



Resolución Directoral

Lima, 11 de Junio del 2020

VISTO:

El Expediente N° 8647-DG-HNAL, el cual contiene el Informe N° 003-OGC-HNAL-2020, el Acta N° 003/2020 del Comité de Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, el Memorandum N° 009-CMHC-2020/HNAL, y la Nota Informativa N° 161-OGC-HNAL-2020, y;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, en sus artículos II y VI del Título Preliminar dispone que la protección de la Salud es de interés público y es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, en condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, con Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, de fecha 13 de marzo del 2018, se aprueba la Norma Técnica N° 139-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", la cual establece que el Comité Institucional de Historias Clínicas tiene la responsabilidad de velar por la calidad del registro de la historia clínica y demás formatos, a través del monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento de la normatividad sobre la historia clínica, así como proponer a la dirección de su institución las acciones a implementarse en base a los resultados de la supervisión y hallazgos del cumplimiento de la normatividad;

Que, a través de la Resolución Directoral N° 074-HNAL/D-2020, de fecha 15 de abril del 2020, se resuelve reconstituir el Comité de Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza;

Que, mediante Resolución Directoral N° 072-2020-DG/HNAL, de fecha 07 de abril del 2020, se aprueba reconstituir el Equipo Técnico para la Prevención, Control y Manejo de pacientes COVID 19;

Que, mediante Informe N° 003-OGC-HNAL-2020, de fecha 30 de julio del 2020, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, solicita a la Presidenta del Comité de Historias Clínicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, la revisión y aprobación del "Formato de Historia Clínica Hospitalización COVID 19", "Evoluciones", "Plan de Trabajo", "Terapéutica", "Triaje Diferenciado COVID 19", del Hospital Nacional Arzobispo Loayza;

Que, mediante Memorandum N° 009-CMHC-2020/HNAL, de fecha 12 de mayo del 2020, la Presidenta del Comité de Historias Clínicas, hace llegar el Acta N° 003/2020 del Comité de Historias Clínicas, donde entre otros documentos, se aprueba el "Formato de Historia Clínica Hospitalización COVID 19", "Evoluciones", "Plan de Trabajo", "Terapéutica", "Triaje Diferenciado COVID 19", del Hospital Nacional Arzobispo Loayza;

Que, mediante resolución Ministerial N° 777-2005/MINSA, se aprueba la modificación del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital nacional Arzobispo Loayza, estableciéndose en su artículo 17 literal f) que es función de la Oficina de Gestión de la Calidad, asesorar en la formulación de las Guías de Práctica Clínica y procedimientos de atención al paciente, por lo que mediante Nota Informativa N° 161-OGC-HNAL-2020, de fecha 13 de mayo del 2020, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite el sustento técnico para la aprobación del "Formato de Historia Clínica Hospitalización COVID 19", "Evoluciones", "Plan de Trabajo", "Terapéutica", "Triaje Diferenciado COVID 19", del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, por lo que solicita se emita la Resolución Directoral de aprobación de los referidos formatos;



Con el visto bueno de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y de la Directora Adjunta del Hospital Nacional Arzobispo Loayza;

De conformidad con las atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N° 1262-2004-MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, modificado por Resolución Ministerial N° 777-2005/MINSA, y la Resolución Viceministerial N° 023-2020-SA/DMVPAS;

SE RESUELVE:

ARTICULO 1°.- Aprobar el formato: "**Historia Clínica Hospitalización COVID-19**", "**Evoluciones**", "**Plan de Trabajo**", "**Terapéutica**", "**Triage Diferenciado COVID-19**", del **Hospital Nacional Arzobispo Loayza**, que como anexo forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO 2°.- Encargar al Equipo Técnico para la Prevención, Control y Manejo de pacientes COVID 19 del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, la implementación, monitoreo, supervisión y cumplimiento de la presente resolución.

ARTÍCULO 3°.- Disponer que la Oficina de Comunicaciones publique la presente Resolución Directoral en el portal de la página institucional del Hospital Nacional "Arzobispo Loayza". (www.hospitalloayza.gob.pe).

Regístrese, comuníquese y publíquese.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"
[Signature]

Dr. JOSÉ HUAMÁN MUÑANTE
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. N° 26736 R.N.E. N° 18941



ESTACIÓN COMPLEMENTARIA PARA ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN COVID - 19

HISTORIA CLÍNICA HOSPITALIZACIÓN COVID 19

FECHA ___/___/2020 HORA: ___:___

I. ANAMNESIS			
FILIACIÓN			
Nombre / Apellidos			
Edad		Sexo	
Tipo de Seguro	SIS <input type="checkbox"/>	PARTICULAR <input type="checkbox"/>	OTRO : _____
Ocupación			
Dirección			
Familiar			
Telefono de Familiar			
Fecha/Hora ingreso			
ENFERMEDAD ACTUAL			
Tiempo de Enfermedad			
Signos y Signos principales:			
Tos	Dolor de garganta	Congestión nasal	Dificultad respiratoria
Hemoptisis	Dolor Torácico	Alza Térmica	Escalofríos
Malestar General	Cefalea	Mialgias	Artralgias
Anosmia	Diarrea	Dolor abdominal	Transtorno de conciencia
Otros:			
ANTECEDENTES			
1. Contacto con pacientes Covid positivos en los últimos 14 días: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
2. Contacto con pacientes con síntomas respiratorios en los últimos 14 días: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
3. Factores de Riesgo			
Diabetes Mellitus	HTA	ICC	ERC
Obesidad	EPOC	Asma	EPID
Cirrosis Hepática	VIH	ACV	Cáncer
Inmunosupresión			
4. Otros antecedentes patológicos			
5. Hábitos nocivos Alcohol Tabaco Drogas			
6. Medicación Habitual SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
7. Alergias SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
8. FUR ___/___/___			
			No aplica

NOMBRES/APELLIDOS	PABELLÓN	CAMA
	Nº H.C	Nº CUENTA

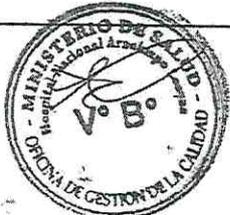




ESTACIÓN COMPLEMENTARIA PARA ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN COVID - 19

II. EXAMEN FÍSICO				
CONSTANTES VITALES				
PA :	mmHg	FC :	lat/min	FR : resp/min
SO ₂ :	%	FIO ₂ :		T: °C
EXAMEN GENERAL				
Piel y anexos	Normal		Anormal	
TCSC				
Sistema Linfático				
EXAMEN REGIONAL				
Cabeza y Cuello	Normal		Anormal	
Tórax y Pulmones	Normal		Anormal	
Cardiovascular	Normal		Anormal	
Abdomen	Normal		Anormal	
Genitourinario	Normal		Anormal	
SNC	Normal		Anormal	
DIAGNÓSTICOS				CIE-10
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
Covid Confirmado (U07.1)				
Covid Probable (U07.2)				
MÉDICO TRATANTE CMP RNE				

NOMBRES/APELLIDOS	PABELLÓN	CAMA
	Nº H.C	Nº CUENTA





Ministerio de Salud

Hospital Nacional Arzobispo Loayza

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

ESTACIÓN COMPLEMENTARIA PARA ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN COVID - 19

EVOLUCIONES

FECHA ___/___/2020

HORA: ___:___

DH _____

S:

Disnea	Leve <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Severa <input type="checkbox"/>
Tos	Dolor de garganta	Congestión nasal	Hemoptisis
Malestar General	Dolor Torácico	Alza Térmica	Escalofríos
Cefalea	Mialgias	Artralgias	Anosmia
Diarrea	Dolor abdominal		

O:

PA :	mmHg	FC :	lat/min	FR :	resp/min	T :	°C
SO ₂ :	%	FIO ₂ :					

Cabeza y Cuello Normal Anormal

Tórax y Pulmones

Aleteo nasal Tiraje Uso músculos accesorios Disociación toracoabdominal Cianosis

Cardiovascular	Normal	Anormal
Abdomen	Normal	Anormal
Genitourinario	Normal	Anormal
SNC	Normal	Anormal

A:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

4. STATUS DEL DIAGNÓSTICO COVID-19* RT-PCR PR No análisis Sospecha Clínica *RT-PCR +/- PR reactivo/no reactivo

5. CONDICIÓN CLÍNICA ESTABLE INESTABLE

P:

Contactó Familiar Llamada Audio MSM

Nombre del familiar contactado _____

Teléfono _____

Mensaje _____

MÉDICO TRATANTE
CMP RNE

NOMBRES/APELLIDOS

PABELLÓN
Nº H.C

CAMA
Nº CUENTA



EL PERÚ PRIMERO



ESTACIÓN COMPLEMENTARIA PARA ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN COVID - 19

EVOLUCIONES

FECHA ___/___/2020

HORA: ___:___

DH _____

S:				
Disnea	Leve <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Severa <input type="checkbox"/>	
Tos	Dolor de garganta	Congestión nasal	Hemoptisis	
Malestar General	Dolor Torácico	Alza Térmica	Escalofrios	
Cefalea	Mialgias	Artralgias	Anosmia	
Diarrea	Dolor abdominal			
O:				
PA :	mmHg	FC :	lat/min	FR : resp/min
SO ₂ :	%	FIO ₂ :		T: °C
Cabeza y Cuello	Normal	Anormal		
Tórax y Pulmones				
Aleteo nasal <input type="checkbox"/>	Tiraje <input type="checkbox"/>	Uso músculos accesorios <input type="checkbox"/>	Disociación toracoabdominal <input type="checkbox"/>	Cianosis <input type="checkbox"/>
Cardiovascular	Normal	Anormal		
Abdomen	Normal	Anormal		
Genitourinario	Normal	Anormal		
SNC	Normal	Anormal		
A:				
1.				4.
2.				5.
3.				6.
4. STATUS DEL DIAGNÓSTICO COVID-19* RT-PCR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> No análisis <input type="checkbox"/> Sospecha Clínica <input type="checkbox"/> *RT-PCR +/- PR reactivo/no reactivo				
5. CONDICIÓN CLÍNICA ESTABLE <input type="checkbox"/> INESTABLE <input type="checkbox"/>				
P:				
Contactó Familiar Llamada <input type="checkbox"/> Audio <input type="checkbox"/> MSM <input type="checkbox"/>				
Nombre del familiar contactado _____				
Teléfono _____				
Mensaje _____				
				MÉDICO TRATANTE
				CMP RNE

NOMBRES/APELLIDOS	PABELLÓN	CAMA
	Nº H.C	Nº CUENTA





ESTACIÓN COMPLEMENTARIA PARA ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN COVID - 19

PLAN DE TRABAJO

FECHA ___/___/2020 HORA: ___:___

EXÁMEN DE LABORATORIO		Rutina <input type="checkbox"/>	Emergencia <input type="checkbox"/>	
Gabinete 1: Admisión		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo - Glucosa, urea, creatinina - Gases arteriales y pH, electrolitos (Na, K, Cl, Ca⁺⁺) - Proteínas totales y fraccionadas - TGO, TGP, - Fosfatasa alcalina - Dímero D 	<ul style="list-style-type: none"> - TP, TTP - Ferritina - DHL - CPK total, CPK MB - Troponina - Proteína C Reactiva - VIH1-VIH2 - Ag.HBs, VDRL - Exámen completo de orina - Procalcitonina 	Gabinete 2: Caso Leve-Moderado <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo - Creatinina - Gases arteriales y electrolitos (Na, K, Cl, Ca⁺⁺) - TGO, TGP <ul style="list-style-type: none"> - Dímero D - Ferritina - DHL - CPK total - CPK MB 		
<ul style="list-style-type: none"> - RT-PCR hisopado - Prueba rápida COVID-19 		Gabinete 3: Caso Severo <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo - Glucosa, creatinina - Gases arteriales y electrolitos (Na, K, Cl, Ca⁺⁺) - TGO, TGP - Dímero D - TP, TTP <ul style="list-style-type: none"> - Ferritina - DHL - CPK total, CPK MB - Troponina T - Examen completo de orina - Procalcitonina - Hemocultivo 		
Hemograma completo	202.20.010	Fosfatasa alcalina	202.10.025	
Glucosa	202.10.031	Deshidrogenasa Láctica (DHL)	202.10.020	
Urea	202.10.047	CPK Total	202.10.017	
Creatinina	202.10.018	CPK MB	202.10.010	
Gases arteriales y pH	202.10.028	Troponina T	202.30.095	
Electrolitos (Na, K, Cl, Ca ⁺⁺)	202.10.022	Perfil cardíaco (CPK MB, troponina I, mioglobina)	202.70.017	
Magnesio	202.10.039	Proteína C Reactiva	202.10.040	
Proteínas Totales y Fraccionadas	202.10.041	VIH1-VIH2 Anticuerpos (Elisa)	202.30.098	
TGO	202.10.043	Ag.HBs (Australiano)	202.30.022	
TGP	202.10.044	VDRL	202.30.097	
Dímero D	202.21.001	Exámen completo de orina	202.11.009	
Tiempo de Protrombina (TP) INR	202.21.006	Procalcitonina	202.30.075	
TTP	202.21.009	Hemocultivo	202.40.019	
Fibrinógeno	202.21.003			
Ferritina	202.30.050			
RT-PCR hisopado (Completar Ficha epidemiológica)		Prueba rápida COVID-19 (Completar Ficha epidemiológica)		
RADIOLOGÍA				
Rx Tórax	601.10.575	TAC Tórax	504.11.030	
Ecografía Tórax	504.11.005	Evaluación Cardiovascular + EKG	104.20.002	
INTERCONSULTA:				
Especialidad:	Motivo de Interconsulta	Funciones Vitales		Antecedentes
	Edad:	PA	mmHg	
		FC	Lat/min	
		FR	Resp/min	
		SO ₂	%	
		FI02		
		T	°C	
	Edad:	PA	mmHg	
		FC	Lat/min	
		FR	Resp/min	
		SO ₂	%	
		FI02		
		T	°C	

NOMBRES/APELLIDOS

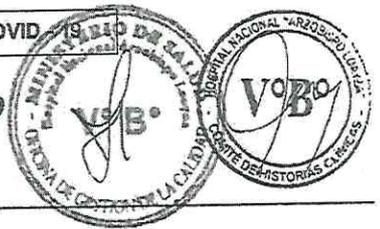
PABELLÓN
Nº H.C

CAMA
Nº CUENTA



ESTACIONES COMPLEMENTARIAS PARA LAS ÁREAS DE EXPANSIÓN COVID

TRIAJE DIFERENCIADO COVID 19



FECHA ___/___/2020 HORA: ___:___

SOSPECHOSO SI NO

- a. Persona con **INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA**, que presente dos o más de los siguientes síntomas:
- 1 Tos, dolor de garganta, dificultad para respirar, congestión nasal, fiebre
 - 2 Contacto con un caso confirmado de infección por COVID-19, dentro de los 14 días previos al inicio de los síntomas, a ciudades del Perú con transmisión comunitaria de COVID-19; o
 - 3 Residencia o historial de viaje dentro de los 14 días previos al inicio de síntomas
 - 4 Historial de viaje fuera del país dentro de los 14 días previos al inicio de síntomas
- b. Persona con **INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)**
- 1 Fiebre superior a 38°C, tos, dificultad respiratoria y que requiere hospitalización.

FACTORES DE RIESGO SI NO

- 1 Mayor de 60 años
- 2 HTA
- 3 Enfermedades Cardiovasculares
- 4 Diabetes
- 5 Obesidad
- 6 Asma
- 7 Enfermedad Respiratoria Crónica
- 8 Insuficiencia Renal Crónica
- 9 Inmunosupresión

TIEMPO DE ENFERMEDAD _____

CONSTANTES VITALES	PA :	mmHg	FC :	lat/min	FR :	resp/min
	T :	°C	SO ₂ :	%	FIO ₂ :	

DIAGNÓSTICO	DEFINICIONES	DESTINO	PLAN
<input type="checkbox"/> CASO LEVE	IRA con 2 de los siguientes <u>síntomas y signos</u> : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 Tos <input type="checkbox"/> 2 Malestar general <input type="checkbox"/> 3 Dolor de garganta <input type="checkbox"/> 4 Fiebre <input type="checkbox"/> 5 Congestión nasal <input type="checkbox"/> 6 Otros: _____ 	HORA: ___:___ <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> 1 Aislamiento domiciliario <input type="checkbox"/> 2 Villa Olímpica	<input type="checkbox"/> TRATAMIENTO <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 Paracetamol <input type="checkbox"/> 2 Clorfeniramina <input type="checkbox"/> 3 Azitromicina <input type="checkbox"/> 4 Ivermectina <input type="checkbox"/> RECOMENDACIONES GENERALES <input type="checkbox"/> MONITOREO DOMICILIARIO
<input type="checkbox"/> CASO MODERADO	IRA que cumple con alguno de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 Disnea o dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> 2 FR >22 resp por minuto <input type="checkbox"/> 3 Alteración del nivel de conciencia (desorientación, confusión) <input type="checkbox"/> 4 Hipotensión arterial o shock <input type="checkbox"/> 5 Signos clínicos y/o radiológicos de neumonía <input type="checkbox"/> 6 Recuento linfocitario menor de 1000 células/uL 	HORA: ___:___ <input type="checkbox"/> 1 CARPA 2 Observación <input type="checkbox"/> 2 CARPA 3 Trauma Shock <input type="checkbox"/> 3 FALLECIDO	PRUEBA RÁPIDA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha : _____ Resultado: IgM _____ IgG _____ RT-PCR SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha : _____ Resultado: _____ ECOGRAFÍA TORÁX SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha : _____ Resultado : _____
<input type="checkbox"/> CASO SEVERO	IRA con 2 o más de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 FR > 22 respiraciones por minuto o PaCO₂ < 32mmHg <input type="checkbox"/> 2 Alteración del nivel de conciencia <input type="checkbox"/> 3 PA sistólica < 100 mmHG o PAM < 65mmHg <input type="checkbox"/> 4 PaO₂ < 60 mmmHg o PaFi < 300 <input type="checkbox"/> 5 Signos clínicos de fatiga muscular <input type="checkbox"/> 6 Lactato sérico > 2 mosm/L 		MEDICO TRATANTE CMP RNE

NOMBRES/APELLIDOS		EDAD	
DIRECCIÓN		DNI	
CONTACTO		TELÉFONO	