

En el municipio de _____, departamento de _____, a las _____ horas y _____ minutos, del día _____ del mes de _____, del año dos mil _____. Los suscrito_s inspectores del Consejo Superior de Salud Pública, procede a practicar inspección de seguimiento para verificar el cumplimiento de los aspectos técnicos que a continuación se detallan, en cumplimiento al Acuerdo de la Sesión Ordinaria 37/2021 de fecha 13 de octubre de 2021, PUNTO DIEZ: VARIOS, NUMERAL DOS, por haber sido autorizado por el Consejo para la Atención Integral de Personas con COVID-19 el establecimiento denominado _____, inscrito al número _____.

REQUISITOS MÍNIMOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS CON COVID-19 EN HOSPITALES DE ESPECIALIDADES PRIVADOS.

REQUERIMIENTO GENERAL N° 1		RECURSOS HUMANOS				
REQUERIMIENTOS ESPECÍFICOS	DESCRIPCIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIÓN	
1.1 PERSONAL DE SALUD CON PERMANENCIA DE 24 HORAS EN EL ESTABLECIMIENTO (DEBERÁ MOSTRAR NOMINA DE PROFESIONALES)	1.1.1.	Médicos Internistas				
	1.1.2.	Médicos Generales				
	1.1.3.	Licenciados en Anestesia e Inhaloterapia				
	1.1.4.	Licenciados en Radiología e Imágenes				
	1.1.5.	Licenciados en Enfermería				
	1.1.6.	Licenciados en Laboratorio Clínico				
	1.1.7.	Tecnólogos en Enfermería				
	1.1.8.	Técnicos en Enfermería.				
	1.2.1.	Médico con especialidad en Pediatría				
	1.2.2.	Médico con especialidad en Cirugía General				
	1.2.3.	Médico con especialidad en Ginecología y Obstetricia				
	1.2.4.	Médico con especialidad en Radiología				
	1.2.5.	Médico con especialidad en Anestesiología				

1.2 PERSONAL DE SALUD DE LLAMADA EN EL ESTABLECIMIENTO (DEBERÁ MOSTRAR NOMINA DE PROFESIONALES DE LLAMADA)	1.2.6	Médico con subespecialidad en Medicina Crítica				
	1.2.7	Médico con subespecialidad en Neumología				
	1.2.8	Médico con subespecialidad en Infectología				
	1.2.9	Médico con subespecialidad en Cardiología				
	1.2.10	Médico con subespecialidad en Neurología				
	1.2.11	Médico con subespecialidad en Medicina Crítica pediátrica				
	1.2.12	Médico con subespecialidad en Cirugía Pediátrica				
1.3 AUTORIZACIÓN PARA EJERCER. (APLICA A LA TOTALIDAD DE PROFESIONALES INCLUIDOS EN LA NOMINA DEL ESTABLECIMIENTO, TANTO DE PERMANENCIA DE 24 HORAS, COMO DE LLAMADA)	1.3.1	Solvencia de anualidad				
	1.3.2	Carnet de Junta de Vigilancia Vigente				
	1.3.3	Atestado de Especialidad (para médicos especialistas y subespecialistas)				
REQUERIMIENTO GENERAL N° 2		INFRAESTRUCTURA				
REQUERIMIENTOS ESPECÍFICOS	DESCRIPCIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIÓN	
2.1.1	Deberá contar con un área de triage o selección de pacientes.					

2.1 ÁREA DE RECEPCIÓN DE PACIENTES CON SOSPECHA DE COVID-19)	2.1.2	Sala de aislamiento para pacientes con sospecha de COVID-19.				
	2.1.3	En sala de aislamiento, deberá contar con área exclusiva para la colocación y retiro de Equipo de Protección Personal, con su respectivo baño y ducha.				
	2.1.4	Deberá contar con servicio sanitario para pacientes con COVID-19.				
2.2 ÁREA DE CONSULTORIO PARA EVALUACIÓN DE PACIENTES	2.2.1	Consultorios, carpa o área definida, fuera del centro, para la atención de niños con fiebre o síntomas respiratorios, separado del resto de atenciones.				
	2.2.2	Consultorio para para evaluación de pacientes con sospecha o confirmados de COVID-19 ubicado en el área de aislamiento.				
	2.2.3	Lavamanos				
2.3 RUTAS DE MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CON COVID-19 DENTRO DEL ESTABLECIMIENTO	2.3.1	Ruta de entrada de los pacientes				
	2.3.2	Ruta de movilización para la entrada y salida del personal de salud				
	2.3.3	Ruta para el traslado interno de pacientes con COVID-19				
	2.3.4	Ruta para el traslado de pacientes a quirófanos, la cual deberá estar debidamente señalizada como "ruta de circulación paciente COVID-19".				
	2.3.5	Rutas alternas para entregar medicamentos y otros procedimientos				
2.4 ÁREA DE INGRESO DE PACIENTES CON COVID-19	2.4.1	Habitación individual con ventana abierta y puerta cerrada; o camas hospitalarias ubicadas al menos a un metro de distancia entre ellas.				
	2.4.2	Deberá contar con baño y ducha para pacientes				

2.5 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	2.5.1	Deberá contar con Unidad de Cuidados Intensivos destinada a la atención de pacientes con COVID-19.				
	2.5.2	Deberá contar con área exclusiva para la colocación y retiro de Equipo de Protección Personal, con su respectivo baño y ducha.				
	2.5.3	Habitación individual o camas hospitalarias ubicadas al menos a un metro de distancia entre ellas.				
	2.5.4	Tomacorrientes a diferentes alturas				
	2.5.5	Deberá contar con baño y ducha para pacientes				
	2.5.6	Deberá contar con aire acondicionado central con manejadora independiente o en su defecto, tipo mini split.				
	2.5.7	Lavamanos				
2.6 ÁREA DE QUIRÓFANO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON COVID-19	2.6.1	Deberá contar con área exclusiva para la colocación y retiro de Equipo de Protección Personal, con su respectivo baño y ducha.				
	2.6.2	Deberá contar con quirófano disponible para la atención de pacientes con COVID-19				
	2.6.3	El quirófano deberá contar con aire acondicionado central con manejadora independiente o en su defecto, tipo mini split.				
	2.6.4	Deberá contar con un croquis de la ruta crítica del quirófano durante las fases del procedimiento quirúrgico en pacientes con COVID-19.				
REQUERIMIENTO GENERAL N° 3		INSUMOS, EQUIPOS Y MEDICAMENTOS				
REQUERIMIENTOS ESPECÍFICOS		DESCRIPCIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIÓN
	3.1.1	Canula nasal para Oxigeno				

3.1 INSUMOS

3.1.2	Mascarilla Venturi				
3.1.3	Mascara de reservorio				
3.1.4	Humidificador				
3.1.5	Cánula de alto flujo				
3.1.6	Máscara laríngea de diferentes tamaños				
3.1.7	Resucitador manual con bolsa autoinflables pediátrica				
3.1.8	Resucitador manual con bolsa autoinflables para adulto				
3.1.9	Tubos endotraqueales pediátricos de diferentes calibres				
3.1.10	Tubos endotraqueales para adultos de diferentes calibres				
3.1.11	Guías conductoras para tubos endotraqueales				
3.1.12	Tubos para traqueostomía de diferentes calibres				
3.1.13	Tubos de toracostomía de diferentes tamaños				
3.1.14	Tabla para paro cardiorespiratorio				
3.1.15	Circuito para ventilador mecánico				
3.1.16	Filtro HEPA para ventilación mecánica				
3.1.17	Sistema de aspiración cerrada				
3.1.18	Sonda de aspiración				
3.1.19	Kit de catéter de vena central				
3.1.20	Bolsas para alimentación enteral				

3.1.21	Sonda Foley de diferente calibre				
3.1.22	Bolsa recolectora de orina				
3.1.23	Gel lubricante para cateterismo vesical				
3.1.24	Electrodos para monitoreo de signos vitales				
3.1.25	Gel conductora para electrocardiograma				
3.1.26	Descartables para sueros				
3.1.27	Descartables para bombas de infusión				
3.1.28	Descartables para bombas de perfusión				
3.1.29	Catéter de diferentes calibre				
3.1.30	Jeringas de diferentes calibres				
3.1.31	Guantes descartables				
3.1.32	Guantes estériles				
3.1.33	Esparadrapo para fijación o micropore				
3.2.1	Manómetro para cilindro de oxígeno				
3.2.2	Cilindros de oxígeno				
3.2.3	Sistema central de suministro de oxígeno				
3.2.4	Flujómetros para el sistema central de suministros de oxígeno				
3.2.5	Laringoscopio de adulto con diferentes hojas				
3.2.6	Laringoscopio pediátrico con diferentes hojas				

3.2 EQUIPOS

3.2.7	Ventilación no invasiva: Bilevel o CPAP				
3.2.8	Ventilador mecánico				
3.2.9	Aspirador de secreciones				
3.2.10	Bombas de infusión				
3.2.11	Bombas de perfusión				
3.2.12	Electrocardiógrafo				
3.2.13	Ecocardiograma				
3.2.14	Desfibrilador				
3.2.15	Monitor de signos vitales				
3.2.16	Capnógrafo				
3.2.17	Oxímetro de pulso				
3.2.18	Tensiómetro				
3.2.19	Termómetro				
3.2.20	Estetoscopio				
3.2.21	Negatoscopio				
3.2.22	Bombas de nutrición enteral				
3.2.23	Atril				
3.3.1	Verificar la existencia de los siguientes líquidos endovenosos:				
3.3.1.1	Solución Salina Normal (SSN) 0.9%, 250 ml 500 ml y 1000 ml				
3.3.1.2	Solución hiposal 250 ml				

3.3.1.3	Lactato de Ringer 250 ml, 500 ml y 1000 ml				
3.3.1.4	Suero Mixto 250ml, 500 ml y 1000 ml				
3.3.1.5	Dextrosa 5 %, 250 ml, 500 ml, 1000 ml				
3.3.1.6	Dextrosa 10 %, 250 ml				
3.3.1.7	Dextrosa 50 %, frasco 50 ml				
3.3.1.8	Agua bidestilada 10 ml, 250ml, 1000ml				
3.3.2	Verificar la existencia de las siguientes aminas vasoactivas:				
3.3.2.1	Adrenalina 1mg/ml				
3.3.2.2	Noradrenalina 4mg				
3.3.2.3	Dopamina clorhidrato 40mg/ml				
3.3.2.4	Vasopresina				
3.3.2.5	Dobutamina 250mg				
3.3.2.6	Milrinona 1mg/ml				
3.3.3	Verificar la existencia de los siguientes antimicrobianos, antifúngicos y antivirales:				
3.3.3.1	Clindamicina 600 mg/frasco				
3.3.3.2	Ceftriaxona 1g				
3.3.3.3	Ampicilina/sulbactam 1.5 g				
3.3.3.4	Levofloxacina 500 mg/vial				
3.3.3.5	Amikacina 1g/2ml				
3.3.3.6	Piperacilina tazobactam 4.5g/vial				

3.3.3.7	Meropenem 1g/vial				
3.3.3.8	Vancomicina 500 mg/vial				
3.3.3.9	Imipenem 500 mg/frasco				
3.3.3.10	Linezolid 600 mg/bolsa				
3.3.3.11	Cefepime 1g/frasco				
3.3.3.12	Cefotaxima 1g/vial				
3.3.3.13	Oxacilina 1g				
3.3.3.14	Ciprofloxacina 200mg/100ml				
3.3.3.15	Metronidazol 2mg/ml				
3.3.3.16	Ceftazidima 1g				
3.3.3.17	Fosfomicina 500mg				
3.3.3.18	Gentamicina 80mg/2ml				
3.3.3.19	Polimixina (500,000 UI/frasco)				
3.3.3.20	Claritromicina 500 mg				
3.3.3.21	Anfotericina B 50 mg/vial				
3.3.3.22	Voriconazol 200mg				
3.3.3.23	Fluconazol 200mg/frasco				
3.3.3.24	Anidulafungina 100 mg/frasco				
3.3.3.25	Remdesivir				
3.3.4	Verificar la existencia de los siguientes analgésicos/antipiréticos/sedantes:				

3.3 MEDICAMENTOS

3.3.4.1	Paracetamol 1 g				
3.3.4.2	Diclefenac 75mg/3ml				
3.3.4.3	Ketorolaco 30mg/ml				
3.3.4.4	Acetaminofén 500 mg tableta				
3.3.4.5	Acetaminofén 120mg /5ml				
3.3.4.6	Morfina 10mg/ml				
3.3.4.7	Remifentanyl 5mg				
3.3.4.8	Fentanyl 100mcg ampolla				
3.3.4.9	Cisatracurio 5mg				
3.3.4.10	Propofol 1%				
3.3.4.6	Midazolam 15mg/3ml				
3.3.5	Verificar la existencia de los siguientes medicamentos orales e inhalados:				
3.3.5.1	Zinc tableta				
3.3.5.2	Zinc jarabe				
3.3.5.3	Vitamina D				
3.3.5.4	Vitamina C				
3.3.5.5	Clorfeniramina 2mg/5ml				
3.3.5.6	Clorfeniramina 4 mg				
3.3.5.7	Loratadina 10 mg				
3.3.5.8	Ivermectina				

3.3.5.9	Sales de rehidratación oral 75mEq/L				
3.3.5.10	Acido acetilsalicílico (ASA) 80- 100mg				
3.3.5.11	N-acetylcisteína 200mg/ tableta o sobre				
3.3.5.12	Salbutamol, 100 mcg/dosis				
3.3.5.13	Bromuro de Ipratropio, 20mcg/dosis				
3.3.6	Verificar la existencia de los siguientes medicamentos parenterales:				
3.3.6.1	Cloruro de potasio (KCl) 15% ampolla				
3.3.6.2	Cloruro de sodio (NaCl) 20% ampolla de 10 ml				
3.3.6.3	Gluconato de calcio 10% ampolla de 10 ml				
3.3.6.4	Sulfato de magnesio 50%				
3.3.6.5	Dexametasona frasco				
3.3.6.6	Metilprednisolona frasco				
3.3.6.7	Bicarbonato de sodio 44.6mEq/50ml				
3.3.6.8	Fosfato de potasio 3.8 mEqK/2.6mmol/ml				
3.3.6.9	Heparina de bajo peso molecular				
3.3.6.10	Ranitidina ampolla 50 mg/2ml				
3.3.6.11	Furosemida 20mg/2ml				
3.3.6.12	Metoclopramida 10mg				
3.3.6.13	Albumina 20%				
3.3.6.14	Omeprazol 40mg				

	3.3.6.15	Aminofilina 250mg/10ml				
	3.3.6.16	Nitroprusiato de sodio 25mg/ml				
	3.3.6.17	Inmunoglobulina humana				
	3.3.6.18	Tocilizumab				
3.4 NUTRICIÓN ENTERAL	3.4.1	Nutrición enteral polimérica				
	3.4.2	Nutrición enteral monomérica				
REQUERIMIENTO GENERAL N° 4		DOCUMENTACIÓN				
REQUERIMIENTOS		DESCRIPCIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIÓN
4.1 ESTABLECIMIENTO AUTORIZADO	4.1.1	Licencia de apertura y funcionamiento y certificado vigente del establecimiento				
4.2 LABORATORIO CLÍNICO QUE BRINDA SERVICIO A HOSPITAL QUE ATIENDE PERSONAS CON COVID-19 AUTORIZADO	4.2.1	Licencia de apertura y funcionamiento y certificado vigente de Laboratorio Clínico ante el CSSP, si es propio; o convenio/contrato del servicio si es subcontratado.				
	4.3.1	Hemograma				
	4.3.2	Tiempo de protombina(TP)				
	4.3.3	Tiempo parcial de tromboplastina (TPT)				
	4.3.4	Fibrinógeno				
	4.3.5	Dímero D				
	4.3.6	Ferritina				

4.3 PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS CON COVID-19. LISTADO DE PRUEBAS OFERTADAS	4.3.7	Troponina				
	4.3.8	Transaminasa oxalacética (TGO)				
	4.3.9	Transaminasa pirúvica (TGP)				
	4.3.10	Lactato deshidrogenasa (LDH)				
	4.3.11	Creatinina				
	4.3.12	Electrolitos séricos				
	4.3.13	Péptido natriurético tipo B (BNP)				
	4.3.14	Procalcitonina				
	4.3.15	Proteína C reactiva				
	4.3.16	Prueba RT- PCR o prueba de antígenos para SARS-CoV-2				
	4.3.17	Gases arteriales				
4.4 GABINETE RADIOLÓGICO QUE BRINDA SERVICIO A HOSPITAL QUE ATIENDE PERSONAS CON COVID-19 AUTORIZADO	4.4.1	Licencia de apertura y funcionamiento y certificado vigente de Gabinete radiológico ante el CSSP, si es propio; o convenio/contrato del servicio si es subcontratado.				
4.5 PRUEBAS DE GABINETE RADIOLÓGICO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS CON COVID-19. LISTADO DE PRUEBAS OFERTADAS.	4.5.1	Ultrasonografía				
	4.5.2	Rayos X				
	4.5.3	Tomografía Axial computarizada (TAC)				

4.6 PROCEDIMIENTOS	4.6.1	Procedimiento para la recepción y atención de pacientes que consultan por Infecciones respiratorias agudas (IRAS)			
	4.6.2	Procedimiento para traslado de pacientes			
	4.6.3	Procedimiento para la higiene de manos según la Organización Mundial de la Salud			
	4.6.4	Procedimiento para la colocación y retiro de equipo de protección personal (EPP)			
	4.6.5	Procedimiento de esterilización y desinfección de dispositivos médicos			
	4.6.6	Procedimiento para la realización de limpieza y desinfección de las áreas de trabajo			
	4.6.7	Procedimiento para el manejo exclusivo de ropa bioinfecciosa de paciente con COVID-19 si el servicio es propio; si es subcontratado, presentar además del procedimiento, el convenio/contrato con la institución que brinda el servicio.			
	4.6.8	Procedimiento para el manejo de alimentación y utilización de utensilios del paciente con COVID-19.			
	4.6.9	Procedimiento para limpieza y desinfección de ambulancias si el servicio es propio; si es subcontratado, presentar además del procedimiento, el convenio/contrato con la institución que brinda el servicio.			
	4.6.10	Procedimiento para la gestión, adquisición y administración de plasma convalescente			

	4.6.11	Manual de procedimientos para la realización de procedimientos invasivos (intubación endotraqueal, colocación de cateter venoso central, sonda transuretral, nasogástrica, toracostomia, traqueostomia).				
	4.6.12	Procedimiento para la preparación, traslado de cadaveres a la morgue y gestión de entrega a autoridades competentes y familiares.				
4.7 Capacitación comprobable del personal	4.7.1	En colocación y retiro de EPP				
	4.7.2	En limpieza y desinfección de las áreas de trabajo.				
	4.7.3	En la atención de pacientes con COVID-19.				
4.8 Vigilancia epidemiológica	4.8.1	Formulario para notificación individual de enfermedad objeto de vigilancia sanitaria. VIGEPES-01				
	4.8.2	Bitacora de control del personal que ingresa al área de aislamiento y a la unidad de cuidados intensivos donde se atienden a los pacientes con COVID-19.				
4.9 Manejo de Desechos bioinfecciosos	4.9.1	Contrato de desechos bioinfecciosos vigente				
REQUERIMIENTO GENERAL N° 5		BIOSEGURIDAD				
REQUERIMIENTOS ESPECÍFICOS		DESCRIPCIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIÓN
5.1 SEÑALIZACIÓN	5.1.1	Distanciamiento social				
	5.1.2	Etiqueta de tos y estornudos				
	5.1.3	Uso de mascarilla				
	5.1.4	Lavado de manos				

	5.1.5	Áreas restringidas en sala de aislamiento, unidad de cuidados intensivos y quirófano				
5.2 LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	5.2.1	Hipoclorito de sodio al 0.5%				
	5.2.2	Amonio cuaternario				
	5.2.3	Jabón líquido				
	5.2.4	Solución hidroalcohólica				
	5.2.5	Alcohol gel (60% o mas)				
	5.2.6	Papel toalla				
	5.2.7	Bitacora de limpieza de áreas				
5.3 EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL	5.3.1	Ropa hospitalaria				
	5.3.2	Equipo de protección personal Nivel 1 (consta de: mascarilla con filtrado mayor del 80%, gorro,				
	5.3.3	gabacha y guantes). Equipo de protección personal Nivel 2 (consta de: mascarilla con filtrado mayor del 95%, gabachón descartable, protección facial, guantes, gorro y zapateras o botas).				
	5.3.4	Equipo de protección personal Nivel 3 (consta de: traje de bioseguridad completo, mascarilla con filtrado mayor del 95%, protección facial, guantes, y zapateras o botas).				
	5.3.5	Bitacora de entrega de equipo de protección personal a pacientes, familiares y personal de salud.				
5.4 MANEJO DE DESCHOS BIOINFECCIOSOS	5.4.1	Contenedor rígido para material cortopunzante				
	5.4.2	Recipiente para basura con bolsa roja para desechos bioinfecciosos				

Lined area for text entry, consisting of multiple horizontal lines.

No habiendo más que hacer constar, levanto la presente acta a las _____ horas y _____ minutos de la fecha antes señalada.

Atendido por: _____

Firma y sello _____

N.º de DUI: _____

Inspector: _____

Firma y Sello _____