

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CERCO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS CONTACTOS DIRECTOS DE LOS  
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE COVID 19 CAPTADOS EN EL  
CENTRO DE SALUD ENRIQUE MONTENEGRO – SJL 2021**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EPIDEMIOLOGÍA**

**MARIBEL GISSELA LUNA BARRERA**

**Callao - 2022**  
**PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- |   |            |
|---|------------|
| • DR. HERNÁN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ     | PRESIDENTE |
| • DRA. ANA ELVIRA LOPEZ DE GOMEZ        | SECRETARIA |
| • MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPÉN | VOCAL      |

**ASESORA:** DRA. VILMA MARÍA ARROYO VIGIL

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: 103-2022

**Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 03 de Agosto del 2022**

**Resolución de Consejo Universitario N° 099-2021-CU/FCS, de fecha 30 de Junio del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.**

## **DEDICATORIA**

*Al regalo más grande que me dio Dios, mi hija adorada Melina Belén. La que me da fuerzas cada día para seguir adelante.*

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por tener la vida.

A mis amados padres, por enseñarme a siempre estar estudiando

A mi esposo e hija por su paciencia y tolerancia

A mis estimados docentes, que con paciencia y dedicación me enseñan día a día,

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

.

# INDICE

	Pagina
Introducción	2
Capitulo I. Descripción de la situación problemática	5
Capitulo II. Marco Teórico	8
2.1 Antecedentes	8
2.1.1 Antecedentes Internacionales	8
2.1.2 Antecedentes Nacionales	12
2.2 Bases teóricas	16
2.3 Bases Conceptuales	18
2.3.1 Covid19	18
2.3.2 Cerco Epidemiológico	21
Capitulo III. Plan de Intervención del Cerco Epidemiológico	24
3.1 Justificación	24
3.2 Objetivos	25
3.2.1 Objetivo General	25
3.2.2 Objetivos Específicos	25
3.3 Meta	25
3.4 Programación de Actividades	27
3.5 Recursos	28
3.5.1 Materiales	28
3.5.2 Equipo de protección	28
3.5.3 Recurso Humano	29
3.6 Ejecución	29
3.7 Evaluación	30
Conclusiones	31
Recomendaciones	32
Referencias Bibliográficas	33
ANEXOS	38

## INTRODUCCIÓN

El virus del SARS-COV2 (síndrome respiratorio agudo severo-coronavirus tipo 2) es parte de la familia de los coronavirus, y a su vez es el causante de la nueva enfermedad llamada Coronavirus COVID-19. Según la Organización mundial de la salud (OMS), este virus era desconocido hasta su primer brote en Wuhan (China) en diciembre del 2019, ahí causo infecciones respiratorias, las personas presentaban desde un resfrió común o hasta enfermedades como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) que llevaban a la muerte (1).

El cuadro clínico se manifiesta con alza térmica, tos y disnea. Esta enfermedad puede llegar a desencadenar en casos más graves de neumonía severa, logrando afectar al riñón y llegando a desencadenar en la muerte. (2)

Debido a la carencia de un tratamiento eficaz el único método más adecuado es aislar o colocar en cuarentena a los pacientes con síntomas y sospechosas de infección. (3)

Se entiende por cuarentena al impedimento para el desplazamiento de las personas durante un determinado tiempo, estas personas deberán estar ubicadas en lugares indicados hasta que se cumpla el periodo de la fase aguda de la enfermedad. Este proceso debe contar con el soporte médico y psicológico. Esto solo es efectivo cuando el aislamiento se realiza de forma temprana evitando así su propagación a las personas sanas. (4).

Por eso, como medida de estrategia sanitaria se viene implementando en los diferentes países el Cerco Epidemiológico para controlar y vigilar a las personas sospechosas de la enfermedad y portadoras del virus COVID 19. Debido a que el virus es altamente contagioso el cerco variará de tamaño conforme se incrementen o disminuyan las personas con COVID 19. Este tipo de estrategia ha logrado controlar la diseminación del virus evitando el incremento de casos. (5)

El presente trabajo académico titulado: "CERCO EPIDEMIOLOGICO DE LOS

CONTACTOS DIRECTOS DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE COVID-19 CAPTADOS EN EL CENTRO DE SALUD ENRIQUE MONTENEGRO-SJL 2021” tiene como finalidad describir las acciones que se realizaron en el cerco epidemiológico de los contactos de pacientes que fueron diagnosticados con COVID 19, el cual se desarrolló en el Distrito de San Juan de Lurigancho, siendo el distrito más grande de Lima, el AAHH Enrique Montenegro se encuentra ubicado al límite de la Provincia de Huarochiri que tiene un solo acceso de vía para el centro de la Ciudad.

El Establecimiento de Salud Enrique Montenegro tiene una población asignada para este año 2022 de 24175 habitantes de los cuales el 30% no cuentan con servicios básicos de salud (cuentan con pilón de agua, mas no desagüe en la zona alta de los cerros). Los pobladores que viven en esa zona son en su mayoría trabajadores independientes (ambulantes o tienen puestos en los mercados aledaños).

Mediante la información recolectada por el servicio de epidemiología para el año 2020 desde la semana epidemiológica 32 a la Semana Epidemiológica 53 se tamizaron 479 muestras para COVID-19 de las cuales 201 dieron resultados positivos, haciendo un 42% de positividad. A su vez se pudo observar que los familiares de los pacientes de COVID-19 al 4 o 5 día del diagnóstico de sus familiares ellos también salían con el mismo diagnóstico, producto del desconocimiento sobre la cuarentena que deben de seguir.

El personal de Enfermería cumple un papel importante en la ejecución de este plan, ya que es quien comanda y dirige las intervenciones a desarrollar, de esta manera se pudo realizarlo en las guardias diurnas del personal de salud el control del cerco epidemiológico.

Para el desarrollo del presente trabajo académico, se realizó un Plan de Intervención CERCO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS CONTACTOS DIRECTOS DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE COVID-19 CAPTADOS EN EL CENTRO DE SALUD ENRIQUE MONTENEGRO-SJL 2021 y de esta manera disminuir la transmisión y el contagio de la enfermedad, el cual contiene la justificación, objetivos, metas, programación de actividades, recursos, ejecución y evaluación. Cabe

mencionar que fue ejecutado durante el año 2021 y fue elaborado en su totalidad por la autora, y será presentado a la Jefatura del EESS, a fin de posibilitar su implementación formal y de esta manera poder realizar el trabajo de una manera sostenible.

Finalmente, se precisa que el trabajo académico consta de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo de Actividades para Plan de Intervención en relación a la Situación Problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos. Estas acciones pueden servir en el control y evitar así la expansión de la enfermedad hacia otras personas.

# CAPÍTULO I

## DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La COVID-19 es la enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2. La OMS tuvo noticia por primera vez de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019, al ser informada de un grupo de casos de «neumonía vírica» que se habían declarado en Wuhan (República Popular China). (6)

Según la OMS, Ómicron parece difundirse más rápido que la variante Delta, que hasta ahora es responsable de la mayoría de los contagios en el mundo. Este avance más rápido no es exclusivo a Sudáfrica, donde Delta es menos prevalente, sino también en el Reino Unido, donde Delta es la dominante. (7)

Hasta el 10 de abril de 2022, un total de 67,28 millones de casos de COVID-19 han sido registrados en América Latina y el Caribe. Brasil es el país más afectado por esta pandemia en la región, con alrededor de 30 millones de casos confirmados. Argentina se ubica en segundo lugar, con aproximadamente 9,05 millones de infectados. México, por su parte, ha registrado un total de 5,71 millones de casos. Dentro de los países más afectados por el nuevo tipo de coronavirus en América Latina también se encuentran Colombia, Perú, Chile y Ecuador. (8)

La provincia de Lima, en la que se encuentra la capital de Perú y la más poblada del país, y otras 22 provincias han subido al nivel de alerta alto por la tercera ola de contagios de covid-19, según anunció el ministro de Salud, Hernando Cevallos, en rueda de prensa el 05 de enero del 2022. Insistió en que los casos se han duplicado en la última semana, pero que "no se ha incrementado la mortalidad por estas variantes en el país". (9)

Según el Ministerio de Salud, las ciudades más afectadas del Perú, fueron Lima Metropolitana con 812,331 casos positivos de coronavirus, Callao con 95,043 casos positivos de coronavirus, Arequipa con 83,145 casos positivos de coronavirus, Piura con 77,582 casos positivos de coronavirus, La Libertad con 77,218 casos positivos de coronavirus, Junín con 71,816 casos positivos de coronavirus, datos actualizados hasta el 28 de mayo del 2021. La cantidad de pacientes fallecidos es mayor en las regiones mencionadas, esto se puede deber al incumplimiento de las medidas de prevención establecidas por el Gobierno Peruano. La tasa de letalidad de esta enfermedad, es de un 3,28% en Lima Metropolitana, siendo mayor en Ica con una tasa de letalidad de 5,87%, seguida de La Libertad con 5,45%. (10).

Son 47 Distritos que presentan un mayor exceso de mortalidad entre los cuales tenemos a los distritos de Ate, Comas, Independencia, Magdalena del Mar, Chorrillos, Pueblo Libre, San Juan de Lurigancho, San Martín de Porres, San Luis, Santa María, Surquillo, Villa el Salvador y Villa María del Triunfo, son los que presentaron el mayor exceso de muertes hasta la semana epidemiológica número 14 (12/04/2021). Esto indica que fallecieron más de 5 personas en una semana en los Distritos antes mencionados. (11)

Dentro de los distritos más afectados dentro de la ciudad de Lima, se encuentran San Juan de Lurigancho con 40,028 casos en el año 2020 y 23,692 para el año 2021. El distrito de San Juan de Lurigancho es el más extenso en área geográfica y en población a nivel de Perú, contando con una población de 1'117 629 habitantes. Los contagios se deben también al mal uso de las medidas de prevención y al hacinamiento donde viven. El Asentamiento Humano de Enrique Montenegro tiene una población de 24,529 habitantes. Se encuentra ubicado al límite del Distrito de San Juan de Lurigancho con la Provincia de Huarochiri, que pertenece a Lima Provincia. (11)

En el Centro de Salud Enrique Montenegro desde la Semana Epidemiológica 32 a la 53 del año 2020 se han tomado 479 pruebas para COVID-29 de las cuales 201 dieron resultado positivo haciendo un 42% de positividad, para el año 2021 se tomaron 2523 pruebas para COVID-19, de las cuales 769 dieron resultado positivo haciendo 30.4% de positividad, siendo en los meses de Enero a Mayo donde se

tuvo la mayor cantidad de pacientes positivos (01 de Enero al 29 de Mayo del 2021) se han tomado 1693 pruebas antigénicas de las cuales han salido positivas 655 pacientes, haciendo un 39% de positividad en la jurisdicción del Establecimiento Enrique Montenegro.

Según Marco Loret de Mola (12), director académico de MatLab refiere la positividad de Lima es de 13%, teniendo nosotros el triple de positividad (39%) de lo indicado para el nivel de Lima Metropolitana. Por esta razón se hace necesaria realizar la Intervención a los familiares de pacientes con COVID-19, ya que al tener mayor cantidad de pacientes con COVID-19 en nuestra jurisdicción hay mayor aumento de familiares que están expuestos a ser contagiados al no saber sobre las medidas de prevención y de esta manera poder romper la cadena epidemiológica de la transmisión, con esto lograremos disminuir los costos en salud y mejorar la calidad de vida de los pacientes detectando los signos de alarma de manera rápida. En un estudio se encontró que la mayor tasa de incidencia y mortalidad se encontraba en el sexo masculino a diferencia de las mujeres. Que, además, la edad predominante era a partir de los 50 años (13).

El Centro de Salud Enrique Montenegro, está ubicado en la provincia de Lima en el Distrito de San Juan de Lurigancho donde se atienden de manera diferenciada los casos de COVID-19. Desde el mes de enero del 2021 se viene realizando el cerco epidemiológico en pacientes confirmados o sospechosos. El área de Epidemiología capacitó al personal y las actividades a realizarse en el sitio de la visita domiciliaria. En el año 2021 se captaron 769 casos positivos y se registraron 1538 casos de contactos directos captados en el cerco epidemiológico. En la actualidad se tiene deficiencia de personal y no se está llegando al realizar el cerco en su totalidad a todos los pacientes con prueba confirmatoria o sospechosos.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 ANTECEDENTES

##### 2.1.1 Antecedentes Internacionales:

**Javier A. & Moreno J. (2021).** En su estudio “Diagnóstico con RT-qPCR en laboratorios departamentales de salud pública como determinantes del desempeño de la vigilancia en salud pública durante la pandemia”. Colombia. Plantea la hipótesis que hay factores determinantes con bastante probabilidad que estén asociados a características y circunstancias para la búsqueda y el diagnóstico de casos COVID 19 por SARSCoV-2, las pruebas PCR-RT Epidemiológicamente, detectar los casos está basado en la búsqueda activa de contactos de los casos conocidos el cual se llama cerco epidemiológico, en el diagnóstico de casos asintomáticos y el diagnóstico clínico cuando se presentan casos que ameritan atención. Estas son las actividades que se realizan en la “epidemiología de campo”. Quedo en evidencia si la proporción de casos detectados se incrementa en 10 % mediante un rastreo adecuado de los contactos, la mortalidad por COVID- 19 se reduciría entre 0,8 y 3,4 %. Estos resultados deben servir para que las inversiones que se hagan en salud pública se concreten y que la crisis sanitaria actual no será la última que enfrentemos. (14)

Este trabajo nos demuestra la importancia de realizar la vigilancia a los contactos y de esta manera disminuir los casos de COVID-19.

**Shimotsu S., “et al”. (2021).** En su estudio Medidas de control de infecciones por COVID-19 en un centro de atención a largo plazo, Pensilvania, EE. UU. Fue un trabajo descriptivo aplicado a 92 personas entre enfermeras, terapeutas y otro personal. Se implementó un Plan donde se restringían las visitas, cualquier tipo de actividad grupal y la implementación para detectar precozmente los síntomas en las personas que residen y en el personal de

salud que labora en la institución. Para tal fin, se dieron disposiciones con la finalidad de disminuir y limitar las visitas; pero, los adultos mayores van a depender de su personal de salud que les brinda la atención. Estos trabajadores están expuestos a contraer la enfermedad del Covid-19 en su vida cotidiana lejos de las instalaciones del lugar propiciando el contagio entre los residentes y su respectiva muerte. Se desarrolló un monitoreo continuo del COVID-19 como medida preventiva para disminuir la infección y su respectiva transmisión. Se realizaron encuestas diarias de síntomas e hisopados nasales. Se obtuvieron muestras de hisopados nasales de los residentes 2 veces a la semana y del personal de salud todos los días durante 10 semanas. A los nuevos residentes se les solicitó al ingresar una cuarentena de 14 días y dos hisopados nasales negativos. Se prohibió la visita de familiares y actividades en grupo. Se obtuvieron 5625 muestras de hisopado nasal procesada en PCR con respuesta de 3 días. De los 111 residentes dos dieron positivo. Estos pacientes fueron aislados 10 días. Del total de 92 personal de salud que labora solo 1 se encontró positivo aislándose 10 días y regreso al trabajo con 2 pruebas negativas. (15)

La importancia del monitoreo y la toma de muestra para hisopado para PCR demuestra que es eficaz para el control de la propagación del virus. De esta manera se tiene un diagnóstico oportuno y limita su transmisión.

**Koepp B. & Rickman G. (2021)** En su estudio “Resultados clínicos de la pandemia de SARS-CoV-2 en centros de atención a largo plazo para personas con epilepsia: estudio observacional”. Reino Unido. Es un estudio de tipo cohorte en el cual se compara los resultados de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID19) en personas con epilepsia grave y otras comorbilidades que viven en centros de atención a largo plazo que implementan medidas preventivas tempranas, pero tienen niveles de monitoreo diferentes. Fue aplicado a 286 residentes de larga duración (rango de edad de 19 a 91 años), 740 cuidadores que habían estado en contacto con los residentes durante el período de observación entre el 16 de marzo y el 5 de junio de 2020. Las estrategias incluyen la mejora temprana en el lugar de las medidas de prevención y control de infecciones, la identificación temprana y el aislamiento de los casos sintomáticos, el rastreo de

contactos, la vigilancia masiva y la ausencia de síntomas de contacto. Se miden las tasas de infección entre las personas vulnerables que viven en instituciones y sus cuidadores, así como los casos asintomáticos y sintomáticos, incluida la mortalidad.

Para el 10 de abril de 2020, se identificaron dos casos sintomáticos de COVID-19 entre los 98 residentes (2%). A partir del 5 de junio, otros cinco residentes fueron aislados rápidamente debido al desarrollo de una temperatura superior a 37°C, con o sin síntomas respiratorios: todos dieron negativo repetidamente (al menos dos veces) y fueron dados de alta de regreso a sus residencias y desconectados 48 horas después. resolución de síntomas. El 7 de mayo de 2020, se identificaron tres personas sintomáticas entre las 146 personas que vivían en el lugar (2%). Desde el 5 de mayo, durante otras cinco rondas de vigilancia semanal, analizamos a las 96 personas (97 desde el 26 de mayo) y todas dieron negativo en cada ocasión. Los centros de atención son muy vulnerables a los brotes de COVID-19, y es crucial identificar estrategias efectivas para prevenir la infección y reducir el impacto. El enfoque informado aquí se centró en dos estrategias principales: (1) mejora temprana en el sitio de las medidas preventivas y de control de infecciones, (2) identificación temprana y aislamiento de casos sintomáticos, con vigilancia mejorada y aislamiento de personas asintomáticas que viven y trabajan en CCE como una medida adicional. Observar una baja morbilidad y mortalidad y aislar a los residentes sospechosos y confirmados de COVID19 puede reducir la transmisión de residente a residente y de residente a cuidador. Se ha observado que incluso en personas con epilepsia y muchas comorbilidades, un alto porcentaje de personas son asintomáticas. Esto sugiere que los factores asociados con la epilepsia (fármacos antiepilépticos y convulsiones) no siempre conducen a resultados adversos. (16)

Se puede observar la importancia de practicar el aislamiento temprano y la identificación de los casos para disminuir la transmisión del COVID-19.

**Román Z. (2020).** En su estudio “La participación de las comunidades rurales en la atención de la pandemia COVID-19 y sus implicaciones. El caso de los

cercos sanitarios en Guerrero”. México. Es un estudio de caso único aplicado a la comunidad de Almoloya conformada por 869 habitantes. En esta comunidad se organizaron asambleas de participación ciudadana, donde decidieron contrarrestar al COVID -19 mediante la implementación de cercos sanitarios que consistían en el cierre completo con restricción absoluta del ingreso de personas no pertenecientes a la comunidad durante el período de abril a agosto del 2020. Sin embargo, y a pesar de las medidas implementadas por este municipio en concreto, se debe señalar que el 06 de mayo de 2020 se reportó el primer caso por coronavirus y a partir de esa fecha, se contabilizan 115 casos confirmados como positivos hasta el 06 de noviembre de 2020, de acuerdo con datos otorgados por la Secretaría de Salud del estado de Guerrero, lo cual revela que el cerco sanitario no ha detenido el nivel de propagación por COVID-19 en este municipio, en todo caso, pudo haberlo mitigado, pero no frenado, pues hay un mes de diferencia entre el caso reportado y la instalación del cerco sanitario. En virtud de diversos acontecimientos y problemáticas que se suscitaron, el cerco fue retirado el 18 de agosto de 2020. El resultado más importante como consecuencia de las medidas establecidas con la participación ciudadana mediante asambleas es que, se han evitado, casos de COVID-19 en las 12 localidades aledañas. Esta situación es de suma importancia, dado que no se cuenta con la suficiente infraestructura hospitalaria en la región Tierra Caliente para la atención de casos, pues el hospital de Coyuca de Catalán, que es el encargado de la atención de enfermos por Covid-19. En este sentido, estudios de esta naturaleza cobran relevancia por la carencia de infraestructura hospitalaria en las comunidades rurales para la atención de casos por Covid-19, en las que la acción de la comunidad a través de estrategias como el establecimiento de cercos sanitarios evidenció la importancia de la toma de decisiones de la población mediante asambleas ciudadanas. (17)

Se puede evidenciar la importancia de la comunidad para disminuir la transmisión del COVID-19

**POLO A., “et al”. (2021).** En su estudio “Características clínicas de la enfermedad de Hansen. Diagnóstico del contagio a familiares estableciendo un cerco epidemiológico en la provincia de El Oro, julio 2012- junio 2013”, Ecuador. Fue un trabajo cuantitativo descriptivo aplicado a 74 personas entre pacientes diagnosticados de esa patología en la citada provincia y los familiares que viven en la misma residencia. Para la obtención de los datos se revisó y recolectó la información necesaria de los registros del Instituto de Nacional de Higiene y Medicina Tropical “Leopoldo Izquieta Pérez” Machala, en base a los cuales, se llenó una parte del formulario (nombre y lugar de residencia), posteriormente se ubicaron los domicilios de los pacientes, para proceder a identificar a los familiares cercanos, y completar el llenado de los mismos, terminando con la toma de muestras y el envío al laboratorio para la identificación de contagios en los familiares. Según la condición de la vivienda pudimos concluir que un 95% corresponde a una vivienda de condición regular, en cambio, un 4,8% corresponde a una vivienda de buen estado. Se puede decir que un 69% de los familiares no viven en hacinamiento, mientras que desafortunadamente un 31% de familiares si viven en hacinamiento. Un 90,5% de los familiares de pacientes poseen el servicio de agua potable, mientras que un 9,5% de ellos no poseen el servicio. El 100% poseen el servicio de energía eléctrica. El 59,5% poseen el servicio de alcantarillado, mientras que el 40,5% no. Podemos concluir que de los factores de riesgo importante para el contagio de la patología es el hacinamiento concluyendo que el 69% no vive en hacinamiento. Al 100% de los contactos de los pacientes con enfermedad de Hansen incluidos en el estudio se les realizó una baciloscopia teniendo como resultado el 81,1% negativo y el 11,9% positivo siendo el tipo lepromatoso el más común, concluyendo que el convivir con un paciente que tenga la enfermedad de Hansen es un factor de riesgo para desarrollar la patología. (18)

Como toda enfermedad infecto contagiosa es importante practicar los niveles de prevención como el diagnostico precoz y de esta manera romper la cadena de transmisión.

## 2.1.2 Antecedentes Nacionales:

**Alvarado K. “et al”. (2020).** En su estudio “Estrategia nacional peruana contra la propagación de la pandemia del coronavirus (COVID-19)”. Perú. Es un estudio donde se realizó una búsqueda exhaustiva en la página web de las normas legales del diario “El Peruano” (<https://diariooficial.elperuano.pe/Normas>) (EDEP, 2020) respecto a todas las medidas tomadas entre Decretos Supremos, Decretos de Urgencia, Resoluciones Ministeriales y otros: (1) antes de la detección del paciente cero, (2) desde el 11 al 26 de marzo del 2020 y, (3) desde el 27 de marzo al 24 de abril del 2020. El gobierno peruano ha adoptado una serie de estrategias y medidas para frenar el aumento del número de personas infectadas por COVID-19, y emitió el Decreto Supremo 008-2020-SA el 11 de marzo de 2020, que incluye la declaración de un estado de emergencia. Las medidas tomadas por el gobierno en ese momento estaban relacionadas con la higiene, como lavarse las manos y evitar el contacto con personas infectadas; sin embargo, la OMS recomendó que los países se preparen para la vigilancia epidemiológica activa, la detección temprana, el aislamiento y el manejo de casos para prevenir la propagación del COVID-19. (19).

En este artículo las medidas tomadas no tuvieron el impacto necesario en la población parte de ella todavía se sigue manteniendo hasta la actualidad, pero con algunas mejoras en las medidas para evitar contagios por covid19. En Perú se puso en práctica realizar el cerco epidemiológico sin un resultado óptimo por la brecha de personal y el mal estado del sector salud.

**Acosta G., “et al”. (2020).** En su estudio “Caracterización de pacientes con COVID-19 grave atendidos en un hospital de referencia nacional del Perú”. Es un estudio observacional retrospectivo en el servicio de emergencia de adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Se tomaron para este estudio pacientes que ingresaron a la emergencia del 6 al 25 marzo del 2020, evaluaron antecedentes, la clínica, tratamiento y evolución del paciente, se registró el 76% eran varones y con un promedio de 53 años; el 23% había

retornado del extranjero, referidos de otros establecimientos el 41.2% que ingresaron a ventilador mecánico y fallecieron 29.4%. Entre los factores de riesgo se encontraron hipertensión arterial, obesidad y adulto mayor. Entre los síntomas más frecuentes estaba la tos, fiebre y disnea. En conclusión, este estudio presenta una de las primeras experiencias, en un hospital peruano, en el diagnóstico y el tratamiento de pacientes adultos con COVID-19 grave, caracterizados por neumonía bilateral, más frecuente en varones, con comorbilidades, necesidad de oxígeno suplementario y mortalidad importante. (20)

Este estudio nos permite observar que las comorbilidades influyen en la mejoría del paciente, debiendo nosotros evaluar a los contactos que presentan comorbilidades para evitar que se enfermen de COVID.19

**Atencio Y. & Díaz F. (2020)** En su estudio “Un Modelo Epidemiológico SIR para el Análisis de COVID-19 en Perú”. Es un estudio para utilizar el modelo epidemiológico SIR para analizar el comportamiento pandémico causado por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19) en Perú. Se realizó desde el 6 de marzo de 2020 hasta el 10 de junio de 2020. En nuestro ejemplo, en Perú, se predice que la enfermedad alcanzará su punto máximo en la curva de infección, que es de 160 días desde el primer caso. La duración total de la enfermedad es de aproximadamente 15 meses (450 días), y el número de muertes aumentará. Sea aproximadamente el 1% de la población total, el número total de personas infectadas alcanzará aproximadamente el 85% de la población total. La evolución de los parámetros  $\beta$ ,  $\gamma$  y  $\mu$  indica que la enfermedad siempre tiende a desaparecer porque están directamente relacionados con la población y el estado individual (susceptibilidad, infección o recuperación). Estos parámetros controlan el modelo, sin embargo, no es fácil establecer valores suficientes en el tiempo, porque depende principalmente de la cultura de la población, las políticas propuestas por el gobierno y la forma en que la población cumplirá con estas. políticas para controlar la evolución. Epidemia. Por ejemplo, una forma de controlar el parámetro  $\beta$  es imponer el aislamiento social a través de cercos epidemiológicos estrictos de estratificación urbana, reduciendo así el valor de la tasa de infección a cero, controlando así de manera efectiva la

pandemia. Sin embargo, en Perú, este control aún no se ha logrado porque la población en su cultura es muy diversa y es muy reacia a seguir las recomendaciones del gobierno. Y las políticas propuestas por el gobierno, y cómo la gente cumplirá con estas políticas para controlar la evolución de la pandemia. Sin embargo, en Perú, este control aún no se ha logrado porque la población en su cultura es muy diversa y es muy reacia a seguir las recomendaciones del gobierno. Una forma de controlar el parámetro  $\beta$  es reforzar el aislamiento social a través de vallas epidemiológicas estrictas de estratificación urbana, reduciendo así el valor de la tasa de infección a cero, controlando así de manera efectiva la pandemia. Sin embargo, en Perú, este control no se ha logrado porque la población es muy diferente culturalmente y no está dispuesta a seguir las recomendaciones del gobierno. (21)

Para lograr controlar el COVID-19 implica la participación de todas las personas en los diferentes estratos.

**Villanueva R., “et al”. (2020).** En su estudio “Respuesta del primer nivel de atención de salud del Perú a la pandemia COVID-19”. Desde el primer caso reportado por el nuevo coronavirus en el Perú se han implementado distintas estrategias para mejorar los servicios de salud, con gran énfasis en la respuesta hospitalaria. Propone medidas clave a cumplir como implementación de clínicas de sintomáticos en el primer nivel de atención de salud, cuidados sanitarios en domicilio, inserción de médicos de familia y uso intensivo de consultas telefónicas y otra TICs que al adoptarse e implementarse a la realidad peruana, lograrían una respuesta más efectiva ante la pandemia por COVID-19. Concluye que el primer nivel de atención de salud está en una posición única para manejar las necesidades de la población durante la pandemia COVID-19 en curso. La forma en que se organice, llevará a una mejor calidad de los servicios de salud, optimizar los recursos y prolongar la vida de muchas personas. (22)

Nosotros como primer nivel de atención debemos promover la promoción y la protección específica, realizando el seguimiento de los contactos domiciliarias de pacientes con diagnóstico de COVID-19.

**Angulo Y., “et al”. (2021)** En su estudio “Transmisión intra-hogar en personas infectadas por SARS- CoV-2 (COVID-19) en Lima, Perú”. Es un estudio retrospectivo de revisión de base de datos secundaria se recolectó información proveniente de una actividad de vigilancia epidemiológica en contactos cercanos (cohabitantes) en 52 hogares con pacientes positivos a COVID-19, en distritos de baja carga de casos en Lima, Perú, en comparación con un distrito de alta carga. En 10 hogares se realizó una reevaluación. Se evaluaron variables epidemiológicas y clínicas; y su asociación con el resultado a la prueba serológica rápida (presencia de IgG, IgM o ambas). En 40 hogares se encontraron casos secundarios, lo que representa un 49,9% de identificación en promedio por hogar. Se encontró una tasa de ataque secundaria entre cohabitantes de 53% (125 casos), siendo sintomáticos un 77,6% de casos (razón sintomáticos/asintomáticos: 3,5). La presencia de fiebre y/o escalofríos se encontró en el 40% de las personas con resultado positivo, seguido del dolor de garganta en el 39,2%. La ageusia y anosmia estuvieron presentes en el 22,4% y 20,8% de los casos, respectivamente. Al tener un caso primario de COVID-19 en el hogar, la tasa de ataque secundaria de esta infección es de 53%; sin embargo, en una proporción importante de hogares evaluados no hubo un caso positivo, más allá del caso primario. Las características epidemiológicas y clínicas encontradas en este caso estuvieron acorde a lo ya reportado en otras series internacionales. (23)

Se pudo observar que casi el 50% de los casos primarios tienden a contagiar a sus contactos, siendo necesario realizar el control de contactos

## 2.2 Base Teórica

### 2.2.1 Teoría del Entorno de Florence Nightingale.

Su teoría se centró en el entorno y describe el concepto de ventilación, iluminación, temperatura, alimentación, higiene y ruido. Nightingale incluye el concepto de tranquilidad y la dieta está en su teoría del entorno. Se requería a la enfermera para evaluar la necesidad de comodidad e intervenir cuando sea necesario. También le preocupaba la dieta del paciente. Enseño a las enfermeras no solo a prestar atención a la ingesta de comida y tiempo para comer, también su impacto en los pacientes. Las enfermeras deben vigilar el entorno que proteja a los pacientes de daños físicos y mentales: Por ejemplo, debería evitar que los pacientes acepten noticias que perjudicarán su recuperación y su sueño fuere interrumpido. Además, Nightingale reconoce la visita de pequeños animales para beneficiar a los pacientes. (24)

**Fundamentos teóricos de Florencia Nightingale sobre higiene de manos.** Apuntes para una reflexión en tiempos de COVID-19. En los primeros días de la práctica médica, el lavado de manos no siempre estuvo relacionado con el cuidado de los pacientes. El desconocimiento de la enfermedad, el modo de transmisión de los microorganismos y la importancia de la higiene como medida preventiva para prevenir enfermedades infecciosas, hacen de la atención médica en sí una práctica poco saludable. La OMS ha desarrollado pautas basadas en evidencia sobre la higiene de manos en la atención de la salud para ayudar a las instituciones de salud a mejorar la higiene de las manos, reduciendo así las infecciones. Estas pautas se han desarrollado para ayudar a las agencias de salud a realizar mejoras basadas en las pautas de la OMS para la higiene de manos en el cuidado de la salud. El saneamiento es un elemento básico de la teoría ambiental de Nightingale (Nightingale, 1969). Con mención especial a pacientes, enfermeras y ambiente físico, observó que el ambiente sucio (piso, alfombra, pared y ropa de cama) es el foco de infección por contener materia orgánica. Incluso si el ambiente está bien ventilado, la presencia de sustancias orgánicas hará que el ambiente se ensucie; por lo tanto, es

necesario manipular y eliminar adecuadamente los desechos corporales y las aguas residuales para evitar la contaminación ambiental. El COVID-19 es una enfermedad que nunca ha aparecido en el mundo, pero su prevención sigue los pilares descritos por Florence en su teoría. Esta situación azota actualmente al mundo y socava la estabilidad de todos los sistemas económicos en todos los países La higiene de manos es una de las medidas más efectivas para prevenir su infección. (25)

**Natalia Pereira Marinelli Contribuciones de la Teoría Ambiental de Florence Nightingale a la prevención de la pandemia de COVID-19.** El 2020, fue un año en la que se propagó aceleradamente la pandemia de COVID 19, también se celebró el bicentenario del nacimiento de Florence Nightingale. Nació el 12 de mayo de 1820 en Florencia, Italia, destacada por su trabajo al darle valor a la enfermería profesional en el mundo a través de bases científicas presentadas en sus estudios, considerada la fundadora de la enfermería moderna en el mundo. Lo más notable por Nightingale fue la higiene, el control del medio ambiente de las personas y sus familias. En su teoría ambientalista que fue escrita más de 150 años, ampara varias acciones que se dan en la actualidad como; la higiene que previene la morbilidad; en un ambiente limpio el número de casos de infecciones disminuye. El lavado de manos tan que fue ampliamente aplicado e informado por Florence en ese momento es de mucha importancia en la actualidad ya que muchas infecciones nosocomiales se previenen con la practica este acto, y contribuir a la reducción de la diseminación de material infectado. Los estudios con la teoría ambientalista están todavía vigentes. El lavado de manos implementado con éxito por Nightingale así también el cuidado del medio ambiente, son reconocidos por la OMS como método para combatir la diseminación del covid-19. (26)

**Enfermería y COVID: Una mirada desde el paradigma de enfermería.** El metaparadigma es la base del conocimiento de enfermería, está formado por cuatro conceptos breves, el ser humano, el ambiente, la salud y el cuidado, están interconectados e identifican y definen la enfermería. En el COVID desde el metaparadigma nos define la población que necesita más cuidado

metido en la sociedad y el ambiente. En el caso de una pandemia dar prioridad a los ancianos y personas con enfermedades activas que son atendidos por enfermeras expertas en diferentes campos del conocimiento, que puedan establecer nuevos métodos de prevención y detección, atención a grupos vulnerables desde instituciones y espacios comunitarios. En el cuidado de las características o particularidades de los grupos vulnerables, teniendo en cuenta el entorno familiar y comunitario, este es el segundo concepto del metaparadigma, que tiene una estrecha influencia en las posibilidades del desarrollo de todos. Esta es la relación entre el ser humano y su entorno, consideración que confirma lo dicho por Florence Nightingale en su filosofía ambiental a mediados del siglo XIX, relación que busca lograr condiciones para la salud física, mental y social. Esto requiere la intervención directa de los profesionales de enfermería en el espacio institucional o como parte de la comunidad. Como parte de la atención de la salud del paciente en un entorno comunitario u hospitalario, se necesita una formación adecuada para ayudar a identificar las condiciones de salud, este es el tercer concepto del metaparadigma. Hay una estrecha relación del conocimiento que se ha adquirido en la formación profesional y postgrado posibilitando definir acciones en la promoción, prevención e intervención en el cuidado en diversos niveles ya sea en instituciones o en casa y llevar a cabo tareas diarias de forma continua, bajo la llamada nueva normalidad y realizar actividades sin olvidar las restricciones de la pandemia. (27)

## **2.3 Bases Conceptuales**

### **2.3.1 COVID-19**

La enfermedad del Covid 19 se ha considerado una pandemia ocasionada por el virus del SARS-COV-2 que ha causado la muerte de muchas personas especialmente los inmunocomprometidos y los ancianos con enfermedades crónicas no sin antes considerar a los pacientes jóvenes que también pueden presentar complicaciones mortales. Actualmente se considera a la infección del Covid-19 como una enfermedad multisistémica o multiorgánica debido a la respuesta incontrolable inflamatoria llamada “tormenta de citoquinas”. (28)

## **HISTORIA**

El virus del SARS-CoV fue identificado en los murciélagos por primera vez y luego fue propagándose hacia otras especies de animales en diferentes partes del mundo. En todo lo que va en el siglo XXI el mundo ha sufrido tres pandemias terribles a causa de este virus (29).

El primer caso identificado por coronavirus fue en China en el año 2002 esparciéndose por todo el mundo y lográndose controlar un año después. Luego en el año 2012 se encuentra un nuevo coronavirus llamado MERS en el Oriente Medio que llegó a contar con una mortalidad del 36%. Esto no hace más que demostrar que este virus se transmite hacia los seres humanos con consecuencias nefastas. Los tipos de coronavirus han ido en aumento desde que se descubrieron en el año 1960 hasta que se descubrió el SARS-COV-2 en el Wuhan-China en el año 2019. (30)

## **CARACTERISTICAS DEL CORONAVIRUS**

El coronavirus SARS-CoV-2 pertenece al Orden de los Nidovirales y a la familia de *Coronaviridae* que se van a dividir en Alfa, beta, gamma y delta COV respectivamente. Los dos primeros el alfa y beta infectan a los mamíferos y los que infectan a los humanos son similares a la beta. Estos Beta se dividen en familia A, B, C y D donde los virus que han contagiado a los seres humanos se encuentra en la familia B y el MERS se encuentra en la familia C (31).

El SARS-CoV y SARS-COV2 se encuentran dentro de los Betacoronavirus genéticamente idéntico a los coronavirus de los murciélagos y entre ellos son porcentualmente similares. Esta similitud hace que se unan al receptor de la enzima ECA2 (32).

Este virus es el que tiene mayor tamaño referente a los demás virus ARN.

## **ESTRUCTURA DEL SARS-COV-2**

La estructura de los Coronavirus está formada por proteínas que son en número de cuatro.

1. La Nucleocápside (N) que es la que va a formar la cápside con la función de organizar el su genoma.
2. La Proteínas S o llamada proteína pico: Tiene la característica de picoso protuberancias llamados peplómeros, de tamaño grande y que se distribuyen sobre la periferia del virus dando la apariencia clásica de una corona por lo que es llamada Corona.

La Corona está conformada por tres partes:

- a. El Ectodominio
- b. El dominio transmembrana
- c. La cola intracelular.

3. La Envoltura

4. La Membrana

Para la unión del Virus y el Huésped intervienen la membrana con las proteínas que conforman la envoltura. La proteína pico es la responsable que el virus entre y a su vez el reconocimiento del huésped. (33)

### **FISIOPATOLOGÍA**

La transmisión entre el virus y el huésped va a depender exclusivamente por la unión de la proteína pico y los receptores ACE2 respectivamente. El ser humano contiene gran cantidad de receptores ACE2 a nivel de los pulmones, los riñones, el colon, el íleon, el esófago, la vejiga, el miocardio y la mucosa oral. Estas células son la entrada y el reservorio para su replicación del virus. Este mecanismo hace que se produzca la constante inflamación, llevando a la fibrosis, la atrofia y a la vasoconstricción lesionando el tejido del hospedero. (34)

### **SIGNOS Y SINTOMAS**

Los signos y síntomas de la enfermedad por COVID-19 aparecen desde el día 2 al 14 después de estar expuestos al virus a través de los aerosoles que expulsa el paciente enfermo. Desde la exposición y antes de que aparezca los síntomas recibe el nombre de periodo de incubación. Los síntomas y signos más frecuentes son: Fiebre, tos, cansancio, ageustia, anosmia, dolor muscular, escalofríos, dolor de garganta, cefalea, diarrea, dolor de pecho

llevando al paciente a cuadros graves y mortales. Se presentan de acuerdo a los síntomas de la COVID 19 en leve, moderado y algunos serán asintomáticos. (35)

## **CLASIFICACION**

La clasificación clínica del COVID-19 es de la siguiente manera:

- Enfermedad leve - moderada: Enfermedad que cursa con signos de No Neumonía y Neumonía respectivamente
- Enfermedad grave: enfermedad que se caracteriza por presentar una serie de signos de compromiso respiratorio como la disnea, paciente con frecuencia respiratoria mayor a 30 rpm, con una saturación de oxígeno menor al 93%, lo que conlleva a que la relación Presión parcial de oxígeno y el  $FiO_2 < a 300$ , el compromiso pulmonar esté en más del 50% 50% dentro de las 48 horas
- Enfermedad crítica: Se caracteriza por presentar insuficiencia respiratoria, sepsis y enfermedad multiorgánica. (36)

### **2.3.2 CERCO EPIDEMIOLOGICO**

#### **DEFINICIÓN. -**

El Cerco epidemiológico es una herramienta para la vigilancia sanitaria de las personas que son contacto directo de personas que están infectadas (37)

Los cercos epidemiológicos vienen a ser las herramientas utilizadas durante las epidemias y pandemias durante el transcurso de la historia; estos cercos pueden ser de campo o social pero focalizados. Este cerco realiza el seguimiento de los puntos de contagio aislándolos en la comunidad durante 15 días. En este modelo se ven buenos resultados, pero genera mucho esfuerzo porque se realizan varias visitas con su equipo de salud. Se usa en el primer de nivel de atención quienes coordinaran con niveles superiores para ubicar los casos, reportarlos a sus unidades superiores. (38)

AISLAMIENTO. En cuanto al concepto de aislamiento, se refiere a restricciones voluntarias u obligatorias al movimiento de personas expuestas a enfermedades potencialmente infecciosas y que puedan estar infectadas durante este periodo, las personas deben permanecer en un lugar específico hasta que haya pasado el periodo de incubación de la enfermedad para lo cual se puede garantizar la asistencia médica, el apoyo psicológico, el albergue y la alimentación. El aislamiento es la separación física de las personas infectadas de las personas sanas. Esto resulta eficaz cuando la enfermedad se detecta precozmente y aislando al infectado en un lugar específico para evitar contacto con otras personas. En resumen, todos estos conceptos representan medidas de contención para prevenirla propagación de enfermedades infecciosas. El concepto de cuarentena se refiere a la limitación voluntaria u obligatoria al movimiento de personas que han estado propensos a una potencial infección. Estas personas permanecerán en el lugar que se determine hasta cuando pase el periodo de incubación, en la cual se le debe tranquilizar con asistencia médica, psicológica, socorro y alimentación. El aislamiento indica cuando se separa en forma física al individuo contagiado de las personas sanas, Esta medida es muy útil cuando se rastrea tempranamente la infección y aislarlo del contacto con las demás personas. (39)

### **IMPORTANCIA:**

- Es una herramienta de la salud pública para vigilar a personas que tengan alguna sospecha de ser portadores de una cierta enfermedad contagiosa.
- Controla y vigila dentro de los sitios que deambuló la persona y así evitar la propagación de la enfermedad.
- Este cerco epidemiológico es variable debido a la identificación de nuevos casos portadores de la enfermedad o si terminan el aislamiento sin tener sintomatología alguna. Este cerco crecerá según el nivel de diseminación de la enfermedad.
- Es importante la detección precoz con la finalidad detectar a las personas contagiadas con coronavirus para crear los crear rápidamente

los cercos para evitar la expansión de la enfermedad. Esta estrategia junto a la cuarentena ha logrado frenar la diseminación masiva de casos. (39)

## **CONTACTOS**

Se define contactos a las personas que han estado cerca de un paciente infectado confirmado. Según el riesgo de exposición los contactos pueden ser clasificados en de alto riesgo o directos y de bajo riesgo o indirectos. Estos contactos son las personas como familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo o de clase, etc.

**CONTACTOS DIRECTOS:** Son aquellas personas que han tenido contacto con persona infectada 4 días antes y dentro del periodo de síntomas a menos de un metro de distancia sin que haya tenido contacto físico con el paciente.

Clasificación:

- **Contactos de Salud:** Cualquier personal de salud que haya brindado atención a un paciente confirmado por COVID-19, o que haber compartido un mismo lugar donde se generaron aerosoles.
- **Contacto del Hogar:** Persona que viva en el mismo lugar cerrado con paciente confirmado de COVID-19. (39)

## **CAPÍTULO III**

### **PLAN DE INTERVENCIÓN**

# **CERCO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS CONTACTOS DIRECTOS DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE COVID-19 CAPTADOS EN EL CENTRO DE SALUD ENRIQUE MONTENEGRO- SAN JUAN DE LURIGANCHO - 2021**

### **3.1 JUSTIFICACION:**

El coronavirus conocido como SARS-CoV-2 -2 es el causante de la enfermedad viral que se ha convertido en una pandemia y constituye un problema de salud pública. Este virus es muy contagioso por lo que no distingue edad ni sexo.

La pandemia causada por el COVID 19, ha afectado a muchos países en el mundo. En Perú el 06 de marzo se confirmó el primer caso de COVID 19 positivo en un varón de 25 años de edad que había regresado al Perú desde Europa y viendo que el número de casos iban en aumento el gobierno peruano instauró el estado de emergencia a nivel nacional empezando por unos 15 días de confinamiento en casa y poco a poco la cuarentena fue extendiéndose por varios meses, esto tuvo un impacto en el aspecto social y económico del país. Teniendo un sistema de salud precario y siendo el virus un agente muy infeccioso de rápida diseminación en los primeros meses la cantidad de fallecidos por día fueron menos de 100, el aumento más impactante de muertes por COVID 19 fueron en meses de mayo del 2020 donde el promedio de muertos llegó a 227 cada 24 horas y en junio fue el mes en que hubo 272 fallecidos en promedio.

Entre las personas que desarrollan síntomas, alrededor del 80% se recuperan de la enfermedad sin necesitar tratamiento hospitalario. Alrededor del 15% desarrollan enfermedad grave y requieren oxígeno y el 5% llegan a un estado crítico y necesitan entrar a una unidad de cuidados intensivos. Entre las complicaciones que pueden llevar a la muerte está la insuficiencia respiratoria, síndrome de dificultad respiratoria aguda, la septicemia y el choque séptico, la

tromboembolia y/o la insuficiencia multiorgánica incluidas las lesiones cardíacas, hepática y renales. Rara vez los niños pueden manifestar el síndrome inflamatorio grave unas semanas después de la infección.

Por tal motivo se realiza un plan de intervención para la realización de un buen cerco epidemiológico de contactos directos de pacientes positivos COVID 19 para contribuir a que el virus no se disemine hacia otras personas y así proteger a la población de riesgo o afectada por COVID.

## **3.2 Objetivos:**

### **3.1.1 Objetivo General:**

Establecer los criterios para mejorar la respuesta en el cerco epidemiológico para reducir la diseminación de los contagios y tener identificados a los casos sospechosos o confirmados.

### **3.1.2 Objetivos Específicos:**

- Prevenir y controlar la transmisión comunitaria por COVID 19.
- Detectar oportunamente los casos COVID-19 intensificando la vigilancia e investigación epidemiológica.
- Sensibilizar a la población a que el aislamiento y la cuarentena tiene una alta importancia

## **3.3 META:**

Es llegar al 100% de la población para la detección temprana de casos COVID 19 y ampliar la vigilancia, cerco e investigación epidemiológica.

### 3.4 Programación de Actividades:

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>META</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Intervención de casos confirmados y sospechosos	Casos notificados	casos notificados investigados/total casos notificados	100%	Diario	Enfermera epidemiología y Equipo de COVID-19
Entrevista familiar para identificación de otros posibles casos en el domicilio	Entrevista	Total, de entrevistas realizadas/total de casos notificados	100%	Diario	Enfermera epidemiología y Equipo de COVID-19
Censo de contactos	Ficha de contactos	Casos notificados censados	100%	Diario	Enfermera epidemiología y Equipo de COVID-19

Orientación y consejería para mantener aislamiento y cuarentena según corresponda	Charlas y consejería	Total, de consejerías realizadas/Total de casos notificados	100%	Diario	Enfermera epidemiología y Equipo de COVID-19
---	----------------------	---	------	--------	--

### **3.5 Recursos:**

#### **3.5.1 Materiales:**

- Hojas Bond A4 (2 millares)
- Lapiceros color azul (01 caja)
- Plumones de pizarra acrílica (color azul, rojo, verde 6 unidades de cada uno)
- Papeles de colores (01 millar)
- Goma (01 frasco)
- Impresiones de fichas en blanco y negro
- Tinta de impresora Epson
- 01 impresora Epson
- Tableros de madera para escribir (08 unidades)
- Correctores líquidos paper (03 unidades)
- Chinchas indicadores o señaladores de colores (03 cajas)

#### **3.5.2 Equipo de protección personal:**

- Bata medica descartable (cantidad necesaria para uso diario)
- Gorro descartable
- Botas descartables

- Guantes descartables
- Careta acrílica
- Lentes de protección

### **3.5.3 Recurso humano:**

- Enfermera Epidemiología del Centro de Salud Enrique Montenegro.
- 04 profesionales médicos (3 Nombrados y 01 CAS COVID)
- 03 profesionales de enfermería (Nombrados)
- 02 tecnólogo de laboratorio (2 Nombrados y 01 CAS COVID)
- 01 profesional médico (seguimiento telefónico, personal nombrado que está en trabajo remoto)

### **3.6 Ejecución:**

La ejecución del plan de intervención se realizó de enero a diciembre del 2021 donde participaron los profesionales de la salud que laboran en el Centro de Salud Enrique Montenegro, cumpliendo un horario de 150 horas mensuales con atención de lunes a sábado en turnos rotativos. Las actividades de intervención se realizan a diario en forma intramural y extramural, cada equipo está conformado por 01 licenciados de enfermería, 01 médicos y un técnico en laboratorio para la toma de muestra se hicieron solo con pruebas antigénicas y moleculares para hisopado nasofaríngeo, la enfermera epidemióloga entrega una relación de pacientes confirmados y sospechosos para realizar la investigación, censo de contactos, la consejería y educación a los pacientes que estén aislados o en cuarentena en su domicilio, para después hacerle seguimiento telefónico hasta cumplir los 14 días de aislamiento. Las actividades

administrativas también consisten en el registro de cada paciente en el sistema de gestión y hacerles las ordenes de hisopado para ser enviados al Instituto Nacional de Salud (INS) y ser analizados y nos remitan los resultados. También se realizó la visita domiciliaria para evaluar al paciente cuando lo requería.

### **3.7 Evaluación:**

En la realización del plan se intervinieron 769 casos y se captaron 1538 contactos directos de los casos positivos para COVID 19, esto hace que solo se haya llegado a intervenir el 88% de los casos, existieron debilidades en el apoyo por parte de la institución tales como: la deficiencia de personal, ya que los equipos formados en muchas ocasiones los programaban en el área asistencial y los sacaban del equipo.

## CONCLUSIONES

1. El cerco epidemiológico tiene impacto en la intervención por COVID 19 porque nos permite contener la diseminación de los contagios y así reducir la cantidad de personas que enfermarían y a su vez se disminuirían los ingresos a las áreas críticas de los hospitales como son la UCI y la UCIN. Es necesario el apoyo de las autoridades para fortalecer el equipo de intervención ya que se necesita personal, materiales, porque se debe priorizar la parte preventiva para que los hospitales no colapsen.
2. El aislamiento y la cuarentena son estados importantes para que se tenga un buen control de las personas que están infectadas con COVID.
3. La educación a la población es clave para que sepan cómo es el aislamiento en domicilio y cuando asistir a un hospital para que sea tratado bajo una supervisión médica.
4. Los funcionarios (el médico jefe y todo su equipo de gestión) deben brindar todas las facilidades para que la contención de contagio en los hogares.
5. Se necesita tener mayor evidencia para poder generar guías prácticas con un nivel adecuado.

## RECOMENDACIONES

1. Mantener una baja transmisión comunitaria mediante la educación (lavado de manos, correcto uso de las mascarillas, educación de la tos y estornudo) y protegiendo a los más vulnerables.
2. Fortalecer las habilidades del personal de salud para el registro de casos en las fichas de notificación y evaluar qué tipo de prueba se realizará para el tiempo de enfermedad y notificar oportunamente.
3. Realizar más pruebas moleculares en el centro de salud, como en los cercos epidemiológicos.
4. Sensibilizar a la población sobre la importancia de la vacunación contra el COVID-19

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. A Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). [Online]; 2020. Acceso 29 de Mayo de 2021. Disponible en: [https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus\[1\]2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses](https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus[1]2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses).
2. Chavez A. Cuidados de enfermería en paciente adulto mayor infectado con covid -19 en el servicio de medicina sala 3- 1 covid del centro médico naval cirujano mayor Santiago Távara. Callao. 2020.
3. Alsharif W, Qurashi A. Efectividad de las herramientas de diagnóstico y manejo de COVID-19: Una revisión. Radiogr Lond Engl 1995. mayo de 2021. Online Acceso 30 de Mayo de 2021. Disponible en: <https://www.medicaljournal.com.co/index.php/mj/article/download/33/97>
4. Sánchez A, De La Fuente V. COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento,` son lo mismo? En: Anales De Pediatría (Barcelona, Spain: 2003). Elsevier; 2020. p. 73.
5. Ortega A. Reinsercion laboral luego de padecer COVID-19 [Online]. Acceso 30 de Mayo de 2021. Disponible en: [https://www.loja.gob.ec/files/image/tramites/covid19/retorno/coopmego\\_plan\\_de\\_contingencia\\_frente\\_al\\_coronavirus\\_aprobada.pdf](https://www.loja.gob.ec/files/image/tramites/covid19/retorno/coopmego_plan_de_contingencia_frente_al_coronavirus_aprobada.pdf)
6. Asselah T, Durantel D, Pasmant E, Lau G, Schinazi R. COVID-19: Descubrimiento, diagnóstico y desarrollo de fármacos. Universidad de Paris. Enero de 2021. [Online]. Acceso 30 de Mayo de 2021. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33038433/>
7. Preparación y respuesta ante emergencias. [Online]; 2020. Acceso 29 de Mayo de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unkown-cause-china/es/>.
8. Pandemia de enfermedad por coronavirus de 2020 en Perú. [Online]; 2020. Acceso 29 de Mayo del 2021. Disponible en:

[https://es.wikipedia.org/wiki/Pandemia\\_de\\_enfermedad\\_por\\_coronavirus\\_de\\_2020\\_en\\_Per%C3%BA](https://es.wikipedia.org/wiki/Pandemia_de_enfermedad_por_coronavirus_de_2020_en_Per%C3%BA).

9. Sala Situacional COVID Perú. MINSA. [Online]; 2021. Acceso 29 de Mayo de 2021. [https://covid19.minsa.gob.pe/sala\\_situacional.asp](https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp)
10. Alsharif W, Qurashi A. Efectividad de las herramientas de diagnóstico y manejo de COVID-19: Una revisión. Radiogr Lond Engl 1995. mayo de 2021. [Online]; Acceso 30 de Mayo de 2021. Disponible en: <https://www.medicaljournal.com.co/index.php/mj/article/download/33/97>
11. Sánchez A, De La Fuente V. COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo? En: Anales De Pediatría (Barcelona, Spain: 2003). Elsevier; 2020. p. 73.
12. Marco Loret de Mola: "La positividad por COVID-19 no está reduciéndose". 26 de febrero del 2021. [Online]; Acceso 30 de Mayo de 2021. Disponible en: <https://canaln.pe/actualidad/loret-mola-positividad-covid-19-no-esta-reduciendose-n431865>
13. Ramírez M, Arroyo H, Ortega G. Diferencias por sexo en la incidencia, mortalidad y letalidad de COVID-19 en Perú. 14 de junio de 2021. [Online]; Acceso 30 de Mayo de 2021. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/6207>
14. Shimotsu S, Johnson A, Berke E, Griffin D. COVID-19 Medidas de control de infecciones en un centro de atención a largo plazo, Pensilvania, EE. UU. Infecciones emergentes. febrero de 2021. [Online]; Acceso 30 de Mayo de 2021. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov.translate.google/pmc/articles/PMC7853559/?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=es&\\_x\\_tr\\_hl=es&\\_x\\_tr\\_pto=sc](https://www.ncbi.nlm.nih.gov.translate.google/pmc/articles/PMC7853559/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=sc)
15. Balestrini S, Koepp M, Gandhi S, Rickman H, Shin G, Houlihan C, et al. Resultados clínicos de COVID-19 en centros de atención a largo plazo para personas con epilepsia. Comportamiento de la epilepsia. Febrero de 2021. [Online]; Acceso 30 de Mayo de 2021. Disponible en: [https://www-medrxiv-org.translate.google/content/10.1101/2020.06.10.20123281v1.full?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=es&\\_x\\_tr\\_hl=es&\\_x\\_tr\\_pto=sc](https://www-medrxiv-org.translate.google/content/10.1101/2020.06.10.20123281v1.full?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=sc)

16. Espinal Z. La participación de las comunidades rurales en la atención de la pandemia COVID-19 y sus implicaciones. El caso de los cercos sanitarios en Guerrero. Rev Mex Análisis Político Adm Pública. 12 de diciembre de 2020. [Online]; Acceso 30 de Mayo de 2021. Disponible en:  
  
file:///C:/Users/ADOLFOO/Downloads/347-1187-1-PB.pdf
17. Alvarado K, Alvarado S, Esenarro D, Rodríguez C, Lannacone J, Alvariño L, et al. Estrategia nacional peruana contra la propagación de la pandemia del coronavirus (COVID-19). Cátedra Villarreal [Internet]. 17 de agosto de 2020 [Online]; Acceso 30 de Mayo de 2021. Disponible en:  
<http://revistas.unfv.edu.pe/RCV/article/view/767>
18. Acosta G, Escobar G, Bernaola G, Alfaro J, Taype W, Marcos C, et al. Caracterización de pacientes con COVID-19 grave atendidos en un hospital de referencia nacional del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 28 de agosto de 2020. [Online]; Acceso 30 de Mayo de 2021. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342020000200253#:~:text=Los%20factores%20de%20riesgo%20detectados,el%20infiltrado%20pulmonar%20intersticial%20bilateral](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342020000200253#:~:text=Los%20factores%20de%20riesgo%20detectados,el%20infiltrado%20pulmonar%20intersticial%20bilateral)
19. Polo A, San Martín M y Toro X. Características clínicas de la enfermedad de Hansen diagnóstico del contagio a familiares estableciendo un cerco epidemiológico en la provincia de El Oro. Julio 2012-Julio 2013. Ecuador; Acceso 30 de Mayo de 2021. Disponible en:  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20510/1/Tesis.pdf>
20. Atencio Y, Díaz F. Un Modelo Epidemiológico SIR para el Análisis de COVID-19 en Perú. Es: 2020 XLVI Congreso Latinoamericano (CLEI).2020. [Online]; Acceso 30 de Mayo de 2021. Disponible en:  
<https://scielosp.org/article/rcsp/2020.v46suppl1/e2597/es/>
21. Villanueva R, Domínguez R, Salazar M, Cuba M, Villanueva R, Domínguez R, et al. Respuesta del primer nivel de atención de salud del Perú a la pandemia COVID-19. An Fac Med. septiembre de 2020. [Online]; Acceso 30 de Mayo de 2021. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832020000300337#:~:text=El%20primer%20nivel%20de%20atenci%C3%B3n%20de%20salud%20est%C3%A1%20en%20una,la%20vida%20de%20](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832020000300337#:~:text=El%20primer%20nivel%20de%20atenci%C3%B3n%20de%20salud%20est%C3%A1%20en%20una,la%20vida%20de%20)

muchas%20personas..

22. Angulo Y, Solis G, Cardenas F, Jorge A, Acosta J, Cabezas C. Transmisión intra-hogar en personas infectadas por SARS-CoV-2 (COVID- 19) en Lima, Perú. Cad Saúde Pública. 12 de marzo de 2021 . [Online]; Acceso 30 de Mayo de 2021. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/csp/a/z6v7SGDXwH6HKJYVdLQm77q/?l>
23. Universidad Centro Medico Bautista" Modelo teórico: Florence Nightingale. . [Online]; Acceso 30 de Mayo de 2021. Disponible en: <http://ucmb.edu.py/modelo-teorico-florence-nightingale/>
24. García Z, Pérez Y, Esperón T, Rodríguez J, et al. Fundamentos teóricos de Florencia Nightingale sobre higiene de manos. [Online]; Acceso 30 de Mayo de 2021. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v19n5/1727-897X-ms-19-05-845.pdf>
25. Napa M. Contribuciones de la Teoría Ambiental de Florence Nightingale a la prevención de la pandemia de COVID-19. Rev Cuba Enferm.
26. Franco CÁ. Enfermería y COVID 19: una mirada desde el metaparadigma de enfermería. 27 de abril de 2021.
27. Rello J, Belliato M, Dimopoulos M, Giamarellos E, Jaksic V, Martin L, et al. Actualización en COVID-19 en la unidad de cuidados intensivos del simposio HELLENIC Athens International 2020. Anaesth Crit Care Pain Med. diciembre de 2020.
28. Khan M, Adil S, Alkathlan H, Tahir M, Saif S, Khan M, et al. COVID-19: Actualización en COVID-19 en la unidad de cuidados intensivos del simposio HELLENIC Athens International 2020.
29. Yesudhas D, Srivastava A, Gromiha M. Brote de COVID-19: historia, mecanismo, transmisión, estudios estructurales y terapéutica. Infección. 4 de septiembre de 2020.
30. Letko M, Marzi A, Munster V. Evaluación funcional de la entrada celular y el uso del receptor para SARS-CoV-2 y otros betacoronavirus de linaje B. Nat Microbiol. Abril de 2020.

31. Reconocimiento de receptores por el nuevo coronavirus de Wuhan: un análisis basado en estudios estructurales de una década del coronavirus del SARS [Online]; Acceso 30 de Mayo de 2021. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7081895/>
32. Li F. Structure, Function, and Evolution of Coronavirus Spike Proteins. *Annu Rev Virol.* 29 de septiembre de 2016.
33. Umakanthan S, Sahu P, Ranade AV, Bukelo MM, Rao JS, Abrahao-Machado LF, et al. Origin, transmission, diagnosis and management of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Postgraduate Medical Journal.* 1 de diciembre de 2020.
34. Acerca de la COVID-19 - Mayo Clinic [Online]; Acceso 30 de Mayo de 2021. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/coronavirus-covid-19/public-guidance>
35. Umakanthan S, Sahu P, Ranade A, Bukelo M, Rao J, Abrahao L, et al. Origin, transmission, diagnosis and management of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Postgraduate Medical Journal.* 1 de diciembre de 2020.
36. Ortega A. Reinsercion laboral luego de padecer COVID-19 [Online]. Acceso 30 de Mayo de 2021. Disponible en: [https://www.loja.gob.ec/files/image/tramites/covid19/retorno/coopmego\\_plan\\_de\\_contingencia\\_frente\\_al\\_coronavirus\\_aprobada.pdf](https://www.loja.gob.ec/files/image/tramites/covid19/retorno/coopmego_plan_de_contingencia_frente_al_coronavirus_aprobada.pdf)
37. Picardo J, Montes A. Cercos Epidemiológicos Inteligentes: Un enfoque educativo, informacional y tecnológico. 2020 <https://ri.ufg.edu.sv/jspui/handle/11592/9468>
38. Sánchez A, De La Fuente V. COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo? En: *Anales De Pediatría (Barcelona, Spain: 2003).* Elsevier; 2020. p. 73.
39. Protocolo de investigación de los primeros casos y sus contactos directos (FFX) de la enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19) . Organización Mundial de la Salud. 10 de febrero 2020, [Online]; Acceso 30 de Mayo de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-19-master-ffx-protocol-v2-sp-web.pdf>

# **ANEXOS**

## FICHA EPIDEMIOLOGICA DE COVID 19

	<b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades	<b>FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA COVID-19</b>
<b>I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN</b>			
1. Fecha notificación: ____/____/____ 2. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____ 3. EESS: _____		4. Inst. Adm: <input type="checkbox"/> MINSA <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> FFAA / PNP <input type="checkbox"/> Privado	
5. Clasificación del caso: <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Sospechoso <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Descartado Estudio de reinfección: <input type="checkbox"/> (Se deberá completar además la sección VII)			
<b>II. DATOS DEL PACIENTE</b>			
6. Apellidos y nombres: _____		7. N° Teléfono: _____	
8. Fecha de nacimiento: ____/____/____		9. Edad: ____ Tipo edad <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Días	
10. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		11. Tipo de documento: _____ N° _____	
12. Peso: <input type="text" value=""/> gramos		13. Talla: <input type="text" value=""/> metros	
14. Etnia o raza <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Asiático descendiente <input type="checkbox"/> Afrodescendiente		<input type="checkbox"/> Andino <input type="checkbox"/> Indígena amazónico <input type="checkbox"/> Otro: _____ Pueblo etnico: _____ Pueblo etnico: _____	
15. Nacionalidad <input type="checkbox"/> Peruano <input type="checkbox"/> Extranjero		País de nacionalidad: _____	
16. Migrante <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		País de origen: _____	
17. Dirección de residencia actual: País: _____ Localidad: _____			
Urb/Área: _____ Tipo de vía: _____ Lote/Nro: _____			
Nombre de la vía: _____			
Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____			
<b>III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS Y PATOLÓGICOS</b>			
18. Tipo de caso: <input type="checkbox"/> Sintomático <input type="checkbox"/> Asintomático			
19. Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____		Fecha de inicio de aislamiento: ____/____/____	
21. Síntomas:			
<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Malestar general	<input type="checkbox"/> Dolor de oído	
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Irritabilidad/confusión	
<input type="checkbox"/> Congestión nasal	<input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos	<input type="checkbox"/> Dolor muscular	
<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Anosmia	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	
<input type="checkbox"/> Escalofrío	<input type="checkbox"/> Ageusia	<input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones	
<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____			
22. Signos:			
<input type="checkbox"/> Exudado faríngeo	<input type="checkbox"/> Disnea/taquipnea	<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en radiografía	
<input type="checkbox"/> Inyección conjuntival	<input type="checkbox"/> Auscultación pulmonar anormal	<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en ecografía	
<input type="checkbox"/> Convulsión		<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en tomografía	
<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____		<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en RMN	



23. Condiciones de comorbilidad o factores de riesgo

- Mayor de 65 años
  - Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión)
  - Diabetes Mellitus (Tipo I y II)
  - Enfermedad cerebro vascular
  - Síndrome de Down
  - Obesidad
  - Embarazo (Edad gestacional: \_\_\_\_\_ semanas)
  - Otros, especificar: \_\_\_\_\_
  - Inmunodeficiencia (incluye VIH)
  - Enfermedad renal crónica
  - Enfermedad pulmonar crónica
  - Cáncer
  - Receptor de trasplante de órganos y/o células madre sanguíneas
- Fecha probable de parto \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

24. Ocupación

- Trabajador de Salud
  - Policía
  - Militar
  - Estudiante
  - Otros especificar: \_\_\_\_\_
- Si es trabajador de salud, especificar profesión:
- Médico
  - Enfermera
  - Obstetra
  - Laboratorista
  - Técnico en enfermería
  - Otros: \_\_\_\_\_

25. Lugar de trabajo

EESS \_\_\_\_\_  
 Departamento \_\_\_\_\_  
 Provincia \_\_\_\_\_  
 Distrito \_\_\_\_\_

26. ¿Ha tenido contacto directo con un caso sospechoso, probable o confirmado en los 14 días previos al inicio de síntomas?

- Si     No     Desconocido

Si la respuesta es si, marque según corresponda:

- Entorno de salud
- Casa de reposo
- Desconocido
- Entorno familiar
- Centro penitenciario
- Otros, especifique: \_\_\_\_\_
- Entorno laboral
- Albergue

27. ¿Vacunado contra la COVID-19?

- Si     No

1º dosis        Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    Tipo vacuna: \_\_\_\_\_

2º dosis        Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    Tipo vacuna: \_\_\_\_\_

Dosis adicional        Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    Tipo vacuna: \_\_\_\_\_

IV. HOSPITALIZACIÓN (Si fue hospitalizado, complete la siguiente información)

28. Hospitalizado:     Si     No    29. Fecha de hospitalización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

30. Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_ Tipo de seguro: \_\_\_\_\_

31. Referido:     Si     No    Referencia de origen: \_\_\_\_\_  
Fecha de referencia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

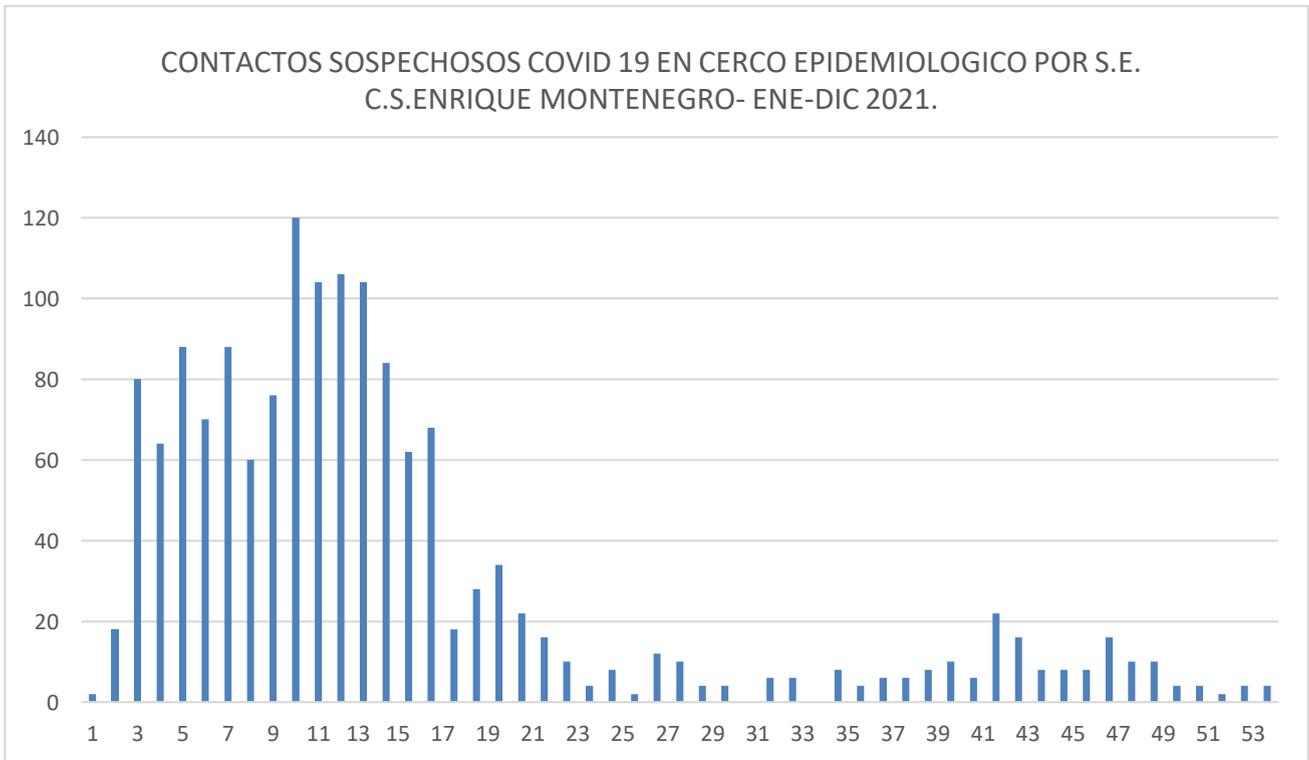
32. Diagnósticos de ingreso relacionado a COVID-19     Si     No

33. Signos presentados en la hospitalización:

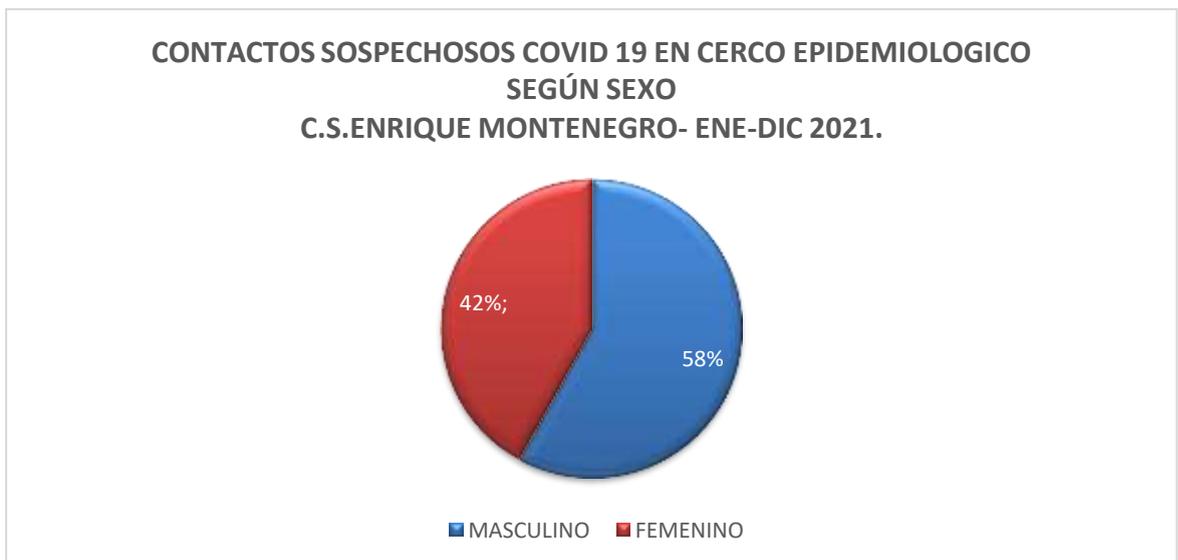
- Convulsión
- Disnea/taquipnea
- Otros, especificar: \_\_\_\_\_
- Coma
- Auscultación pulmonar anormal
- Hallazgos anormales en radiografía
- Hallazgos anormales en ecografía
- Hallazgos anormales en tomografía
- Hallazgos anormales en RMN

## FICHA DE CONTACTO PARA COVID 19

	<b>PERÚ</b> <b>Ministerio de Salud</b>	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades	<b>FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE CONTACTOS COVID-19</b>
<b>I. DATOS GENERALES DEL CASO CONFIRMADO</b>			
Fecha investigación: ____/____/____			
Nombre del caso confirmado: _____		N° DNI/CE/Pasaporte: _____	
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			
<b>II. DATOS DEL CONTACTO</b>			
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		N° DNI/CE/Pasaporte: _____	
Correo electrónico: _____		N° Teléfono: _____	
Dirección de residencia actual: _____		País: _____	
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 (Edad gestacional: _____)	<input type="checkbox"/> Post parto/aborto ( $\leq$ 6 semanas o 42 días)		
<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"/> Enfermedad pulmonar crónica		
<input type="checkbox"/> Enfermedad crónica neurológica o neuromuscular	<input type="checkbox"/> Sobrepeso		
<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Asma		
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Cáncer		
<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____			
<b>III. EL CONTACTO ES UN CASO SOSPECHOSO</b>			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
<b>VI. INVESTIGADOR</b>			
Persona que llena la ficha: _____		N° Teléfono: _____	
Firma y sello: _____			

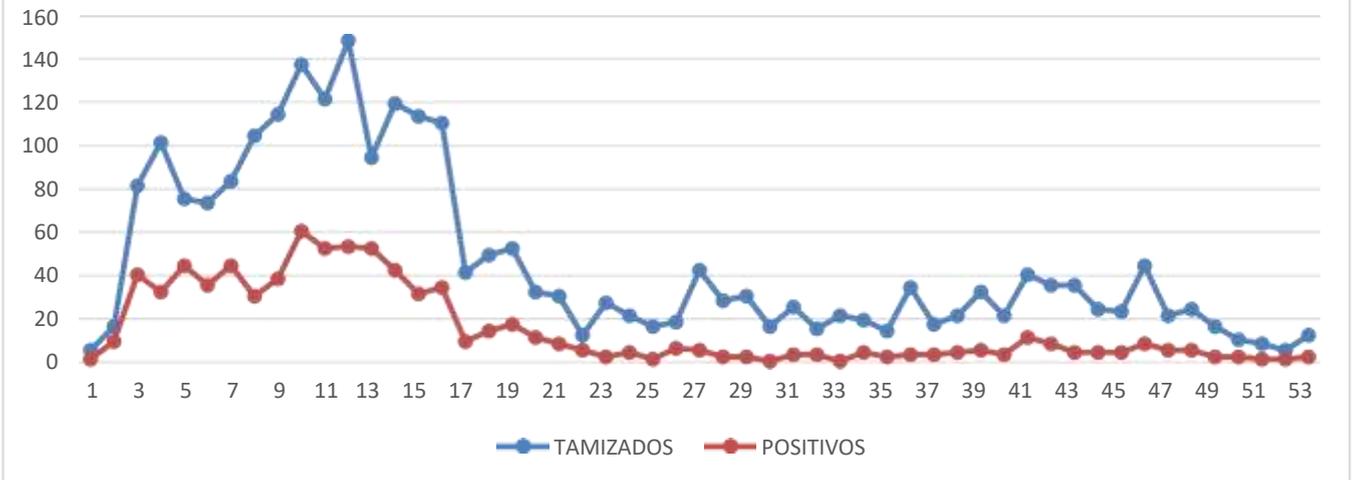


Fuente: Epidemiología C.S. E. Montenegro



Fuente: Epidemiología C.S. E. Montenegro

N° DE TAMIZADOS PARA COVID 19 Y POSITIVOS POR S.E.  
C.S.ENRIQUE MONTENEGRO- ENE-DIC 2021.



Fuente: Epidemiología C.S. E. Montenegro

## GALERIA DE FOTOGRAFICA DE ACTIVIDADES





