

# Vigilancia COVID-19 con Go.Data

## Primera fase de implementación

La vigilancia epidemiológica del COVID-19 se basa sobre la detección temprana de **casos**<sup>1</sup> para aislarlos y así evitar la ocurrencia de casos secundarios.

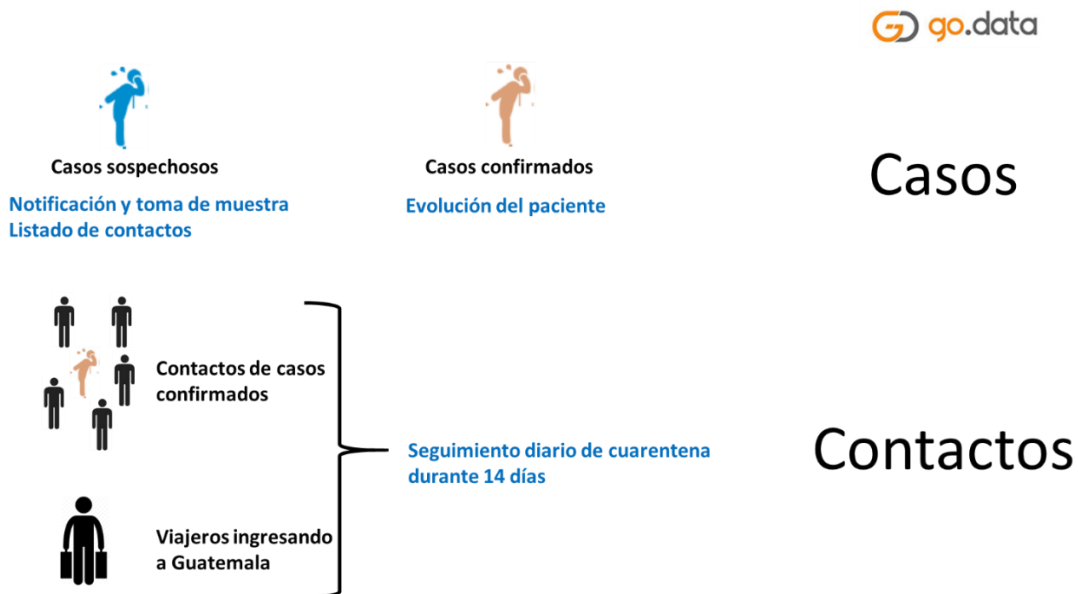
Por eso, es crucial la detección y el seguimiento de personas posiblemente expuestas al virus durante 14 días. En Guatemala, estas personas pueden ser identificadas como:

- **Contactos** de casos confirmados
- **personas regresando de países con circulación** comunitaria

El sistema go.data permite el registro y seguimiento de casos, contactos y personas ingresando del extranjero a Guatemala.

La implementación del sistema go.data en Guatemala se basará sobre una gestión:

- **centralizada** de la vigilancia de los **casos** al nivel de laboratorio nacional
- **descentralizada** del seguimiento de **contactos** y personas ingresando del extranjero a Guatemala de DMS y DAS.

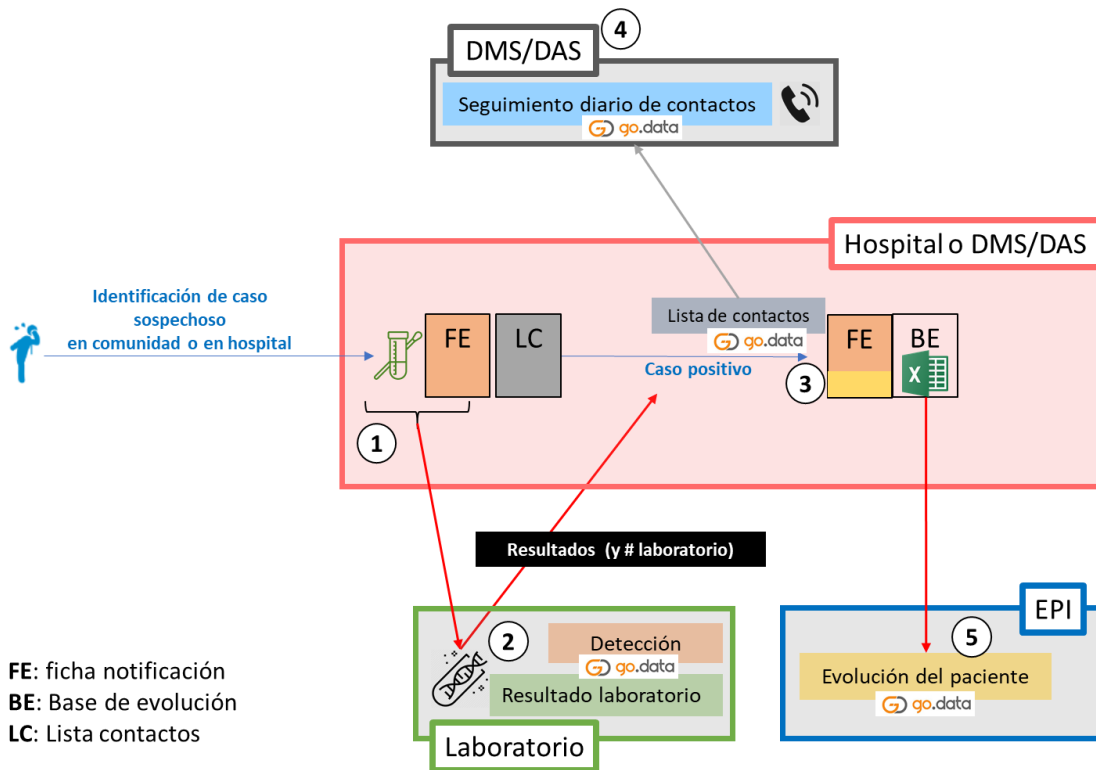


<sup>1</sup> Definiciones de casos disponibles en la “actualización de la guía epidemiológica por COVID-19 al 6 de abril” en: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/informacion/coronavirus-2019-ncov/descargas-coronavirus-covid-19>

## Descripción del flujo de información para la vigilancia de COVID-19, Guatemala, abril 2020:

1. En la unidad notificadora.  
Al momento de la detección de un caso sospechoso (en la comunidad o a su ingreso en un hospital), ERI de DMS/DAS o médicos de hospitales deberán:
  - a. Tomar hisopados nasofaríngeo y orofaríngeo combinados
  - b. Completar la **ficha epidemiológica** de vigilancia de COVID-19
  - c. Definir el **listado de contactos** del caso sospechoso.
  - d. Enviar **ficha epidemiológica** y muestra al laboratorio
2. El laboratorio:
  - a. Procesará la muestra
  - b. Ingresará los datos de la **ficha epidemiológica** de vigilancia de COVID-19 en go.data
  - c. Enviará los resultados, con el *código de registro de laboratorio*, a la unidad notificadora
3. La unidad notificadora:
  - a. Ingresará el **listado de contactos** de los casos confirmados en go.data (usando el código de registro de laboratorio)
  - b. Enviará al laboratorio la **base de evolución** informando de cualquier cambio de estado del caso, usando el *código de registro de laboratorio* (hospitalización, ingreso en UCI, recuperación, etc.)
4. DMS/DAS correspondiente a residencia de los contactos ingresados:
  - a. Dará seguimiento a los contactos durante 14 días e ingresará información de seguimiento de contactos en go.data
5. El laboratorio
  - a. Ingresará datos de la **base de evolución** en los registros go.data de los casos correspondientes usando el *código de registro de laboratorio*

## Flujo de información go.data



## Datos ingresados / acceso en go.data por instituciones



**Principio del ingreso de datos de casos y contactos en go.data, Guatemala, abril 2020:**

Durante la primera fase de implementación de go.data:

- El acceso a la base de datos de casos será restringido al laboratorio y el departamento de epidemiología del MSPAS.
- Los hospitales ingresaran solamente el listado de contactos de los casos confirmados.
- DMS y DAS ingresaran listados de contactos de casos confirmados, listados de personas regresando del extranjero y el seguimiento de ellos.

# Ficha epidemiológica COVID-19

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA												FICHA EPIDEMIOLÓGICA VIGILANCIA VIRUS RESPIRATORIOS – COVID 19					
<b>1. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN</b>																	
UNIDAD NOTIFICADORA	Fecha de notificación	Di	Me	Año	No. de País (Código Unidad de Salud)	Cuento COVID19	Año	No.									
Área de Salud					Distrito												
Servicio u Hospital					Seguro Social (RSS)			Establecimiento Privado									
Servicio donde se capta el caso: Consulta Externa, Emergencia, Encamamiento, UCI, Domicilio, Otro																	
Responsable del llenado del instrumento – Nombre completo																	
Teléfono																	
Correo Electrónico																	
Firma y Sello																	
<b>2. INFORMACIÓN PERSONAL</b>																	
NOMBRE DEL PACIENTE									Jr. Nombre								
Jr. Apellido									Jr. Apellido								
Sexo: Masculino, Femenino																	
Embarazada: SI, No, Edad Gestacional																	
Término: Trimestre, Post Parto																	
Fecha de Nacimiento																	
Ocupación																	
Código Único de Identificación																	
Nombre del tutor																	
Teléfono del tutor																	
Pueblo: Maya, Ladino/Isleño, Garifuna, Étnica, Otro (especificar)																	
Educativa: Ninguna, Primaria, Secundaria, Diversificado, Universitario, No sabe																	
<b>3. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA</b>																	
Dirección:																	
Municipio																	
Comunidad / Aldea/Barra																	
<b>4. DATOS CLÍNICOS</b>																	
Enfermedades Asociadas																	
Diabetes Mellitus: SI, No, No Sabe																	
Tratamiento Con Corticosteroides: SI, No, No Sabe																	
Euf. Pulmonar Obstructiva Crónica: SI, No, No Sabe																	
Enfermedad Hepática Crónica: SI, No, No Sabe																	
Insuficiencia Renal Crónica: SI, No, No Sabe																	
Cardiopatía Crónica (Hipertensión Arterial): SI, No, No Sabe																	
Cáncer: SI, No, No Sabe																	
Disfunción Neurovascular: SI, No, No Sabe																	
Acrnia: SI, No, No Sabe																	
Obesidad: SI, No, No Sabe																	
Intoxicación: SI, No, No Sabe																	
Otro: SI, No, No Sabe																	
Fecha de inicio de Síntomas: Día, Mes, Año																	
Síntomas Asociados																	
Fiebre > 38.5 Centígrados: SI, No, No Sabe																	
Pérdida de Olfato: SI, No, No Sabe																	
Atrascodos De Hebre: SI, No, No Sabe																	
Síntomas: SI, No, No Sabe																	
Máscara General: SI, No, No Sabe																	
Vómitos o Diarrea: SI, No, No Sabe																	
Dolor Muscular (1) De Articulaciones: SI, No, No Sabe																	
Urticaria (Dificultad para Respirar): SI, No, No Sabe																	
Dolor De Cabeza: SI, No, No Sabe																	
Entorpecimiento Laríngeo: SI, No, No Sabe																	
Tos: SI, No, No Sabe																	
Ningún Subcostal: SI, No, No Sabe																	
Odonlogía: SI, No, No Sabe																	
<b>5. INFORMACIÓN COVID-19</b>																	
Motivo de realización de la prueba para COVID-19: Trabajador de Salud, Regreso del Extranjero, Frontera, Contacto con Caso Confirmado, Búsqueda de Atención Médica, Otro																	
Ha visitado algún Servicio de Salud en los 14 días previos al inicio de Síntomas: SI, No, No Sabe																	
Especifique nombre y fecha del caso o casos confirmados si es todo el contacto:																	
Ha estado en contacto con algún caso confirmado en los 14 días previos al inicio de Síntomas: SI, No, No Sabe																	
1. Fecha De Primer Contacto, Fecha de Último Contacto																	
2. Fecha De Primer Contacto, Fecha de Último Contacto																	
3. Fecha De Primer Contacto, Fecha de Último Contacto																	
Participó en algún evento social con presencia de caso(s) confirmado(s): SI, No, No Sabe																	
Pala probable de exposición del caso notificado																	
Clasificación: Confirmado, Sospechoso, Probable, Descartado																	
<b>6. MUESTRAS TOMADAS</b>																	
Se tomó muestra: SI, No, Tipo de muestra, Hora toma de muestra, Fecha de toma de muestra																	
Virus detectado:																	
<b>7. TIPO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA</b>																	
Vigilancia ESI (Pacientes ambulatorios)																	
Vigilancia RSI (Pacientes hospitalarios)																	
IRAG/ETI en trabajador de salud: SI, No																	
IRAG/ETI en personas que han viajado a zonas con circulación de virus respiratorios de potencial pandémico en dos semanas previas a enfermar: SI, No																	
Caso de IRAG/ETI en persona previamente sana con deterioro clínico y que no responde a tratamiento: SI, No																	
Defunción relacionada con IRAG/ETI de causa desconocida: SI, No																	
<b>8. EVOLUCIÓN DEL PACIENTE</b>																	
El paciente fue Hospitalizado: SI, No, Fecha de Hospitalización, No. Expediente Clínico																	
Ingreso A Encamamiento: SI, No, Ingreso A Observación: SI, No																	
Ingreso A UCI: SI, No, Tubo Endotraqueal: SI, No																	
Verificación Activa: SI, No																	
Refirió A Otro Hospital: SI, No, ¿Cuál?																	
Fecha de recuperación/ egreso/fallecimiento: No, Muerto																	

## Formulario para identificación de contactos

Listado contactos con casos sospechoso o confirmado de COVID-19												
Nombre del Casos positivo COVID-19												
Nombre y cargo del responsable del seguimiento:												
	Cui o pasaporte	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS	EDAD	SEXO (F/M)	Dirección	DAS de residencia	DMS de residencia	TELEFONO	Fecha ultimo contacto con caso	Fecha de inicio de seguimiento
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												

## Base de evolución

codígo de registro de laboratorio	nombres	appellidos	fecha de hospitalizacion	fecha de ingreso en UCI	fecha de ventilación	fecha de egreso de UCI	fecha de egreso de hospital	fecha de recuperación / muerte	Estado final