUR. VERDE SUCCION VACIO 2X26X39 CM	2X26X39CM	UND	50
APOSITO TRANSPARENTE 4X 4CM	4X 4CM	UND	500
APOSITO TRANSPARENTE CON ALMOHADILLA 5X6.5CM	5X6.5CM	UND	150
APOSITO TRANSPARENTE 10 X 12 CM	10 X 12 CM	UND	6000
APOSITO TRANSPARENTE 1624 (6X7CM 3M)	6X7CM 3M	UND	7000
BOLSA COL. SANGRE CUADRUPLE	450 ML	UND	3000
BOLSA COLEC. ORINA PEDIATRICO 100ML	100ML	UND	200
BOLSA NUTRICION PARENTERAL 250 ML	250 ML	UND	250

BOLSA PARA NUTRICION ENTERAL X 1.5 L	1.5 L	UND	60
CAMARA DE VENT. P/SET CORR NEO		UND	150
CANISTER DE COPOLIESTER ESTERIL 1.10L	1.10L	UND	5
CANISTER DE COPOLIESTER ESTERIL 600 ML	600 ML	UND	10
CANULA ARTERIAL AORTICA N° 24	N° 24	UND	1
CANULA BIN. P/OXIG ADULTO		UND	1452
CANULA BIN. P/OXIG PEDIATRICO		UND	250
CANULA CAVA N° 34	N° 34	UND	2
CANULA DE TRAQ. FENEST. N° 4	N° 4	UND	2
CANULA TRAQ. C/FENESTRA N° 6		UND	2
CANULA TRAQ.. C/FENESTRA C/BALON Nº 8	N° 8	UND	16
CANULA TRAQ.. S/FENESTRA C/BALON N° 8	N° 8	UND	3
CANULA TRAQUEOSTOMIA N° 3		UND	2
CANULA TRAQUEOSTOMIA N° 4.5		UND	1
CANULA TRAQUEOSTOMIA N° 5		UND	3
CANULA TRAQUEOSTOMIA N° 5.5 NO FENESTRADA	5.5MM	UND	4
CANULA TRAQUEOSTOMIA N° 6	5.5MM	UND	10
CANULA TRAQUEOSTOMIA PED N° 3.5 MM	3.5 MM	UND	2
CANULA VENOSA ATRIO CAVA 34 Y 46 FR	34 Y 46 FR	UND	1
CANULA VENOSA ATRIO CAVA 36 Y 42 FR	36 Y 42 FR	UND	1
CPAP N° 2		UND	50
CPAP N°3		UND	50
CPAP N°4		UND	50
CPAP N°5		UND	50
CART ANALIZADOR GASES CG4+	CG4+	UND	120
CART ANALIZADOR GASES CHEM8+	CHEM8+	UND	80
CART ANALIZADOR GASES EG7	EG7	UND	43
CATET. ART. UMB. 1LU 3.5FR	1LX3.5FR	UND	60
CATET. ART. UMB. 5FR D/LUMEN	5FR D/LUMEN	UND	60
CATET. ARTERIAL RADIAL Nº 20 G	20 G	UND	150
CATETER CURVO PARA DP 57CM 2CUFFS MAS KIT DE INSERCION		UND	7
CAT. DE COAG. BIPOLAR DE 7 FR/350CM DE CAT. DOBLE CONEXION		UND	2
CATET. EPIDURAL 18		UND	280
CATET. IMPLAN. C/PUERTO TITA 7 FR	60CMX12.1MM	UND	10
CATET. PERC.C/INTROD. PELABLE 1 FR X 20	1FRX20CM	UND	40
CATET. PERCUT. C/INTRO. 2LUMEN 2FRX50CM	2 FR X 50CM	UND	5
CATET. PERCUT. C/INTRO. 2LUMEN 2FRX30CM	2 FR X 30CM	UND	60
CATET. PERCUT. C/INTRO. 1 LUMEN 3FRX50CM	3 FR X 50CM	UND	20
CATET. PERCUT. C/INTROD.1.9FR X 30CM		UND	20
CATET. PERCUT. C/INTROD.1.9FR X 50CM	NEO	UND	5
CATET. PERIFERICO 24	24GX3/4"	UND	400
CATETER UMBILICAL VENOSO DOBLE LUMEN 5 FR		UND	40

DIRECCION GENERAL HCH
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE RIESGO
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA HCH
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y PEDIATRIA

CATETER VENOSO CENTRAL DE 2 FR 1 LUMEN		UND	10
CATETER VENOSO CENTRAL DE 2 FR DOBLE LUMEN		UND	10
CATETER VENOSO CENTRAL DE 3 FR 1 LUMEN		UND	10
CATETER VENOSO CENTRAL DE 4 FR UN LUMEN		UND	5
CATETER VENOSO CENTRAL DE 4 FR DOS LUMEN		UND	10
CATETER VENOSO CENTRAL DE 4 FR DOS LUMEN X 13 CM		UND	20
CATETER VENOSO CENTRAL DE 5 FR DOS LUMEN X 13 CM		UND	8
CATETER VENOSO CENTRAL DE 3 FR DOBLE LUMEN X 10 CM		UND	10
CATET. VEN.CENT. 1/LU 6.6FR X 90CM		UND	5
CATET. VEN.CENT. D/LU 12F X 15CM	12F X 15CM	UND	40
CATET. VEN.CENT. D/LU 4F X 13CM		UND	20
CATET. VEN.CENT. D/LU 7F X 20CM		UND	10
CATET. VEN.CENT. N 16 GAUCH 1 LUMEN		UND	6
CATET. VEN.CENT. TRES/LU 7F X 20CM		UND	60
CPAP NASAL N 01		UND	20
CIRCUITO CORR PEDIA P EQ ANESTESIA		UND	10
COLECTOR DE SECRECION BRONQUIAL	70ML	UND	100
CORRUGADOS PEDIATRICOS PARA VENT MECANICA		UND	20
ELECTRODO NEUTRO (PLACA DE CAUTERIO)		UND	30
ELECTRODOS PEDIAT.		UND	6500
EQUIPO TRANSFUSION D/SANGRE		UND	3000
EXTENSION P/VENOC+LLAVE TRIPLE VIA	50CM DD	UND	20000
FAJA DE COMPR. (L)P/TROMBO. Y EMBOLIA X 2UN	LARGE	UND	5
FAJA DE COMPR. (S)P/TROMBO. Y EMBOLIA X 2UN	SMALL	UND	5
FILTRO ANTB. INTER. ADULTO CAL.HME	ADULTO	UND	1000
FILTRO ANTIBAC. PARA INYECCION 0.2 UM	0.2 UM	UND	100
FILTRO HIDROFOBICO PARA VENT MECANICA		UND	30
FILTRO D NUTRICION PARENTERAL 1.2UM	1.2MICRAS	UND	600
FILTRO INTER.PEDIATRICO.P/MAQ ANES		UND	150
FILTRO P/SOL.INTRAV. PALL	PALL	UND	180
FILTRO TRANSFUSION GLOBULOS ROJOS DESL		UND	50
FILTRO HIRGROSC DE POLIURETANO P/TRAQ		UND	50
GASA PARAFINADA 10X10CM		UND	200
GUIA PARA TUBO ENDOTRAQUEAL PEDIATRICO		UND	20
GUIA HIDROF RECTA FLEX DESC 0.035"X4 M	0.035"X4 M	UND	6
GUIA HIDROF RECTA FLEX DESC 0.035"X4.5M	0.035"X4.5M	UND	30
GUIA HIDROFILICA 0.35 MM X 480 CM		UND	2
HEMOCONCENTRADOR		UND	1
HEMOSTATTICO ABSORBIBLE SUGICEL		UND	100
HIDROGEL AUTOLITICO DEBRIDANTE 25G	FRASCO	UND	300
HOJA BISTURI N° 21		UND	2000
HOJA BISTURI N° 22		UND	700
HOJA DE LARINGOSCOPIO Nº 2	N° 2	UND	1

HOJA DE LARINGOSCOPIO Nº 3	N° 3	UND	2
HOJA DE LARINGOSCOPIO Nº 4	N° 4	UND	23
JERINGA 20 CC PICO EXCENT S/ROSC		UND	600
JERINGA 60 CC LUER LOCK	LUER LOCK	UND	800
JERINGA DESCARTABLE 50 ML S/A	50 ML	UND	60
JERINGA PED P/ GASES ART Y ELEC C/ HEP LITIO	1ML	UND	60
KIT GASES ARTERIALES Y ELECTROLI		UND	1000
LINEA + JERINGA 50ML P/BOMBA INFUS		UND	25
LINEA D INFU P BOM INF BAXTER	BAXTER	UND	700
LINEA EXT. P/BOMBA INF D JERINGA		UND	1274
LINEA EXT.R/OPACA P/BOMBA INF. JER 50 ML	JER 50 ML	UND	606
LINEA INF.C/ BUR P/BOM DE INF FRES	FRESENIUS	UND	1100
LINEA INF.S/ BUR P/BOM DE INF FRES	FRES	UND	950
LINEA P/BOMB (HOSPIRA) DE INFUS S/ BUR	UND	UND	750
LINEA P/BOMB INFU.RADIOP C/ CONECT.	FRESENIUS	UND	1050
LINEA RADIOPACA P/ BOMBA DE INFUSION		UND	750
LINEA DE EXTENSION PARA SIST. DE DRENAJE CICLADORA DP		UND	110
LINEA DE EXTENSION PARA SIST. DE DRENAJE CICLADORA DP (FRESENIUS)		UND	350
LLAVE TRIPLE VIA		UND	300
MANGA ESTERIL		UND	200
MARCAPASO UNICAMERAL PERM P / PCTE		UND	10
Mascara de reservorio pediatrica		UND	100
Mascara de reservorio Neonatal		UND	100
MASCARA DE ANESTESIA DESC N° 4		UND	8
MASCARA DE LARINGOSCOPIO N° 1	N°1	UND	10
MASCARA DE LARINGOSCOPIO N° 1.5	N° 1.5	UND	10
MASCARA DE LARINGOSCOPIO N° 2	N° 2	UND	5
MASCARA DE LARINGOSCOPIO N° 2.5	2.5	UND	3
MASCARA DE LARINGOSCOPIO N° 3	N° 3	UND	3
MASCARA DE NEBULIZACION ADULTO		UND	500
MASCARA DE NEBULIZACION LACTANTE		UND	20
MASCARA OXIGE C/BLS RES ADULTO		UND	300
MASCARA OXIGE C/BLS RES PEDIA.		UND	200
MASCARA VENTURI PEDIATRICO		UND	25
MINICAP BAXTER		UND	1000
NET DE ROTH 7 FR/230 o 240 CM DE LONGITUD, ASA CON MALLA JUMBO		UND	2
OBTURADOR DESCART. SISTEMA D DIALISIS		UND	4000
OXIGENADOR DE MEMBRANA		UND	1
PROLONGADOR PARA CATETER DP BAXTER		UND	7
PROLONGADOR PARA CATETER DP FRESENIUS		UND	10
PROTESIS DE CADERA CEMENTADA	CEMENTADA	UND	5

ROSCA AMERICANA		UND	500
SEVELAMER	800MG	UND	100
SET DE LCA: BOTON FEMORAL - TORNILLO DE INTERFERENCIA TIBIA		UND	2
SET COM.DES.TUB.CORR.ACC. ADU. P/EQU .ANE	P/EQU .ANE	UND	100
SET CORRUGADO NEONATAL		UND	200
SET DE EXTENDION DIS 1CC		UND	100
SET DE INF. C/VOL. C/CASETERA		UND	600
SET DE INF.C/VOL. BAXTER		UND	500
SET DE TRAQUEOTOMIA DESC. N°8		UND	25
SET DE TUBULAD. P/CIRCU. EXTRAC. P/OXIG. D/MEMB.		UND	1
SET DE TUBULADORA ADULTO		UND	1
SET LINEA ART Y VENOSA P HEMOD ADULTO		UND	200
SET MONIT. PRESION ART. INVASIVA NEONATAL	NEONATAL	UND	7
SET MONITOREO PRESION ARTERIAL C/DOMO	C/DOMO	UND	120
SIST. DE DRENAJE D MONITOREO EXT	(BECKER)	UND	4
SISTEMA BECKER PARA DRENAJE DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO		UND	2
SIST. DREN MONIT. P/INTRACR		UND	2
SIST. DREN TORAXICO DESC. 1 SOLA CAMARA		UND	10
SIST. DREN TORAXICO DESC. 3 CAMARAS		UND	10
SIST. DRENAJE MONIT. P/INTRACRA. PARENQ		UND	1
SIST. LIGADURA MULTIBANDA P/VARICES ESOFAGICA		UND	10
SISTEMA CPAP NASAL N° 0		UND	5
SISTEMA CPAP NASAL N° 1	N° 1	UND	10
SISTEMA CPAP NASAL N° 2	N° 2	UND	5
SISTEMA CPAP NASAL N° 3		UND	10
SISTEMA CPAP NASAL N° 4		UND	10
SISTEMA CPAP NASAL N° 5		UND	5
SONDA ALIM.04		UND	1000
SONDA ALIM.06 (SEIS)		UND	100
SONDA ALIM.08		UND	300
SONDA ALIM.10		UND	80
SONDA ASP.06 (SEIS)		UND	1800
SONDA ASP.08		UND	1300
SONDA ASP.14		UND	3000
SONDA ASP.CIRC.CER.Nº 06	Nº6	UND	30
SONDA ASP.CIRC.CER.Nº 05	Nº5	UND	30
SONDA ASP.CIRC.CER.Nº 08	Nº8	UND	30
SONDA ASP.CIRC.CER.Nº 14	Nº8	UND	400
SONDA ASP.CIRC.CER.Nº 16	Nº 16	UND	400
SONDA ESOFAGICA SENGSTAKEN 3 VIAS N 16		UND	1
SONDA ESOFAGICA C/ DOPPLER		UND	50
SONDA NASOYEYUNAL SIL 12		UND	10

DIRECCION GENERAL HCH
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE RIESGO
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA HCH
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y PEDIATRIA

SONDA NASOYEYUNAL SIL 06		UND	10
SONDA NASOYEYUNAL SIL 10		UND	10
SONDA NASOYEYUNAL SIL 08		UND	10
SONDA NELATON N° 08 (OCHO)		UND	250
SONDA NELATON N° 10	N° 10	UND	30
SONDA VESICAL DOS VIAS N 10		UND	10
SONDA VESICAL DOS VIAS N 6		UND	10
SONDA VESICAL DOS VIAS N 14		UND	300
TRANS. D/PRESION INTRA. P/MONITOR		UND	2
TUBO CORRUGADOS PEDIATRICOS P/VENTILACION MECANICA	CORRUG. PEDI	UND	60
TUBO DREN JACKSON PRATT C/RES. 100 ML	N°10	UND	25
TUBO ENDOBR. D/L DER. N°35		UND	5
TUBO ENDOBR. D/L DER. N°37	DER. N°37	UND	5
TUBO ENDOBR. D/L IZQ. N°28	N° 28	UND	1
TUBO ENDOBR. D/L IZQ. N°35		UND	3
TUBO ENDOBR. D/L IZQ. N°37		UND	5
TUBO ENDOT 2.0 S/C		UND	10
TUBO ENDOT. 2.5 S/C		UND	10
TUBO ENDOT. 3.0 SIN/CUFF	3.0 S/CUFF	UND	50
TUBO ENDOT. 3.0 C/ CUFF		UND	5
TUBO ENDOT. 3.5 SIN/CUFF		UND	50
TUBO ENDOT. 4.0 SIN/CUFF		UND	10
TUBO ENDOT. 4.5 C/CUFF	4.5	UND	30
TUBO ENDOT. 4.5 SIN/CUFF	4.5 S/CUFF	UND	10
TUBO ENDOT. 5.0 SIN/CUFF	5.0 S/CUFF	UND	10
TUBO ENDOT. 5.0(CINCO)C/CUFF	C/CUFF	UND	40
TUBO ENDOT. 5.5 C/CUFF	N° 5.5	UND	30
TUBO ENDOT. 5.5 SIN/CUFF		UND	5
TUBO ENDOT. 6.0 (SEIS)C/CUFF		UND	70
TUBO ENDOT. 6.5 C/CUFF		UND	10
TUBO ENDOT. 6.5 SIN/CUFF		UND	5
TUBO ENDOT. 7.0 C/CUFF		UND	80
TUBO ENDOT. 7.5 C/ CUFF		UND	300
TUBO ENDOT. 8.0 (OCHO) C/CUFF		UND	200
TUBO ENDOT. 8.5 C/CUFF		UND	70
TUBO OROFARINGEO N 0		UND	5
TUBO OROFARINGEO N 1		UND	2
TUBO OROFARINGEO N 3		UND	10
TUBO OROFARINGEO N 5		UND	2
TUBO OROFARINGEO N 6		UND	1
ASPIRADOR DE SECRESIONES		UND	20
TUBULADURA DE DOBLE LUMEN EN Y		UND	5
TUBULADURA DE DOBLE LUMEN SIMPLE		UND	5

6.5 ÁREAS DE EXPANSIÓN:

A. AREA DE EXPANSIÓN INTERNA PEDIATRIA 2 Y AMBIENTE DE PSICOPROFILAXIS.

B. RECURSO HUMANO (1 MEDICO PEDIATRA POR CADA 4 PACIENTES ADICIONALES TURNOS ROTATIVOS PARA COBERTURA 24 HORAS, ENFERMERA Y TÉCNICOS DE ENFERMERIA CON EXPERIENCIA EN MANEJO DE PACIENTE CRITICO).

VII. COMPONENTES DEL PLAN DE CONTINGENCIA

El presente Plan de Contingencia considera los siguientes componentes básicos para el manejo de casos de Infecciones Respiratorias Agudas Bajas

7.1 Componente de atención de casos con Infecciones respiratorias bajas

7.1.1. Definiciones operacionales de Caso

Hospitalización por neumonía: Todo caso de cualquier edad, internado con diagnóstico de neumonía, neumonía grave o infección respiratoria aguda grave, con permanencia igual o mayor a 24 horas.

Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) :Es toda infección que compromete una o más partes del aparato respiratorio y que tiene una duración menor de 14 días, causada por microorganismos virales, bacterianos u otros con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como: tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre.

Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG): Síndrome caracterizado por aparición súbita de fiebre igual o superior a 38°C, tos o dolor de garganta más dificultad para respirar y que, por compromiso de su estado general debería ser hospitalizado

Infecciones respiratorias agudas de vías respiratorias altas en menores de 5 años: Todo menor de 5 años que presente tos, acompañado de fiebre o rinorrea

y que tiene una duración menor de 15 días, pero que no presenta dificultad respiratoria ni señales de alarma.

Neumonía: Infección aguda del parénquima pulmonar causada por microorganismos virales, bacterianos u hongos.

Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC): Trastorno inflamatorio del parénquima pulmonar que compromete alvéolos o intersticio causado por virus o bacterias, adquirida en el ambiente comunitario e incluyen aquellas diagnosticadas hasta las 48 horas de su hospitalización.

Neumonía en menores de 5 años: Todo caso en menores de 5 años que además de presentar tos, fiebre o rinorrea, presenta respiración rápida y/o dificultad respiratoria. En los establecimientos de salud de mayor complejidad además de los signos clínicos, el diagnóstico puede ser confirmado o descartado por evidencia radiológica de un infiltrado pulmonar agudo compatible con neumonía.

Neumonía grave en menores de 5 años: Todo episodio de neumonía en menores de 5 años, que además presente algún signo de alarma (Dificultad respiratoria severa, presencia de tiraje sub-costal, estridor o sibilantes, cianosis central, incapacidad para alimentarse o beber, vómitos persistentes, convulsiones, letargia o coma) o alguna complicación. En menores de 2 meses de edad se considerará caso grave todo caso de neumonía.

Neumonía en mayores de 5 años a más: Todo paciente con diagnóstico clínico y/o radiológico de neumonía adquirida en la comunidad, con un tiempo de enfermedad menor de 15 días.

Notificación consolidada: Es la notificación de manera agrupada, según diagnóstico, grupo de edad y lugar probable de infección (departamento, provincia y distrito) con frecuencia semanal.

Síndrome de Obstrucción Bronquial (SOB) en menores de 5 años: Se utiliza esta definición en niños menores de 2 años que presenta sibilancias o tos persistente,

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA V°B°

con presentación frecuentemente nocturna, con o sin dificultad respiratoria, única o recurrente, que traduce una disminución de la luz bronquial.

7.2 Componente del sistema de vigilancia para infecciones respiratorias bajas

La notificación de casos de IRB es de carácter obligatorio en todos los establecimientos de salud, públicos y privados, señalados en el ámbito de aplicación del presente Plan de Contingencia.

En menores de 2 meses, la notificación de eventos o defunciones no debe incluir diagnósticos del periodo perinatal; dificultad respiratoria del recién nacido, neumonías congénitas, neumonías por síndrome de aspiración neonatal, dichos eventos deben ser notificados por el sistema de vigilancia perinatal.

Corresponde al Hospital contar con personal de salud capacitado en Epidemiología, identificar y notificar los brotes de Infecciones respiratorias agudas bajas según lo establecido en la Directiva N° 047-MINSA/DGE V.01 "Notificación de brotes, epidemias y otros eventos de importancia para la Salud Pública" (aprobada con R.M. N°545-2012/MINSA)

7.3 Del Registro y notificación de IRB

El personal de salud que brinda la atención del paciente con IRB (Neumonía), Asma o SOBA, es el responsable que consignará los datos y el diagnóstico según la clasificación CIE 10 (Anexo 1), en la historia clínica, ficha epidemiologia, libro de emergencia y/o el libro de egresos hospitalarios y, en el caso de defunciones por esta causa los certificados de defunción.

El responsable de vigilancia epidemiológica o el que haga sus veces en el servicio de emergencia pediatrica o area de expansion, es el encargado de la recopilación de la información, llenado de la ficha de defunción, investigación de los casos fallecidos y el registro semanal en el formato consolidado de notificación de acuerdo a las definiciones de caso y la clasificación CIE 10 (Anexo 1).

La notificación de casos en la vigilancia de infecciones respiratorias agudas tiene una periodicidad semanal y se realiza de forma consolidada, recolectándose datos

agrupados de acuerdo a las definiciones de caso establecidos, según grupo de edad, semana epidemiológica y distrito de procedencia, utilizando el Formato de Notificación Epidemiológica Consolidada (Anexo 2).

Las fuentes de información para la notificación de casos en la vigilancia epidemiológica de infecciones respiratorias agudas, serán las historias clínicas, la ficha epidemiologica o los registros estadísticos de atención de pacientes dado por la oficina de estadisitca e informatica.

Solo se deben notificar bajo las definiciones operativas antes mencionadas los casos con "diagnósticos definitivos", los diagnósticos probables o repetitivos no deben ser consignados en la notificación.

Las fuentes de información para la notificación individual de defunciones, serán los certificados de defunción, historias clínicas y sólo se deben de notificar los casos cuya "causa básica de muerte" fue atribuida a neumonía o cualquier infección respiratoria aguda baja.

8 PRESUPUESTO

8.1 EN CASOS DE SOBREDEMANDA MODERADA

Para implementar 15 camas, 06 con soporte ventilatorio y 9 sin soporte ventilatorio. Calculando para 15 pacientes por mes

Personal para área de expansión en Pediatria 2 sobredemanda moderada	**Número de personal para cubrir las 24 horas por mes**	**Monto mensual individual en soles**	**Monto total mensual en soles**
Médicos Pediatras	05	6000	30 000
Enfermeras	08	2500	20 000
Técnicos de enfermería	07	1500	10 500
Técnico de farmacia	02	1500	3 000

Personal de laboratorio	02	1500	3 000
Personal administrativo	01	1100	1 100
TOTAL	25	14 100	67 600

RESUMEN DE PRESUPUESTO PARA IMPLEMENTAR PLAN DE CONTINGENCIA CON SOBREDEMANDA MODERADA EN IRB

Recurso Humano	S/ 67 600
Insumos (laboratorio, alquiler de máquina de ventilación mecánica, insumos de farmacia)	S/ 300 000
Total:	**S/ 367 600**

8.2 EN CASOS DE SOBREDEMANDA SEVERA

Para implementar 24 camas, 08 con soporte ventilatorio y 16 sin soporte ventilatorio.

Calculando para 24 pacientes por mes

Personal para área de expansión sobredemanda severa	**Número de personal para cubrir las 24 horas por mes**	**Monto mensual individual en soles**	**Monto total mensual en soles**
Médicos Pediatrias	10	6000	60 000
Enfermeras	16	2500	40 000
Técnicos de enfermería	15	1500	22 500
Técnico de farmacia	02	1500	3 000
Personal de laboratorio	03	1500	4 500

Personal administrativo	02	1100	2 200
TOTAL	48	14 100	132 200

RESUMEN DE PRESUPUESTO PARA IMPLEMENTAR PLAN DE CONTINGENCIA CON SOBREDEMANDA SEVERA EN IRB

[illegible]	Monto aproximado mensual
Recurso Humano	S/ 132 200
Insumos (laboratorio, alquiler de máquina de ventilación mecánica, insumos de farmacia, material de bioseguridad)	S/ 600 000
Total:	**S/ 732 200**

9 DISPOSICIONES FINALES

9.1 Actualizar a través de charlas los conocimientos al personal de salud de todos los niveles de atención, sobre el Infecciones Respiratorias Agudas Bajas

9.2 Recomendar a la población que acuda tempranamente a la emergencia si presenta signos de alarma de IRB, para su respectiva hospitalizacion.

Anexos

ANEXO 01

Listado de los diagnósticos según la Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades CIE- 10, que pueden ser incluidos en las definiciones de casos correspondientes

Neumonía o Neumonía grave

J12.0 Neumonía debida a adenovirus
J12.1 Neumonía debida a virus sincitial respiratorio
J12.2 Neumonía debida a virus parainfluenza
J12.8 Neumonía debida a otros virus
J12.9 Neumonía viral no especificada
J13 Neumonía debida a Streptococcus pneumoniae
J14 Neumonía debida a Haemophilus influenzae
J15 Neumonia bacteriana no clasificada en otra parte
J15.2 Neumonía debida a estafilococos
J15.8 Otras neumonías bacterianas
J15.9 Neumonía bacterianae no especificada
J16 Neumonia debida a otros microorganismos infecciosos, no clasificada en otra parte
J16.8 Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos especificados
J17.0 Neumonía en enfermedades bacterianas clasificadas en otra parte
J17.1 Neumonía en enfermedades virales clasificadas en otra parte
J17.2 Neumonía en micosis
J17.3 Neumonía en enfermedades parasitarias
J17.8 Neumonía en otras enfermedades clasificadas en otra parte
J18.0 Bronconeumonia no especificada
J18.1 Neumonía lobar no especificada
J18.8 Otras Neumonías de microorganismo no especificado
J18.9 Neumonía no especificada
J22 Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores
J10.0 Influenza con neumonía debida a virus de la influenza identificado
J11.0 Influenza con neumonía, virus no identificado

Síndrome de Obstrucción bronquial

J21.0 Bronquiolitis aguda debida a virus sincitial respiratorio
J21.8 Bronquiolitis aguda debida a otros microorganismos especificados
J21.9 Bronquiolitis aguda no especificada

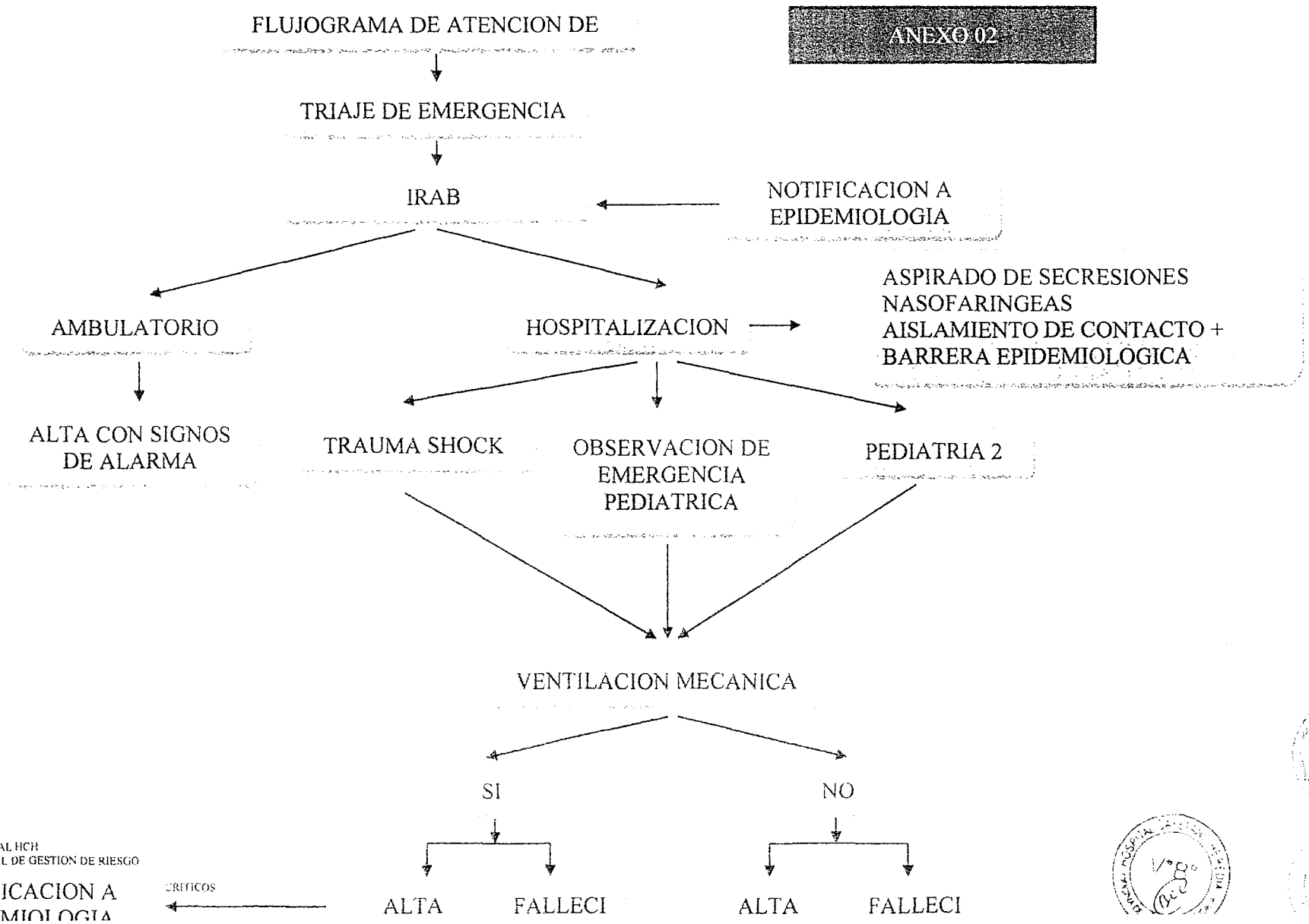
Asma

J45.0 Asma predominantemente alérgica
J45.1 Asma no alérgica
J45.8 Asma mixta

J45.9 Asma no especificada
J46 Estado asmático (Estatus Asmatico/Asma aguda severa)
J44.9 Asma no especificada y SOBA (para ser usado por personal no médico)
J44.8 SOBA (grado de severidad: leve, moderado y severo)

FLUJOGRAMA DE ATENCION DE

ANEXO 02



DIRECCION GENERAL HCH
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTION DE RIESGO

X REFERENCIAS BILIOGRAFICAS

1. American Heart Association. Pediatric Advanced Life Support (PALS) Provider Manual. 2010.
2. West JB. Fisiopatología pulmonar. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2001.
3. Sociedad Paraguaya de Pediatría, Comité de Terapia Intensiva. Consensus on Acute Respiratory Distress Syndrome/ Acute Pulmonary Lesion in Pediatric Intensive Care Units.
4. Guidelines for the Management of ARDS/ALI in Children. Have: Universidad de Yale; 2006.
5. Flori HR, Glidden DV, Rutherford GW, Malthay MA. Pediatric acude lung injury: prospective evaluation of risk factors associated with mortality. Am J Respir Crit Care Med 2005;171(9):995-1001
6. DIRECTIVA SANITARIA Nº 061 - MINSA/DGE V.01 DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA). 2015
7. Aldana RS, Coria JJ, Bustos CE, Espinosa MLE, Karam BJ. Infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Práctica Médica Efectiva [Internet]. 2001[citado 3 May 2009]; 3(7). Disponible en: http://bvs.insp.mx/articulos/1/17/v3n7.pdf
8. Alonso Boulay M, Dall´Orso P, Giachetto G. Ventilación no invasiva en infección respiratoria aguda fuera del área de cuidado intensivo. Rev Chil Pediatr. 2011; 82(3): 211-217
9. Luchsinger V, Ampuero S, Palomino MA, Chnaiderman J, Levican J, Gaggero A, et al. Comparison of virological profiles of respiratory syncytial virus and rhinovirus in acute lower tract respiratory infections in very young Chilean infants, according to their clinical outcome. J Clin Virol. 2014;61(1):138–44