



RESOLUCION DIRECTORAL

Comas, 31 DIC 2020

Visto: El Expediente N° 011398-2020, con la Nota Informativa N° 092-2020-CCCO-HNSEB, de la Coordinación Operativa del comando COVID-19 del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, la Nota informativa N° 129-2020-OEPE-HSEB, de la Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, sobre Plan de Desescalada frente a la Pandémica por COVID-19, 2020;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 79° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la Autoridad de Salud queda facultada a 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; y en la lucha contra las epidemias en el Artículo 82°, establece que la Autoridad de Salud queda facultada para disponer la utilización de todos los recursos médico-asistenciales de los sectores público y privado existentes en las zonas afectadas y en las colindantes;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 643-2019/MINSA, se aprobó la Directiva Administrativa N° 271-MINSA/2019/DIGERD "Directiva Administrativa para la Formulación de Planes de Contingencia de las Entidades e Instituciones del Sector Salud";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 040-2020/MINSA, se aprobó el Protocolo para la Atención de Personas con Sospecha o Infección confirmada por Coronavirus (2029-nCoV)", con la finalidad de reducir el impacto sanitario, social y económico en el país ante el riesgo de introducción del 2019-nCoV;

Que, mediante Nota Informativa N° 092-2020-CCCO-HNSEB, la Coordinación Operativa del Comando COVID-19 del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, ha formulado el Plan de Desescalada frente a la Pandémica por COVID-19, 2020; plan que guiará de forma ordenada la actividad asistencial habitual y solicita su aprobación mediante resolución;

Que, mediante la Nota Informativa N° 129-2020-OEPE-HSEB, la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, señala con el Informe n° 0040-ETORG-OEPE-2020 del Equipo de Organización, emiten opinión técnica favorables y el Plan presentado, cumple con los lineamientos establecidos en la normativa vigente y a la vez recomienda la aprobación mediante acto administrativo correspondiente;

Que, estando a lo solicitado, resulta pertinente emitir el acto resolutivo que apruebe el Plan de Desescalada frente a la Pandémica por COVID-19, 2020 del Hospital Nacional Sergio E. Bernales;

En uso de las atribuciones conferidas por el Art. 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Sergio E. Bernales", Aprobado mediante R.M. N° 795-2003-SA-DM, modificado por R.M. N° 512-2004-MINSA,



R.M. N° 343-2007-MINSA y R.M. N° 124-2008-MINSA; y, con la visación de la Dirección Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y la Oficina de Asesoría Jurídica.

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el "Plan de Desescalada frente a la Pandémica por COVID-19, 2020" del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, por las consideraciones expuestas en la parte considerativa, que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR, a la Coordinación Operativa del Comando COVID-19 del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación y presentar los resultados del mencionado Plan.

Artículo 3°.- ENCARGAR, a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales".



JASR/MVRR/3LZB/

DISTRIBUCIÓN:

- OEPE -OEA
- OAJ -OL
- UGRDOGC -OC
- Departamento Emergencia ()
- Archivo

Regístrese y Comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES
Mg. JULIO ANTONIO SILVA RAMOS
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 19373

HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS



CORONAVIRUS



**PLAN DE DESESCALADA FRENTE A LA PANDEMIA POR
COVID-19**

2020

COMANDO OPERATIVO COVID-19 HNSEB

AV. TUPAC AMARU N°8000 COMAS LIMA - PERÚ

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES
COMANDO COVID HNSEB

DR. JULIO ANTONIO SILVA RAMOS
COMANDANTE GENERAL

MC. JUAN MARTIN NINA CÁCERES
COMANDANTE OPERATIVO

ING. EDUARDO CERRO OLIVARES
COMANDANTE LOGISTICO

LIC. MARITZA RODRIGUEZ
COMANDANTE PLANEAMIENTO

MC. JUDITH DANZ LUQUE
COORDINACION COMANDO OPERATIVO

2020



Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN	4
2. FINALIDAD.....	5
3. OBJETIVOS.....	5
3.1. OBJETIVO GENERAL	5
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
4. BASE LEGAL.....	5
5. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	6
6. CONTENIDO	6
6.1. CONSIDERACIONES GENERALES:	6
6.2 ASPECTOS A TOMARSE EN CUENTA:	8
6.3 METODOLOGIA DE TRABAJO	8
6.4 INDICADORES.....	¡Error! Marcador no definido.
7. PLAN DE DEESCALADA POR AREAS ASISTENCIALES.....	10
7.1 EMERGENCIAS	10
7.2 HOSPITALIZACION.....	12
7.3 CIRUGIA	15
7.4 UCI:	17
7.5 CONSULTA EXTERNA.....	18
FLUJO DE ATENCION.....	¡Error! Marcador no definido.

¡Error! Marcador no definido.



1. INTRODUCCIÓN

La pandemia generada por la Covid-19 **atterizó en Perú vía aérea, procedente de Europa** siendo anunciado el caso número uno el día 6 de marzo. La transmisión comunitaria fue anunciada del 17 de marzo y los primeros fallecidos dos días después.

Desde entonces el número de contagios no cesó en su incremento, lo cual demandó una reorganización en las áreas de nuestro hospital a fin de asistir a todos los pacientes afectados por COVID-19.

Se frenaron todas las intervenciones programadas, citas de pacientes a consulta externa y exámenes diagnósticos programados, nuestras actividades diarias en las diferentes áreas como emergencia, hospitalización sufrieron metamorfosis integrales, se realizó expansión de áreas de covid-19 tomando áreas de emergencia, auditorio de tuberculosis se convirtió en una ampliación de los servicios de emergencias así como áreas de consulta externa que fueron cerradas, dieron pase a la emergencia pediátrica.

La prioridad en el hospital durante estos casi 260 días de pandemia son los pacientes infectados, que afortunadamente desde hace algunos días el número de pacientes que requieren hospitalización ha venido en descenso lento y, por ello, algunas zonas del hospital están siendo preparadas para ir recuperando paulatinamente esa normalidad previa. Si bien es cierto aún no se disminuye la alta necesidad de camas uci, mismas que han sido incrementadas y vienen funcionando una UCI GENERAL y una UCI COVID, la que aun continua con su número total de camas ocupadas.



2. FINALIDAD

Debido al descenso progresivo del número de ingresos de pacientes por COVID-19 se debe plantear la necesidad de una actuación a nivel hospitalario, que permita aumentar progresivamente la actividad asistencial habitual, en tanto en cuanto las zonas ocupadas por casos COVID-19 vayan liberándose.

Este plan de desescalada nos permitirá guiar de forma ordenada nuestras actuaciones, según el contexto de cada momento

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Dar cobertura asistencial a todas las necesidades de salud de la población de la jurisdicción de nuestro establecimiento de salud, optimizando los recursos asistenciales y controlando la extensión de la infección COVID-19.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reducir de forma escalonada las medidas de restricción asistencial establecidas en nuestro establecimiento.
- Continuar con las medidas de prevención, asistencia y control de pacientes COVID-19 en las áreas designadas para tal fin
- Mantener e incrementar los recursos para prestar asistencia en las áreas de emergencia a pacientes con problemas de salud de emergencia y urgencia, que no pueden demorar en su manejo y no relacionados con COVID-19
- Restablecer de forma progresiva la asistencia habitual en los diferentes consultorios de manera escalonada y según necesidad.
- Restablecer de manera progresiva y escalonada las programaciones y actividades quirúrgicas que se han venido postergando por la pandemia.
- Tener una respuesta oportuna en un escenario de rebote, con un control adecuado en la pandemia por COVID-19

4. BASE LEGAL

- Ley N°26842 – Ley General de Salud.
- Ley N°28101, Ley de Movilización Nacional.
- Ley N°29664, Ley del Sistema Nacional de Gestión de Riesgo de Desastres



- Resolución Ministerial N°1019-2006/MINSA, que aprueba la NTS N°053-MINSA/DGE – V. 01- Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiología con posterioridad a Desastres (naturales/antrópicos) y otras Emergencias Sanitarias (EPIDES) en el Perú.
- Decreto Supremo N°005-2006-DE/SG, que aprueba el Reglamento de la Ley de Movilización Nacional.
- Decreto supremo N°48-2011-PCM que aprueba el reglamento de la ley 29664, del sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres.
- Resolución Ministerial 48-2013-PCM que aprueba la directiva N° 01-2013 PCM/SINAGERD "lineamientos que define el Marco de responsabilidad en gestión de riesgo de desastres, de las entidades del Estado en los tres niveles de Gobierno.
- Decreto Supremo N°034-2014-PCM, que aprueba el Plan Nacional de Gestión de Riesgos de desastres 2014- 2021.
- Resolución Ministerial 188-2015-PCM, que aprueba los lineamientos para la formulación y aprobación de planes de contingencia. Agosto 2015
- Resolución Ministerial N°040-2020/MINSA, que aprueba el Protocolo para la atención de personas con sospecha o infección confirmada por coronavirus (2019-nCoV).

5. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan es de aplicación obligatoria para todas las áreas operativas, administrativas y de servicios del Hospital Sergio E. Bernales.

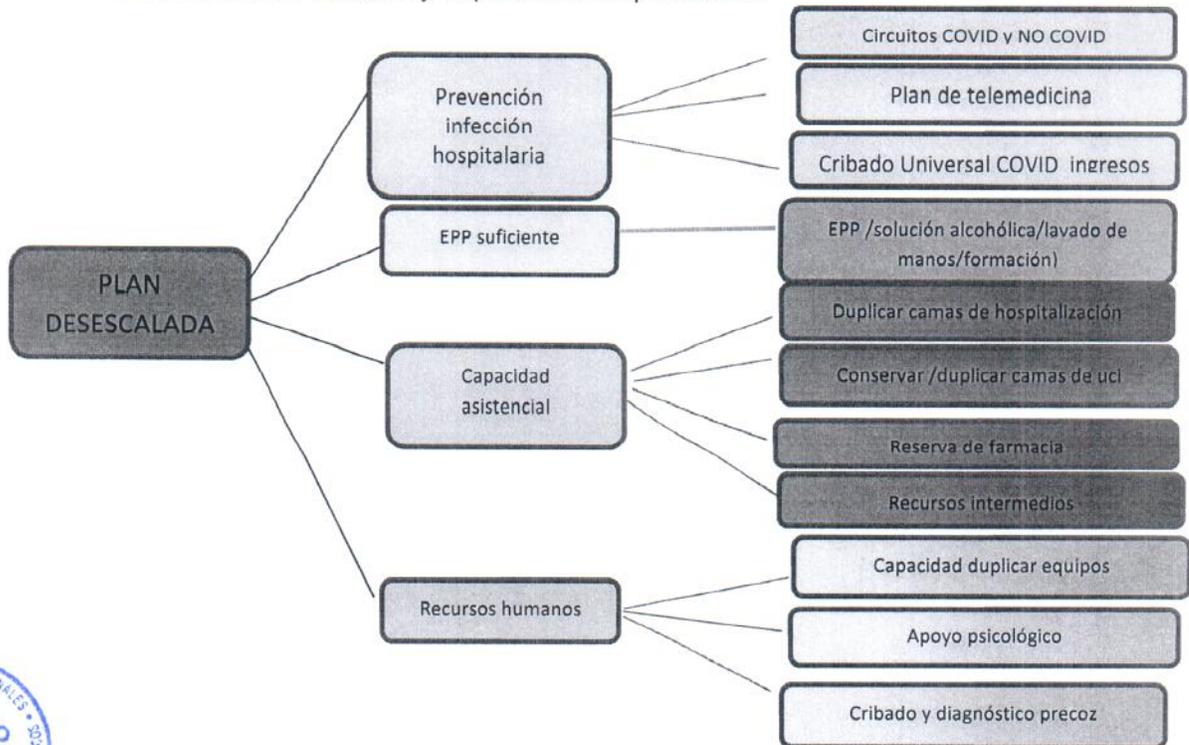
6. CONTENIDO

6.1. CONSIDERACIONES GENERALES:

- Estamos en una fase inicial de desaceleración del proceso dependiente del número de pacientes COVID-19 positivos hospitalizados, tanto en unidades convencionales como en unidades de críticos como del número de profesionales afectados por la infección o con comorbilidad que lo localiza en asilamiento.
- Cualquier medida que se ponga en marcha deberá hacer posible una marcha atrás, si las circunstancias lo exigieran.
- Máximas garantías de seguridad, tanto para los profesionales como para los pacientes en todos los ámbitos hospitalarios.



- En **Hospitalización** es necesario mantener clara separación tanto para circulación como para la atención entre espacios COVID y NO COVID.
- En **Emergencias** la separación tanto en el triaje como en la atención debe mantenerse (traje diferenciado y áreas de asilamiento funcionales)
- La **actividad de Quirófanos** debe avanzar en la atención a las intervenciones quirúrgicas de emergencia y urgencia.
- Se continuara realizando pruebas rápidas a los pacientes al ingreso de hospitalización temporalmente hasta obtener pruebas serológicas cuantitativa o en caso de pruebas moleculares serán hospitalizados en áreas intermedias hasta el resultado de hisopado.
- En **Consultas Externas** primará la telemedicina y el aplicativo Dr. Fast. La presencial irá progresivamente implantándose atendiendo exclusivamente a criterios clínicos y siempre asegurando las medidas higiénicas, medidas de separación y distanciamiento de contactos en salas de espera.
- Las **pruebas diagnósticas** que los médicos especialistas consideren prioritarias, deben comenzarse a citar, manteniendo las medidas conocidas de protección, cuidado y separación de pacientes.



6.2 ASPECTOS A TOMARSE EN CUENTA:

1. Ocupación UCI COVID-19/no COVID:

- **Presencia de Áreas de Pacientes Críticos exclusivas para pacientes COVID-19.**
- **Porcentaje de número de pacientes críticos COVID-19 respecto al total de número de pacientes críticos.** Para la transición a la normalidad, con carácter general, sería suficiente con **30%**

2. Ventiladores Respiratorios de Reserva:

Existencia de un stock del 50% de ventiladores por encima del número de camas estructurales del AREA UCI COVID-19 en otras áreas de hospital (emergencia COVID- emergencia NO COVID)

3. Existencia de Áreas diferenciadas para pacientes COVID-19 en:

- Áreas Emergencias.
- Consultas externas telemedicina
- Unidades de Hospitalización con un N° de camas de, al menos, el 20% respecto al N° total de camas del Hospital.

4. Existencia en la DIRIS Lima Norte recursos primarios de atención medicalizada de pacientes.

5. Capacidad de descarte de COVID-19 que precisen:

- Ingresos hospitalarios
- Área de Urgencias Hospitalarias,
- Intervenciones quirúrgicas.

6. Garantizar la cobertura de stock de EPPS, pruebas anticuerpos y PCR.

7. Existencia en todas las Áreas de Salud de capacidad diagnóstica suficiente para atender la demanda diagnóstica COVID-19: PCR, pruebas serológicas, apoyo diagnóstico con imágenes

8. Disponer de reservas de farmacia (tratamientos derivados de COVID y tratamiento NO COVID)

6.3 METODOLOGIA DE TRABAJO

La vuelta a la nueva normalidad debe de realizarse con las máximas garantías de seguridad, tanto para los trabajadores como para los pacientes, por lo cual todas las medidas adoptadas se han realizado con coordinación previa de todos los actores.

Es de suma importancia para una reorganización de la actividad hospitalaria de los próximos meses, que los diferentes servicios que conocen de primera mano sus cargas de trabajo y presión asistencial, revisen y presenten el plan de actuación específica a cada área.

Se hace necesario que, hasta que se pueda volver a una situación de "normalidad", se adopten medidas de flexibilización horaria, se eviten



aglomeraciones en horas punta, y se establezcan turnos de trabajo ajustados a la actividad en todas las áreas.

Dada la evolución de la pandemia es obligado revisar periódicamente las medidas tomadas y analizar el contexto de cada decisión adoptada.

Se identificará para cada UPS las siguientes actuaciones, entre otras:

- ✓ Circuitos de pacientes para su movilización dentro del hospital (cambio de área de hospitalización, realización pruebas diagnósticas, etc.). Siempre que sea posible se optará por una circulación unidireccional.
- ✓ Considerar el distanciamiento físico de la actividad ambulatoria programada de consultas externas y pruebas diagnósticas de las áreas de hospitalización y tratamiento (quimioterapia entre otras)
- ✓ Continuaremos con dos flujos de atención a pacientes y hospitalización médico/quirúrgica, tanto en espacios físicos, como en cuanto a la circulación de pacientes y personal, con el fin de evitar el contacto entre pacientes COVID y no infectados.
- ✓ Reorganización de los servicios en función de la ocupación para establecer protocolos de limpieza, desinfección, dotación de personal, etc.
- ✓ Limpieza y desinfección del Servicio/Unidad del que se ha evacuado los pacientes infectados.
- ✓ Planificación del personal, en concordancia con la reorganización de la actividad hospitalaria.
- ✓ Evaluar las necesidades de EPP en función del número y cuidados que requieran los pacientes, en las diferentes UPS.
- ✓ Control y evaluación de las necesidades de stock Farmacéutico (tratamientos COVID- 19, enfermedades crónicas, medicamentos vitales, entre otros).
- ✓ Continuar con la distribución de medicamentos a pacientes externos, a través de tele consulta.
- ✓ Actividades clínicas a recuperar: consultas externas, intervenciones quirúrgicas, estudios endoscópicos (número, ritmo, priorización).
- ✓ Revisar y establecer las acciones de mejora oportunas en todas las acciones que se han puesto en marcha durante la pandemia, planes de humanización, dotación EPPS, control de stock, plan de ayuda psicológica, teletrabajo, etc.
- ✓ Liberar las instalaciones del hospital que se han preparado para la asistencia de pacientes y tener en cuenta su uso en el supuesto de que se tuviera que acoger nuevos casos confirmados o sospechosos de infección.

6.4 INDICADORES

La toma de decisiones se debe fundamentar en los datos disponibles que permitan decidir actuaciones ágiles y contrastadas, indicadores sencillos como:

- ✓ Altas hospitalarias/ingresos por COVID,
- ✓ Tiempo de permanencia,
- ✓ Número de ingresos totales,
- ✓ Índices de ocupación,
- ✓ Presión de emergencias (NEDOCS)



- ✓ Traslados interhospitalarios, etc.

Estos datos ayudarán a monitorizar la situación epidemiológica, la capacidad asistencial y los recursos materiales y humanos disponibles, para tomar decisiones sobre avanzar o no en las diferentes fases de desescalada.

7. PLAN DE DESESCALADA POR AREAS ASISTENCIALES

7.1 EMERGENCIAS

El área de EMERGENCIAS ha sido uno de los lugares más críticos durante todas las fases de la pandemia. Su presión se ha mantenido durante todo el tiempo, ya que, a los pacientes con sintomatología respiratoria, se han añadido el resto de patologías prioridad I y II.

Si bien es verdad, que el número de pacientes durante la fase de pandemia con otras patologías ha decrecido, la tendencia actual es hacia una vuelta a la normalidad, entendiéndose como tal, que el número de pacientes con patología respiratoria que precisan de asistencia en éste área, va en lenta disminución con respecto al número de pacientes de meses anteriores.

Los aspectos a tener en cuenta en la fase de desescalada son:

- ✓ Mantener los circuitos diferenciados de admisión y triaje de pacientes COVID y NO COVID y los lugares de transferencia de dichos pacientes.
- ✓ Mantener el circuito diferenciado de llegada de pacientes Covid-19 en transporte sanitario.
- ✓ Entrega de mascarilla quirúrgica al paciente y a todo el personal /trabajador de contacto.
- ✓ Mantener los circuitos de movilidad del personal de salud para la realización de pruebas diagnósticas a pacientes en las diferentes áreas del hospital.
- ✓ Recomendar la restricción en número de acompañantes en los diferentes tópicos de emergencia, se indicará solo 1 familiar por paciente, salvo mal pronóstico del paciente o situaciones de especial complejidad.
- ✓ Restablecer en la medida que sea posible las zonas que se ocupaban antes de la pandemia los diferentes tópicos de emergencia, incluido el área de aislados.
- ✓ Coordinar adecuadamente todos los procesos relativos a la desinfección, cambio de estructura, circuito limpio-sucio, flujo de pacientes, flujo de personal, etc.
- ✓ Disponibilidad de suficientes EPP que permitan proteger adecuadamente al Personal del Servicio de Emergencia con control de calidad de los mismos (p. ej.: mantener stock para 1 semana como contingencia)
- ✓ Se volverán a realizar los talleres de EPP y la formación que sean necesarios como recordatorio para el personal del correcto uso de los mismos.

Todas estas acciones deberán ser realizadas, supervisadas y controladas por el Servicio de Emergencia.



7.1.1 EMERGENCIA NO COVID

- **TRIAJE GENERAL:** Deberá de realizarse según prioridad de atención, siendo Prioridad I ingreso inmediato a UST, independiente de su etiología.
- **UST:** Prioridad I. deberá ser atendido paciente independiente de las etiologías, hasta estabilizarlo, luego de lo que se procederá en caso se requiera ser trasladado a áreas de SOSPECHOSO, PROBABLE Y CONFIRMADO.
- **TRIAJE PEDIATRICO:** En Área de emergencia pediátrica ingreso. Se realiza investigación de epidemiología del paciente. En caso de tener sospecha de COVID-19 se solicita prueba serológica y en caso sea positivo debe ser hospitalizado paciente.
- **TRIAJE Y OBSERVACION GINECO OBSTETRICA:** Siendo paciente asintomática, se realizara prueba serológica para identificar área en la que se va a hospitalizar.
- **TOPICOS:** Prioridad II y III de acuerdo a etiología será atendido paciente en tópicos de ginecología, tópico de pediatría, cirugía, traumatología. (Antes ya en triaje diferenciado fueron filtrados pacientes sintomáticos respiratorios).
- **ACE NO COVID:** Pacientes que luego de haber sido admitidos a UST o Tópicos son evaluados y requieren monitoreo estricto antes de ser hospitalizados.
- **OBSERVACION:** OBS 1-2-3 pacientes con diagnostico definido y en espera de ser hospitalizados. En caso de ser reactivo en prueba serológica para COVID-19 al momento de ser hospitalizados por otras patologías, pasara a Pabellón Medicina Legado área Asintomáticos.
- **AISLADOS:** Área destinada para pacientes que requieren un aislamiento de aéreo de patologías distintas a COVID-19. Se debe considerar contar con un área para aislamiento inverso.
- Se establecerá área asintomáticos quirúrgicos antes de ingreso a sala o a hospitalización: Observación quirúrgicos COVID hasta que se pueda optimizar un área en sus respectivos Servicios.
- En **cirugías de emergencia** en pacientes confirmados, probables o sospechosos, se evitarán en lo posible procedimientos que conlleven aerosolización (p. ej. laparoscopias...)

7.1.2 EMERGENCIA COVID

- ✓ Establecimiento de 1 **TRIAJE DIFERENCIADO:** Se determinará si presenta síntomas respiratorios que no tengan otra etiología y que al momento de ingreso no sea una prioridad I.
- ✓ **TOPICO COVID-19** de aislamiento para atención de pacientes sospechosos, probables o confirmados de COVID-19 a fin de indicar destino de acuerdo a prioridad. (Modulo de Aislamiento ACE COVID): 4 camas, evaluaciones pacientes en carpa donde se realiza prueba serológica y según ello derivado a áreas siguientes.
- ✓ Establecimiento de 1 área de aislamiento para atención de pacientes COVID-19 SOSPECHOSOS y COVID-19 PROBABLES: CAMAS en AREA CRITICA DE COVID.



Pacientes **SOSPECHOSOS**: Serán manejados de acuerdo a severidad y monitorizados, además se les solicitará panel COVID, PRUEBA MOLECULAR y RADIOGRAFIA O TOMOGRAFIA PULMONAR, según estado hemodinámico de paciente. En caso de contar con imágenes sugerentes de COVID-19 se DENOMINARÁN según norma PROBABLES, y permanecerán en el área hasta obtener resultado de PRUEBA MOLECULAR

- ✓ Al momento de contar con resultado de prueba molecular.
 - Positivo: pasa a Hospitalización COVID-19 (Pabellón Legado)
 - Negativo: pasa a hospitalización NO COVID (Pabellón Medicina Especialidades en primera escalada)

7.2 HOSPITALIZACION

Gradualmente se debe de valorar establecer zonas de hospitalización para pacientes medico quirúrgicos libres de COVID-19 en las diferentes UPS, intentar incrementar las camas hospitalarias ocupadas aun a pesar de un segundo incremento de pacientes COVID-19.

En la actividad asistencial diaria en piso de hospitalización hay que tener en consideración:

- ✓ Rediseñar los circuitos para la circulación y evacuación de enfermos en las diferentes zonas.
- ✓ Establecer normas en cuanto a la restricción de visitas.
- ✓ Revisión diaria del stock de EPPS y suministro en función de las necesidades.
- ✓ Medidas de actuación y mecanismos para la comunicación urgente de un posible cambio de patrón de presentación clínico del paciente en zona limpia.
- ✓ Establecer las necesidades actuales y turnos del personal administrativo de las unidades de hospitalización.
- ✓ En cuanto a la actividad de oncología (quimioterapia), se deberá establecer un plan específico, en el caso de ser necesario, para la reorganización en cuanto al número de pacientes y espacios necesarios, y valorar la pertinencia de la realización de pruebas rápidas a los pacientes subsidiarios de tratamiento.

7.2.1 DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Se realizará redistribución de áreas de acuerdo a la reactividad, teniendo en cuenta que toda paciente que ingrese a hospitalización de gineco obstétrica será **CASO DESCARTADO O CASO COFIRMADO ASINTOMATICO**.

Las pacientes COVID SINTOMATICAS a pesar de ser gestantes y de acuerdo a diagnóstico deberán ser derivadas al área de aislamiento COVID 19 de nuestro hospital ya sea en caso de continuar manejo y control de Gestante o control y manejo de púérpera principalmente para el manejo oxigenatorio.

- **CENTRO OBSTETRICO:**
 - COVID 19: IGM, IGG/IGM
 - NO COVID: NO REACTIVO



- **POST CESAREA:**
 - NO REACTIVAS
 - IGG
 - IGG/IGM
- **PUERPERIO EUTOCICO:**
 - NO REACTIVAS
 - IGG
 - IGG/IGM
- **GESTANTE ARO:**
 - NO REACTIVAS
 - IGG
 - IGG/IGM

Se deberá rotular las áreas como: aislamiento aéreo a las áreas IGG/IGM, IGM además de aislamiento de contacto

7.2.2 DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y ESPECIALIDADES:

Debido a la disminución de casos COVID-19 respiratorios, se debe de procurar contar con áreas diferenciadas dentro de Hospitalización mismas que en caso de presentarse la segunda ola de COVID 19 pueda ser fácilmente reestructurada para atención COVID-19, esto teniendo en cuenta la necesidad y requerimiento de oxígeno. Todos los servicios estarán a cargo del Departamento de Medicina y Especialidades.

- **SERVICIO DE MEDICINA INTERNA:**

Siendo que la mayoría de la sobrecarga del área de emergencia antes de pandemia se daba por pacientes con destino medicina debido a que el Departamento de medicina y especialidades médicas esta sobrecargado. Para ello y teniendo en cuenta el recurso humano que viene laborando en estos momentos en AREA DE AISLAMIENTO, se debe reubicar el Servicio de Medicina al pabellón utilizado por AREAS COVID-19 previamente desinfectadas para pacientes de medicina interna.

- ✓ Hospitalización COVID-19 SINTOMATICO RESPIRATORIOS CONFIRMADO: Legado I. II. (Aislamiento aéreo y de contacto)
- ✓ Hospitalización COVID 19 PROBABLE – SOSPECHOSOS: Legado III (Aislamiento aéreo y de contacto)
- ✓ Hospitalización COVID 19 ASINTOMATICO: (Otras patologías, sin precisar oxigenoterapia) Legado IV (Aislamiento aéreo y de contacto)
- ✓ Hospitalización Medicina Interna NO COVID (aislamiento de contacto) de acuerdo a como se vaya presentando la pandemia, el objetivo es que el área de medicina interna pueda contar con el pabellón nuevo (Legado). por el momento los pacientes NO COVID seguirán hospitalizados en área de Medicina Pabellón especialidades.



- SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA : Pabellón medicina especialidades (aislamiento de contacto)
- SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA: Pabellón de medicina especialidades (aislamiento de contacto)
- SERVICIO DE GERIATRIA: pabellón medicina especialidades (aislamiento de contacto)
- SERVICIO DE NEUMOLOGIA: pabellón de neumología (aislamiento aéreo y de contacto)

7.2.3 DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA:

- SERVICIO PEDIATRIA:
 - ✓ AREA DE HOSPITALIZACION COVID: según el número de casos, se deben de organizar zonas de aislamiento Aéreo para dichos pacientes en el pabellón de Pediatría, ya que cuentan con ambientes que pueden servir de hospitalización a dichos pacientes. Al momento se utilizará el área de GINECOLOGIA CONSULTORIOS para en segunda escala utilizar un área de pabellón de hospitalización pediatría, con las medidas de bioseguridad adecuadas. (colocación de extractores en dos ambientes de hospitalización)
 - ✓ ÁREA DE HOSPITALIZACION NO COVID: Pabellón de pediatría. Optimizar áreas para contar con área Intermedios.
- SERVICIO NEONATOLOGIA:
Servicio de neonatología. Diferenciando pacientes según patologías. Por la naturaleza del servicio este debe realizar actividades con una bioseguridad al 100% y así evitar las infecciones cruzadas.

7.2.4 DEPARTAMENTO DE CIRUGIA Y ESPECIALIDES;

SERVICIO DE CIRUGIA:

- HOSPITALIZACION PO COVID SINTOMATICO: Funcionará en área de Ginecología Nuevo, debe de mantenerse estancia corta. Se encuentra a cargo de Departamento de Cirugía para el pase de visita como paciente hospitalizado.
- HOSPITALIZACION PO NO COVID: Deberá funcionar en áreas adyacentes a SOP, en el Departamento de cirugía. Denominándose área recuperación tardía. El tiempo de estancia será mínima salvo se sucedan complicaciones.

SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA:

- HOSPITALIZACION COVID: Pacientes que por su diagnóstico requieran continuar hospitalizados a pesar de ser reactivos a COVID-19., siempre y cuando sean asintomáticos. Se deberá distribuir áreas de Servicio de traumatología para dicha hospitalización. Un ambiente en el que se tomara medidas de bioseguridad y aislamiento según es el caso (no productor de aerosoles)
- HOSPITALIZACION NO COVID: pacientes post operados y que requieran hospitalización para manejo, no reactivo a COVID.



7.3 INTERVENCIONES QUIRURGICAS PROGRAMADAS

- ✓ Se deben continuar con «circuitos limpios y sucios».
- ✓ Es importante establecer que el acto quirúrgico, sobre todo si éste encierra complejidad, se convierte en una comorbilidad para la infección que pudiera desarrollarse, lo que agrava seriamente el pronóstico. Así, un paciente que desarrolla COVID-19 en el postoperatorio inmediato de una cirugía moderada o compleja, precisará de cuidados intermedios en un 25% de los casos, y su mortalidad será hasta 10 veces mayor que en un paciente no intervenido. Por ello se sugiere que los pacientes post operados NO COVID deben ingresar a un área bajo la condición Intermedios.
- ✓ Se debe por ello, establecer unas pautas de actuación para las intervenciones quirúrgicas programadas, que podríamos resumir en que deberán demorarse aquellas intervenciones cuya patología así lo permita, pero que deberán habilitarse las medidas para intervenir a aquellas patologías que van a sobrepasar el tiempo razonable de espera.
- ✓ La desescalada en la asignación de quirófanos debe de hacerse de forma progresiva en función de la ocupación de los enfermos críticos y dejando margen para posibles repuntes que podamos tener.
- ✓ Se continuará con sala de operaciones diferenciada así como URPA diferenciado, utilizándose la sala de operaciones COVID solo para casos de emergencia. Todos los pacientes programados deben ser COVID NEGATIVOS.
- ✓ Circuito específico, Quirófano con mínimo de personal, zonas anexas sin familiares, etc.
- ✓ Información a familiares vía telefónica o presencial, antes y después de la intervención quirúrgica a cargo del médico responsable de la intervención.
- ✓ Cada servicio quirúrgico elaborará un listado, ordenado por prioridad, de pacientes que se encuentran en lista de espera quirúrgica.
- ✓ Programación de la consulta preanestésica, cumpliendo todas las normas de seguridad. El paciente siempre deberá ser informado (debiendo constar en la historia clínica) sobre las causas especiales de la situación de pandemia COVID-19; incluyendo un posible contagio y un posible aumento de morbi-mortalidad. Adenda al Consentimiento informado.
- ✓ A todos los pacientes con **cirugía programada**, y con el fin de asegurar tanto la protección del personal sanitario involucrado en el procedimiento quirúrgico, como evitar el agravamiento que pudiera causarse a un



paciente infectado con el hecho operatorio, se les debe realizar prueba MOLECULAR previa al ingreso, (promedio 4 días), al momento del resultado en caso sea negativo, será citado para su pruebas pre quirúrgicas y citado para su la intervención. La positividad impedirá la cirugía programada

- ✓ Debe aconsejarse al paciente aislamiento o “cuarentena preoperatoria” y, previo al ingreso (al realizar llamada para proponer intervención) y también al ingreso, se realizará la siguiente encuesta epidemiológica sobre sintomatología en días previos y convivencia con infectados:
 - Criterio clínico: presencia actual o en los últimos 14 días de fiebre o febrícula, tos, disnea, malestar general, cefalea, mialgias o artralgias, escalofríos, astenia, dolor de garganta, náuseas o vómitos, diarrea, anosmia o ageusia.
 - Criterio epidemiológico: si ha sido contacto estrecho en los últimos 14 días de un caso posible, probable o confirmado o, si convive con el caso antes de que hayan pasado 14 días desde finalización de su aislamiento domiciliario. Se considera contacto estrecho a los convivientes, familiares y personas que hayan estado en el mismo lugar mientras el caso presentaba síntomas a una distancia menor de 2 metros durante un tiempo de al menos 15 minutos.
- ✓ **Ingreso en el hospital:** El paciente ingresará, si fuera posible, la misma mañana de la cirugía en áreas de hospitalización en zonas designadas como NO COVID. Si se prevé que el paciente no ha recibido la información o no podrá cumplir las normas higiénicas prequirúrgicas, ingresará la tarde anterior a la cirugía o se programará en el orden quirúrgico que corresponda con el fin de cumplir el protocolo.
- ✓ A la llegada del paciente al hospital, el personal le indicará que realice una higiene de manos con jabón líquido o alcohol gel y se le proporcionará una mascarilla quirúrgica.
- ✓ **Actuaciones en quirófano**
 - Se seguirán las medidas preventivas y de control de infección quirúrgica y de higiene de superficies.
 - En cuanto a la elección de las técnicas anestésicas se procurarán, en la medida de lo posible, aquellas que menos comprometan la seguridad tanto del paciente como del personal.
- ✓ **Cuidados post-quirúrgicos**



- Una vez finalizada la cirugía, en función de los requerimientos de cuidados post-quirúrgico, se procederá de la siguiente forma:
 - Unidad de Reanimación post-quirúrgica (RECU): si no hay cama disponible, se realizará en el propio quirófano.
 - Cuidados Intensivos: su destino será la UCI NO COVID.
 - Posteriormente, según el caso, se trasladará al paciente a la habitación asignada de ingreso o se irá de alta domiciliaria. En caso de precisar ingreso, se seguirá el circuito de traslado hasta la habitación de destino.
 - Se deberá ser muy cuidadoso y restrictivo con las visitas de familiares a los pacientes. solo podrá venir el familiar responsable de recibir informe.
- ✓ **Recomendaciones al alta del paciente quirúrgico**
- Una vez finalizada la hospitalización, se informará al paciente de su vulnerabilidad potencial ante SARS-CoV-2 y se le recomendará extremar las medidas de precaución, no saliendo de casa y evitando en la medida de lo posible el contacto con personas que no estén en confinamiento, que presenten síntomas o que hayan estado en contacto estrecho con pacientes con COVID-19.
 - El paciente realizará también una vigilancia activa de síntomas dos veces al día y se facilitará un teléfono de contacto en el caso de presentar síntomas. (Dr. FAST)
 - Las revisiones de la cirugía se realizarán presenciales o telefónicas según criterio del cirujano. Las primeras, que seguramente serán presenciales, deberán mantener los criterios de realizarse en zonas "limpias" y con restricción de acompañantes. (consultorio externo para post operados)

7.4 UCI:

En esta situación de transición se deben valorar una serie de puntos determinantes en la Unidades Cuidados Críticos, que afectan a la actividad asistencial diaria:

- La capacidad, incluida la dotación de personal, para ampliar el número de pacientes tratados en UCI en caso de ser necesario.
- Definir lugar de asistencia y atención en UCI de pacientes Covid-19 y no Covid-19 reasignando la ubicación. Esta área de críticos para



COVID se ajustará a las necesidades actuales, valorando la capacidad en función de los ingresos hospitalarios precisan de cuidados intensivos.

- Valorar la creación de una Unidad de Cuidados Intermedios para pacientes COVID, que sirve tanto para pacientes límites en hospitalización COVID (legado), intentando evitar su entrada en UCI, como para pacientes que a la salida de la UCI precisan de una vigilancia más exhaustiva. Por el momento se viene utilizando el área crítica de emergencia para tal fin, sería ideal proveer de mejor equipamiento a dicha área a fin de soportar la posibilidad de una segunda ola de pacientes.
- Continuar con la información telefónica a los familiares de pacientes ingresados para evitar la concurrencia en las salas de espera de familiares.
- Establecer medidas de acompañamiento de los pacientes en situaciones de mal pronóstico inmediato.
- Unidad de CUIDADOS INTENSIVOS NO COVID: al momento ubicado en Pabellón de Cirugía permaneciendo en dicha área por la necesidad de incrementar además camas UCI Pediátrica.

7.5 CONSULTA EXTERNA

- Reprogramar toda la actividad que se tuvo que suspender temporalmente y compagnarla con la que tenemos pendiente, sólo puede hacerse de una forma progresiva y coordinada con el primer nivel de atención, con el fin de analizar qué pacientes precisan de una atención hospitalaria inmediata y, cual puede demorarse en el tiempo.
- Esto implica una comunicación interactiva entre el personal de los establecimientos de la DIRIS LIMA NORTE y el hospital para disminuir el número de consultas brindando una atención integral y continua sin perder la calidad en ningún eslabón de la cadena de la atención médica.
- La relación entre Atención Primaria y Atención Especializada cobra una relevancia fundamental para facilitar la normalización de la asistencia y la figura de un interlocutor en los diferentes niveles asistenciales, asegura el trabajo en equipo y ayudará en gran medida a garantizar la continuidad asistencial y asegurar un patrón organizativo homogéneo.



- El uso de herramientas digitales (prescripción informatizada, teleconsulta, etc.), que se han puesto en marcha en esta situación de alarma, hace posible la adaptación de la demanda asistencial, en relación a las consultas sucesivas y de resultados, útiles salvo alguna excepción, para disminuir el volumen de usuarios que se tienen que desplazar y permite citar las consultas preferentes y primeras consultas con un margen horario que evita la coincidencia de varios pacientes en la sala de espera.
- Dentro de las posibilidades estructurales que presentamos, habilitar y señalar el circuito para pacientes lo más directo a los consultorios de consultas externas, con la intención de evitar el paso por otras áreas del hospital.
- Se deberán señalar de forma llamativa los asientos que no van a poder ser ocupados, al objeto de mantener la distancia de seguridad, en el caso de que los pacientes esperen a ser atendidos en las salas de espera.
- Coordinación con los servicios de admisión para elaborar agendas mixtas: telefónicas presenciales, además de implementar consultas de tarde. Se debe establecer normas de acompañamiento
- Se debe contar con un sistema de información adecuado a cada modelo de actuación, que permita obtener los indicadores necesarios para seguimiento y evaluación.
- Desde los servicios de admisión, telefónica se deberá informar en el momento de la citación, de las medidas de protección individual necesarias para acceder al Hospital:
 - ✓ Triage telefónico de pacientes que acudirán a hospital.
 - ✓ Puntualidad horaria necesaria para evitar aglomeraciones
 - ✓ habilitar una zona de espera que mantenga la distancia mínima de protección recomendada.
 - ✓ Es fundamental en este proceso garantizar la homogeneidad de los distintos servicios y departamentos con protocolos homogéneos.
 - ✓ Las consultas no presenciales pueden utilizarse también para trámites administrativos como solicitud de informes o prescripciones, que en ocasiones obligan a los pacientes a ser atendidos en el hospital para manejo de por la burocracia administrativa con el adecuado registro en la historia clínica del paciente.



- ✓ Se debe de ubicar zonas de lavado de mano y/o alcohol gel al entrar a la consulta.
- ✓ Antes de la realización de pruebas complementarias que supongan un contacto físico del paciente con el equipo (audiometría, lámpara de hendidura, etc.) se supervisará por parte del personal sanitario la adecuada higiene de manos de los pacientes previa a la realización de la prueba.
- ✓ Tras la realización de la prueba se debe realizar una limpieza adecuada de las zonas de contacto con el paciente.

Se toma en cuenta los planteamientos del Departamento de Medicina:

1. Numero de pacientes por turno : 8
2. Cita coordinada previa evaluación de médicos de trabajo remoto.
3. Solo atención de pacientes que requieran manejo según establecimiento de III Nivel de atención.
4. Se realizaran procedimientos previa evaluación de la especialidad
5. El Departamento de consultorios externos deberá organizar los roles de atención de acuerdo a la disponibilidad entregada.
6. Deberá contarse con protocolo de atención en consulta externa.

7.6 APOYO DIAGNOSTICO

Su reinicio debe ir paralelo a la reintroducción de las intervenciones quirúrgicas y consultas externas, que no puedan demorarse de acuerdo a criterios clínicos.

A. PRUEBAS RADIOLÓGICAS

Las pruebas realizadas mediante ECO, TEM, RX, se irán programando en función de la prioridad asignada y a criterios clínicos.

Intentar un acto único en todas las modalidades: Ecografías, Tac, Resonancia Magnética, radiografías, estudios intervencionistas y radiología convencional evitando el número de desplazamiento de los pacientes.

Mantener y ampliar las lecturas telemáticas de pruebas diagnósticas y telemedicina en todos aquellos procedimientos que lo permitan y faciliten el trabajo.

B. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS INVASIVAS

Los pacientes que ingresan de forma programada (con o sin hospitalización) para intervenciones que puedan ser demorables, se deberán realizar PCR previa al ingreso, para tener cierto margen de maniobra, ésta se realizará 24-48 horas antes de la intervención en el dispositivo más accesible.

Si son positivos, se pospondrá la intervención hasta negatividad del virus.



C. PRUEBAS ANALÍTICAS

Progresivamente se irán realizando extracciones analíticas, tanto en el Hospital como en los centros de salud. Con el fin de no sobrecargar esta prestación, se debe limitar la solicitud de analíticas a las que realmente sean imprescindibles (pacientes descompensados y preferentes no demorables).

7.7 OTROS

- Se fomentará la habilitación de mecanismos de control de acceso en las entradas mediante justificación documental de permiso de acceso (fotochek, trabajador, cita previa, pase de acompañante...).
- Valorar el uso de pantallas transparentes de protección (mamparas) entre los administrativos y los pacientes.
- Posibilidad de fijar un número determinado de puntos de acceso al hospital, diferenciando el de los trabajadores del hospital y los pacientes y sus acompañantes.
- En cada área del hospital se extremarán las medidas de seguridad e higiene tanto por parte de los profesionales como por parte de los pacientes y a los profesionales se les proporcionarán los medios de protección adecuados y necesarios para cada tipo de tareas a realizar.
- Se facilitará la información mediante carteles, mapas informativos en los puntos establecidos para tal efecto y en la intranet sobre higiene de manos, higiene respiratoria, manejo de la tos y medidas generales de protección.

8. ANEXOS



DEFINICIONES DE CASO DIRECTIVA SANITARIA PARA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA ENFERMEDAD POR COVID-19

CASO SUSPECTO DE COVID-19

Persona que cumpla con cualquiera de los criterios:

- Presente un síndrome de infección respiratoria aguda con parámetros tipo: labor de garganta y adenitis en uno de los siguientes: signos (edemas, hiperemia, flemas, dificultad para respirar, pérdida de peso, periodo de guiso)
- Presente un síndrome de infección respiratoria aguda con parámetros tipo: labor de garganta y adenitis en uno de los siguientes: signos (edemas, hiperemia, flemas, dificultad para respirar, pérdida de peso, periodo de guiso)
- Presente un síndrome de infección respiratoria aguda con parámetros tipo: labor de garganta y adenitis en uno de los siguientes: signos (edemas, hiperemia, flemas, dificultad para respirar, pérdida de peso, periodo de guiso)

CASO PROBABLE

Quiera cumplir los siguientes criterios:

- Caso sospechoso con antecedente epidemiológico de contacto directo con un caso probable o confirmado, o relacionado a un conglomerado de casos los cuales han tenido al menos un caso confirmado, 14 días previos al inicio de los síntomas.
- Caso sospechoso con síntomas que muestran hallazgos sugestivos de COVID-19, en envases de frotis, hemograma completado de leucos o escayola pulmonar.
- Persona con inicio reciente de síntomas o síntomas en ausencia de otra causa.

CASO CONFIRMADO SINTOMÁTICO

- Caso sospechoso o probable con confirmación de laboratorio mediante prueba molecular para SARS-CoV-2 positiva.
- Caso sospechoso o probable con prueba antigénica positiva para infección por SARS-CoV-2.
- Caso sospechoso o probable con prueba serológica (ELISA, inmunofluorescencia, inmunodifusión y electroinmunoensayo) reactiva a IgM o IgG/IgG₂ para infección por SARS-CoV-2.

CASO INFECCION ASINTOMÁTICA

- Toda persona asintomática identificada a través de la estrategia de búsqueda activa que no presenta signos ni síntomas compatibles con COVID-19 con resultado positivo de prueba molecular o prueba serológica positiva a través de métodos mencionados.

CASO DE SINDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO (SÍ) EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON COVID-19 (0-17 AÑOS)

- Niños y adolescentes con fiebre desde hace 3 días antes y días de los criterios siguientes:
 - ✓ erupción o conjuntivitis bilateral o parálisis o signos de inflamación mucocutánea (cara, manos o pies)
 - ✓ hipotensión o shock
 - ✓ característica de distensión micárdica, pericarditis, valvulitis o anomalías coronarias (Elocardiografía o elevación de troponina) y de troBNP)
 - ✓ evidencia de coagulopatía (TTP, Dimeros D)
 - ✓ problemas gastrointestinales (diarrea, vómitos, dolor abdominal)

CASO DESCARTADO

- CASO SUSPECTO QUE CUMPLE CON CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES:
 - ✓ Evidencia clínica, radiológica o de laboratorio que explica otra etiología afín a COVID-19.
 - ✓ Dos resultados negativos para infección por SARS-CoV-2 con pruebas serológicas, con diferencia de 7 días entre la primera y segunda prueba.
 - ✓ Dos resultados negativos a prueba molecular con una diferencia de 3 días entre primera y segunda, ambos dentro de los primeros 10 días de inicio de síntomas.
 - ✓ Un resultado negativo a prueba molecular o antigénica dentro de los 7 días de inicio de síntomas y un resultado negativo con prueba serológica después de 7 días de prueba molecular.



DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA CAMAS	
EMERGENCIA ADULTOS	
SHOCK TRAUMA	2
ACE	5
OBSERVACION I	6
OBSERVACION II	5
OBSERVACION COVID QUIRURGICO	5
AISLADOS	2
TOTAL	25
EMERGENCIA PEDIATRICA	
SHOCK TRAUMA	2
OBSERVACIÓN PEDIÁTRICA (CAMA CUNA)	14
AISLADOS	2
TOTAL	18
EMERGENCIA GINECO - OBSTETRICIA	
OBSERVACION	8
TOTAL CAMAS EMG GINECO OBSTETRICIA	8

CUIDADOS CRITICOS	
UCI GENERAL	3
UCIN	0
TOTAL CAMAS (UCI)	3

AREA COVID AISLAMIENTO CAMAS	
TOPICO - OBSERVACION SOSPECHOSOS	12
ACE COVID	12
LEGADO	48
PEDIATRIA	5
TOTAL	76

AREA COVID ASINTOMATICO CAMAS	
QX POST OPERADOS	7
GINECOLOGIA- OBSTETRICIA	20
TOTAL	27



CAMAS HOSPITALARIAS 2020	
DEPARTAMENTO DE MEDICIA	
SERV. MEDICINA INTERNA	46
SERV. NEUMOLOGÍA	34
TOTAL	80
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA	
CIRUGÍA GENERAL	04
TRAUMATOLOGÍA	25
CIRUGIA ESPECIALES	13
TOTAL	42
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	
PEDIATRÍA GENERAL	36
UCI NEONATAL	8
INTERMEDIOS I	6
INTERMEDIOS II	15
PREMATUROS	7
NEONATOLOGÍA	4
TOTAL	60
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	
TOTAL	94
TOTAL CAMAS HOSPITALARIAS	276

