



Resolución Ministerial

Lima, 31 de MARZO del 2020



S. ALTABÁS

Visto, el Expediente N° 20-030779-001, que contiene la Nota Informativa N° 166-2020-CDC/MINSA del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades y el Informe N° 258-2020-OGAJ/MINSA de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

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

Que, los artículos 76 y 79 de la citada Ley establecen que la Autoridad de Salud de nivel nacional es responsable de dirigir y normar las acciones destinadas a evitar la propagación y lograr el control y erradicación de las enfermedades transmisibles en todo el territorio nacional, ejerciendo la vigilancia epidemiológica e inteligencia sanitaria y dictando las disposiciones correspondientes, estando asimismo facultada a dictar las medidas de prevención y control para evitar la aparición y propagación de enfermedades transmisibles, quedando todas las personas naturales o jurídicas obligadas al cumplimiento de dichas medidas;

Que, el numeral 1 del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, dispone como ámbito de competencia del Ministerio de Salud, la salud de las personas;

Que, el artículo 4 del citado Decreto Legislativo contempla que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, el artículo 4-A del mencionado Decreto Legislativo, incorporado por la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud, dispone que el Ministerio de Salud, en su condición de ente rector y dentro del ámbito de sus competencias, determina la política, regula y supervisa la prestación de los servicios de salud, a nivel nacional en las



V. BOCANGEL



N. Zerpa



M. LOAYZA



L. CUEVA



C. CABEZAS

siguientes instituciones: Essalud, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Sanidad de las Fuerzas Armadas, instituciones de salud del gobierno nacional y de los gobiernos regionales y locales, y demás instituciones públicas, privadas y público-privadas;

Que, los literales a) y b) del artículo 5 del acotado Decreto Legislativo, modificado por la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud, establecen que son funciones rectoras del Ministerio de Salud, formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; así como dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, entre otros;



S. ALTABÁS

Que, mediante Decreto de Urgencia N° 025-2020 se dictan medidas urgentes y excepcionales destinadas a reforzar el sistema de Vigilancia y Respuesta Sanitaria frente al COVID-19 en el territorio nacional, disponiendo que el Ministerio de Salud, en cumplimiento de su función rectora, es el encargado de planificar, dictar, dirigir, coordinar, supervisar y evaluar todas las acciones orientadas a la prevención, protección y control de la enfermedad producida por el COVID-19, con todas las instituciones públicas y privadas, personas jurídicas y naturales que se encuentren en el territorio nacional, conforme a las disposiciones de la Autoridad Sanitaria Nacional, para lo cual, mediante resolución de su titular, aprueba las disposiciones complementarias para su aplicación e implementación;



V. BOCANGEL

Que, el artículo 119 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, establece que el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades es el órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública, responsable de gestionar los procesos de vigilancia epidemiológica e inteligencia sanitaria, así como demás funciones establecidas en la normatividad vigente;



N. Zerpa

Que, mediante el documento del visto, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades ha propuesto para su aprobación el proyecto de Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad por Coronavirus (COVID-19) en el Perú;



M. LOAYZA

Estando a lo propuesto por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades;

Con el visado del Director General del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, del Jefe del Instituto Nacional de Salud, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, de la Secretaria General, de la Viceministra de Salud Pública y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,



L. CUEVA

De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 26842, Ley General de Salud; el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud; y, el Decreto de Urgencia N° 025-2020, Decreto de Urgencia que dicta medidas urgentes y excepcionales destinadas a reforzar el Sistema de Vigilancia y Respuesta Sanitaria frente al COVID-19 en el territorio nacional;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad por Coronavirus (COVID-19) en el Perú, que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.



C. CABEZAS



S. ALTABÁS



V. BOCANGEL



C. CABEZAS



M. LOAYZA



L. CUEVA



N. Zerpa

Resolución Ministerial

Lima, 31 de MARZO del 2020

Artículo 2.- Encargar al Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, la supervisión, monitoreo, difusión y evaluación de lo dispuesto en la citada Directiva Sanitaria.

Artículo 3.- Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Resolución Ministerial en el portal institucional del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

VÍCTOR ZAMORA MESÍA
Ministro de Salud

DIRECTIVA SANITARIA N° 089 - MINSA/2020/CDC

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

I. FINALIDAD

Contribuir a la contención y control del COVID-19, según escenario de transmisión en el Perú.

II. OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Establecer los lineamientos y procedimientos para la vigilancia epidemiológica del COVID-19 en el país.

2.2 ESPECÍFICOS

- Establecer los procesos, metodología e instrumentos para la vigilancia epidemiológica del COVID-19 en el país.
- Establecer los procedimientos e instrumentos para la vigilancia de COVID-19 en hospitales del país.
- Establecer los procedimientos e instrumentos para la vigilancia de defunciones por COVID-19 en el país.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva Sanitaria es de aplicación obligatoria en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del Sector Salud, ya sean públicas o privadas, a nivel nacional, en tal sentido, incluye a las IPRESS del Ministerio de Salud, de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAs), Gerencias Regionales de Salud (GERESAs) o las que hagan sus veces a nivel regional, Seguro Social de Salud (ESSALUD), de las Sanidades de las Fuerzas Armadas, la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, y a las privadas.



IV. BASE LEGAL

- Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, y su modificatoria.
- Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y su modificatoria.
- Ley N° 26842, Ley General de la Salud, y sus modificatorias.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y su modificatoria.
- Reglamento Sanitario Internacional RSI (2005).

DIRECTIVA SANITARIA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE COVID-19 EN EL PERÚ

- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 005-2012-TR, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 030-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la persona, familia y comunidad (MCI)”.
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba el documento denominado “Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 773-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 048-MINSA/DGPS-V.01 “Directiva Sanitaria para promocionar el lavado de manos social como práctica saludable en el Perú”.
- Resolución Ministerial N° 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”.
- Resolución Ministerial N° 506-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01, que establece la Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública.
- Resolución Ministerial N° 452-2003-SA/DM, que aprueba el “Manual de Aislamiento Hospitalario”.
- Resolución Ministerial N° 1472-2002-SA/DM, que aprueba el “Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria”.

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. Definiciones operativas

5.1.1 Características principales del COVID-19

- a) **Enfermedad:** COVID-19 (Enfermedad por Coronavirus 2019).
- b) **Virus:** SARS-CoV-2 (Síndrome Respiratorio Agudo Severo coronavirus 2).
- c) **Origen del virus:** COVID-19 es una zoonosis. Análisis filogenéticos han identificado al murciélago como reservorio (96% similitud con cepa de coronavirus similar al SARS (BatCov RaTG13), aislada en murciélagos). Hospederos intermedios aún pendientes de identificación.
- d) **Modos de transmisión:** Por gotas respiratorias y fómites durante el contacto cercano sin protección entre personas infectadas y susceptibles. La transmisión por vía aérea no ha sido reportada en COVID-19 en la literatura disponible; sin embargo, puede ocurrir si se realizan procedimientos generadores de aerosoles en las



IPRESS. La eliminación del virus por heces ha sido demostrada en algunos pacientes, y virus viable ha sido reportado en un número limitado de casos. Sin embargo, la ruta fecal-oral no parece ser un mecanismo de transmisión, por lo tanto, su rol y significancia aún está por determinarse.

- e) **Periodo de incubación:** Inicio de síntomas entre 5 a 6 días después de infección, en promedio (Rango: 1 a 14 días).
- f) **Periodo de transmisibilidad:** Desde 4 días antes del inicio de síntomas y puede extenderse hasta 14 días de iniciada la enfermedad.
- g) **Susceptibilidad e inmunidad:** Se estima que no habría inmunidad previa para este virus debido a que su circulación es reciente. Aún se encuentra en investigación si la infección genera inmunidad y protección para futuras infecciones.
- h) **Grupos de riesgo para cuadros clínicos severos y muerte:** Personas mayores de 60 años y personas con comorbilidades: hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar crónica, cáncer, otros estados de inmunosupresión.
- i) **Escenario de transmisión:** Pueden ser:
 - Escenario de primera generación: Cuando el sistema de salud identifica y confirma casos de COVID-19 importados, es decir que adquirieron la enfermedad en un lugar distinto al que notifica.
 - Escenario de segunda generación: Casos de COVID-19 que ocurren en personas que tuvieron contacto directo y cercano con casos importados de COVID-19.
 - Escenario de tercera generación: Casos de COVID-19 que ocurre en personas sin identificar la cadena de transmisión.

5.1.2 Definiciones de caso:

5.1.2.1 Caso sospechoso:

- a) Persona con Infección Respiratoria Aguda, que presente 2 o más de los siguientes síntomas:
 - Tos,
 - Dolor de garganta,
 - Dificultad para respirar,
 - Congestión nasal.
 - Fiebre,

Y



DIRECTIVA SANITARIA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE COVID-19 EN EL PERÚ

- Todo contacto con un caso confirmado de infección por COVID-19, durante los 14 días previos al inicio de los síntomas; o
- Residencia o historial viaje a algún distrito del Perú con presencia de casos autóctonos de COVID-19 en los 14 días previos al inicio de síntomas; o
- Historial de viaje o residencia 14 días previos al inicio de síntomas, en países con transmisión comunitaria.

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

5.1.2.2 Caso probable: Un caso sospechoso con resultado de laboratorio positivo a COVID-19 en una prueba no confirmatoria o con resultado indeterminado.

5.1.2.3 Caso confirmado: Una persona con prueba confirmatoria de laboratorio a infección por COVID-19, independientemente de los signos y síntomas clínicos.

5.1.2.4 Caso descartado: Paciente a quien se le ha descartado por resultado de laboratorio la infección por COVID-19.

5.1.3 Conglomerado de infección respiratoria aguda grave (conglomerado de COVID-19):

Dos o más personas detectadas con inicio de enfermedad dentro de un periodo de 14 días, en el mismo lugar (Institución, barrio, vivienda, entre otros) que:

- Presentan manifestaciones de infección respiratoria aguda grave, o
- Murieron de una enfermedad respiratoria aguda inexplicada.

5.1.4 Eventos desencadenantes para la investigación de posibles casos relacionados con COVID-19.

Son aquellos eventos que requieren una investigación inicial temprana para detectar oportunamente los casos de COVID-19, con la finalidad de interrumpir su cadena de transmisión. Los desencadenantes específicos incluyen:

- Conglomerados de casos de IRAG inexplicables.
- IRAG inexplicable que se presenta en uno o más trabajadores de salud que brindan atención a pacientes con IRAG.
- Cambios en la epidemiología de la mortalidad asociada con la presentación de IRAG, un aumento en las defunciones observadas



por infección respiratoria o un aumento en la incidencia de IRAG en adultos o adolescentes previamente sanos.

- Cambios persistentes observados en la respuesta al tratamiento o en la evolución de una IRAG.

5.1.5 Contacto directo: Incluye cualquiera de las siguientes situaciones:

- Persona que reside en el mismo ambiente de un paciente confirmado de infección por COVID-19 (incluyendo el lugar de trabajo, aula, hogar, asilos, centros penitenciarios, entre otros) a una distancia menor de dos metros.
- Personal de la salud que no ha usado equipo de protección personal (EPP) o no ha aplicado el protocolo para ponerse, quitarse y desechar el EPP durante la evaluación de un caso confirmado por COVID-19.

5.1.6 Cuarentena: Procedimiento por el cual a una persona asintomática se le restringe el desplazamiento fuera de su vivienda por un lapso de 14 días, que se aplica en las siguientes condiciones:

- Contacto de un caso sospechoso, probable o confirmado, a partir del último día de exposición con el caso, independientemente del resultado de las pruebas de laboratorio.
- Personas nacionales o extranjeras, que procedan de países con transmisión comunitaria, contados a partir del ingreso al país o departamento.

5.1.7 Aislamiento domiciliario: Es el procedimiento por el cual una persona sintomática se le restringe el desplazamiento fuera de su vivienda por un lapso de 14 días, contados a partir de la fecha de inicio de síntomas, según:

- Contacto de un caso sospechoso, probable o confirmado, a partir del último día de exposición con el caso, independientemente del resultado de las pruebas de laboratorio.
- Personas nacionales o extranjeras, que procedan de países con transmisión comunitaria.

5.1.8 Aislamiento hospitalario: Procedimiento por el cual una persona sintomática con complicaciones se le mantiene en un área separada de otros pacientes por un lapso de 14 días, contados a partir de la fecha de inicio de síntomas.



5.1.9 Investigación:

Comprende a todos los procedimientos de obtención de evidencias para confirmar o descartar una enfermedad o evento sujeto a vigilancia epidemiológica.

5.1.10 Notificación:

Es la comunicación oficial que realiza el responsable de la vigilancia epidemiológica, o quien haga sus veces, de cualquier unidad notificante, que haya detectado o recibido, y verificado el reporte o comunicación de una enfermedad o evento sujeto a vigilancia epidemiológica. La notificación de una enfermedad o evento a vigilar puede ser inmediata, semanal o mensual, según corresponda.

5.1.11 Notificación individual:

Es aquella que contempla datos nominales por cada individuo, consignadas en el formato de notificación individual.

5.1.12 Red Nacional de Epidemiología (RENACE):

Se denomina así a la red constituida por todo el personal de las IPRESS que realiza actividades de vigilancia epidemiológica en salud pública, investigación, evaluación y análisis de la situación de salud; y, que articulan acciones con los responsables de la prevención y el control.

5.1.13 Brote: Aparición de más casos de los esperados en una área geográfica y tiempo determinado.

5.1.14 Caso primario: Individuo que introdujo la enfermedad en una familia o grupo específico. No es necesariamente el primer caso diagnosticado.

5.1.15 Caso índice: Primer caso en una familia o grupo definido, identificado por el sistema de vigilancia epidemiológica.

5.1.16 Caso secundario: Personas que se infectan por transmisión de persona a persona a partir de casos primarios, con frecuencia familiares.

5.2. La notificación de casos de COVID-19 es de carácter obligatorio en todas las IPRESS señaladas en el ámbito de aplicación de la presente Directiva Sanitaria.



DIRECTIVA SANITARIA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE COVID-19 EN EL PERÚ

- 5.3. El flujo de la notificación se realiza desde el nivel local y nivel regional hasta el nivel nacional, siguiendo los flujos y procesos establecidos en la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01, que establece la Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública”, aprobada por Resolución Ministerial N° 506-2012/MINSA) o la que haga sus veces.
- 5.4. Corresponde a las IPRESS que cuenten con personal de la salud capacitado en Epidemiología, identificar y notificar los brotes de COVID-19, 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 por Resolución Ministerial. N°545-2012/MINSA o la que haga sus veces.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1 Vigilancia epidemiológica del COVID-19

6.1.1 Identificación, registro y flujos de la notificación

- Todo el personal de la salud debe estar capacitado para identificar un caso sospechoso de COVID-19 y reportarlo inmediatamente al responsable de la vigilancia epidemiológica del establecimiento de salud.
- El personal de la salud que brinda la atención del paciente con COVID-19 es responsable de consignar los datos y el diagnóstico según la clasificación CIE 10 (**B97.2 Coronavirus como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos**), en la historia clínica, formatos HIS, libro de emergencia y/o el libro de egresos hospitalarios y, en el caso de defunciones por esta causa, en los certificados de defunción.
- La captación de los casos de COVID-19 se realiza en los servicios de emergencia, consulta externa u hospitalización de las IPRESS y en la comunidad.
- Inmediatamente identificado el caso sospechoso, el personal responsable de la atención procede a registrar el caso a través del llenado de la ficha de investigación clínico epidemiológico de COVID-19 (Anexo 1) y reporta el caso al responsable de la vigilancia epidemiológica de la IPRESS.
- El responsable de vigilancia epidemiológica o quien haga sus veces, coordina y garantiza que se realice la investigación epidemiológica del caso con la correspondiente obtención y envío de la muestra al Laboratorio de Referencia Regional de la DIRIS/ DIRESA/ GERESA, o al Instituto Nacional de Salud (INS), según corresponda.
- El responsable de la vigilancia epidemiología o quien haga sus veces en la IPRESS realiza el control de calidad del llenado de la ficha de



DIRECTIVA SANITARIA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE COVID-19 EN EL PERÚ

investigación clínico epidemiológica de COVID-19 y el seguimiento para completar su llenado o corrección de contenido, según corresponda.

- El responsable de vigilancia epidemiológica de cada IPRESS realiza la notificación inmediata, a través del aplicativo especial de la vigilancia de COVID-19, disponible en: <https://app7.dge.gob.pe/covid19/inicio>.
- El responsable de epidemiología del hospital reporta al Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) diariamente el estado de los casos confirmados hospitalizados por COVID-19.
- Toda defunción por COVID-19 debe ser notificada de manera inmediata al CDC, registrando la defunción en la ficha de investigación clínico epidemiológico de COVID-19 inicialmente llenada y comunicando por la vía más rápida al CDC (correo electrónico, llamada telefónica, WhatsApp, entre otros)
- Todo caso de COVID-19 es investigado por el responsable de la vigilancia epidemiológica de las IPRESS, quien lidera y coordina con el laboratorio de la IPRESS para organizar brigadas dentro de las 48 horas siguientes a su notificación. La investigación comprende los siguientes pasos:
 - Llenado de ficha de investigación clínico epidemiológica de COVID-19.
 - Construcción de la cadena de transmisión.
 - Obtención y envío de muestras para diagnóstico de laboratorio.

6.1.2 Llenado de ficha de investigación clínico epidemiológica.

- Todos los casos cuentan con la Ficha de investigación clínico epidemiológica de COVID-19 (Anexo 1) por triplicado; el original de la ficha queda en la IPRESS.
- El médico o el personal de la salud que atiende el caso, en ausencia del médico, es el responsable del llenado de la información contenida en la precitada ficha de acuerdo a su competencia.
- El responsable de epidemiología hace el control de calidad del llenado de la ficha de investigación clínico epidemiológica y realiza el seguimiento para completar su llenado. El original de la ficha queda en la IPRESS, la primera copia es enviada a la oficina de epidemiología del nivel inmediato superior siguiendo el flujo establecido por la normatividad vigente y la segunda copia se envía con la muestra al laboratorio correspondiente.
- Todas las fichas epidemiológicas de los casos notificados deben ser archivadas por el responsable de epidemiología del establecimiento de salud.



6.1.3 Construcción de la cadena de transmisión:

El responsable de epidemiología o quien haga sus veces en la IPRESS realiza esta actividad con la finalidad de identificar la fuente de infección (caso primario) a partir del caso notificado (caso índice) y realizar el seguimiento a los contactos a partir de los cuales se puede extender la infección en la población (casos secundarios). Se realiza teniendo en cuenta:

a) Identificar la fuente de infección:

Se debe identificar las áreas geográficas por donde se desplazó el caso índice, la asistencia a lugares públicos, actividades académicas, visitas realizadas o recibidas, participación en conglomerados (reuniones familiares, espectáculos públicos, entre otros), rutas y medios de transporte utilizados y otros lugares, con la finalidad de identificar posibles casos de COVID-19.

b) Identificar los contactos y potenciales casos secundarios:

Elaborar la lista de contactos directos en el periodo comprendido en el periodo de transmisibilidad. Dichos contactos se registran en la Ficha de identificación de contactos COVID-19 (Anexo 2). Durante la investigación de casos, se debe intensificar la vigilancia para la identificación de contactos indirectos que puedan convertirse en potenciales casos secundarios.

Las fichas de identificación de contactos son registradas en el aplicativo especial de la vigilancia de COVID-19, disponible en: <https://app7.dge.gob.pe/covid19/inicio>.

c) Seguimiento de contactos:

La identificación de los contactos es responsabilidad del área de epidemiología de las IPRESS haciendo uso de la ficha de identificación de contactos COVID-19 (Anexo 2).

El seguimiento es realizado por el área competente de las DIRIS/ DIRESA/ GERESA, según corresponda. Este seguimiento se realiza en el primer día, a través de una visita domiciliaria, y los siguientes días (hasta completar los 14 días) puede ser realizado a través de llamadas telefónicas.

El seguimiento a los contactos se realiza por 14 días a partir del último día de contacto con el caso confirmado.

6.1.4 Obtención y envío de muestras para diagnóstico de laboratorio

- La obtención de muestra para el diagnóstico de COVID-19 debe ser realizado por un personal de la salud capacitado y aplicando las medidas de bioseguridad correspondientes.



DIRECTIVA SANITARIA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE COVID-19 EN EL PERÚ

- No olvidar que toda información diagnóstica que el laboratorio puede proporcionar, depende en gran medida de la calidad de la muestra recibida.
- Usar el EPP apropiado para la recolección de muestras (precauciones de contacto y gotitas para muestras del tracto respiratorio superior - TRS; además de las precauciones anteriores, adicionar precauciones aéreas para muestras de tracto respiratorio inferior-TRI).
- Se puede obtener muestras tanto del TRS (nasofaríngeo y orofaríngeo) como del TRI (esputo expectorado, aspirado endotraqueal o lavado bronco alveolar) para RT-PCR.
- Se puede elegir recolectar sólo muestras del tracto respiratorio inferior cuando estén fácilmente disponibles (por ejemplo, en pacientes con ventilación mecánica).
- Cuando se recolecte muestras de TRS, utilizar hisopos (Dacrón estéril, no algodón) y medios de transporte adecuados para estudios virales.
- Las muestras deben ser remitidas dentro de las 24 horas de obtenidas y transportadas en cadena de frío (2° a 8°C) hacia el (INS o al Laboratorio de Referencia Regional, según los flujos establecidos para este fin.
- El responsable de laboratorio obtiene la muestra de hisopado nasofaríngeo, según lo siguiente:

Hisopado nasofaríngeo:

- Poner la cabeza del paciente en un ángulo de aproximadamente 70° mirando hacia arriba. En el caso de los menores de edad, el padre, la madre o apoderado debe sujetar la cabeza y brazos del menor.
- Introducir el hisopo de poliéster con mango de aluminio suavemente en una de las fosas nasales, deslizándolo por el piso de la fosa nasal hasta tocar la pared posterior de la faringe.
- Frotar suavemente la faringe haciendo girar el hisopo y dejándolo adentro por unos 10 segundos para obtener una buena cantidad de células epiteliales.
- No introducir el hisopo hacia arriba, siguiendo la forma de la nariz; debe dirigirse hacia atrás, siguiendo el piso de la nariz.
- Cortar el mango del hisopo a una distancia de 3 cm. de la punta y ponerlo en un vial de 0.5 ml. estéril con solución salina estéril.
- Rotular correctamente con el nombre del paciente, fecha y centro de origen (DIRESA, hospital, etc.) y enviar para el análisis de laboratorio.



6.1.5 De la investigación de los casos:

- La investigación clínica epidemiológica se realiza dentro de las 48 horas de identificado el caso sospechoso a través de la ficha de investigación clínico epidemiológica, la cual debe ser llenada por el personal de la salud que realiza la atención del caso y quien realiza la investigación del caso.
- Al inicio de un probable brote de COVID-19, debe tomarse muestra a los casos sospechosos hasta confirmar el brote. Además, se debe determinar la cadena epidemiológica con los primeros casos.
- Las oficinas de epidemiología o la que haga sus veces en la DIRIS/ DIRESA/ GERESA deben realizar las gestiones correspondientes para descartar o confirmar un brote de COVID-19 en el menor tiempo posible.
- Es obligatorio el llenado de las fichas de investigación clínico epidemiológica de todos los casos en todas las IPRESS.
- Después de realizada la investigación se deberá remitir un informe de investigación tal y como se indica en la Directiva N° 047-MINSA/DGE V.01 "Notificación de Brotes, Epidemias y otros eventos de importancia para la Salud Pública", aprobada por Resolución Ministerial. N°545-2012/MINSA o la que haga sus veces.

6.1.6 Clasificación final de casos:

- Se realiza a través de la investigación epidemiológica con criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio.
- Si en la investigación epidemiológica el caso cumple con criterios clínicos y de laboratorio, el caso se clasifica como confirmado por laboratorio.
- Si en la investigación epidemiológica el caso cumple con criterios clínicos, y no cuenta con nexo epidemiológico (contacto directo con caso confirmado) y el resultado es PCR negativo a COVID-19 (con muestra que cumple criterios de calidad), el caso se clasifica como descartado.

6.1.7 Alta de casos y brotes:

Transcurrido 14 días luego del inicio de síntomas el caso estará en condiciones de alta, desde el punto de vista epidemiológico, siempre y cuando clínicamente se haya recuperado. Considerando la evolución clínica, el médico tratante podrá indicar pruebas diagnósticas adicionales y postergar el alta del caso.

Para dar por culminado un brote en un área, se debe evidenciar ausencia de casos de COVID-19 en dos periodos de incubación máximo (28 días) contados a partir del último caso identificado.



6.1.8 Elaboración de informes de investigación:

- Se presenta un informe inicial, de seguimiento y final, en los brotes de COVID-19 investigado, de acuerdo a lo dispuesto en la Directiva N° 047-MINSA/DGE V.01 “Notificación de Brotes, Epidemias y otros eventos de importancia para la Salud Pública”, aprobada por Resolución Ministerial. N°545-2012/MINSA o la que haga sus veces.
- En la investigación de casos en situación de brote se debe consignar la totalidad de casos identificados en el periodo de transmisibilidad.
- En el informe final se realiza la clasificación del caso o el brote según corresponda.

6.2 Vigilancia epidemiológica de casos hospitalizados por COVID-19

- Es realizada por todas la IPRESS que dispongan de capacidad de hospitalización y que reciban casos confirmados de COVID-19, ya sea en áreas diferenciadas, servicios de emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o trauma shock.
- La notificación de todo caso sospechoso de COVID-19 hospitalizado es obligatoria e inmediata y debe realizarse en el más breve plazo (durante el día de conocido el caso).
- El llenado de las fichas es realizado por el personal de las oficinas de epidemiología o inteligencia sanitaria de la IPRESS, en coordinación con los médicos que realizaron la atención de los casos.
- El registro del seguimiento diario de los casos hospitalizados se realiza ingresando a la sección especial de vigilancia epidemiológica en hospitales y defunciones de COVID-19 en el NOTI web. Los datos son ingresados usando el usuario y contraseña asignados a los responsables de la vigilancia epidemiológica, ingresando a la siguiente dirección electrónica: <https://app7.dge.gob.pe/covid19/login>.



6.3 Vigilancia epidemiológica de defunciones por COVID-19

- La notificación de toda defunción por COVID-19 es obligatoria. La notificación de toda defunción por COVID-19 debe realizarse de forma inmediata luego de conocido el caso, sea confirmado o sospechoso.
- Las defunciones que ocurran en hospitales o clínicas privadas deben ser notificadas por las personas de las oficinas de epidemiología, inteligencia sanitaria o quien haga sus veces; mientras que, si las defunciones fueran domiciliarias debe ser realizada por la DIRIS/ DIRESA/ GERESA o quien haga sus veces.
- Las fuentes de datos para el llenado de las fichas de vigilancia de hospitalizaciones y defunciones por COVID-19 (Anexo 3) son las fichas de

DIRECTIVA SANITARIA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE COVID-19 EN EL PERÚ

investigación clínica epidemiológica de COVID-19, las historias clínicas de los casos y certificados de defunción.

- El seguimiento diario se realiza utilizando la sección “Evolución” de la ficha de vigilancia de hospitalizaciones y defunciones por COVID-19.

6.4 Análisis de la información:

6.4.1 Se debe realizar un análisis en tiempo, espacio y persona, que orienten en la detección oportuna de brotes o incrementos por fuera de lo esperado, así como priorizar escenarios para intervenciones de prevención y control.

6.4.2 Se debe complementar el análisis con otras fuentes de información (datos demográficos, determinantes sociales, acceso a servicios de salud, entre otros), para fortalecer el análisis conjunto de situación del COVID-19.

6.4.3 Indicadores de la vigilancia epidemiológica del COVID-19:

La aplicación de los indicadores es de carácter obligatorio por las IPRESS y/o Redes de Salud que tienen población asignada y jurisdicción. Los hospitales referenciales que no tienen población asignada utilizan como denominador para estos indicadores a la población atendida respectiva multiplicada por 100 y según semana epidemiológica. El análisis de los indicadores se debe realizar teniendo en cuenta los grupos de edad.

1) Tasa de Incidencia Acumulada de COVID-19

$$\frac{N^{\circ} \text{ episodios COVID} - 19}{\text{Población total}} \times 10000$$

2) Severidad

$$\frac{N^{\circ} \text{ hospitalizaciones por COVID} - 19}{N^{\circ} \text{ episodios de COVID} - 19} \times 100$$

3) Número total de hospitalizaciones

Recuento del número de hospitalizaciones por COVID_19 al momento del análisis

4) Razón varón/mujer

$$\frac{N^{\circ} \text{ de hospitalizaciones por COVID} - 19 \text{ en varones}}{N^{\circ} \text{ de hospitalizaciones por COVID} - 19 \text{ en mujeres}}$$



5) Porcentaje de casos hospitalizados con comorbilidades

$$\frac{\text{Casos confirmados COVID – 19 hospitalizados con comorbilidades}}{\text{N° casos COVID – 19 hospitalizados}} \times 100$$

Comorbilidades: Obesidad, diabetes, enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar o bronquial crónica, cáncer

6) Porcentaje de casos hospitalizados con evolución desfavorable

$$\frac{\text{N° de casos hospitalizados con evolución favorable}}{\text{Total de casos hospitalizados por COVID – 19}} \times 100$$

7) Porcentaje de casos en ventilación mecánica

$$\frac{\text{N° de casos hospitalizados por COVID – 19 en ventilación mecánica}}{\text{Total de casos hospitalizados por COVID – 19}} \times 10000$$

8) Número de defunciones hospitalarias

Recuento del número de muertes por COVID – 19 al momento del análisis

9) Letalidad

$$\frac{\text{N° defunciones por COVID – 19}}{\text{N° episodios COVID – 19}} \times 100$$

10) Mortalidad

$$\frac{\text{N° defunciones por COVID – 19}}{\text{Población total}} \times 10000$$

**6.5 Difusión de la información**

El CDC emite informes y reportes periódicos de la situación nacional o regional del COVID-19.

Las oficinas de epidemiología de las DIRIS/DIRESA/ GERESA o las que hagan sus veces deben difundir los reportes de la vigilancia a través del medio de comunicación oficial (Boletín Epidemiológico) u otras publicaciones oficiales en forma semanal, impresa o virtual.

VII. RESPONSABILIDADES**7.1. Nivel nacional:**

DIRECTIVA SANITARIA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE COVID-19 EN EL PERÚ

El Ministerio de Salud, a través del CDC es responsable de la difusión de la presente Directiva Sanitaria hasta el nivel regional; así como de brindar asistencia técnica y supervisar su cumplimiento. Asimismo, a través del INS es responsable de capacitar al personal de los laboratorios de referencia regional, así como de proveer de forma oportuna los resultados de laboratorio a los establecimientos de salud donde se obtuvieron las muestras y de proveer en forma diaria la información de los resultados a nivel nacional y en forma oportuna al CDC para la confirmación o descarte de casos.

7.2. Nivel regional:

La DIRIS/ DIRESA/ GERESA o la que haga sus veces en el ámbito regional, a través de la oficina de epidemiología o la que haga sus veces, es responsable de la difusión de la presente Directiva Sanitaria en el ámbito de su jurisdicción, así como de su implementación, asistencia técnica y supervisión de su cumplimiento.

7.3. Nivel local:


Los directores o jefes de los establecimientos de salud públicos y privados, los directores de las Redes de Salud son los responsables de la implementación y aplicación de la presente Directiva Sanitaria.

VIII. ANEXOS

- Anexo 1: Ficha para investigación clínico epidemiológica del COVID-19.
- Anexo 2: Ficha de identificación de contacto - COVID-19.
- Anexo 3: Ficha de vigilancia de hospitalizaciones y defunciones por COVID-19.



Anexo 1

 PERÚ Ministerio de Salud Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades		FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA COVID-19	
I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN			
1. Fecha notificación: ____/____/____			
2. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____			
3. EESS: _____		4. Inst. Adm: <input type="checkbox"/> MINSA <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> Privado	
5. Clasificación del caso: <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Sospechoso			
6. Detectado en punto de entrada: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido			
Si la respuesta es si, fecha: ____/____/____ Lugar _____			
II. DATOS DEL PACIENTE			
7. Apellidos y nombres: _____		N° Teléfono: _____	
8. Fecha de nacimiento: ____/____/____		9. Edad: ____ <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Día	
10. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		DNI/CE/Pasaporte: _____	
INFORMACIÓN DEL DOMICILIO DEL PACIENTE			
13. Dirección de residencia actual: _____		País: _____	
Departamento: _____		Provincia: _____	
		Distrito: _____	
III. CUADRO CLÍNICO			
14. Fecha de inicio de síntomas ____/____/____			
15. Hospitalizado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido			
Si fue hospitalizado, complete la siguiente información:			
16. Fecha de hospitalización: ____/____/____		Nombre del Hospital: _____	
17. Aislamiento: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Fecha de aislamiento: ____/____/____	
18. El paciente estuvo en ventilación mecánica: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido			
19. Evolución del paciente: <input type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/> Falleció <input type="checkbox"/> Desconocido			
20. Fecha de defunción, si aplica: ____/____/____			
21. Síntomas:			
<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Malestar general	<input type="checkbox"/> Dolor Marque todos los que aplica:	
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Muscular	<input type="checkbox"/> Pecho
<input type="checkbox"/> Congestión nasal	<input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos	<input type="checkbox"/> Abdominal	<input type="checkbox"/> Articulaciones
<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> Cefalea		
<input type="checkbox"/> Fiebre/escalofrío	<input type="checkbox"/> Irritabilidad/confusión		
<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____			
22. Signos:			
Temperatura: ____ °C			
<input type="checkbox"/> Exudado faríngeo	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en Rx pulmonar	
<input type="checkbox"/> Inyección conjuntival	<input type="checkbox"/> Disnea/taquipnea		
<input type="checkbox"/> Convulsión	<input type="checkbox"/> Auscultación pulmonar, anormal		
<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____			



DIRECTIVA SANITARIA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE COVID-19 EN EL PERÚ


23. Condiciones de comorbilidad		
<input type="checkbox"/> Embarazo (Trimestre: _____)	<input type="checkbox"/> Pos parto (< 6 semanas)	
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión)	<input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia (incluye VIH)	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	
<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Daño hepático	
<input type="checkbox"/> Enfermedad crónica neurológica o neuromuscular	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica	
<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____	<input type="checkbox"/> Cáncer	
IV. Información de viaje y exposición en los 14 días anteriores a la fecha de inicio de síntomas (antes de informar si es asintomático)		
24. Ocupación		
<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Trabajador de salud	
<input type="checkbox"/> Trabaja con animales	<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____	
<input type="checkbox"/> Trabajador de salud en laboratorio		
25. ¿Ha viajado el paciente 14 días antes de la fecha de inicio de síntomas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido		
26. Si la respuesta es Si, especifique los lugares a los que el paciente viajó:		
País	Ciudad	
1 _____	_____	
2 _____	_____	
3 _____	_____	
27. ¿Ha visitado algún establecimiento de salud en los 14 días antes del inicio de síntomas?		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	Si la respuesta es SI, nombre del EESS _____	
28. ¿Ha tenido El paciente contacto cercano con una persona con infección respiratoria aguda en los 14 días previos al inicio de síntomas? Si la respuesta es si, marque según corresponda:		
<input type="checkbox"/> Entorno de salud	<input type="checkbox"/> Entorno familiar	<input type="checkbox"/> Lugar de trabajo _____
<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____	
29. ¿Ha tenido contacto con un caso confirmado o probable en los 14 días antes del inicio de síntomas?		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido		
Si la respuesta es si, liste los datos de los casos confirmados o probables:		
Caso 1: _____		
Caso 2: _____		
Caso 3: _____		
Si la respuesta es si, marque el entorno, según corresponda:		
<input type="checkbox"/> Entorno de salud	<input type="checkbox"/> Entorno familiar	<input type="checkbox"/> Lugar de trabajo _____
<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____	
Si la respuesta es si, registre el país/departamento/localidad de exposición: _____		
30. ¿Ha visitado algún mercado donde se encuentre animales vivos en los 14 días antes del inicio de síntomas?		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido		
Si la respuesta es si, registre el país/departamento/localidad de exposición: _____		

V. LABORATORIO (Para ser llenado por laboratorio)		
31. Fecha de toma de muestra: ____/____/____		
32. Tipo de muestra: _____	33. Tipo de prueba: _____	
34. ¿Se realizó secuenciamiento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido		
35. Fecha de resultado de laboratorio: ____/____/____		
VI. INVESTIGADOR		
36. Persona que llena la ficha: _____		
37. Firma y sello: _____		



Anexo 2


Ficha de identificación de contacto COVID-19

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



Anexo 3

Ficha de vigilancia de hospitalizaciones y defunciones por COVID-19

 PERÚ Ministerio de Salud		Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades		FICHA DE VIGILANCIA DE HOSPITALIZACIONES Y DEFUNCIONES POR COVID-19	
I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN					
1. Fecha notificación ____/____/____					
2. Clasificación del caso: <input type="checkbox"/> Sospechoso <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Descartado					
II. DATOS DEL PACIENTE					
3. Apellidos y nombres: _____				4. N° Teléfono: _____	
5. Fecha de nacimiento: ____/____/____		6. Edad: _____ <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Días			
7. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino 8 DNI/CE/Pasaporte: _____					
INFORMACIÓN DEL DOMICILIO DEL PACIENTE					
9. Dirección de residencia actual: _____ País: _____					
Departamento: _____		Provincia: _____		Distrito: _____	
III. DATOS DE LA HOSPITALIZACIÓN					
10. Fecha de hospitalización ____/____/____			Fecha de inicio de síntomas ____/____/____		
11. Lugar de hospitalización					
Departamento: _____		Provincia: _____		Distrito: _____	
EESS: _____		12 Inst. Adm: <input type="checkbox"/> MINSAL <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> Privado			
13. Ocupación: _____ 14. Si es trabajador de salud, especificar su profesión: _____					
15. Lugar de trabajo del trabajador de salud:					
Departamento: _____		Provincia: _____		Distrito: _____	
EESS: _____		16. Inst. Adm: <input type="checkbox"/> MINSAL <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> Privado			
17. Diagnóstico de ingreso _____					
IV. EVOLUCIÓN					
18. Servicio de hospitalización <input type="checkbox"/> Sala de aislamiento <input type="checkbox"/> UCI					
19. Uso de ventilación mecánica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
20. Evolución del paciente: <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Desfavorable <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Alta					
21. Fecha de defunción, si aplica: ____/____/____			22. Hora de defunción, si aplica: ____/____/____		
23. Fecha de alta, si aplica: ____/____/____					
VI. INVESTIGADOR					
24. Persona que llena la ficha: _____					
25. Firma y sello: _____					

