



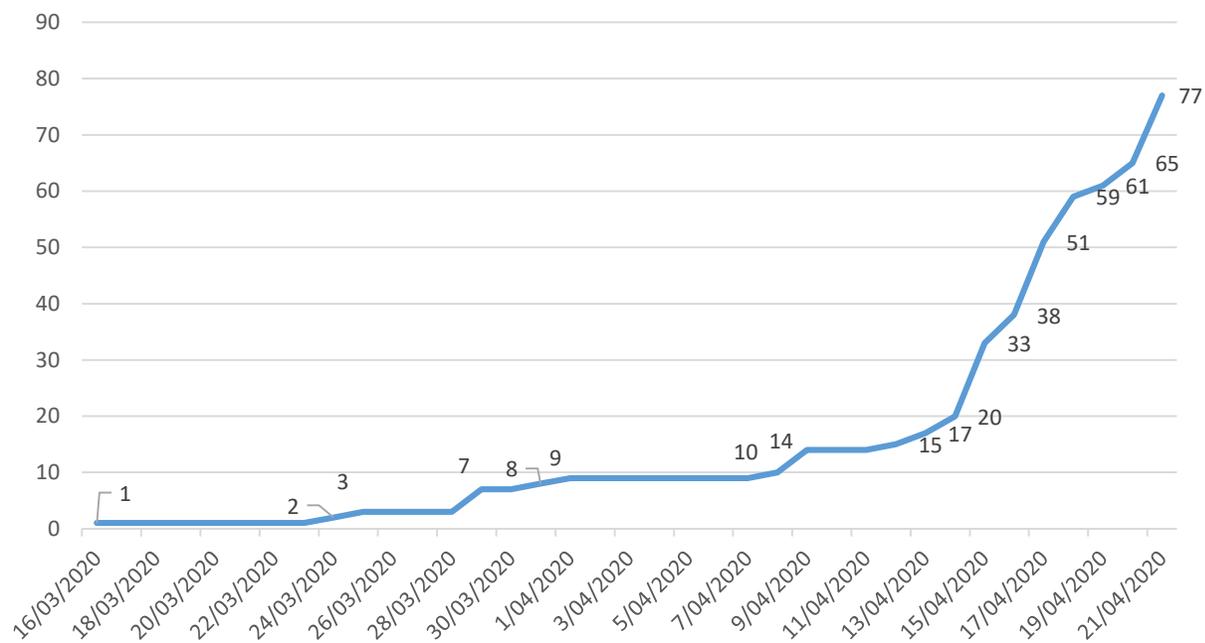
GESTIÓN DE HOSPITALES PARA ATENCIÓN DE COVID19

Equipo técnico voluntario:

- Ina Vigo – Docente Asociada de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. G&C Salud y Desarrollo SRL.
- Jacqueline Alcalde – Investigadora en Ciencias Médicas. Instituto Nacional de Salud Pública de México.
- Alfonso Nino – Director de la Escuela de Salud Pública - Universidad Peruana Cayetano Heredia

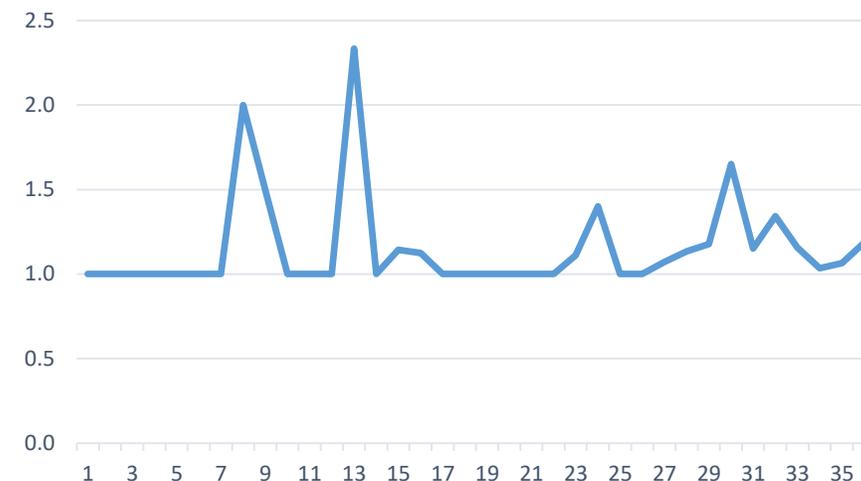
SITUACIÓN A NIVEL REGIONAL

CASOS CONFIRMADOS COVID 19 - CAJAMARCA



Fuente: DIRESA CAJAMARCA

INDICE DE CONTAGIO (IR)



- ❑ Tasa de muestras positivas ha pasado de 1.3% a 5.4% en 37 días. Nacional 11.45%
- ❑ Promedio de días en que se duplican los casos: 6
- ❑ Índice de contagio: 1.2 (se busca que esté debajo de 1)
- ❑ Letalidad: 2.71 . Nacional 2.74

IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES - REGIÓN

	Criterios	21/04/2020	27/04/2020	3/05/2020	9/05/2020	15/05/2020	21/05/2020
TOTAL CASOS COVID-19 (1)		77	154	308	616	1232	2464
Requieren hospitalización (Camas)	11% (1)	8	17	34	68	136	271
Requieren ventilación (UCI)	18% (2)	2	3	6	12	24	49
Letalidad en Cajamarca (serv. funerarios)	3% (3)	2	5	9	19	37	75
Letalidad Promedio en regiones	4% (4)	3	7	13	27	54	108

(1) Casos estimados considerando el índice de duplicación cada 6 días

(2) 11% de casos confirmados requiere hospitalización a nivel nacional

(3) 18% de los hospitalizados requieren UCI en Perú

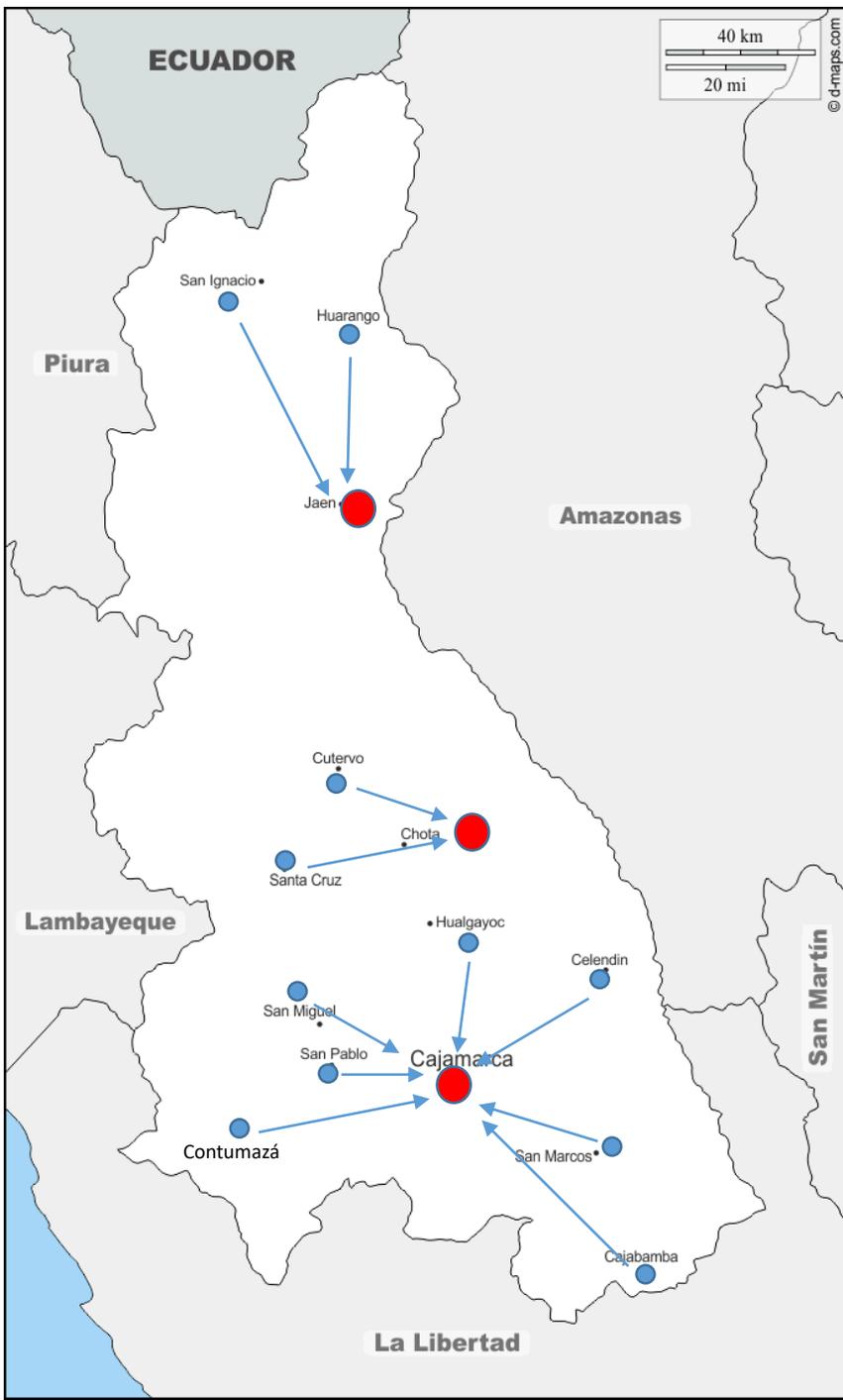
(4) Tasa de letalidad actual para Cajamarca

(5) Tasa de letalidad promedio actual a el nivel nacional

ESTIMACIÓN DE NECESIDAD DE RECURSOS POR PROVINCIAS

CASOS POR PROVINCIAS	Criterios	21/04/2020	27/04/2020	3/05/2020	9/05/2020	15/05/2020	21/05/2020
CAJAMARCA		28	56	112	224	448	896
CONTUMAZA		1	2	4	8	16	32
CUTERVO		1	2	4	8	16	32
HUALGAYOC		1	2	4	8	16	32
SANTA CRUZ		18	36	72	144	288	576
CHOTA		10	20	40	80	160	320
JAEN		16	32	64	128	256	512
SAN IGNACIO		2	4	8	16	32	64
REQUERIMIENTOS							
Camas Cajamarca	11%	3	6	12	25	49	99
Camas Contumazá	11%	0	0	0	1	2	4
Camas Cutervo	11%	0	0	0	1	2	4
Camas Hualgayoc	11%	0	0	0	1	2	4
Camas Santa Cruz	11%	2	4	8	16	32	63
Camas Chota	11%	1	2	4	9	18	35
Camas Jaén	11%	2	4	7	14	28	56
San Ignacio	11%	0	2	4	9	18	35
Ventiladores Jaén	18%	0	1	2	4	8	16
Ventiladores Chota	18%	1	1	2	5	9	18
Ventiladores Cajamarca	18%	1	1	2	5	10	19

Nota: La estimación de camas y UCIs puede variar en función del número de pacientes recuperados



RED HOSPITALIZACION COVID

ESTABLECIMIENTOS	CAMAS	UCI CON VM	AMBULANCIA EQUIPADA
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA *	30	10	1
HOSPITAL SIMON BOLIVAR*	70	20	1
HOSPITAL SOTO CADENILLAS CHOTA	40	20	1
HOSPITAL DE APOYO CELENDIN	10		1
HOSPITAL DE APOYO BAMBAMARCA	10		1
HOSPITAL DE APOYO BELLAVISTA	10		1
HOSPITAL VIRGEN DEL ROSARIO CAJABAMBA	10		1
HOSPITAL SANTA MARIA CUTERVO	10		1
CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL	10		1
CENTRO DE SALUD SAN MARCOS	10		1
CENTRO DE SALUD SAN PABLO	10		1
CENTRO DE SALUD CONTUMAZA	10		1
CENTRO DE SALUD SANTA CRUZ	10		1
HOSPITAL GENERAL DE JAEN *	60	20	1
CENTRO DE SALUD SAN IGNACIO	40		1
TOTAL	340	70	15

Los hospitales con UCI atienden casos complejos y UCI, los demás establecimientos casos moderados y refieren en ambulancias equipadas con cápsulas de aislamiento

DISPOSICIONES GENERALES

El Gobierno Regional debe disponer que:

- Todos los recursos locales, instalaciones sanitarias, camas ventiladores, equipos de oxigenoterapia sean de cualquiera de los subsectores: gobierno regional, EsSalud, FFAA y PP y privado (previa concertación) se ponen a disposición de la lucha contra la epidemia.
- Las gerencias de redes o el coordinador de comando COVID en cada provincia es responsable de implementar los servicios de atención COVID en hospitales y primer nivel de atención con respaldo de la DIRESA
- Para cubrir la brecha de recursos humanos a nivel hospitalario se convocará a los médicos, enfermeras y técnicos de enfermería de los establecimientos hospitalarios de todos los subsectores gobierno regional, EsSalud, FFAA y PP y privado (previa concertación) y de ser necesario a médicos de primer nivel con mayor experiencia.
- Para cubrir las plazas que se desplacen de primer nivel a hospitales se cubrirán contratando a personal serums y egresados de las carreras de salud a nivel local, para lo cual se coordinará con los colegios para agilizar su colegiatura.

AREAS DE INTERVENCION

- 1 Equipo COVID a nivel hospitalario
- 2 Organización del área física
- 3 Recursos humanos
- 4 Gestión de equipos, insumos y productos farmacéuticos
- 5 Seguridad del personal
- 6 Protocolos y procedimientos
- 7 Articulación con la red de primer nivel de atención
- 8 Comunicación con familiares de pacientes

1. Equipo COVID en el hospital

ROL	FUNCIONES
DIRECTOR(A) HOSPITAL /DIRECTOR ADJUNTO	<ul style="list-style-type: none">• Monitorea a los responsables de cada unidad cada 24 horas Coordina con el equipo de COVID-operativo de la Dirección Regional de Salud• Organiza el hospital y asigna tareas para la atención de pacientes COVIS-19• Lidera la comunicación interna entre áreas y la comunicación externa para medios de comunicación
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA	<ul style="list-style-type: none">• Coordina con la unidad de epidemiología del nivel regional para disponer de información sobre el numero de pacientes hospitalizados por COVID-19 según estado (intermedio y critico)• Provee de información a todas los integrantes del equipo
JEFE DE MEDICINA INTERNA	<ul style="list-style-type: none">• Organiza zonas para la atención de pacientes COVID considerando flujos para evitar contaminar a otras áreas y personal de salud• Monitorea la disponibilidad de equipos de protección para personal de salud, disponibilidad de camas• Organiza personal medico para la atención de pacientes COVID hospitalizados (1ra, 2da y 3ra línea)• Socializa los protocolos de atención para pacientes COVID
JEFE DE EMERGENCIA	<ul style="list-style-type: none">• Organiza la atención de emergencia y los flujos de atención flujos para evitar contaminar a otras áreas y personal de salud• Monitorea la disponibilidad de equipos de protección para personal de salud, disponibilidad de camas• Organiza personal medico para la atención de pacientes COVID hospitalizados (1ra, 2da y 3ra línea)

1. Equipo COVID en el hospital

ROL	FUNCIONES
JEFE DE CUIDADO INTENSIVOS	<ul style="list-style-type: none">• Organiza zonas para la atención de pacientes COVID en las UCI considerando flujos para evitar contaminar a otras áreas y personal de salud• Monitorea la disponibilidad de equipos de protección para personal de salud, disponibilidad de camas
JEFATURA DE ENFERMERIA	<ul style="list-style-type: none">• Organiza al equipo de enfermeras para la atención de pacientes COVID• Organiza personal de enfermería para la atención de pacientes COVID hospitalizados (1ra, 2da y 3ra línea)
UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS	<ul style="list-style-type: none">• Determina la política de incentivos para el personal involucrado a pacientes COVID-19• Realiza seguimiento al cumplimiento de normatividad para la seguridad del personal de salud• Promueve la capacitación a personal de salud para atención a pacientes COVID a nivel hospitalario• Establece los turnos recambios y ausencias de personal
UNIDAD DE SERVICIO GENERALES	<ul style="list-style-type: none">• Organiza los servicios de limpieza, alimentación y otros asegurando medidas de seguridad para los trabajadores

2. Organización del área física

Ingreso exclusivo señalizado

El hospital/centro de salud deben establecer una zona de atención COVID relativamente independiente que incluya una entrada exclusiva con un letrero visible.

Zona de circulación del personal

Tres zonas y dos pasajes con flujo diferente a los pacientes

Una zona contaminada

Una zona potencialmente contaminada

Una zona limpia

Se debe equipar un pasaje independiente para artículos contaminados

Configurar una zona visible para la entrega en un solo sentido de artículos desde una zona potencialmente contaminada a una sala de aislamiento (zona contaminada)

Zona de atención

Zonas separadas de diagnóstico y tratamiento

Pre examen y triaje

Laboratorio

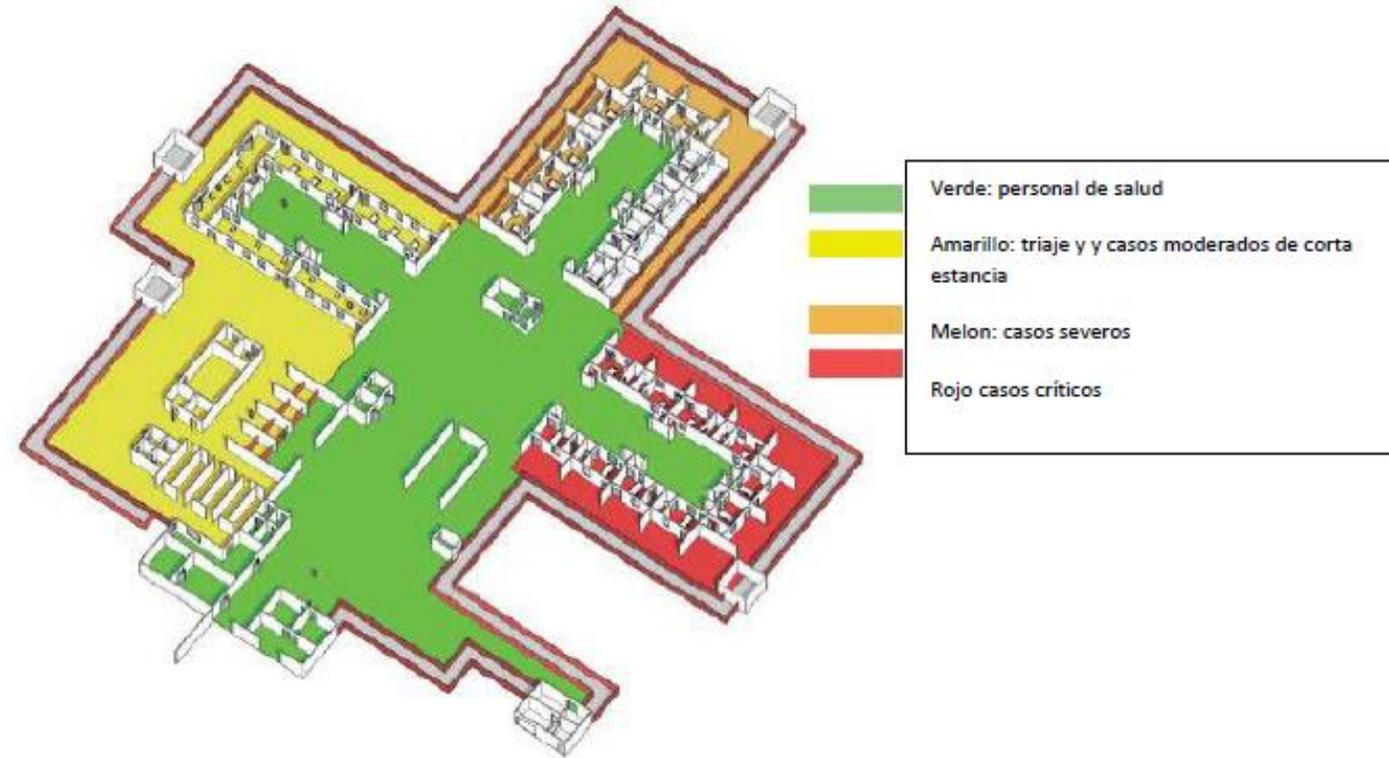
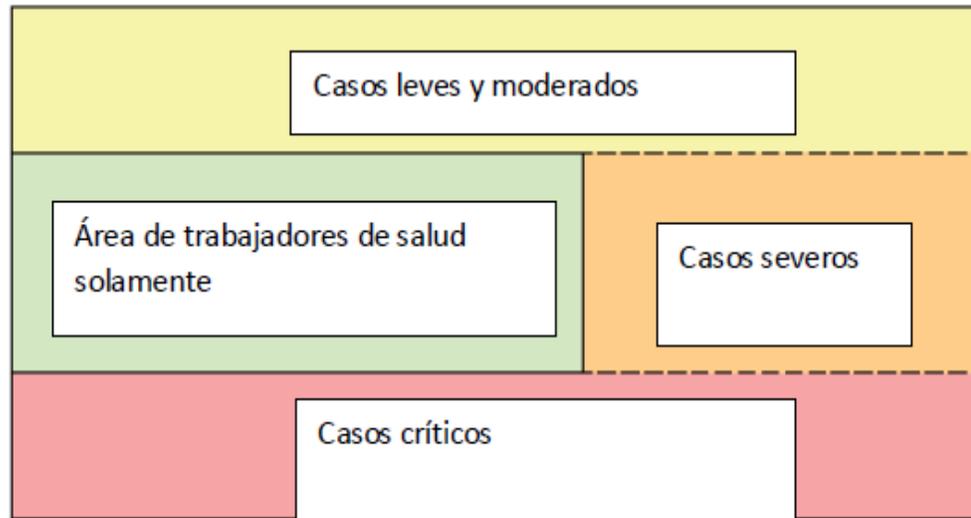
Zona de pacientes sospechosos

Zona de pacientes positivos en observación

Zona de cuidados intensivos

2. Organización del área física

Disposición básica del centro de tratamiento de infecciones respiratorias agudas graves



2. Organización del área física - UCI

- El acabado de la superficie de los pisos, cielos rasos y muros en todas las áreas y ambientes, deberán ser impermeables y permitir procesos de lavado y desinfección y los mesones deberán estar recubiertos de materiales lisos, impermeables y resistentes y permitir procesos de lavado y desinfección, adicionalmente se debe verificar:
- Instalaciones eléctricas que garanticen suplencia y condiciones técnicas de seguridad para los equipos biomédicos.
- Instalaciones hidráulicas y sanitarias.
- Reserva de agua que garantice el suministro por 24 horas.
- Sistema básico de ventilación con suministro y extracción de aire, lo cual permite recambios.
- Dotación cubículo paciente en estado crítico.
 - Ventilador.
 - Monitor de signos vitales.
 - Cama tipo UCI.
 - Bomba de Infusión.
 - Adicionalmente debe tener la disponibilidad de desfibrilador y carro de paro.

3. Recursos Humanos – Criterios de programación UCI

MEDICOS INTENSIVISTAS

En turno ordinario:

- Máximo un intensivista para cada 3 pacientes.
- En caso la UCI se vea sobrepasada por el número de casos y el número de Médicos Especialistas en Medicina Intensiva sea insuficiente, se incorporará otros médicos que contarán con la supervisión y coordinación de un intensivista. Esto puede incluir tanto a médicos de otras especialidades como anestesiología, medicina interna y residentes cualquier otra especialidad.

En guardia nocturna:

- Un mínimo de 2 intensivistas o 1 intensivista más un residente de 4º a 5º año de Medicina Intensiva por cada 12 camas.
- En caso la UCI se vea sobrepasada por el número de casos y el número de Médicos Especialistas en Medicina Intensiva sea insuficiente, se incorporará ayuda de otros médicos que contarán con la supervisión y coordinación de un intensivista. Esto puede incluir tanto a médicos de otras especialidades como a residentes de cualquier otra especialidad.

3. Recursos Humanos – Criterios de programación UCI

ENFERMERAS

- La relación habitual debe ser de 1 enfermera por turno y por cada dos pacientes críticos (hasta 1:4 en UCIM), con un refuerzo de 1 enfermera por cada 4-6 camas que sirva de apoyo para los momentos de máxima carga de trabajo (decúbito prono, intubación, realización de técnicas especiales, traslados, etc.) y para posibles sustituciones en caso de bajas durante los turnos de trabajo.
- La enfermera de apoyo debe ser un profesional experimentado que pueda suplir la menor experiencia y conocimientos de otros profesionales

TECNICOS ASISTENCIALES

Se precisará una auxiliar de enfermería por cada 4 camas, con un refuerzo por turno cada 8-12 camas para organización y limpieza de material y apoyo y sustitución de sus compañeras.

- Si pudieran concentrarse pacientes con menor gravedad y en fase de recuperación con PCR negativa, podría dedicarse personal de enfermería reubicado de otras actividades con la supervisión y apoyo de enfermería experimentada en el tratamiento de pacientes críticos.

OTRO PERSONAL

- Dada la sobrecarga asistencial que esta pandemia puede conllevar, se planteará la posibilidad de incrementar el número de celadores adscritos a UCI, bien de una manera continuada o puntual (por ejemplo, para el manejo del paciente ventilado en decúbito prono).
- De igual manera es imperativo un amplio refuerzo del personal de limpieza ante el gran incremento en complejidad y frecuencia de las medidas de limpieza habituales. Pudiera ser necesario modificar el horario de los profesionales.

3. Recursos Humanos – Capacitación e Incentivos

- Todo el personal que laborará en los establecimientos debe ser capacitado en los protocolos de atención establecidos por la autoridad.
- Capacitar a otro personal médico , clínicos , infectólogos en el manejo de equipos y manejo de casos medianos y complejos
- Así mismo se colocarán flujogramas de atención en cada sala según las atenciones que les corresponda.
- El personal será permanentemente actualizado según se vayan publicando nuevas evidencias que aporten al tratamiento de los casos.
- Todo el personal que labore en la lucha contra el COVID recibirá las bonificaciones establecidas por el estado.
- El personal recibirá apoyo para el traslado desde el lugar donde se aloje hasta el hospital.
- Los equipos deben ser rotados y permanecer en exposición por un periodo máximo de 15 días (modalidad 15 x 15).

4. Gestión de equipos, insumos y productos farmacéuticos

- Determinar el stock necesario para la atención de pacientes COVID que requieren cuidados intermedios y cuidados intensivos para un lapso de 8 semanas, recordando que son equipos de un solo uso.
 - Equipos e insumos: Ventiladores, equipos intravenosos y productos farmacéuticos.
 - Equipo de protección personal (mascarillas, respiradores, batas, guantes, protección ocular y productos para la higiene de las manos) que se necesitarían durante un brote de ocho semanas como mínimo.
- Monitorea cantidades de gasto de suministros médicos consumibles, incluido (mascarillas, batas, guantes y protección ocular) para tener información de disponibilidad de material consumible.
- Informa diariamente de la disponibilidad de equipos , insumos y productos farmacéuticos al coordinador del equipo COVID hospitalario.
- Orienta la disposición segura del material utilizado o contaminado.

5. Seguridad del personal

Gestión del flujo de trabajo

- Antes de trabajar en la zona COVID, el personal debe recibir una capacitación estricta y evaluaciones para asegurarse de que sepan ponerse y quitarse el equipo de protección personal. Deben aprobar dichas evaluaciones antes de que se les permita trabajar en estas salas.
- El personal debe dividirse en diferentes equipos. Cada equipo debe mantenerse un máximo de 4 horas en las salas de aislamiento.
- Organizar el tratamiento, examen y desinfección de cada equipo como grupo para reducir la frecuencia de personal que entra y sale de las salas de aislamiento
- Antes de salir del servicio el personal debe lavarse y llevar regímenes de higiene personal para evitar la infección de sus vías respiratorias y mucosas.

Manejo de la salud del personal

- El personal en primera línea (asistencial, de soporte y administrativo) de preferencia debe vivir en un alojamiento aislado y no salir sin autorización.
- Se proporcionará una dieta nutritiva para mejorar la inmunidad del personal.
- Monitoreo y registro del estado de salud del personal: temperatura, síntomas respiratorios, problemas psicológicos o fisiológicos.
- Cuando concluyan su trabajo se someterán a pruebas moleculares y si es negativo deberán continuar con aislamiento por 14 días bajo observación antes de ser dados de alta bajo observación médica.
- ¡Cuidarse unos a otros!

5. Seguridad del personal: Equipos de protección

Nivel de Protección	Equipo de Protección	Ámbito de aplicación
Nivel I	<ul style="list-style-type: none"> • Gorro quirúrgico desechable • Mascarilla quirúrgica desechable • Uniforme de trabajo • Guantes de látex desechables y / o ropa de protección desechable si es necesario 	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificación previa al examen, departamento general para pacientes ambulatorios
Nivel II	<ul style="list-style-type: none"> • Gorro quirúrgico desechable • Máscara protectora médica (N95). • Uniforme de trabajo • Uniforme de protección médica desechable • Guantes de látex desechables • Gafas de protección 	<ul style="list-style-type: none"> • Departamento ambulatorio de fiebre • Área de la sala de aislamiento (incluyendo Unidad de Cuidados Intensivos) • Examen de muestras no respiratorias de pacientes sospechosos/confirmados • Examen de imagen de pacientes sospechosos/confirmados • Limpieza de instrumental quirúrgico utilizado con pacientes sospechosos / confirmados
Nivel III	<ul style="list-style-type: none"> • Gorro quirúrgico desechable • Máscara protectora médica (N95). • Uniforme de trabajo • Uniforme de protección médica desechable • Guantes de látex desechables • Dispositivo de protección respiratoria de cara completa o respirador purificador de aire motorizado 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando el personal realiza operaciones tales como intubación traqueal, traqueotomía, broncofibroscopia, endoscopia gastroenterológica, etc. durante las cuales, el paciente sospechoso/confirmado pueden rociar o salpicar secreciones de las vías respiratorias o fluidos corporales/sangre. • Cuando el personal realiza cirugía y autopsia a pacientes confirmados / sospechosos • Cuando el personal realiza NAT para COVID-19

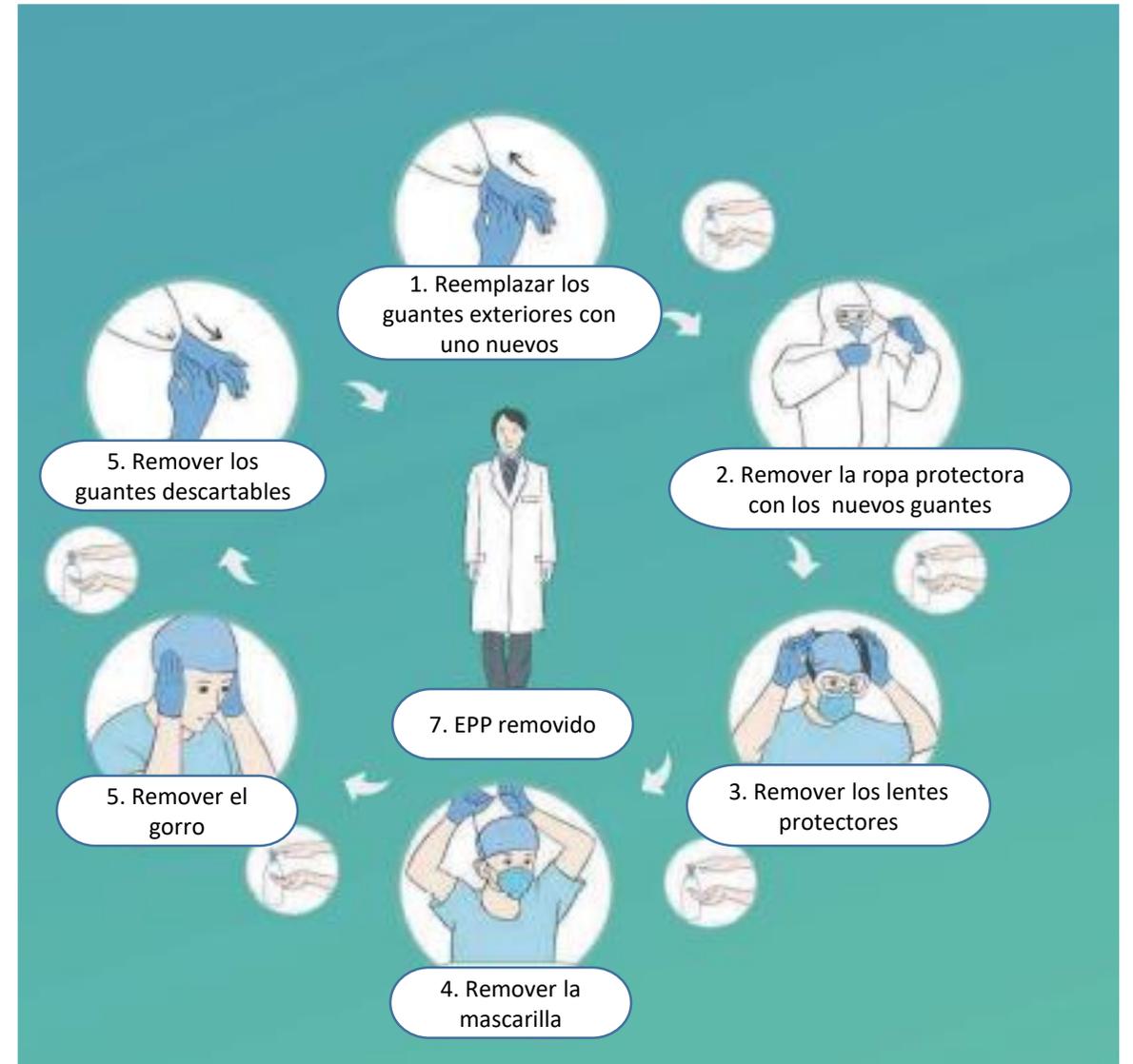
(*) LIANG Tingbo y Cols. Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment. The first Affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine. China

5. Seguridad del personal: Equipos de protección

RM 139-2020-MINSA

USUARIO	EQUIPO DE PROTECCIÓN
Paciente sintomático respiratorio y acompañante	<ul style="list-style-type: none">• Mascarilla quirúrgica simple
Personal administrativo y vigilancia	<ul style="list-style-type: none">• Uniforme de trabajo• Mascarilla quirúrgica descartable
Personal de salud en las áreas de atención de COVID	<ul style="list-style-type: none">• Gorro quirúrgico desechable• Respirador N95**• Lentes protectores con ventosa• Mandilón descartable• Guantes de látex descartables
Personal de salud en las áreas de atención de COVID donde se generan aerosoles	<ul style="list-style-type: none">• Gorro quirúrgico desechable• Respirador N95**• Lentes protectores con ventosa, máscara o protector facial• Mandilón descartable o traje especial (mameluco)• Guantes de látex descartables

5. Seguridad del personal: Equipos de protección



Protocolos y procedimientos

Criterios de detección de casos sospechosos de COVID-19 (*)

<p>HISTORIA EPIDEMIOLÓGICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Dentro de los 14 días previos al inicio de la enfermedad, el paciente tiene un historial de viaje o residencia en los países o regiones de alto riesgo; Dentro de los 14 días previos al inicio de la enfermedad, el paciente tiene antecedentes de contacto con personas infectadas con SARS-CoV-2 (aquellos con un resultado NAT positivo); Dentro de los 14 días previos al inicio de la enfermedad, el paciente tuvo contacto directo con pacientes con fiebre o enfermedades respiratorias en regiones o países de alto riesgo; Enfermedades grupales (2 o más casos con fiebre y / o antecedentes y síntomas ocurren en lugares como hogar, oficina, aulas escolares, etc. dentro de 2 semanas). 	<p>El paciente cumple 1 criterio de la historia epidemiológica y 2 manifestaciones clínicas</p>	<p>El paciente no tiene antecedentes epidemiológicos y cumple 3 manifestaciones clínicas</p>	<p>El paciente no tiene antecedentes epidemiológicos, cumple 1 o 2 manifestaciones clínicas, pero no puede ser excluido a través de las imágenes.</p>
<p>MANIFESTACIONES CLÍNICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> El paciente tiene fiebre y / o síntomas respiratorios El paciente tiene las siguientes características de tomografía computarizada de COVID-19: múltiples sombras irregulares y cambios intersticiales ocurren temprano, particularmente en la periferia pulmonar. Las condiciones desarrollan aún más en múltiples opacidades de vidrio esmerilado e infiltrados en ambos pulmones. En casos severos, el paciente puede tener consolidación pulmonar y raramente derrame pleural raro. La cuenta de glóbulos blancos en la etapa temprana de la enfermedad es normal o disminuye, o el recuento de linfocitos disminuye en tiempo extraordinario. 			
<p>SOSPECHA DE DIAGNÓSTICO DE CASO</p>		<p>SI</p>	<p>SI</p>	<p>CONSULTA CON EXPERTO</p>

(*) LIANG Tingbo y Cols. Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment. The first Affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine. China

Protocolos y procedimientos

Clasificación Clínica de COVID-19 - RM 139-2020-MINSA

Caso leve

Toda persona con infección respiratoria aguda que tiene **al menos 2** de los siguientes:

1. Tos
2. Malestar general
3. Dolor de garganta
4. Fiebre
5. Congestión nasal

NO requiere hospitalización, aislamiento domiciliario y seguimiento: sin factores de riesgo a distancia, con factores de riesgo a distancia y presencial.

Caso moderado

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

1. Disnea o dificultad respiratoria
2. Frecuencia respiratoria > 22 rpm
3. Alteración de la conciencia
4. Hipotensión arterial/shock
5. Signos clínicos/radiológicos de neumonía
6. Linfocitos en hemograma < 1000 cel/ μ L

Requiere hospitalización – Manejo de acuerdo al ítem 7.6.3 del documento técnico RM 139-2020.

Caso Severo

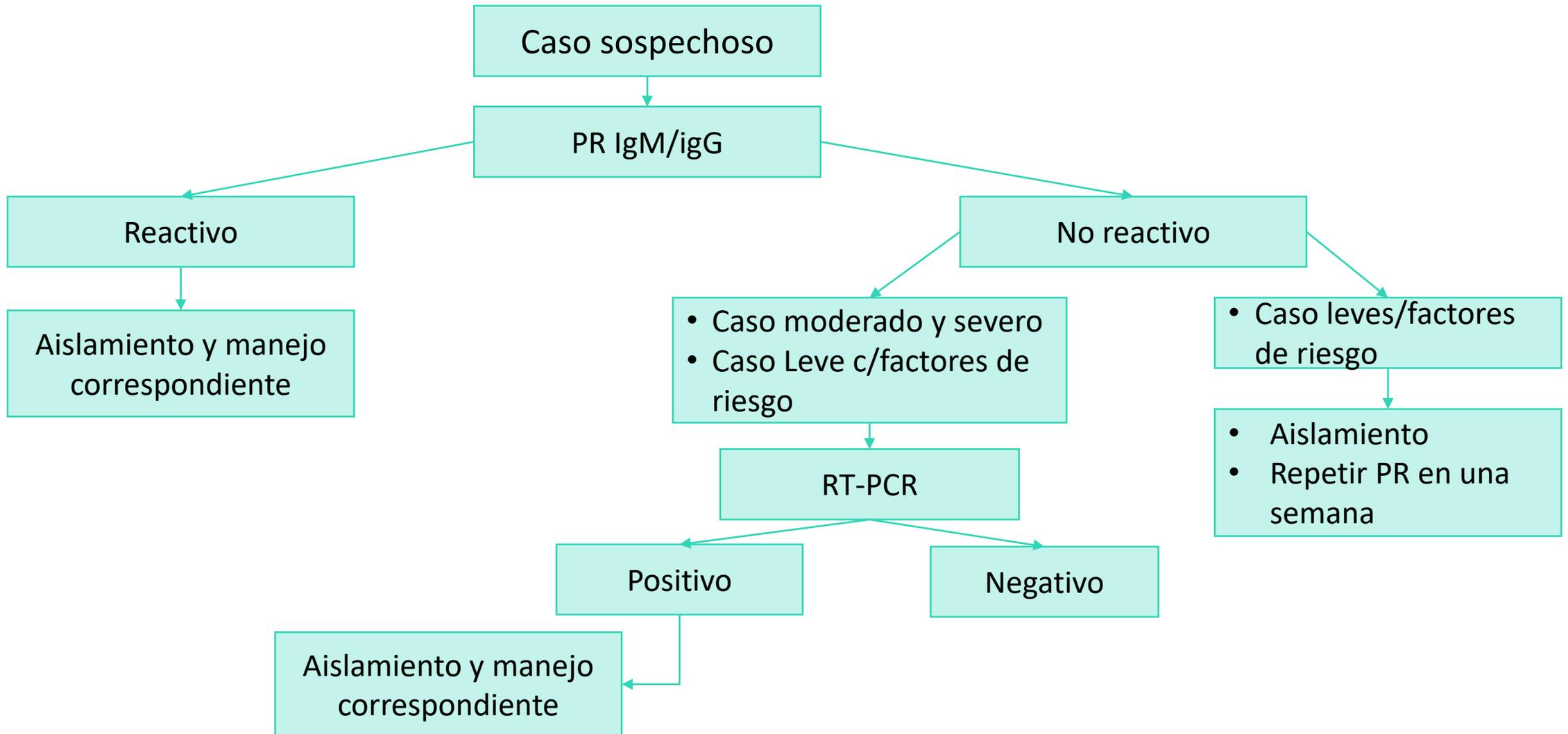
Toda persona con infección respiratoria aguda con 2 o más de los siguientes criterios:

1. Frecuencia respiratoria > 22 rpm o Pa CO₂ < 32mmHg
2. Alteración de la conciencia
3. PAS <100mm Hgo PAM <65mmHg
4. Pa O₂ < 60 mmHg o Pa O₂/FiO₂ < 300mmHg
5. Signos clínicos de fatiga pulmonar: aleteo nasal, uso de músculos accesorios, desbalance tóraco-abdominal.
6. Lactatosérico >2mmol/L

Requiere hospitalización y manejo en el área de cuidados críticos, de acuerdo al ítem 7.6.4 del documento técnico RM 139-2020.

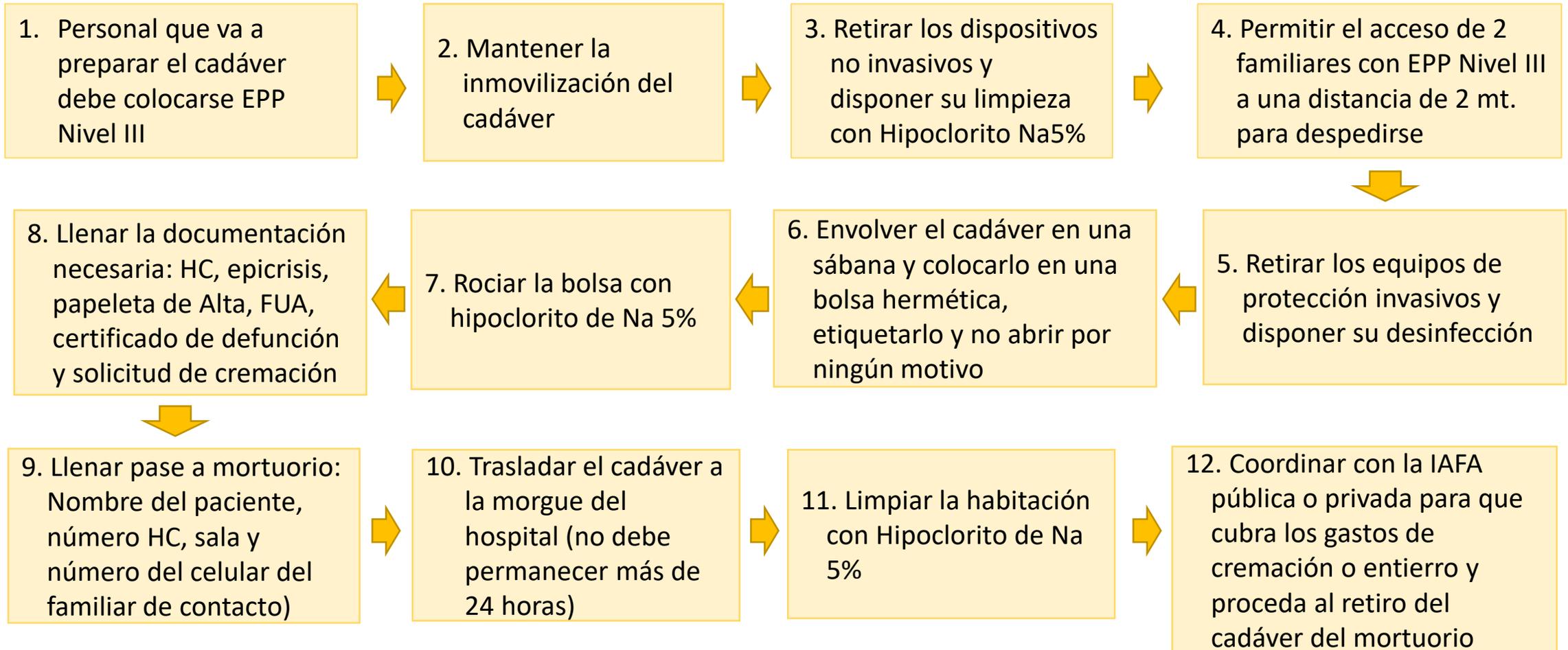
Protocolos y procedimientos

Pruebas de Laboratorio para casos de COVID-19 RM 139-2020-MINSA



Protocolos y procedimientos

Manejo de cadáveres en salas de aislamiento o UCI – Directiva Sanitaria 087-2020 - MINSA



Articulación con la red de primer nivel de atención

- Es necesario tener establecido el mecanismo de comunicación diaria con los establecimientos de primer nivel para:
 - Información sobre casos en observación y referencias requeridas al hospital.
 - Información sobre pacientes referidos al hospital para dar información sobre su evolución.
 - Teleconsulta para atención de casos que no requieren UCI.
 - Establecer contacto previo con el servicio de salud que refiere casos sospechosos o confirmados para esperar al paciente

Comunicación con familiares de pacientes

- El área de asistencia social del hospital se hará cargo de la comunicación con los familiares de los pacientes ingresados a través de comunicación telefónica, para ello recibirá resumen de evolución de pacientes hospitalizados en cada zona.
- Se identificará si los familiares requieren atención psicológica y se los derivará a teleconsulta con personal designado por las redes para este fin.
- En caso de pacientes que fallezcan se establecerá comunicación con un mensaje estandarizado, tratando con respeto y comprensión a los familiares.

Referencias

- Semicyuc-profesionales del enfermo crítico y la Sociedad Española de Medicina Intensiva en el “ Plan de contingencia para los servicios de medicina intensiva frente a la pandemia COVID-19”.
- LIANG Tingbo y Cols. Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment. The first Affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine. China.
- Ministerio de Salud de Perú. RM 193-2020-MINSA. Documento Técnico. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Personas Afectadas por COVID19.
- Ministerio de Salud de Perú. Directiva Sanitaria 087-2020 – MINSA. Manejo de cadáveres por COVID
- Comprehensive Hospital Preparedness Checklist for Coronavirus Disease 2019 (COVID. Disponible en <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/hcp-hospital-checklist.html>
- Key Strategies to Prepare for COVID-19 in Long-term Care Facilities (LTCFs)-19). Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/long-term-care-strategies.html>
- Decontamination and Reuse of Filtering Facepiece Respirators . Disponible en : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/decontamination-reuse-respirators.html>

