



Lineamientos técnicos para la prevención y control del Ébola

San Salvador, El Salvador, 2019



MINISTERIO
DE SALUD

Lineamientos técnicos para la prevención y control del Ébola

San Salvador, El Salvador, 2019

2019 Ministerio de Salud



**Atribución-NoComercial-SinDerivadas
4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)**

Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o formato, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial. Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen apoyo de la licencia.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede Consultarse en el Centro de Documentación Virtual en:

<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Ministerio de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2591 7000

Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

Autoridad

Dra. Ana del Carmen Orellana Bendek

Ministra de Salud

Índice

Contenido	Página
I. Introducción	4
II. Base legal	5
III. Objetivos	6
IV. Ámbito de aplicación	7
V. Contenido técnico	7
VI. Disposiciones Finales	59
VII. Vigencia	60
VIII. Bibliografía	61
Anexos	62

Equipo técnico

Nombre	Dependencia
Dra. Orbelina Hernández de Palma Dr. Héctor Manuel Ramos	Dirección de Vigilancia Sanitaria
Dra. Lilian Angélica Cruz Ing. Vivian Saade Arq. Rafael Portillo Lic. Evelyn Castro de Somoza	Dirección de Salud Ambiental
Lic. Silvia Chile	Laboratorio Nacional de Referencia
Dr. Ernesto Pleités	Instituto Nacional de Salud
Dr. Mario Gamero Dr. Guillermo Barahona	Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Dr. Eduardo Suarez Castaneda	Dirección de Enfermedades Infecciosas
Dr. Luis Adiel Delgado Torres	Sistema Nacional de Emergencias
Lic. José Balmore Parada	Unidad de Comunicaciones
Lic. Ociel García	Unidad de Promoción de la Salud
M.Cs. Luis Francisco López Guzmán Dra. Patricia Montalvo de Muñoz	Dirección de Regulación y Legislación en Salud

Equipo de validación

Nombre	Dependencia o institución
Dra. Genoveva Morales	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Dr. Ricardo Díaz Fuentes	
Dra. Claudia E. Meléndez	Fosalud
Dr. René Arita	Hospital Militar Central
Dra. Sofía García Solís	Instituto de Bienestar Magisterial
Dr. Luis Adiel Delgado Torres	Sistema Nacional de Emergencias
Dr. Felix Valladares	Región de Salud Metropolitana
Dr. Guillermo Santamaría	Región de Salud Paracentral
Lic. Gloria del Carmen Arias Bautista	Unidad Nacional de Enfermería
Dra. Lilian Cruz	Dirección de Salud Ambiental
Lic. Ociel Guevara	
Dra. Graciela Baires de Escobar	Dirección de Regulación y Legislación en Salud
Lic. Andrea Elizabeth Quintanilla	Dirección Nacional de Hospitales de Segundo Nivel
Dr. Mario Gamero	Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Lic. Jeannette Suarez	Unidad de Promoción de la Salud
Lic. Ana Gloria de Guardado	
Lic. José Balmore Parada	Unidad de Comunicaciones

I. Introducción

La enfermedad causada por el virus Ébola (EVE), se reconoció por primera vez en 1976, en la provincia occidental sudanesa Ecuatorial, a 800 kilómetros de distancia, en la actual República Democrática del Congo, después de las importantes epidemias que sufrieron Nzara, en el sur del Sudán y Yambuku, en el norte de la República Democrática del Congo. Durante los años 2014 a 2015 se presentó el mayor brote de Ébola, especialmente en los países de Guinea, Liberia, Nigeria y Sierra Leona, expandiéndose a unos casos en Senegal, Estados Unidos, España, Mali y Reino Unido.

En un esfuerzo por interrumpir la propagación de EVE en el menor tiempo posible, la Organización Mundial de la Salud (OMS), convocó a una reunión especial de los Ministros de Salud de once países y asociados que participan en la respuesta al brote de Ébola, en Accra, Ghana, del 2 al 3 julio de 2014, para discutir la mejor manera de hacer frente a la crisis, así como desarrollar un plan de respuesta operativa integral entre los países, a partir de una comprensión clara de la situación y la respuesta, incluyendo limitantes.

En el año 2018 se presenta un nuevo brote en República Democrática del Congo, el cual aun no ha sido controlado, hasta el 3 de agosto de 2018 se habían notificado 43 casos de EVE: 13 confirmados y 30 probables, 33 de ellos mortales. Otros 33 casos sospechosos están pendientes de pruebas de laboratorio para confirmar o descartar la EVE. Tres trabajadores de la salud han sido afectados, uno de los cuales ha muerto.¹

En ese contexto internacional, el Ministerio de Salud, ante el brote de EVE del año 2014 y sus efectos a nivel mundial, elabora los *Lineamientos técnicos para la prevención y control del Ébola*, con el fin de proporcionar al personal del Sistema Nacional de Salud, las herramientas de conocimiento y prevención sobre la enfermedad.

La Reforma de Salud que se está ejecutando, plantea que el SNS incluyendo al Sistema de Emergencias Médicas, deben realizar un esfuerzo institucional y nacional para atender emergencias de salud, con énfasis ante potenciales situaciones epidémicas como podría ser la producida por el virus del Ébola, por lo cual deben emitirse documentos regulatorios que estén acorde a la *Política Nacional de Salud*, y que permitan un

abordaje integral; lo que ha hecho necesaria, la revisión y actualización de los lineamientos elaborados en el año 2014, para tener una respuesta actualizada y científica ante el virus del Ébola, lo cual implica un replanteamiento en los lineamientos vigentes, y su modificación por parte del Ministerio de Salud.

Se debe considerar el eje referido al trabajo intersectorial e intrasectorial, ya que el abordaje de una enfermedad gravísima y mortal como la producida por el virus del Ébola, en caso de aparecer casos, implicaría un esfuerzo interinstitucional, en el cual participarían los miembros del Sistema Nacional Integrado de Salud, así como otros actores claves como la Comisión Ejecutiva Portuaria Autónoma, la Policía Nacional Civil, Protección Civil y el Ministerio de la Defensa Nacional entre otros.

II. Base legal

Código de Salud

Art. 41.- Corresponde al Ministerio:

Numeral 4: “Organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias”.

Art. 129.- Se declara de interés público las acciones permanentes del Ministerio, contra las enfermedades transmisibles y zoonosis.

Art. 130.- El Ministerio tendrá a su cargo en todos sus aspectos al control de las enfermedades transmisibles y zoonosis, para lo cual deberán prestarle colaboración todas aquellas instituciones públicas y privadas en lo que sea de su competencia.

Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo.

Art. 42.- Compete al Ministerio de Salud:

Numeral 2: “Dictar las Normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población”.

Reglamento Sanitario Internacional 2005.

Art. 2.- Finalidad y alcance

La finalidad y el alcance de este Reglamento son prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales.

III. Objetivos.

General

Establecer las directrices necesarias para la prevención, vigilancia y control de los casos de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en El Salvador, que permitan al personal de salud proporcionar atención integral al paciente y oportuna notificación a nivel nacional e internacional. Así como la aplicación de medidas de prevención y control para disminuir la morbilidad por esta enfermedad en la población salvadoreña.

Específicos

1. Establecer un sistema de vigilancia epidemiológica para la identificación temprana, notificación oportuna de EVE y determinar las acciones para cortar la cadena de transmisión de la enfermedad.
2. Unificar el manejo clínico de los pacientes en el Sistema Nacional Integral de Salud (SNS).
3. Establecer estrategias de información, educación y comunicación (IEC) para la prevención de la enfermedad.
4. Activar la participación social, la intersectorialidad y el trabajo interinstitucional para la prevención y control de la enfermedad.
5. Realizar acciones de salud ambiental para evitar la diseminación del virus.

IV. **Ámbito de aplicación**

Están sujetos al cumplimiento de los presentes lineamientos técnicos, el personal técnico y administrativo de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, incluyendo el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, así como los prestadores de servicios de salud privados.

V. **Contenido técnico**

A. **Generalidades**

Descripción general de la enfermedad

El Ébola es una enfermedad vírica infecciosa aguda grave, que presenta fiebre, fatiga, hiporexia, odinofagia, cefalea, mialgias, vómitos, diarrea, dolor abdominal y en menos presencia hemorragia (40 a 50% en casos de 2014). La diátesis hemorrágica suele acompañarse de lesión hepática, insuficiencia renal, afección del sistema nervioso central y choque terminal con disfunción de múltiples órganos. Los estudios de laboratorio suelen mostrar linfocitopenia, trombocitopenia profunda y elevación de las transaminasas o aminotransferasas, a veces con hiperamilasemia y elevación de la creatinina y la azoemia en la fase de insuficiencia renal terminal. Las tasas de letalidad en brotes bien estudiados en África oscilan entre 50% y 90%.

El diagnóstico se basa en una combinación de análisis que detectan antígenos o RNA y anticuerpos de IgM o IgG. Puede emplearse detección del anticuerpo por ELISA o por reacción en cadena de la polimerasa para la retrotranscriptasa (RCP-RT) en sangre, suero u homogenizados de órganos; la presencia de anticuerpos IgM indican una infección reciente. En ocasiones pueden observarse los virus, mediante microscopía electrónica en cortes de hígado, bazo, piel y otros tejidos. Es posible el diagnóstico post mortem por examen inmunohistoquímico de muestras de biopsia de piel fijadas en formol. Los estudios de laboratorio constituyen un riesgo extraordinario, por lo que solo se deben hacer en laboratorios de nivel 4 para proteger al personal y a la comunidad.

Elementos de la cadena de transmisión

Etiología: es producida por el virus del Ébola, que es un virus de la familia. *Filoviridae*, orden *Mononegavirus*, virus ARN de cadena única.

Reservorio: es el humano y animales como monos, gorilas, chimpancés, antílopes, puerco espines, murciélagos frugívoros (en particular *Hypsignathus monstrosus*, *Epomopse*, género *ebolavirus*, *Franqueti* y *Myonycteri franqueti* y *Myonycteris torquata*), son posiblemente los huéspedes naturales del virus del Ébola en África.

Susceptibilidad: la susceptibilidad para adquirir la enfermedad es general, no hay inmunidad que proteja a las personas por condiciones de sexo, edad ni raza.

Período de transmisibilidad: desde que el paciente inicia síntomas hasta su recuperación y a través del semen hasta 199 días² posteriores a la recuperación clínica.

Período de incubación: de 2 a 21 días a partir de la última exposición al contagio.

Mecanismo de transmisión:

- De forma directa de persona a persona a través de las membranas mucosas o de soluciones de continuidad de la piel con: sangre o secreciones, tales como saliva, heces, lágrimas, sudor, orina y semen.
- De forma indirecta por contacto con materiales contaminados con secreciones o sangre. En África por la manipulación de animales identificados como reservorios vivos o muertos; así como la manipulación de cadáveres de humanos, sin equipo de bioseguridad adecuada.

Factores de riesgo: culturales (funerarios, principalmente) y laborales.

B. Abordaje del problema según las fases de alerta sanitaria en El Salvador

Deben considerarse como fases de alerta sanitaria las siguientes:

- Fase I: registro sostenido de casos de EVE en países fuera del continente americano.
- Fase II: notificación activa de casos de EVE en algún país del continente americano.
- Fase III: notificación de casos sospechosos en el país.

El país se encuentra en la fase I, que consiste en: registro sostenido de casos de Ébola en países fuera del

continente americano.

La Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD), se activará según las fases establecidas, teniendo en cuenta la legislación sanitaria para la aplicación de lineamientos que garanticen un abordaje oportuno y de calidad a los pacientes de EVE, basado en cinco ejes de acción, realizando un abordaje integrado e integral de la enfermedad en la población salvadoreña, los cuales son:

1. Participación social, intersectorialidad e interinstitucionalidad.
2. Promoción de la salud y comunicación de riesgo.
3. Salud ambiental.
4. Vigilancia epidemiológica.
5. Servicios de salud y atención médica.

Actividades a desarrollar en cada fase:

Fase I

1. Intercambio de información con la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la situación epidemiológica en los países de transmisión activa de EVE.
2. Activar la CISALUD política y técnica para la elaboración del Plan nacional de respuesta ante la EVE.
3. Realizar inventario de capacidad instalada en el país para dar respuesta.
4. Elaborar un plan de información, educación y comunicación a la población sobre EVE.
5. Elaboración de documentos normativos.
6. Intensificación de vigilancia epidemiológica en el país para la detección temprana de casos.
7. Impartir capacitación al SNS sobre vigilancia, notificación, prevención y atención de EVE.
8. Notificar del estado de alerta emitido por OMS a la población, sobre la situación de EVE.

Fase II

1. Intercambio de información con la OMS sobre la situación epidemiológica en los países de

transmisión activa de EVE.

2. Notificar del estado de alerta emitido por OMS a la población sobre la situación de EVE.
3. Intensificar la vigilancia epidemiológica.
4. Preparar servicios de salud para la atención de los probables casos de EVE.
5. Ejecutar el plan de información, educación y comunicación a la población sobre EVE.
6. Actualizar las definiciones de caso.

Fase III

1. Intercambio de información con la OMS sobre la situación epidemiológica en los países de transmisión activa de EVE.
2. Notificar al punto regional de contacto de la OMS para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) a través del Centro Nacional de Enlace (CNE).
3. Ejecutar el plan de información, educación y comunicación a la población sobre EVE.
4. Notificar del estado de alerta emitido por la OMS a la población sobre la situación de EVE.
5. Atención de casos en los establecimientos designados con las medidas de bioseguridad.
6. Vigilancia de aparición de casos entre el personal de salud.
7. Búsqueda y seguimiento de los contactos.
8. Actualizar las definiciones de caso.
9. La CISALUD entra en sesión permanente.

Las autoridades de las comisiones técnicas sectoriales de salud departamentales y municipales, son responsables de convocar a todos los sectores, para coordinar la elaboración y ejecución de los planes, definiendo los responsables por actividades, participantes, escenarios, fechas, recursos y resultados esperados, así como de la socialización, divulgación, monitoreo y evaluación de los mismos.

Se reconoce que la activación temprana y oportuna de la implementación de los planes en las tres fases definidas, aplicadas a nivel municipal, departamental y nacional estará basada en los decretos de niveles de emergencias dados por la Dirección General de Protección Civil, con la asesoría técnica del Ministerio de Salud.

C. Promoción de la salud en situaciones de emergencia.

La promoción de la salud es una estrategia planificada y sistemática, que permite a las personas tomar las medidas necesarias para prevenir o limitar el riesgo de enfermedades relacionadas con emergencias, así como para fomentar el autocuidado de la salud. Se trata asimismo de una forma práctica de fomentar la participación de la comunidad, el sentido de la responsabilidad y el seguimiento de los programas de recuperación de la salud.

Toda acción de promoción de la salud debe basarse en los conocimientos, las prácticas y los recursos de la población afectada, así como en la información actualizada sobre el tipo de emergencia, para poder decidir la mejor manera de proteger la salud pública.

Los tres factores clave de la promoción de la salud en emergencias son:

1. El intercambio de información y conocimientos;
2. La movilización de las comunidades afectadas;
3. El suministro de material educativo y audio-visual.

La movilización de las comunidades es especialmente oportuna en casos de emergencias, ya que es necesario alentar a las personas afectadas a tomar medidas para que protejan su salud. Cuando sea posible, las actividades de promoción de la salud, se apoyarán en los métodos interactivos en lugar de centrarse exclusivamente en la difusión masiva de mensajes.

Las intervenciones de salud en emergencias se desarrollan en las diferentes fases: fase de preparación, fase de respuesta, y las acciones de promoción de la salud van dirigidas a la comunidad, el personal de salud y otros sectores (intersectorialidad).

Acciones de promoción de la salud en la fase de preparación: Esta fase corresponde a las fases I y II de la alerta sanitaria ante el EVE

El personal de salud en esta fase debe:

1. Elaborar el plan IEC que contenga líneas de acción, encaminadas a la prevención del EVE, con el fin fortalecer los conocimientos, actitudes y prácticas de la población, el personal de salud y otros sectores y contribuir a disminuir los riesgos de la infección. Ver anexo 1

2. Establecer los mecanismos de coordinación con las instituciones que conforman el SNS y elaborar el plan de IEC de educación para la prevención del EVE, para ser operativizado en los diferentes niveles de atención.
3. Desarrollar un plan de capacitaciones sobre las medidas de prevención de EVE, en puertos, aeropuertos y fronteras terrestres.
4. Promover la organización comunitaria y la participación activa, consciente y voluntaria de la población para el abordaje del EVE.
5. Elaborar o actualizar mapa de actores, sectores y medios de información locales (en coordinación con la unidad de comunicaciones), para trabajar de manera intersectorial en la operativización de intervenciones de promoción de la salud.
6. Coordinar con instituciones formadoras de recursos en salud y otras disciplinas afines, con propósito de realizar actividades de capacitación para la prevención del EVE.
7. Elaborar y validar los materiales educativos sobre las medidas de prevención del EVE; que incluya, conocimiento de la enfermedad, recomendaciones y el mantenimiento de entornos saludables en la población.
8. Capacitación para los equipos de respuesta en salud. en la temáticas de prevención y auto cuidado frente al EVE.
9. Coordinar con instituciones educativas formadoras de recursos en salud y otras disciplinas afines, para fortalecer los conocimientos sobre la prevención del EVE y su abordaje.

Las personas de la comunidad en general deben:

1. Participar activamente en las actividades de preparación y respuesta a la emergencia en conjunto con el personal de salud u otras instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS).
2. Solicitar y recibir información precisa y actualizada sobre la enfermedad del EVE y las acciones que se realizan, para reducir la incertidumbre de la misma.
3. Informarse sobre las medidas de prevención de EVE en aeropuertos, fronteras terrestres y marítimas; con instituciones presentes en la zona y las que forman parte del SNIS.

El personal de instituciones de otros sectores (intersectorialidad) deben:

1. Crear alianzas con agencias de viajes, aeropuertos, organizadores de viajes turísticos y otras instituciones, para la concientización en las medidas de prevención de EVE a las personas viajeras.
2. Establecimiento de alianzas y convenios con los gobiernos locales, otras instituciones y la comunidad para la realización de intervenciones para la prevención del EVE.
3. Desarrollar las habilidades y capacidades de liderazgo en los actores sociales y comunitarios para la prevención del EVE.
4. Informar y capacitar sobre las medidas de prevención del EVE, familiar y comunitario de las estructuras organizativas identificadas en el nivel local.
5. Concientizar a las agencias de viajes y los organizadores de viajes turísticos, para que apoyen las medidas de prevención de EVE a las personas viajeras.
6. Establecer un sistema de coordinación y capacitación con los diferentes medios masivos de comunicación para la generación de espacios informativos y de educación enmarcados en la prevención del EVE.
7. Elaborar plan de medios.
8. Coordinar y con los integrantes de las instituciones de CISALUD a fin de participar en la planificación, capacitación, realización, seguimiento a las intervenciones en la respuesta al EVE.
9. Promover la organización de las comunidades para impulsar el abordaje participativo en la prevención y control del EVE.
10. Formular las normativas para que todas las instituciones de CISALUD, dispongan los recursos necesarios para el abordaje del EVE.
11. Todas las instituciones que conforman CISALUD, deben contar con un plan de gestión de información y comunicación en emergencias que recopile y utilice información previa, de acuerdo al presente lineamiento.
12. Informar sistemáticamente a la población sobre los riesgos relacionados por la emergencia y las medidas preventivas mediante canales de comunicación de masa apropiados.

Acciones de promoción de la salud en la fase III de la alerta sanitaria ante el EVE en la fase de respuesta.

El personal de salud debe:

1. Implementar el plan de educación para la salud en emergencias en los diferentes niveles de atención.
2. Intensificar la divulgación de la aplicación de las medidas de bioseguridad y protección personal, mediante la divulgación de mensajes en carteleras, afiches y otro material educativo en los establecimientos de salud.
3. En coordinación con la Unidad de Salud Mental, realizar intervenciones en casos especiales de postrauma.
4. Apoyar con acciones de promoción de la salud, para la intervención psicológica a los trabajadores de salud que den respuesta a la emergencia del EVE, según disponibilidad de la RIIS.
5. Informar sistemáticamente a la población sobre los riesgos relacionados por la emergencia y las medidas preventivas mediante canales de comunicación más apropiados.
6. Reforzar las medidas preventivas y de control del EVE, a través de mensajes educativos con abordaje de visita familiar.
7. Activar el plan de medios de información para difundir las medidas de prevención.
8. Mantener e incrementar las medidas de prevención de EVE en puertos, aeropuertos y fronteras terrestres; a través de diferentes medios emitir mensajes y utilizar los más apropiados.
9. Intensificar las intervenciones de promoción de la salud en coordinación con las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, orientadas a disminuir la transmisibilidad del EVE.
10. Promover que la población cumpla con las disposiciones del personal de salud.
11. Mantener informada a la población sobre las medidas preventivas a cumplir mediante comunicación interpersonal y otros medios.
12. Reforzar las acciones de promoción de la salud para aplicar las medidas de prevención en entornos específicos: lugares de alta concentración de personas: centros comerciales, parques, puertos, aeropuertos internacionales y fronteras terrestres.

El personal de salud debe orientar a la población en general para:

1. Ejecutar y participar activamente con el personal de salud en la ejecución del plan establecido para este momento.

El personal de salud con personal de otros sectores (intersectorialidad) debe realizar las siguientes intervenciones:

1. Las instituciones que conforman la CISALUD, intensificar las acciones y medidas de promoción, prevención y control de la salud de acuerdo a la fase de preparación.
2. Activar las estructuras organizativas a diferentes niveles:
 - A nivel nacional: CISALUD, Ministerio de Relaciones Exteriores.
 - A nivel departamental: gabinetes de gestión departamental, consejos departamentales de salud.
 - A nivel local: participación en organismos de microredes, espacios intersectoriales municipales y el Consejo Local de Salud con representación de los comités de salud, asociaciones comunales (en algunos casos ADESCOS) y otras organizaciones comunitarias, con representación del Foro Nacional de Salud (FNS).
3. Evaluación de las intervenciones sanitarias de promoción de la salud con participación comunitaria.
4. Mantener las acciones y medidas de promoción de la salud en coordinación con el SNS.

D. Comunicación de riesgos

La comunicación de riesgos consiste en el intercambio, en tiempo real, de información, recomendaciones y opiniones entre los expertos, los líderes comunitarios, los funcionarios públicos y las personas en situación de riesgo. Se centra en el diálogo con los afectados y se esfuerza en garantizar estrategias de comunicación basadas en la evidencia.

En el marco del *Reglamento Sanitario Internacional*, la comunicación de riesgo en emergencias de salud pública incluye una gama de capacidades de comunicación que son necesarias en las fases de preparación, respuesta y recuperación de una situación grave y sirve para fomentar la toma de decisiones informadas, el cambio de comportamientos y el mantenimiento de la confianza.

Para la implementación de la comunicación de riesgos es importante tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- A medida que ocurren más casos de EVE en países donde hay circulación activa, es probable que se extienda a otros continentes, otros países y hasta El Salvador.
- En este contexto, los medios de información o las redes sociales pueden ser los primeros en anunciar extraoficialmente que un caso sospechoso o confirmado de EVE se ha identificado en el país, por lo que es necesario el abordaje desde la comunicación de riesgo dirigida a las diferentes audiencias: la comunidad, personal de salud, intersectorialidad, medios de información.

Responsables de las vocerías:

A nivel nacional los voceros oficiales son las autoridades superiores de salud o los funcionarios que designen las autoridades superiores. Los voceros nacionales serán los únicos facultados para divulgar información con alto peso político-técnico.

En el nivel regional los voceros responsables son los directores regionales por designación de sus autoridades superiores.

Si se presenta una alerta sanitaria que involucra a varias instituciones, las autoridades de cada institución deberán coordinarse con las de salud, para así evitar contradicciones e informaciones imprecisas en las declaraciones a los medios de comunicación.

Actividades a desarrollar en cada fase:

Fase I (registro sostenido de casos de EVE en países fuera del continente americano), se debe:

1. Activar subcomisión de comunicadores de CISALUD para mantenerse informados frente al EVE.
2. Elaborar Plan de comunicación de riesgos
3. Validar Plan de comunicación de riesgos en subcomisión de comunicadores de CISALUD.
4. Realizar inventario de capacidad instalada en comunicaciones de CISALUD para dar respuesta.
5. Elaboración de mensajes a la comunidad, personal de salud y medios de comunicación.
6. Mantener vigilancia periodística del comportamiento de los casos en los países donde exista presencia del EVE.
7. Impartir capacitaciones al SNS y periodistas, sobre comunicación de riesgos para enfrentar el EVE.

Fase II (notificación activa de casos de EVE en algún país del continente americano), ante la activación de

esta fase se deben realizar las siguientes acciones:

1. Divulgar el estado de alerta emitido por OMS a la población sobre la situación de EVE.
2. Intensificar la vigilancia periodística del comportamiento del EVE.
3. Activar subcomisión de comunicadores de CISALUD para ejecución de algunas acciones del plan de comunicación, de la fase preparatoria.
4. Divulgación de los mensajes a la comunidad, personal de salud y medios de comunicación.
5. Mantener vigilancia periodística del comportamiento de los casos en los países donde exista presencia del EVE.
6. Continuar capacitaciones al SNS y periodistas, sobre comunicación de riesgos para enfrentar el EVE.

Fase III (notificación de casos sospechosos en el país), en esta fase se deben realizar las siguientes acciones:

1. Activar subcomisión de comunicadores de CISALUD para ejecutar plan comunicaciones frente al EVE.
2. Activación del Plan de comunicación de riesgos frente a EVE.
3. Informar del estado de alerta emitido por OMS a la población sobre la situación de EVE.
4. Intensificar la divulgación de los mensajes a la comunidad, personal de salud y medios de comunicación.
5. Intensificar la vigilancia periodística del comportamiento del EVE.

E. Medidas de prevención y control

Las medidas de prevención y control están orientadas a aplicarse en el manejo del paciente y sus contactos ya que la vía principal de transmisión de persona a persona de la EVE, es a través del contacto directo o indirecto con líquidos corporales y hemáticos. La transmisión a los trabajadores de salud ha ocurrido cuando no se han implementado adecuadamente las medidas de prevención y control de infecciones, por lo que se debe poner en práctica lo siguiente:

Precauciones estándar

No siempre es posible identificar de forma precoz casos de EVE, porque los síntomas iniciales pueden ser no específicos. Por esta razón, es importante que el personal de salud aplique las precauciones estándar de manera consistente con todos los pacientes, sin tener en cuenta su diagnóstico y durante su práctica de trabajo. Estas precauciones estándar incluyen:

1. Lavado de manos.
2. Manipulación segura de instrumentos punzocortantes.
3. Uso de equipo de protección personal (EPP) de acuerdo al riesgo.
4. Limpiar y desinfectar derrames de secreciones, áreas y los equipos de seguridad reutilizables.

Medidas de prevención al personal de salud que entra en contacto con el paciente, ya sea en el establecimiento de salud, ambulancia u hospital que atiende al paciente.

1. Todo personal de salud debe ser capacitado y cumplir con los *Lineamientos técnicos de bioseguridad*, *Norma de manejo de desechos bioinfecciosos* y *Lineamientos de Salud y Seguridad Ocupacional* de las instituciones del SNS.
2. Los profesionales de la salud, de apoyo técnico y de servicio de los establecimientos, deben cumplir en todo momento las precauciones y medidas universales de bioseguridad, independientemente del diagnóstico del paciente. Entre ellas se encuentran la higiene básica de las manos con agua y jabón antiséptico en las siguientes situaciones:
 - Han estado en contacto con líquidos corporales (saliva, sangre, orina, heces y sudor) de los pacientes.
 - Antes y después de examinar a pacientes.
 - Al visitar las áreas de aislamiento.
 - Antes y después de ponerse el EPP
 - Al retirarse de la UCEPIC.

Recomendaciones de prevención y control de infecciones

1. Técnica de lavado de manos

Se debe asegurar la disponibilidad de agua y jabón en cantidad suficiente; realizar el lavado de manos con frecuencia, antes y después de todo contacto con el paciente, secreciones, con materiales o su entorno, al ponerse o quitarse los guantes o el EPP. La técnica de lavado de manos debe durar de 40 a 60 segundos, luego aplicar solución de hipoclorito de sodio al 0.05%, anexo 2.

Indicaciones del lavado de manos:

1. Antes de ponerse guantes y EPP.

2. Después de haber estado expuesto o de haber estado en riesgo de exposición a sangre o fluidos corporales.
3. Después de tocar superficies, objetos o equipo contaminados en el entorno del paciente.
4. Después de quitarse el EPP.
5. Al retirarse de la UCEPIC.

2. Equipo de protección personal (EPP)

El personal debe capacitarse previamente en la colocación y retiro del EPP, debiendo ser supervisado.

Previo al desempeño de sus funciones de acuerdo a su rol, el director(a) del establecimiento o el responsable de la actividad a desarrollar debe entrevistar al personal que utilizará el EPP en los siguientes aspectos:

- Investigar estado de salud del personal
- Presencia de fiebre u otra sintomatología (diarrea, catarro común, entre otros).
- Presencia de una enfermedad crónica.
- Uso de medicación especial.
- Estado psicológico (elevado nivel de ansiedad ante la ejecución de la actividad).
- Amenorrea o sospecha de embarazo.
- Presencia de lesiones en la piel.
- Otros factores de riesgo.

Ante la presencia de sintomatología sugerente de una enfermedad aguda (fiebre diarrea, catarro común, entre otras) o los aspectos mencionados en el literal a) no deben participar en la actividad a desarrollar.

Verificar estado de las manos y cabello.

- a. Manos sin lesiones evidentes.
- b. Uñas recortadas, sin esmalte ni acrílico.
- c. Cabello recogido: trenza francesa o moño bajo a la altura del cuello, ajustando con liga delgada.

Retiro de accesorios y documentos personales:

- a. Celular.
- b. Aretes, pulseras, anillos, collares, entre otros.
- c. Cartera, billetera.

El personal que aplica de acuerdo a lo definido en el numeral 1, debe realizar las siguientes acciones:

- Identificar y familiarizarse con el EPP, así como con el área designada para su colocación y retiro.
- De acuerdo a la actividad a realizar, verificar el tipo de EPP a utilizar:
 - a) EPP para atención directa de pacientes o
 - b) EPP para trabajo pesado.
- El EPP debe de colocarse en pareja y de preferencia con un monitor de bioseguridad que supervise el proceso.
- Lavado de manos según técnica adecuada (5 momentos)
- Verificar que el personal porte traje de turno, tal como ropa quirúrgica, descartable preferentemente.
- Utilizar calzado cerrado y de material resistente (no tela).
- Verificar que el EPP a utilizar esté completo y en buenas condiciones, auxiliándose de la lista de chequeo.

Colocación de EPP para atención directa de pacientes según el siguiente cuadro:

Colocación de EPP para atención directa de pacientes sospechosos y confirmados de EVE

Pasos	EPP con capucha Tyvek	EPP con gorro quirúrgico adicional (capucha tipo monja) Tyvek
1	Coloque y ajuste el traje iniciando por los pies, para facilitar su colocación recoja el resto del traje para evitar su contacto con el suelo; proceda a introducir los miembros superiores para proteger el resto del cuerpo.	Coloque y ajuste el traje iniciando por los pies, para facilitar su colocación recoja el resto del traje para evitar su contacto con el suelo; proceda a introducir los miembros superiores para proteger el resto del cuerpo.
2	Cierre el zíper hasta el cuello y asegure doblando el carro del zíper hacia abajo.	Cierre el zíper hasta el cuello y asegure doblando el carro del zíper hacia abajo.
3	Colocar las zapateras.	Colocar las zapateras.
4	Colóquese el respirador N95, colocando primero la cinta superior sobre el pabellón auricular y después la inferior abajo del lóbulo de la oreja. En caso de tener cabello largo, ambas cintas deben ser colocadas por encima del moño.	Colóquese el respirador N95, colocando primero la cinta superior sobre el pabellón auricular y después la inferior abajo del lóbulo de la oreja. En caso de tener cabello largo, ambas cintas deben ser colocadas por encima del moño.
5	Ajuste el respirador y verifique el sello de seguridad.	Ajuste el respirador y verifique el sello de seguridad.
6	Colóquese las gafas correctamente, ajustando las tiras elásticas laterales y abra los respiradores.	Colóquese la capucha del overol, asegurándose que le cubra la cabeza, la frente y el cuello.
7	Colóquese la capucha, asegurándose que le cubra la cabeza, la frente y el cuello.	Colóquese el gorro quirúrgico adicional (capucha tipo monja)
8	Colóquese el delantal impermeable, ajustándolo en la parte de atrás de la cintura.	Colóquese las gafas sobre el gorro quirúrgico adicional (capucha tipo monja), ajuste las tiras elásticas laterales y abra los respiradores.
9	Colocar primer par de guantes de látex, cubrir con el traje hasta el puño encima del guante.	Colóquese el delantal impermeable, ajustándolo en la parte de atrás de la cintura.
10	Si el EPP cuenta con ojal para introducir el dedo pulgar, ajústelo; en caso de no contar con el ojal, proceda a abrir con el dedo pulgar un orificio al haz del elástico del puño del traje.	Colocar primer par de guantes de látex, cubrir con el traje hasta el puño encima del guante.
11	Colóquese el segundo par de guantes por encima del traje, estirándolos con cuidado para no romperlos.	Si el EPP cuenta con ojal para introducir el dedo pulgar, ajústelo; en caso de no contar con el ojal, proceda a abrir con el dedo pulgar un orificio al haz del elástico del puño del traje.
12	Ajuste el traje realizando estiramiento de los miembros superiores y el tronco, hasta lograr comodidad.	Colóquese el segundo par de guantes por encima del traje, estirándolos con cuidado para no romperlos.
13	El monitor de bioseguridad o el compañero debe verificar la colocación correcta de cada artículo del EPP.	Ajuste el traje realizando estiramiento de los miembros superiores y el tronco, hasta lograr comodidad.
14	Escribir con pilot el nombre de la persona en la parte delantera y posterior del tronco.	El monitor de bioseguridad o el compañero debe verificar la colocación correcta de cada artículo del EPP.
15		Escribir con pilot el nombre de la persona en la parte delantera y posterior del tronco.

Está prohibido el uso del EPP fuera de los ambientes para los que esté destinado.

3. Retiro del EPP para atención directa de pacientes sospechosos y confirmados

Pasos	EPP con capucha Tyvek	EPP con gorro quirúrgico adicional (capucha Tipo Monja) Tyvek
1	Rociar el EPP con solución de hipoclorito de sodio al 0.5%, según técnica: levante y extienda los miembros superiores a ambos lados y separe las piernas, juntando los talones de los pies, para el rociado de la solución en la parte anterior del cuerpo, iniciando desde uno de los miembros superiores a la altura del cuello y luego en zigzag hasta los pies; posteriormente, gire, separe las piernas juntando las puntas de los pies y extienda el cuello hacia atrás para el rociado del EPP en su parte posterior de la misma forma hasta los pies.	Rociar el EPP con solución de hipoclorito de sodio al 0.5%, según técnica: levante y extienda los miembros superiores a ambos lados y separe las piernas, juntando los talones de los pies, para el rociado de la solución en la parte anterior del cuerpo, iniciando desde uno de los miembros superiores a la altura del cuello y luego en zigzag hasta los pies; posteriormente, gire, separe las piernas juntando las puntas de los pies y extienda el cuello hacia atrás para el rociado del EPP en su parte posterior de la misma forma hasta los pies.
2	Proceder al rociado de las botas o cubre botas con solución de hipoclorito de sodio al 0.5% según técnica: levante un pie a la vez permitiendo el rociado de la suela con la solución.	Proceder al rociado de las botas o cubre botas con solución de hipoclorito de sodio al 0.5% según técnica: levante un pie a la vez permitiendo el rociado de la suela con la solución.
3	Retire el cubre bota con los pies, no tocar con las manos.	Retire el cubre bota con los pies, no tocar con las manos.
4	Retire el delantal tomando los tirantes a la altura del pecho, tirando con fuerza hacia abajo hasta romperlo, luego tire con fuerza uno de los tirantes laterales a la altura de la cintura, posteriormente retírelo sin tocar la parte externa, a través de movimientos envolventes.	Retire el delantal tomando los tirantes a la altura del pecho, tirando con fuerza hacia abajo hasta romperlo, luego tire con fuerza uno de los tirantes laterales a la altura de la cintura, posteriormente retírelo sin tocar la parte externa, a través de movimientos envolventes.
5	Realice técnica de lavado de manos (5 momentos) con solución de hipoclorito de sodio al 0.5%.	Realice técnica de lavado de manos (5 momentos) con solución de hipoclorito de sodio al 0.5%.
6	Retire el gorro del EPP hacia atrás, tomándolo desde la parte posterior sin tocar la cara.	Retire las gafas tomándolas de los respiradores halándolas con fuerza hacia adelante y arriba, luego baje la cabeza, evitando el contacto de las gafas con la piel de la cara y los ojos, luego colóquelos en el depósito con hipoclorito de sodio al 0.5% para su desinfección (equipo a reutilizar).
7	Estire el cuello hacia atrás y con una mano, ubique el zíper desde la parte inferior, subiendo lentamente hasta el carrete el zíper y proceda a abrirlo.	Realice técnica de lavado de manos (5 momentos) con solución de hipoclorito de sodio al 0.5%.
8	Agarre la parte atrás del traje a la altura de la espalda y bájelo, apóyese con los pies para retirarlo, incluyendo el par de guantes externos de manera simultánea.	Retire el gorro quirúrgico adicional (capucha de monja) hacia adelante, tomándolo desde la parte posterior sin tocar la cara.
9	Una vez en suelo, le deben rociar al EPP con solución de hipoclorito de sodio al 0.5%, posteriormente recójalo y colóquelo en el depósito asignado.	Realice técnica de lavado de manos (5 momentos) con solución de hipoclorito de sodio al 0.5%.
10	Realice técnica de lavado de manos (5 momentos) con solución de hipoclorito de sodio al 0.5%.	Retire el gorro del EPP hacia atrás, tomándolo desde la parte posterior sin tocar la cara.
11	Retire las gafas tomándolas de los respiradores halándolas con fuerza hacia adelante y arriba, luego baje la cabeza, evitando el contacto de las gafas con la piel de la cara y los ojos, luego colóquelos en el depósito con hipoclorito de sodio al 0.5% para su desinfección (equipo a reutilizar).	Estire el cuello hacia atrás y con una mano, ubique el zíper desde la parte inferior, subiendo lentamente hasta el carrete el zíper y proceda a abrirlo.
12	realice técnica de lavado de manos (5 momentos) con solución de hipoclorito de sodio al 0.5%.	Agarre la parte atrás del traje a la altura de la espalda y bájelo, apóyese con los pies para retirarlo, incluyendo el par de guantes externos de manera simultánea.
13	Retire el respirador n95 tomándola a la altura de la nariz y halando con fuerza hacia adelante y arriba y baje la cabeza evitando que tocar la piel y el cabello.	Una vez en suelo, le deben rociar al EPP con solución de hipoclorito de sodio al 0.5%, posteriormente recójalo y colóquelo en el depósito asignado.
14	Realice técnica de lavado de manos (5 momentos) con solución de hipoclorito de sodio al 0.5%.	Realice técnica de lavado de manos (5 momentos) con solución de hipoclorito de sodio al 0.5%.
15	Retirar el par de guantes según técnica.	Retire el respirador n95 tomándola a la altura de la nariz y halando con fuerza hacia adelante y arriba y baje la cabeza evitando que tocar la piel y el cabello.
16	Realice técnica de lavado de manos (5 momentos) con solución de hipoclorito de sodio al 0.05%.	Realice técnica de lavado de manos (5 momentos) con solución de hipoclorito de sodio al 0.5%.
17		Retirar el par de guantes según técnica.
18		Realice técnica de lavado de manos (5 momentos) con solución de hipoclorito de sodio al 0.05%.

*Es importante ducharse inmediatamente después del retiro del EPP y
el cambio de traje de turno.*

4. Colocación de EPP para trabajo pesado, tal como la limpieza de áreas contaminadas, eliminación de desechos bioinfecciosos, traslado de pacientes y manejo de cadáveres.

- 4.1 Coloque y ajuste el traje introduciendo los pies, para facilitar su colocación recoja el resto del traje para evitar su contacto con el suelo, luego proceda a introducir los miembros superiores para proteger el resto del cuerpo.
- 4.2 Cierre el zíper hasta el cuello y asegúrelo, doblando el carro del zíper hacia abajo.
- 4.3 Colocar las botas de hule, verificando que el traje esté por encima de la parte superior de la bota.
- 4.4 Colóquese la mascarilla N 95, teniendo el cuidado de colocar primero la cinta superior sobre el pabellón auricular y después la inferior abajo del lóbulo de la oreja. En caso de tener cabello largo, ambas cintas deben ser colocadas por encima del moño.
- 4.5 Ajuste la mascarilla y verifique el sello de seguridad.
- 4.6 Colóquese las gafas correctamente, ajustando las tiras elásticas laterales y abra los respiradores o la pantalla facial ajustando según el diámetro de la cabeza.
- 4.7 Colóquese el delantal plástico, ajustando las cintas de forma cruzada en la espalda y en la parte de atrás de la cintura con un nudo fuerte con una laza fácil de desatar.
- 4.8 Colocar primer par de guantes de látex.
- 4.9 Si el EPP cuenta con ojal para introducir el dedo pulgar, ajústelo; en caso de no contar con el ojal, proceda a abrir con el dedo pulgar un orificio al haz del elástico del puño del traje.
- 4.10 Colóquese el segundo par de guantes de hule por encima del traje y ajústelos.
- 4.11 Ajuste el traje realizando estiramiento de los miembros superiores y el tronco, hasta lograr comodidad.
- 4.12 El monitor de bioseguridad o el compañero debe verificar la colocación correcta de cada artículo del EPP.
- 4.13 Colocar el nombre de la persona en la parte delantera y posterior del tronco (con plumón sobre el delantal y el traje).

5. Retiro del EPP para trabajo pesado, tal como la limpieza de áreas contaminadas, eliminación

de desechos bioinfecciosos, traslado de pacientes y manejo de cadáveres.

- 5.1 Rocíar el EPP con solución de hipoclorito de sodio al 0.5% según técnica: levante y extienda los miembros superiores a ambos lados y separe las piernas juntando los talones de los pies para el rocío de la solución en la parte anterior del cuerpo, iniciando desde uno de los miembros superiores a la altura del cuello y luego en zigzag hasta los pies, posteriormente gire, separe las piernas juntando las puntas de los pies y extienda el cuello hacia atrás para el rociado del EPP en su parte posterior de la misma forma hasta los pies.
- 5.2 Proceder al rociado de las botas con solución de hipoclorito de sodio al 0.5% según técnica: levante un pie a la vez permitiendo el rociado de suela con la solución.
- 5.3 Realice técnica de lavado de manos (5 momentos) con solución de hipoclorito de sodio al 0.5%.
- 5.4 Retire el par de guantes de hule, halándolos desde las puntas de los dedos de forma simultánea, colocándolos en el recipiente para equipo reutilizable con solución de hipoclorito de sodio al 0.5%.
- 5.5 Retire el delantal halando el lazo, para desatarlo e inclinándolo los hombros hacia adelante, para que el delantal se deslice por su propio peso, dejándolo caer en el recipiente para equipo reutilizable con solución de hipoclorito de sodio al 0.5%.
- 5.6 Realice técnica de lavado de manos (5 momentos) con solución de hipoclorito de sodio al 0.5%.
- 5.7 Retire las gafas tomándolas de los respiradores, halándolas con fuerza hacia adelante y arriba, luego baje la cabeza, evitando el contacto de las gafas con la piel de la cara y los ojos; en caso de usar careta facial retírela tomándola por los laterales superiores hacia arriba y adelante, luego colóquela en el recipiente para equipo reutilizable con solución de hipoclorito de sodio al 0.5%.
- 5.8 Realice técnica de lavado de manos (5 momentos) con solución de hipoclorito de sodio al 0.5%.
- 5.9 Estire el cuello hacia atrás y con una mano ubique el zíper desde la parte inferior subiendo lentamente hasta el carrete el zíper y proceda a abrirlo.
- 5.10 Agarre la parte atrás del traje a la altura de la espalda y bájelo, apóyese con los pies para retirarlo, sin retirar el par de guantes de látex.
- 5.11 Una vez en suelo, le deben rociar al EPP con solución de hipoclorito de sodio al 0.5%, posteriormente recójalo y colóquelo en el depósito asignado.
- 5.12 Realice técnica de lavado de manos (5 momentos) con solución de hipoclorito de sodio al 0.5%.

- 5.13 Retire la mascarilla tomándola a la altura de la nariz y halando con fuerza hacia adelante y arriba y baje la cabeza evitando que tocar la piel y el cabello.
- 5.14 Realice técnica de lavado de manos (5 momentos) con solución de hipoclorito de sodio al 0.5%.
- 5.15 Retirar el par de guantes de látex según técnica.
- 5.16 Realice técnica de lavado de manos (5 momentos) con solución de hipoclorito de sodio al 0.05%.

Se recomienda ducharse inmediatamente después del retiro del EPP y el cambio de traje de turno.

El inspector técnico de saneamiento ambiental y el personal de servicio de limpieza y desinfección tendrán las siguientes responsabilidades:

Personal de saneamiento ambiental

1. Aplicar la técnica de lavado de manos y usar el EPP para trabajo pesado.
2. Asegurar la dotación necesaria de insumos para la desinfección en las diluciones y el uso correcto de las mismas.
3. Dar lineamientos para cumplimiento efectivo del proceso de desinfección de los EPP.
4. Verificar la correcta limpieza y desinfección de áreas contaminadas.
5. Verificar el correcto manejo y eliminación final de los desechos bioinfecciosos y aguas residuales.
6. Notificar a la Unidad de Saneamiento Ambiental de la Región de Salud, según área geográfica, donde será inhumado el caso sospechoso o confirmado.
7. Participar en la preparación del cadáver.

Personal de servicio de limpieza y desinfección

1. Aplicar la técnica de lavado de manos y usar el EPP para trabajo pesado.
2. Realizar la limpieza y desinfección de áreas contaminadas.
3. Realizar la limpieza y desinfección de partes reutilizables del EPP (lentes y botas).
4. Recolectar y trasladar los desechos bioinfecciosos y sólidos comunes para la disposición final.
5. Recolectar la ropa de cama y transportar a lavandería.
6. Participar en la preparación del cadáver.

Procedimientos de saneamiento ambiental:

Procedimientos para el manejo sanitario de los desechos bioinfecciosos (DB)

Los desechos bioinfecciosos procedentes de la atención directa del paciente, deben ser clasificados, envasados y embalados por el personal de salud que proporciona la atención al paciente (personal de servicio de limpieza), aplicando el *Reglamento Técnico Salvadoreño para el Manejo de los Desechos Bioinfecciosos (RTS 13.03.01:14)*

Clasificación de los desechos bioinfecciosos

Atendiendo a sus características físicas, los desechos bioinfecciosos, se clasifican en:

- a) **Infecciosos:** sangre, materiales contaminados con sangre, cultivos y muestras almacenadas de agentes infecciosos, medios de cultivo, placas de Petri, instrumentos utilizados para manipular, mezclar o inocular microorganismos, desechos de excreciones, exudados o materiales de desechos provenientes de la sala de aislamiento de los pacientes, alimentos, toallas sanitarias, pañales desechables de pacientes.
- b) **Punzocortantes:** agujas hipodérmicas, jeringas con aguja incorporada, agujas, bisturís, placas de cultivo fraccionadas, hojas de afeitar, cristalería de vidrio quebrada y contaminada e hisopos fraccionados.

Envasado de los desechos bioinfecciosos

Los envases que deben ser utilizados para los desechos bioinfecciosos son:

- **Bolsas plásticas** para desechos infecciosos, como gasas, algodones, papel higiénico, torundas entre otros las cuales deben cumplir con las siguientes características: ser de color rojo, de plástico impermeable, espesor de 100 a 200 micras, capacidad máxima de 8 a 10 kilogramos; tamaños de ancho desde 40.64 cm hasta 43.84 cm (16 pulgadas hasta 27 pulgadas); alto desde 78.74 cm hasta 134.62 cm (31 pulgadas hasta 53 pulgadas).

Las bolsas deben llenarse hasta dos tercios de su capacidad. Cuando existan fluidos corporales, debe utilizarse doble bolsa roja.

- **Envases rígidos** para punzocortantes bioinfecciosos, como agujas, bisturí hojas de afeitar, hisopos fraccionados entre otros y deben reunir las siguientes condiciones técnicas: de material rígido,

impermeable, resistente y descartable con tapadera hermética, su ubicación debe ser fácilmente identificable, rotular con la leyenda “**Punzocortantes bioinfecciosos**”, debe evitarse encapuchar agujas usadas.

Embalaje de envases rígidos y bolsas plásticas rojas

Una vez los DB estén clasificados y envasados, las bolsas plásticas rojas y envases rígidos se deben embalar en cajas rojas plásticas, las cuales deben cumplir las características siguientes: ser de color rojo, tener el símbolo universal de desechos bioinfecciosos, el cual debe estar grabado en el material del contenedor, con dimensiones 30 cm de alto, 40 cm de ancho y 60 cm de largo, debe ser de plástico reutilizable y con tapadera, ser resistente y sin aberturas o rendijas.

La desinfección de las cajas plásticas debe realizarse después de cada jornada diaria de utilización. Estas deben mantenerse cerradas, verificando el cierre completo de las tapaderas, para poder realizar su manipulación dentro y fuera del establecimiento generador.

Recolección de envases y bolsas plásticas rojas

Será de obligatoriedad el uso de las cajas de embalaje por el personal de limpieza, cuando se realice el traslado hacia el incinerador.

En caso de generarse desechos patológicos, estos deben ser envasados y manejados como desecho bioinfecciosos y ser trasladados hacia el Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca para su disposición final.

Cuando se generen envases presurizados, vidrio u otros, que no presenten características peligrosas, tales como: corrosivo, reactivo, explosivo, tóxico e inflamable, deben manejarse como desechos comunes y ser envasados, almacenados y transportados como tales.

Para el tratamiento y destrucción de desechos peligrosos tales como: corrosivo, reactivo, explosivo, tóxico e inflamable, deben ser envasados y trasladados hacia el Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca para su manejo sanitario.

Tratamiento: incineración

El método a utilizar para destruir los desechos bioinfecciosos generados en la atención de los pacientes con EVE será la incineración por medio de combustión por hidrocarburos (gasolina), con el fin de destruirlos por altas temperaturas, reduciendo el volumen de éstos hasta un 95% y su peso hasta un 80%. Para tal efecto la incineración se realizará en la infraestructura construida en las instalaciones de la UCEPIC, aplicando las medidas sanitarias siguientes:

1. La incineración se efectuará como mínimo una vez al día o de acuerdo a demanda.
2. Solo se incinerarán: desechos infecciosos y punzocortantes generados en la atención de los pacientes, así como ropa y atuendos hospitalarios.
3. Todos los desechos bioinfecciosos de pacientes bajo investigación y confirmados para EVE deben ser incinerados.
4. No se deben incinerar cadáveres o materiales patológicos.
5. No se deben incinerar envases presurizados, vidrios u otros.
6. No se deben incinerar desechos químicos o peligrosos que presenten características como: corrosivos, reactivos, tóxicos, explosivos e inflamables.
7. Las cenizas y otros resultantes de la incineración de los DB deben colocarse inmediatamente en la celda de seguridad.
8. Los desechos sólidos comunes *no se incinerarán*, sino se almacenarán en el sitio de almacenamiento temporal para que sean retirados por la municipalidad.

Preparación y uso y de soluciones cloradas

Consideraciones para la preparación y uso de soluciones cloradas:

Para la preparación y uso de soluciones cloradas, es importante aplicar las siguientes medidas:

- a) Disponer de un espacio para soluciones madre cloradas, sobre una mesa, colocando bidones de 20 L de capacidad.
- b) Los recipientes contenedores o bidones para soluciones desinfectantes, deben ser de material plástico, de preferencia color oscuro.
- c) Los bidones, deben ubicarse sobre una mesa y en un lugar aislado de la luz solar.

- d) Deben rotularse los bidones de acuerdo a la solución que contienen: solución madre de cloro al 0.5% y para desinfección de manos al 0.05%.
- e) Almacenarse en área con excelente ventilación, protegidas de la luz solar y de fuentes térmicas.
- f) Las soluciones a utilizar deben ser preparadas cada día en cantidad suficiente, previendo que exista disponibilidad para cada una de las actividades de desinfección en la UCEPIC.
- g) Si los recipientes destinados a vómitos y heces, se llenan a la mitad, retirarlos y reemplazarlos para evitar rebalse y contaminación del área. Estos recipientes, deben permanecer con solución desinfectante por diez minutos, enjuagar y eliminar el remanente de líquido descargándolo en el servicio sanitario, antes de volver a utilizarlos.
- h) En la UCEPIC, se debe asignar el uso de un servicio sanitario conectado al sistema de tratamiento de aguas negras y una pileta conectada al servicio de tratamiento de aguas grises, para depositar, lavar y desinfectar recipientes contaminados con fluidos corporales.

Preparación de soluciones cloradas

Las soluciones cloradas a utilizar son: hipoclorito de Sodio al 0.05% e hipoclorito de sodio al 0.5%.

Tabla 1. Preparación de soluciones para desinfección

Concentración de solución madre	Cantidad de Solución madre	Completar con agua	Capacidad en bidones
0.5%	2 L de puriagua	18 L	20 L contenido de solución preparada al 0.05%
	puriagua producto	-----	20 L contenido de solución preparada por electrólisis al 0.5%

Fuente: Elaboración propia Dirección de Salud Ambiental (MINSAL), basada en documentos de otros Ministerios de Salud de la Región.

Aplicación de soluciones para la desinfección

Una vez almacenadas las soluciones cloradas, en las concentraciones establecidas, se aplicarán de acuerdo a la tabla siguiente:

Tabla 2. Aplicación de soluciones para desinfección

Solución	Aplicación a heces, vómitos u otros fluidos de pacientes	Aplicación a superficies y ropa contaminada	Desinfección de agua para consumo humano	Desinfección de manos (sin guantes)
Hipoclorito de Sodio al 0.05%	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	En cantidad suficiente

<p>Hipoclorito de Sodio al 0.5% (puriagua)</p>	<p>Aplicar 2 tazas (capacidad de 200 ml) a un recipiente conteniendo heces y vómitos de pacientes Tiempo de contacto: 15 minutos</p>	<p>Aplicar la cantidad necesaria de la solución al 0.5% a las superficies a desinfectar (piso, pared, pediluvios, otros)</p>	<p>8 gotas de hipoclorito de sodio al 0.5% (puriagua) / Litro</p>	
--	--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia Dirección de Salud Ambiental (MINSAL), basada en documentos de otros Ministerios de Salud de la Región.

Pediluvios

Los pediluvios se instalarán a la salida de las áreas de atención a pacientes, los cuales serán de material plástico y contendrán solución de hipoclorito de sodio al 0.5%. Se debe cambiar la solución cada 4 horas o de acuerdo al uso.

Las soluciones desechadas, deberán disponerse en la pileta designada para tal fin, estipulado en el apartado 3.1 Consideraciones para la preparación y uso de las soluciones cloradas, literal h.

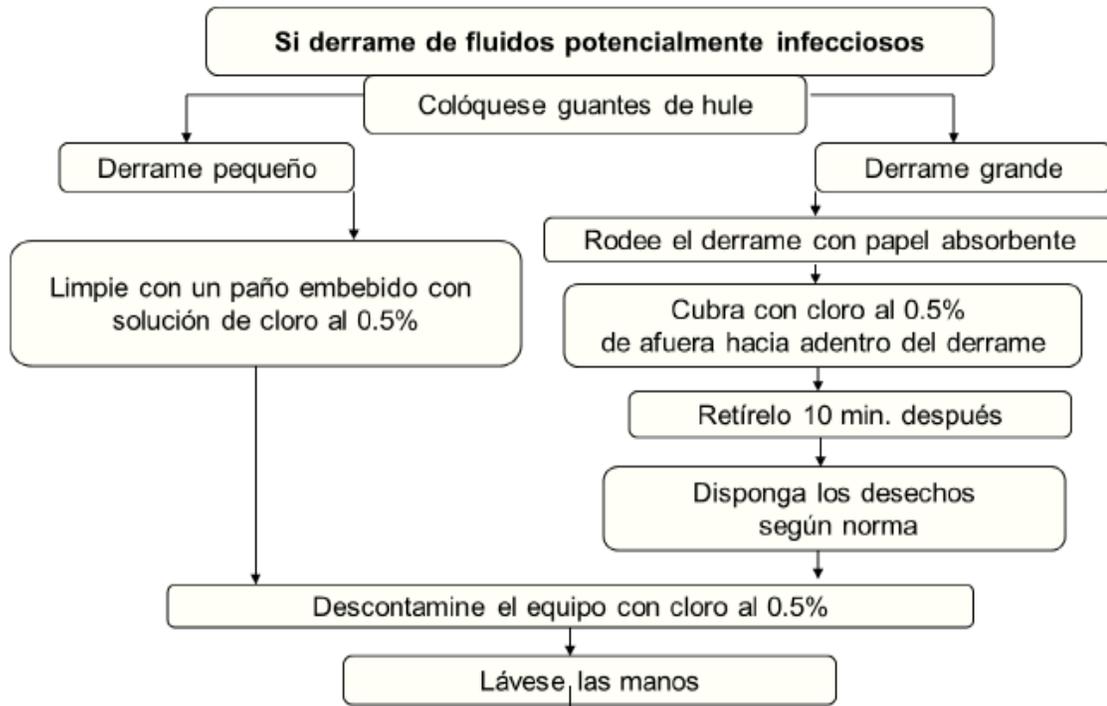
Procedimiento de tratamiento de secreciones

Todos los fluidos corporales (heces, orina, sangre, vómitos, saliva) que sean generados por un paciente sospechoso o confirmado, deben ser recolectados en recipientes plásticos destinados para este fin. Una vez el recipiente esté a dos tercios, se debe aplicar 2 tazas de hipoclorito de sodio al 0.5%, luego deben ser vertidos al servicio sanitario designado para tal fin, estipulado en el apartado 3.1 Consideraciones para la preparación y uso de las soluciones cloradas, literal h.

Manejo de derrames

Si hubiera derrames de sangre, excreciones o secreciones humanas, requieren un manejo especial, debido a la alta concentración de microorganismos patógenos que puedan estar presentes; deben manejarse colocando paños absorbentes y desinfectante a base de cloro, como se describe en el siguiente diagrama:

Figura 1. Manejo de derrames.



Fuente: Dirección de Enfermedades Infecciosas, noviembre de 2011. Guía de medidas universales de bioseguridad, julio 2005.

Cuando el derrame de fluidos sea considerado como derrame pequeño, estos se deben colectar con una pala plástica con agarradero de 1 metro de largo, y colocarlos en recipientes destinados para tal fin y verterlos en la pileta estipulada en el apartado 3.1 Consideraciones para la preparación y uso de las soluciones cloradas, literal h, el servicio sanitario estipulado en el apartado 6.5.1, numeral 8. Posteriormente se debe limpiar con detergente y desinfectar las superficies, donde ha ocurrido el derrame de sangre o secreciones, con hipoclorito de sodio al 0.5%.

Cuando el derrame sea considerado como derrame grande, se debe disponer de acuerdo a lo estipulado en la normativa vigente.

Es importante recordar que un derrame de sangre o secreciones se manejará con limpieza y desinfección de alto nivel en cualquier área que ocurra, utilizando EPP para trabajo pesado.

Para desinfección en derrames u objetos contaminados con sangre o secreciones utilizar hipoclorito de sodio al 0.5%

Procedimiento de limpieza y desinfección en área de atención al paciente

La limpieza siempre debe comenzar de los lugares más “limpios” e ir avanzando a los lugares más “sucios” a fin de no trasladar contaminantes. La tarea de identificar estas áreas es responsabilidad del coordinador del área de atención.

Se debe realizar una limpieza y desinfección diaria de las superficies duras no porosas, tales como superficies de contacto habituales como barandas de las camas, mesas, pisos, entre otros. Primero se debe de limpiar con detergente y luego desinfectar con solución de hipoclorito de sodio al 0.5%. Cada semana se debe realizar una limpieza terminal en toda el área, incluyendo las paredes.

Nunca se debe de barrer en seco con una escoba, ni limpiar con trapos secos las superficies, siempre se deben humedecer con hipoclorito de Sodio al 0.5%.

1. **Equipo médico:** el equipo médico utilizado en la evaluación clínica del paciente, debe descontaminarse después de su uso. Se debe limpiar las superficies que tengan contacto con el trabajador de salud y las superficies que tienen contacto con el paciente. Primero con agua y jabón o detergente, para quitar la materia orgánica y luego con alcohol al 70%. Todos los desechos generados por este proceso deben considerarse como DB.
2. **Insumos de EPP reutilizables:** los EPP utilizados en la atención de un paciente deben ser desechados, excepto los lentes y las botas de hule. Los EPP utilizados en la ejecución de trabajo pesado, pueden ser reutilizados, previa desinfección, excepto el traje overol. El equipo que puede ser reutilizado debe ser sumergido en un recipiente con solución de hipoclorito de sodio al 0.5% por treinta minutos a una hora, enjuagarlos con agua abundante y colocarlo al sol para su secado.
3. Las soluciones a utilizar deben ser preparadas cada día en cantidad suficiente; además, se debe de controlar la concentración 2 veces al día. Si después de finalizada la jornada del día hay sobrante de soluciones, éstas deben descartarse y preparar nuevas soluciones. Las soluciones sobrantes deben depositarse en la pileta designada, según estipulado en el apartado 3.1 Consideraciones para la preparación y uso de las soluciones cloradas, literal h.

Limpieza y desinfección de ropa de cama

La ropa de cama de los pacientes, de preferencia debe ser desechable, la cual debe ser envasada y embalada como DB, para luego ser incinerada.

Si no se utiliza ropa desechable, la ropa utilizada debe colocarse en baldes con tapa, cerrados herméticamente y claramente rotulados, en el lugar donde se hayan usado y se deben desinfectar las superficies de la bolsa o el recipiente con hipoclorito de sodio al 0.5% antes de retirarlo de la sala de aislamiento. Si tiene heces o vómito, se deben retirar con un objeto plano duro (baja lengua) y tirarlos de los depósitos de acero inoxidable (“pato”), aplicando solución clorada al 0.5%. Al sacar el recipiente de la sala de aislamiento debe mantenerse alejada del cuerpo. La ropa debe colocarse en un recipiente plástico con solución de hipoclorito de sodio al 0.5% por una hora y luego lavarlos en máquina.

Tratamiento de aguas negras y grises

Las aguas residuales comprenden: aguas negras y grises. Las aguas negras son generadas en servicios sanitarios y las grises incluyen el agua generada en lavamanos, duchas, pocetas, pediluvios, entre otros.

En la UCEPIC se ha considerado el tratamiento de aguas negras y grises por separado. Ambos tratamientos se realizarán en tanques sépticos con pozos de absorción.

Los desechos generados durante la limpieza de fluidos corporales (vómito, orina y heces) considerados como derrame grande, no deben ser depositados en los servicios sanitarios, para no obstruir los drenajes, sino que deben ser incinerados. No se debe depositar en los servicios sanitarios ninguna de las partes que comprende el EPP, sábanas, muestras patológicas, envases y otros similares.

Uso y mantenimiento del sistema

No se debe agregar adicionalmente al sistema, ningún tipo de desinfectante, para no interferir en el proceso biológico del mismo. No se deben introducir en los servicios sanitarios, lavamanos, duchas y otros artefactos similares ningún tipo de objeto que pueda obstruir las tuberías.

El MINSAL debe contratar una empresa especializada para la limpieza de fosas sépticas, cuando los sistemas lleguen a su capacidad máxima, lo cual debe ser verificado por el inspector técnico de saneamiento ambiental asignado.

Limpieza y desinfección de ambulancias

El procedimiento para realizar la limpieza, desinfección y disposición adecuada de todo fluido corporal, tales como heces, orina, sangre, vómitos, saliva u otros generados por un paciente sospechoso o confirmado de EVE, en su traslado en las ambulancias, se realizará de la siguiente forma:

Se debe utilizar el EPP para trabajo pesado. El hecho de usar el EPP, no implica que se omita el lavado de manos.

Procedimiento

Primero se debe observar el interior de la ambulancia, para determinar el grado de exposición de la contaminación, con el fin de detectar derrame de sustancias corporales, sangre, salpicaduras u otras.

Una vez identificada la presencia de derrames de sangre, excreciones o secreciones humanas, se requerirá de un manejo especial, debido a la alta concentración de microorganismos patógenos que puedan estar presentes. Deben manejarse colocando paños absorbentes y desinfectante de acuerdo a la información descrita en la figura 1.

Luego de ser retirados los derrames de fluidos corporales se procederá a realizar la limpieza y desinfección del total de las áreas de la ambulancia, debiéndose cumplir con los siguientes procedimientos:

1. Retirar ropa y objetos que hayan estado en contacto con el paciente y clasificarlos como DB.
2. Los DB deben ser recolectados en bolsas rojas y éstas deben anudarse y ser llevadas al sitio de almacenamiento de DB.
3. Sacar mobiliario, instrumentos, camilla y otros utensilios.
4. Una vez retirados los DB, mobiliario y equipo, se inicia el proceso de limpieza y desinfección del interior de la ambulancia, basado en la técnica de arrastre mecánico, tanto para superficies verticales como horizontales, donde se utiliza un paño húmedo. Jamás se deberá barrer o sacudir en seco ya que se corre el riesgo de levantar polvo u otra materia orgánica.
5. La limpieza debe realizarse de arriba hacia abajo: iniciando por techos, luego paredes y puertas; y por último suelos y de adentro hacia fuera iniciando por el lado opuesto a la entrada.
6. Barrer con una escoba humedecida con hipoclorito de sodio al 0.5%.
7. Trapear el piso de la ambulancia dos veces; la primera con un trapeador húmedo con hipoclorito de sodio al 0.5% para retirar el polvo (se dejará actuar por no menos de 15 minutos), la segunda se realiza con el trapeador seco y limpio.
8. Lavar los equipos con detergente líquido desinfectante.
9. Secar los objetos de metal para que no se oxiden.

10. Para la limpieza de la camilla, limpie y desinfecte con hipoclorito de sodio al 0.5%.

11. Lavar los recipientes y ponga nuevas bolsas.

Los puntos anteriores se realizarán diariamente, tomando en cuenta que se debe efectuar la limpieza y desinfección posterior a cada recorrido que realizará la ambulancia.

Todos los líquidos resultantes de la limpieza y desinfección de ambulancias, debe disponerse en el sistema de tratamiento para aguas grises.

Las superficies deben quedar lo más secas posibles, la humedad favorece la multiplicación de gérmenes

F. Manejo, traslado y disposición final de cadáver

Preparación del cadáver en la UCEPIC

1. El personal que realiza esta actividad debe utilizar EPP para trabajo pesado.
2. Mantener el cadáver íntegro y limitar su manipulación.
3. Colocar tapón de algodón impregnado con hipoclorito de sodio al 0.5% en los orificios naturales de la cara (nariz, boca y oídos) del cadáver.
4. Colocar el cadáver dentro de bolsa negra de 150 micras de grosor y de tamaño de 91.5 X 229 cm.
5. Colocar la bolsa negra conteniendo el cadáver en bolsa especial con zíper para cadáveres, si no hubiera este tipo de bolsa especial colocar otra bolsa de 150 micras de grosor.
6. Limpiar la superficie de cada bolsa con hipoclorito de sodio al 0.5%.
7. Trasladar el cadáver con doble bolsa a la morgue.
8. Colocar signo de riesgo biológico.

Una vez cerrada la doble bolsa que contiene el cadáver, no se debe abrir por ningún motivo.

Proceso administrativo

1. El médico(a) encargado de la atención del paciente, debe llenar el certificado de defunción en forma

completa.

2. El coordinador de la UCEPIC debe notificar a la familia el deceso y solicitar se hagan presente al establecimiento, donde entregará a la familia o representante legal el certificado de defunción, para los trámites municipales y solicitará el nombre del lugar donde será inhumado.
3. El inspector de saneamiento ambiental asignado debe comunicar a la Unidad de Saneamiento Ambiental de la Región de Salud, donde se realizará la inhumación.
4. La Región de Salud debe hacer las coordinaciones para el adecuado traslado al lugar de inhumación.

Traslado del cadáver

1. El traslado del cadáver se realizará cuando la familia presente la partida de defunción emitida por la municipalidad correspondiente, y de aviso del cementerio donde será inhumado.
2. El cadáver con doble bolsa puede ser introducido en el féretro que la familia decida.
3. El féretro debe ser sellado en la UCEPIC y conducido de inmediato al lugar de inhumación.
4. Para el traslado del féretro se usará un vehículo del MINSAL (tipo pick up) y debe tener custodia policial y de personal de saneamiento ambiental del MINSAL, para garantizar la inmediata inhumación.

Inhumación

1. Si la familia doliente desea realizar un acto religioso, éste deberá efectuarse en el cementerio, en el menor tiempo posible y con la menor cantidad de personas
2. Al finalizar la inhumación, personal de MINSAL debe levantar acta, donde firmará un representante de la Policía Nacional Civil, de la familia y MINSAL.

Desinfección del vehículo donde se transportó el cadáver

El vehículo utilizado para el transporte del cadáver, debe ser desinfectado con hipoclorito de sodio al 0.5%, en lugar designado para tal fin en la UCEPIC.

Cuando fallezca un paciente y no sea reclamado por sus familiares, el cuerpo será inhumado en el lugar que designen las autoridades del MINSAL, se anotarán las características del fallecido y se levantará acta.

F. Vigilancia epidemiológica

Definiciones de casos

Caso sospechoso

Persona de cualquier edad y sexo que tiene los siguientes síntomas: fiebre de más de 38.5° C, o síntomas adicionales como fatiga, hiporexia, odinofagia, cefalea, mialgias, vómitos, diarrea, dolor abdominal y hemorragia sin explicación.

Y que además tiene el riesgo epidemiológico:

1. Residir o haber viajado a un área donde está activa la transmisión de EVE, dentro de los últimos veintiún días antes del inicio de los síntomas;
2. Haber estado en contacto con la sangre u otros líquidos corporales o restos humanos de un paciente que se sospecha o que ha tenido EVE, dentro de los últimos veintiún días antes del inicio de los síntomas.

Caso confirmado

Es un caso confirmado por laboratorio clínico con pruebas de diagnóstico de la infección por el EVE: IgM por Elisa y PCR en tiempo real, ello según la Guía para el diagnóstico de laboratorio de Ébola, emitido por la OMS, el 19 septiembre 2014.

Caso descartado

Todo caso que cumple con la definición de caso sospechoso de EVE y que de acuerdo a las pruebas confirmatorias de laboratorio son negativas.

Contacto de caso sospechoso o confirmado de Ébola

Toda persona que haya tenido contacto con el caso sospechoso o confirmado de EVE, durante ese caso presenta síntomas de la enfermedad, a través de alguna de las formas siguientes:

1. Haber dormido en la misma casa.
2. Haber tenido contacto físico con sangre, líquidos corporales u órganos del sospechoso o confirmado, durante la enfermedad o con el cadáver; o con el semen hasta 199 días después de la recuperación del caso.
3. Haber tocado la vestimenta, ropa de cama, instrumental médico y de asistencia del paciente o cadáver, sin las medidas de bioseguridad.

4. Bebé que ha sido amamantado por una paciente durante sus síntomas.
5. Pareja sexual del caso sospechoso, durante 199 días posteriores a la fecha de inicio de síntomas del caso.

Contacto de un caso sospechoso durante un viaje por vía aérea.

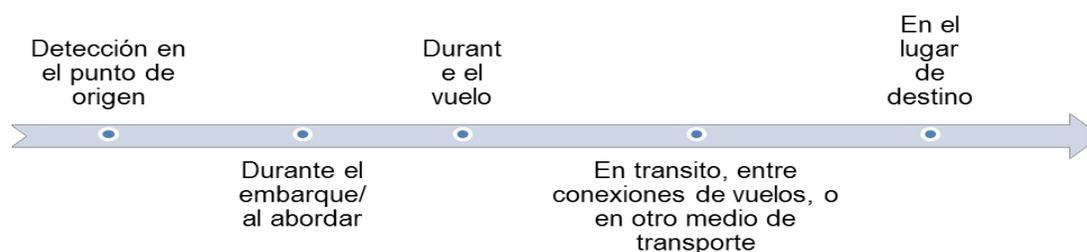
Si un paciente con EVE desarrolló síntomas en el avión durante el viaje, los contactos serán aquellos pasajeros sentados en una fila adyacente al paciente en todas las direcciones incluyendo al lado, delante y detrás, así como el personal de tripulación que le haya proporcionado servicio y aquel que realice la limpieza de la aeronave sin protección personal, y se procederá de la siguiente manera:

1. Los contactos deben ser evaluados en el área designada dentro del aeropuerto, de acuerdo al plan de contingencia del aeropuerto.
2. Cuando entre los contactos se encuentren viajeros internacionales en tránsito, las autoridades nacionales informarán a las autoridades del país receptor para el monitoreo respectivo por 21 días.

Detección de casos sospechosos de EVE en viajero

La detección de los eventos inusuales de salud posiblemente asociados con EVE puede ocurrir en diferentes puntos:

2. **Figura 2. Diferentes puntos de detección de pacientes con EVE.**



Fuente: EVE, implicaciones de la introducción en las Américas, 6 de agosto 2014, OPS/OMS.

- Detección en el punto de origen: se refiere a la detección de casos en el área o país donde existe transmisión activa o se han registrado casos de EVE. Se requiere de un sistema de vigilancia que logre

captar el mayor número de casos posible, para realizar intervenciones que permitan cortar la cadena de transmisión y evitar la introducción del virus en otros países.

- Durante el embarque: es el punto de entrada aéreo de un área o país con transmisión activa de EVE y donde una persona inicia su viaje. Se debe realizar evaluación de los viajeros para verificar que al momento de salir de esa área o país se encuentra asintomático.
- Durante el vuelo: si en la aeronave, el viajero presenta alguna sintomatología, la tripulación debe notificar al capitán, para que él, a su vez lo haga a la torre de control del aeropuerto de destino y presentar la declaración general de la aeronave. La autoridad sanitaria determina las medidas a aplicar con el caso sospechoso, contactos cercanos y tripulación que proporcionó asistencia, de acuerdo al plan de contingencia vigente.
- En tránsito, entre conexiones de vuelos, o en otros medios de transporte: la autoridad sanitaria debe evaluar al viajero enfermo y notificarlo, según lo establecido en el RSI, al país de destino final para establecer la continuación o no del viaje.
- En el lugar de destino: el personal de la autoridad sanitaria debe aislar de inmediato al caso sospechoso, evaluar, notificar y coordinar traslado hacia el lugar de atención establecido, aplicando el plan de contingencia vigente. Además, debe gestionar la información necesaria sobre los contactos cercanos y tripulación.

Un caso de EVE en El Salvador puede identificarse en:

- En una Oficina Sanitaria Internacional si es un viajero; en un establecimiento de salud público o privado en el que una persona que consulta, o en una búsqueda activa comunitaria.
- Todos los médicos del país deben conocer y aplicar la definición de caso sospechoso o confirmado de Ébola.
- El personal de las oficinas sanitarias internacionales de aeropuertos, puertos y fronteras terrestres, deben fortalecer la vigilancia epidemiológica en viajeros ante la posibilidad de introducción de este virus, aplicando las medidas de bioseguridad.
- En una persona que consulta a un establecimiento de salud, se puede identificar un caso sospechoso o confirmado, en cualquier paciente que consulte por cualquier motivo, haciéndole las preguntas de la definición de caso sospechoso o confirmado.

Notificación

Todo caso sospechoso de Ébola debe ser notificado a través de los canales establecidos, tanto a nivel nacional como internacional.

Una vez identificado un caso sospechoso de EVE por un establecimiento del SNS, éste debe ser notificado inmediatamente a las autoridades nacionales vía telefónica a la Dirección de Vigilancia Sanitaria al teléfono 7602-0290 y simultáneamente al Centro nacional de enlace del Reglamento sanitario internacional (CNE), Región y SIBASI respectivo.

El CNE notificará al punto de contacto regional de OPS/OMS, con sede en Washington, cumpliendo con los tiempos establecidos en el RSI.

Se debe garantizar el registro, notificación y digitación de todos los casos, según clasificación (sospechoso, confirmado, descartado) en los formularios establecidos a través del SUIIS en el módulo de VIGEPES.

La notificación escrita de los casos de EVE al sistema VIGEPES, se hace a través del formulario VIGEPES 01 (formulario para notificación individual de enfermedades objeto de vigilancia sanitaria), en las primeras veinticuatro horas de haberse detectado el caso. Debe asegurarse la calidad de los datos con la que es llenada y su respectiva digitación en el VIGEPES.

Están obligados a notificar:

Según el Art. 135 de Código de Salud corregido el año 2016, están obligados a notificar :

- a) El médico que asista al paciente;
- b) El profesional responsable de los establecimientos de salud públicos o privados, autónomos o semiautónomos, en donde se presente o asista un caso;
- c) El dueño o encargado de la casa o establecimiento en que se presente uno de estos casos;
- d) El representante legal, los familiares o las personas responsables del paciente;
- e) El profesional responsable del laboratorio que confirme el diagnóstico de la enfermedad; y,
- g) Toda persona que tenga conocimiento o sospecha de algún caso.

Es importante aplicar a los casos sospechosos, confirmados o contactos las medidas de aislamiento y cuarentena respectivamente.

El caso sospechoso se trasladará a la Unidad de Cuidados Especiales para personas con Enfermedad Infectocontagiosa (UCEPIC), para su respectivo manejo clínico.

Aislamiento: se aislarán en UCEPIC los casos sospechosos, mientras duren los síntomas y en caso de hombres, después de su recuperación continuarán en su vivienda el aislamiento domiciliar durante 199 días de abstinencia de relaciones sexuales.

Cuarentena: se aplicará a toda persona asintomática que sea contacto de un caso sospechoso o confirmado de EVE, de acuerdo a los siguientes procedimientos:

1. Si la exposición ocurrió durante un viaje por misión oficial, la institución responsable debe preparar un área con las condiciones que determine el Ministerio de Salud, para que cumpla el periodo de cuarentena establecido. Si no se tuvieran las condiciones necesarias la cuarentena se realizará en la UCEPIC y la institución responsable cubrirá los gastos.
2. Si la exposición ocurrió durante un viaje por motivos personales, turísticos, negocio u otros, deberá cumplir el periodo de cuarentena en su domicilio, siempre y cuando se asegure las condiciones que determine el Ministerio de Salud. Si no se tuvieran las condiciones necesarias la cuarentena se realizará en la UCEPIC.
3. Si la persona expuesta cumple de manera parcial el periodo de 21 días de cuarentena en otro país; este periodo será válido por la autoridad de salud, previa comprobación y solo se le aplicará la cuarentena según numeral 1 y 2, por lo días restantes hasta cumplir los 21 días.
4. Si la persona expuesta cumple de manera completa el período de 21 días de cuarentena en otro país; éste será válido por las autoridades de salud, previa comprobación y solo se le darán recomendaciones a su ingreso al país.
5. Si la persona es contacto de un caso registrado en El Salvador, deberá cumplir el periodo de cuarentena en su domicilio, siempre y cuando se asegure las condiciones que determine el Ministerio de Salud. Si no se tuvieran las condiciones necesarias la cuarentena se realizará en la UCEPIC.

Durante el periodo establecido de cuarentena, la persona contacto podrá recibir visitas de familiares cercanos adultos, de quienes se llevará registro. No se permite la visita de personas adultas con alguna sintomatología y menores de edad.

Si durante la cuarentena la persona contacto desarrolla algún síntoma, deberá realizarse la coordinación para

ser aislado y tratado en la UCEPIC.

Investigación por los equipos de respuesta rápida (ERR).

Una vez notificado un caso sospechoso de EVE a la Dirección de Vigilancia Sanitaria, el Director le indicará a la jefatura de la Unidad de Investigación y Epidemiología de Campo la investigación del caso.

Los primeros casos sospechosos en el país deben ser investigados por el equipo de respuesta rápida del nivel nacional con participación del ERR regional, los casos siguientes serán investigados por ERR del nivel respectivo (Regional, SIBASI y local) y si fuese necesario con el apoyo de su nivel inmediato superior.

Proceso de investigación de casos sospechosos o confirmados y sus contactos

La investigación comienza desde el momento de la consulta médica, así: a todo caso sospechoso o confirmado de EVE debe ser evaluado por médico quien debe llenar completamente el VIGEPES-01 (formulario para notificación individual de enfermedades objeto de vigilancia sanitaria), en la misma consulta y notificarlo inmediatamente al director del establecimiento de salud.

En este momento se debe desencadenar la búsqueda activa de sus contactos en el domicilio, en su comunidad y en las áreas donde se haya desplazado durante los síntomas.

Se debe continuar la investigación del caso sospechoso o confirmado así como de sus contactos en las primeras 24 horas después de la notificación por los Equipos de respuesta rápida utilizando los formularios respectivos (ver anexo # 3 y 4).

El objetivo de la investigación es:

1. Identificar la fuente probable de contagio del caso en estudio (ruta crítica) u otros casos sospechosos originados por la misma fuente y que aún no hayan sido identificados.
2. Monitorear diariamente el estado de salud de los contactos del caso sospechoso o confirmado de EVE, para la identificación oportuna de casos secundarios. Este monitoreo debe hacerse durante 21 días posteriores a la fecha de la última exposición al caso; debe llevarse un consolidado diario de los resultados del contacto (ver anexo # 5), para las visitas domiciliarias a contactos asintomáticos el

personal de salud debe evaluar el uso de EPP.

El seguimiento diario de contactos debe realizarse a través de visitas domiciliarias o por teléfono, haciendo énfasis en la presencia de síntomas. El contacto debe ser instruido para que notifique al personal de salud, en caso que inicie síntomas; el personal de salud debe presentarse en su domicilio inmediatamente para determinar el traslado y la atención médica usando el EPP.

La limpieza de las viviendas de las personas que durante el seguimiento desarrollan síntomas compatibles con EVE, se realizará aplicando los procedimientos de saneamiento ambiental detalladas en el capítulo de medidas de prevención y control de este documento.

Traslado del caso sospechoso a la Unidad de cuidados especiales para personas con enfermedad infectocontagiosa (UCEPIC)

En caso que haya un paciente sospechoso de EVE o con EVE confirmado, serán las ambulancias tipo A del SEM, que se ponen a disposición al traslado del paciente, para esto se debe activar el protocolo llamando al 132.

Los establecimientos de salud notificarán el caso sospechoso a la DVS, y será ésta, quien solicitará ambulancia al SEM; además es probable que un paciente solicite el transporte por demanda espontánea, éste debe ser notificado de forma inmediata a la DVS (Tel. 7602-0290); en este caso personal del SEM solicitará la siguiente información: nombre del paciente, dirección completa, fecha de la última exposición al caso que lo contagió, búsqueda de nexos epidemiológicos. El operador dará la indicación de evitar movilizarse por sus propios medios hacia algún establecimiento, debe esperar la llegada del personal de salud, para evitar exponer a más personas al contagio. La DVS coordinará el traslado y la recepción del caso sospechoso de EVE entre el SEM y la UCEPIC.

El centro coordinador del sistema de emergencias médicas (CCSEM) llama al equipo de turno de las bases operativas del Sistema de Emergencias Médicas (BOSEM), para que se movilice la ambulancia, ya sea al aeropuerto, puerto, frontera, casa de habitación de la persona o de hospital para ser trasladado a la UCEPIC.

El personal de la ambulancia tipo A, será encargado del traslado del pacientes o sospechosos de EVE, para el transporte de pacientes que requieran cuidados especiales durante su traslado, con personal médico, técnico y asistente, capacitado y con los recursos físicos y materiales necesarios.

El personal que intervenga en el transporte debe ser informado previamente y debe utilizar equipo de EPP para trabajo pesado, y debe ser colocado en la base operativa del SEM, en su área destinada para tal fin o en establecimiento de salud más cercano a la dirección del paciente.

El paciente será atendido exclusivamente por el médico de ambulancias y el técnico en emergencias médicas.

El asistente de emergencias médicas (AEM) no tendrá contacto directo en ningún momento con el paciente.

El transporte del paciente se realizará en una ambulancia tipo A, especialmente preparada. Esta ambulancia cuenta con los insumos y equipos médicos para brindar la mejor condición al paciente, provista con un ventilador artificial, monitor - desfibrilador, bomba de infusión, equipo de intubación y medicamentos controlados para tal fin.

El personal de la ambulancia se preparará con las medidas de bioseguridad, adecuando la ambulancia con el plástico protector de la cabina de asistencia, revisa el buen funcionamiento del equipo biomédico, se coloca su traje de protección de acuerdo a lo establecido por el MINSAL.

El personal que entrega el paciente para su traslado a la UCEPIC tiene la obligación de informar al personal del SEM sobre: identificación del paciente, signos vitales, complicaciones, tratamiento administrado y cualquier otro dato relevante a criterio del personal de salud.

Durante el traslado:

- El personal del SEM debe monitorizar los signos vitales del paciente y administrar tratamiento de soporte de acuerdo a necesidad, cumpliendo estrictamente con las medidas de bioseguridad establecidas.
- No se permitirá en ningún caso acompañante del paciente trasladado.

Durante la entrega:

- El personal del SEM reporta al personal receptor, signos vitales, complicaciones durante el traslado, tratamiento administrado y fallos en el protocolo de seguridad si sucedieran.
- Si el traslado se realiza desde una casa de habitación: el personal del SEM examina al paciente tomando signos vitales, con estricto cumplimiento de medidas de bioseguridad, comunicando a la UCEPIC.

- Al entregar el paciente, el personal del SEM tiene la obligación de pasar por el área de descontaminación establecida en la UCEPIC, siguiendo lo establecido por el MINSAL.
- Todos los residuos generados serán tratados como desechos bioinfecciosos.

G. Clínica y tratamiento

Cuadro clínico

El Ébola es una enfermedad vírica infecciosa aguda grave, caracterizada por fiebre, fatiga, hiporexia, cefalea, mialgias, vómitos, diarrea, dolor abdominal y hemorragia. En las formas graves y letales, la diátesis hemorrágica suele acompañarse de lesión hepática, insuficiencia renal, afección del sistema nervioso central y choque terminal con disfunción de múltiples órganos. Las tasas de letalidad en brotes bien estudiados en África, oscilan entre 50% y 90%.

Es importante reconocer los signos de alarma que se describen a continuación:

1. Dolor abdominal intenso y sostenido.
2. Vómitos persistentes.
3. Hemorragias.
4. Edema clínico.
5. Hepatomegalia mayor de dos centímetros.
6. Letargo o irritabilidad.
7. Aumento progresivo del hematocrito.

Diagnóstico diferencial

Se debe hacer diagnóstico diferencial con otras enfermedades virales como dengue, chikungunya, Zika y sarampión.

3.

4. Tabla 3. Diagnóstico diferencial de Ébola

Síntoma	Dengue	CHIKV	ZIKAV	Sarampión	Ébola
---------	--------	-------	-------	-----------	-------

Fiebre	+++	++++	++	++++	++++
Mialgia	+++	++	++	+	++
Artralgia	++	++++	++	+	++
Disfagia	-	-	-	++	++++
Edema en extremidades	-	++++	++	-	+++
Exantema maculopapular	++	+++	+++	++++ ⁽¹⁾	++
Enantema (Koplik)	-	-	-	++++	-
Dolor retro-orbital	++	+	++	-	-
Conjuntivitis	+	+	+++	++++ ⁽²⁾	+++ ⁽³⁾
Linfoadenopatías	++	++	±	+	+
Síntomas respiratorios	-	-	-	++++	+
Hepatomegalia	+	++++	-	-	++
Leucopenia	+++	++++	+	+	+++
Trombocitopenia	++++	++	+	+	+
Hemorragia	+	+	-	+	+++
Cefalea	++	+	+	+	+++
Dolor abdominal	+++	+	+	-	+++
Vómitos	++	+	+	+	+++ ⁽⁴⁾
Diarrea	+	+	+	+	+++ ⁽⁵⁾

⁽¹⁾ céfalo caudal ⁽²⁾ purulenta + fotofobia ⁽³⁾ conjuntivitis hemorrágica ⁽⁴⁾ vómitos con o sin sangre ⁽⁵⁾ diarrea con o sin sangre

.(++++)= 75 al 100%. (+++)= 50 al 75%. (++)= 25 al 50%. (+)= 0 al 25%. (-) no reportado.

Fuente: Equipo técnico Lineamientos técnicos para la prevención y control del Ébola. Ministerio de Salud. 2018.

Exámenes de laboratorio:

Se realizan únicamente en centros de atención de cuarto nivel de bioseguridad y de acuerdo a la evolución del paciente.

En los resultados de laboratorio se encontrará: leucopenia intensa, linfocitopenia, trombocitopenia, aumento del hematocrito, los tiempos de coagulación pueden estar prolongados, transaminasas o aminotransferasas marcadamente elevadas, sin embargo el paciente puede no presentar mayor tinte icterico, en ocasiones hiperamilasemia, proteínas séricas disminuidas, proteinuria, alteración de las pruebas renales; estos son hallazgos comunes; elevación de creatinina y azoemia en la fase de insuficiencia renal terminal.

La aparición de leucocitosis con neutrofilia sugiere la necesidad de uso de antibióticos. Los casos graves requieren cuidados intensivos.

Toma, manejo y envío de muestras de EVE para confirmación

La confirmación de la EVE se realiza a través del análisis de las muestras obtenidas del paciente por cualquiera

de los siguientes métodos: PCR en tiempo real (RT-PCR), aislamiento viral o pruebas serológicas. Debido a que el virus Ébola es altamente virulento, se clasifica como patógeno de riesgo grupo 4, por lo que la manipulación del virus viable únicamente se podrá realizar en los laboratorios de contención equivalente a laboratorio de bioseguridad nivel 4 (BSL 4, por sus siglas en inglés “Biosafety Level”).

Para la obtención de las muestras se deben extremar las medidas de bioseguridad, utilizando equipo de protección personal adecuado para patógenos altamente infecciosos.

El Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) es un laboratorio que cuenta con un nivel de contención equivalente a laboratorio de bioseguridad nivel 2 (BSL 2), por lo que las muestras serán enviadas a un centro colaborador de la OMS.

Para El Salvador, el centro colaborador de referencia internacional es el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), Atlanta, Estados Unidos.

Cuando se identifique un caso sospechoso de EVE en el país, se solicitará el apoyo al centro colaborador de la OMS a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional en el país y OMS/OPS El Salvador.

Una vez el CNE y OPS realicen las gestiones pertinentes, deberán confirmar al LNR el nombre del centro colaborador que recibirá la muestra y los datos del contacto respectivo para iniciar la logística del envío de la muestra, además el LNR deberá coordinar con OMS/OPS el sistema de envío de correspondencia (courier en inglés) que se contratará para el transporte de la muestra.

Una vez la logística de envío entre centro colaborador, sistema de envío de correspondencia (courier) y LNR, esté concretada, se procederá a la toma, embalaje y envío de la muestra siguiendo las lineamientos para la toma, manejo y envío de la muestra de acuerdo a la reglamentación relativa al transporte de sustancias infecciosas de la Asociación Internacional de Transporte Aéreo, (IATA, por sus siglas en inglés “International Air Transport Association”).

Se debe tener en cuenta que la confirmación de EVE, solo puede ser realizada en pacientes que ya han desarrollado síntomas. La confirmación por laboratorio no es posible durante el periodo de incubación.

Una vez se identifique a una persona con sospecha de EVE, se inicia el tratamiento del paciente centrado en los signos y síntomas, sin esperar la confirmación del laboratorio para su inicio.

Toma de muestra

El encargado de la UCEPIC deberá coordinar con el LNR, el día y hora de la toma de muestra, así como también deberá completar los formularios con la información del paciente para el envío de ésta. La muestra debe ser tomada en la UCEPIC por el mismo personal de salud que atiende el paciente para limitar la exposición de otro personal y mantener la contención del virus Ébola.

La muestra se tomará hasta que el centro colaborador de OMS, sistema de envío de correspondencia (courier en inglés) y LNR, completen la logística y trámites de envío, ya que no se almacenarán las muestras en el laboratorio, esto evitará el riesgo de transmisión del virus por accidente de laboratorio o exposición innecesaria.

i. En paciente

La muestra para RT-PCR debe ser tomada idealmente al tercer día a partir de que el paciente ha desarrollado síntomas y cumple la definición de caso sospechoso de EVE.

Si la muestra es colectada con menos de tres días de inicio de síntomas, se tomará una segunda muestra si el resultado de la primera es negativo. La segunda muestra debe ser colectada con un mínimo de 48 horas después de la primera toma. Si el paciente tiene 8 días o más, tomar muestra para estudio serológico.

Tipo de muestra:

Se deben coleccionar los dos tipos de muestras utilizando siempre sistema cerrado al vacío, como se describe en la tabla 4.

Tabla 4. Tipos de muestras a tomar en pacientes vivos sospechosos de EVE.

Muestra	Tipo de tubo	Número de tubos a colectar	Cantidad de muestra por tubo
Sangre completa con anticoagulante EDTA	Tubo tapón morado	2	2 ml
Sangre completa sin anticoagulante	Tubo tapón rojo con/sin separador	1	3 ml (mínimo)

Fuente. Laboratorio Nacional de Referencia, Ministerio de Salud 2016.

ii. En persona fallecida

1. Si el paciente falleció con alta sospecha de EVE y no se le pudo colectar muestra de sangre, se debe tomar hisopado oral en tubo de plástico tapón de rosca estéril con 3 ml de medio de transporte viral (MTV).
2. No hacer autopsia.

Manejo (embalaje) y envío de las muestras

1. Estas muestras, de acuerdo a la Reglamentación relativa al transporte de sustancias infecciosas, se catalogan como sustancia infecciosa de Categoría A, las cuales al exponerse a ellas, son capaces de causar incapacidad permanente, poner en peligro la vida o constituir una enfermedad mortal para seres humanos o animales previamente sanos.
2. Las sustancias infecciosas de la categoría A, solamente pueden ser transportadas en embalaje/envases que cumplan las especificaciones correspondientes de la clase 6.2 de Naciones Unidas y empacadas por personal certificado, de acuerdo a la instrucción de embalaje/envasado PI620 de IATA.
3. El LNR designará a un equipo de profesionales certificados por la IATA, para que se desplacen a la UCEPIC para el embalaje de la muestra a enviar.
4. El personal de laboratorio designado por el LNR, será el encargado de custodiar el paquete con las muestras hasta entregarlo al sistema de envío de correspondencia (courier en inglés).

Las pruebas diagnósticas del virus del Ébola, son realizadas de acuerdo a la evolución del paciente, según se muestra en la tabla No. 5

Tabla 5. Pruebas diagnósticas para la confirmación de la enfermedad por virus Ébola.

Tiempo de infección	Pruebas diagnósticas	Tipo de muestra
----------------------------	-----------------------------	------------------------

	disponibles	
A partir del primer día de la enfermedad	- PCR - Aislamiento viral	- Sangre completa con anticoagulante EDTA
A partir del 10° día de enfermedad	- Ac IgM	- Sangre completa sin anticoagulante
Retrospectivamente en pacientes fallecidos	- PCR - Aislamiento viral	- Hisopado oral en MTV

Fuente. Laboratorio Nacional de Referencia, Ministerio de Salud 2016.

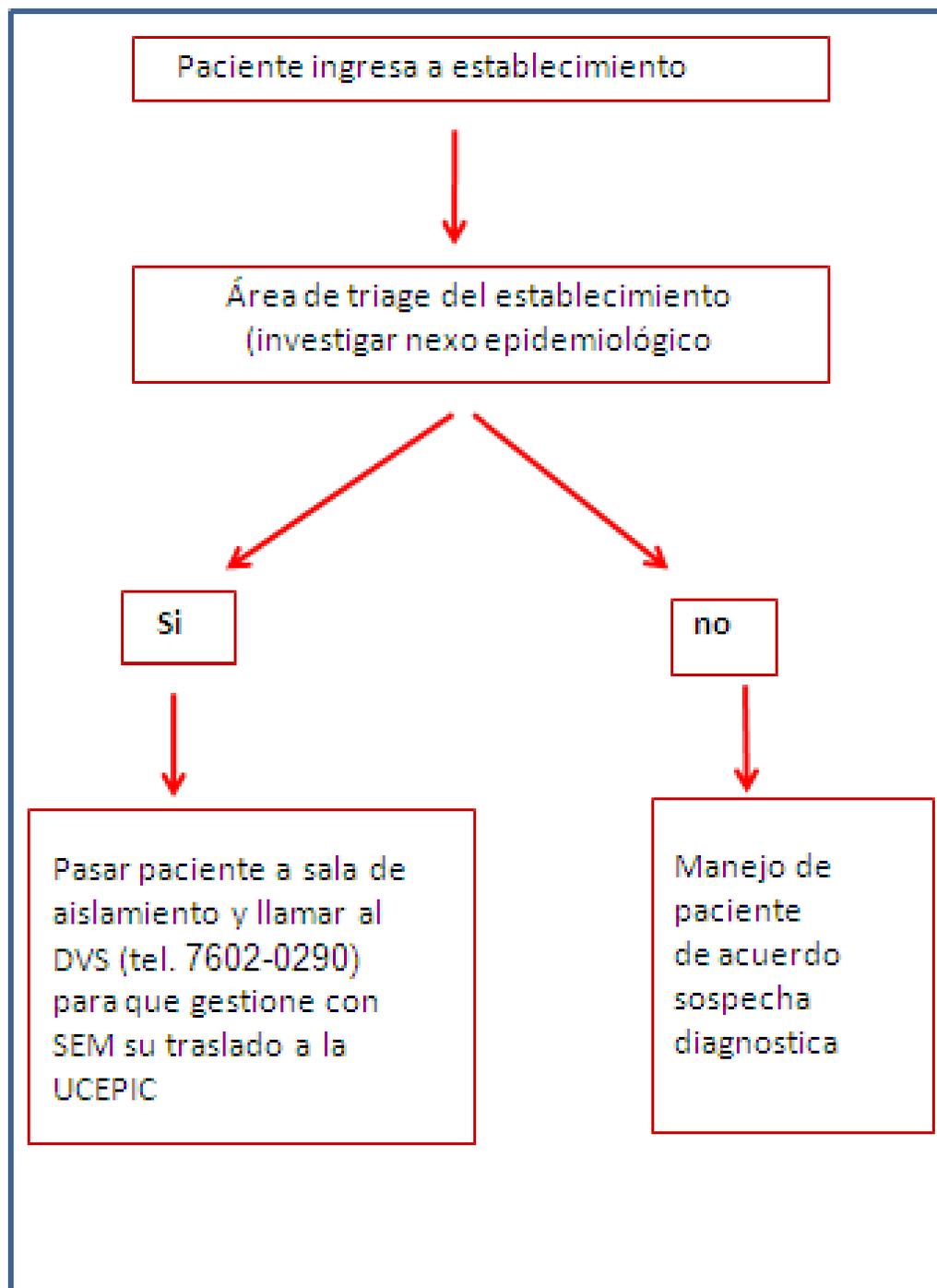
H. Manejo médico del paciente en los establecimientos de salud

Debido a que no hay tratamiento específico, ni vacuna efectiva para prevenir la enfermedad, y que el caso será atendido en la Unidad de Cuidados Especiales de Personas con Enfermedades Infectocontagiosas (UCEPIC), todo paciente sospechoso o confirmado de EVE que llegue a un establecimiento de salud, deberá ser recibido en la zona de triage, donde se le deberá hacer su historia clínica - epidemiológica. La asistencia médica será proporcionada por el personal que identificó al paciente usando el EPP para atención de pacientes.

1. En la historia de la enfermedad debe tomarse en cuenta, la identificación de los signos y síntomas de caso sospechoso o confirmado de EVE.
2. Determinar si presenta EVE, en caso de presentarla, ubicarlo inmediatamente en sala de aislamiento (todo establecimiento de salud debe contar con área de aislamiento).
3. Brindar mascarilla quirúrgica al paciente y verificar su correcta colocación.
4. Identificar a los contactos del caso y la fuente probable de contagio, con los criterios de definición de caso sospechoso o confirmado y de contacto en la sección de definiciones de casos y contacto en el capítulo vigilancia epidemiológica de estos lineamientos.
5. Dictar a los familiares las medidas de prevención y control a aplicar por ellos para evitar casos secundarios originados por el caso identificado.
6. Notificar el caso sospechoso o confirmado a la Dirección de Vigilancia Sanitaria, a los teléfonos 2205-7120 en horario laboral o al 7803-6869 en horario no laboral (corroborar estos números al momento necesario) y será ésta quien solicitará ambulancia al Sistema de Emergencias Médicas (SEM).
7. El personal que identificó el caso, entregará el paciente al SEM para su traslado a la UCEPIC. Ver algoritmo.

8. El director del establecimiento de salud deberá garantizar la limpieza del área en donde fue atendido el paciente, usando solución clorada al 0.5% para su desinfección.
9. El director del establecimiento de salud deberá garantizar la adecuada eliminación de los desechos bioinfecciosos generados, según indicaciones en la sección de medidas de control y prevención de estos lineamientos.
10. En caso que el CNE determine que el paciente no constituye un riesgo epidemiológico para la comunidad, será tratado de acuerdo a la oferta de servicios de salud que disponga el establecimiento respectivo.

Figura 3. Algoritmo de pacientes en establecimientos de salud



Fuente: Equipo técnico Lineamientos para la prevención y control del Ébola. MINSAL 2018.

Abordaje en la Unidad de cuidados especiales para personas con enfermedad infectocontagiosa (UCEPIC) del paciente sospechoso/confirmado de EVE

Esta unidad será la que atienda todos los pacientes con sospecha o confirmados de EVE, a nivel nacional.

Las instalaciones cuentan con diferentes áreas para evitar y prevenir la propagación de la enfermedad en el personal de salud responsable de brindar la atención. La UCEPIC cuenta con las siguientes áreas de acuerdo a la condición del paciente: sospechoso, confirmado y de recuperación; área de lavado de partes reutilizables del EPP, área para embalaje de tomas de muestra, además de las áreas para el personal de salud (de descanso y alimentación), colocación de los EPP, retiro de los EPP. Tanto las áreas de pacientes como las de personal cuentan con baño, ducha y lavamanos.

Procedimientos generales en UCEPIC:

1. Mantener un registro del personal de salud que entre en la habitación del paciente.
2. Restringir el número de personal dedicado al cuidado del paciente.
3. Todo el personal debe utilizar EPP de acuerdo a la actividad que realice, descrito en el capítulo de medidas de prevención y control. Designando a personal dedicado a la supervisión del uso correcto del EPP.
4. El personal de salud debe circular de las áreas limpias a las áreas grises identificadas en la UCEPIC, no se permite circular de las áreas grises a las áreas limpias.
5. Los instrumentos utilizados en la atención (esfigmomanómetro, estetoscopio, termómetro, otros) deben ser exclusivos para el aislamiento, no podrán ser de ninguna manera utilizados para otros pacientes o colocados en otras áreas.
6. No es necesario usar sistemas especiales de manejo del aire, la habitación debe mantenerse ventilada.
7. Se mantendrá una distancia de un metro entre las camas de los pacientes confirmados o sospechosos.
8. Utilizar medidas de prevención con el fin de evitar cualquier posible exposición directa a fluidos del paciente confirmado o sospechoso.

Tratamiento clínico en UCEPIC:

Paciente sospechoso/confirmado de EVE que presenta manifestaciones de shock y fallo multi-orgánico como; disnea y/o polipnea, saturación de oxígeno menor de 90%, oliguria, deterioro de la conciencia,

sangramiento.

1. Aislamiento de contacto y vías respiratorias.
2. Reposo absoluto en decúbito supino a 45°
3. Dieta: Nada por boca durante la fase (del shock, sangrado del tracto gastrointestinal, insuficiencia renal y trastorno de la conciencia), se recomienda iniciar la vía oral lo más pronto posible previa evaluación clínica.
4. Hidratación según clasificación y criterio clínico:
 - 4.1 En niños: Iniciar 20ml/kg en 1 hora, no exceder un máximo de 60ml/kg en las primeras 3 horas, incluyendo el bolo inicial.
 - 4.2 En adultos y adolescentes:
 - A. Si la presión arterial sistólica es mayor de 90, evaluar continuar los líquidos a 2ml/kg/h.
 - B. Si la presión arterial sistólica es menor de 90 a las 2 horas iniciar vasopresores y continuar líquidos de 5-10ml/kg/hora.
 - 4.3 Acetaminofén:
 - A. Niños(as): 10mg/Kg/dosis cada 4 a 6 horas.
 - B. Adultos: 500 mg cada 4-6 horas dosis máxima 4 g en 24 horas.

Se debe de evitar AINES (aspirina, diclofenac, piroxicam, indometacina, nimesulide) o dipirona o esteroides.

Tabla 6. Manejo del shock séptico en adultos y adolescentes

Actividad	A. Manejo del choque séptico: <u>primeras 2 horas</u>	2 a 6 horas
Reconocer	Diagnóstico clínico de sepsis grave o choque séptico -Sospecha de infección -Hipotensión (presión sistólica menor de 90 mm Hg y uno más de los siguientes: -Pulso mayor de 100 por minuto -FR: > 24 por minuto -Temperatura anormal (< 36°C o > de 38°C)	Reconsiderar otras causas de shock si no hay cambios en la tensión arterial sistólica posterior a la administración de líquidos. Considerar hemorragia internas
Estabilización de paciente	Administrar O ₂ si la Saturación es < 90 Líquidos: Después del bolo inicial de 1000 ml, continúe con un goteo rápido con lactato de Ringer o SSN 0.9 % a 20 ml/kg/hora, hasta 60/kg/ en las primeras 2 horas.	Valorar hasta alcanzar una PO ₂ de 90 Líquidos: Si la PAs es > 90 continuar los líquidos a razón de 2 ml/kg/h. Si la PAs es < 90 dos horas después de haber iniciado la hidratación, administrar vasopresores y continuar líquidos 5 a 10 ml/kg/h.
Tratamiento de la infección	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento empírico con antibióticos • Identificar problemas adicionales en el curso de la infección: • Evalúe los signos y síntomas nuevos 	Tratar infecciones asociadas a la atención sanitaria si se presentan en el transcurso de la enfermedad
Monitoreo y evaluación	Cada 30 minutos hasta que el paciente se estabilice; luego cada hora. <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial, pulso, FR, SpO₂, estado mental, observar si hay ingurgitación yugular. Por monitor 	Evalúe cada 30 minutos hasta que el paciente este estable, luego cada hora: Presión arterial FC FR SpO ₂ Estado de conciencia Observar si hay ingurgitación yugular Medir la diuresis

Actividad	Manejo del shock séptico: <u>primeras 2 horas</u>	2 a 6 horas
Respuesta	<p>Si la función respiratoria falla, (incremento de la FR y caída de la SpO₂)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar el aporte de O₂ y corrija • Si hay ingurgitación yugular y crepitantes, considerar sobrehidratación. Si se sospecha sobrehidratación, disminuir la administración de líquidos e iniciar vasopresores. 	<p>Si la función respiratoria falla, (incremento de la FR y caída de la SpO₂)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el tratamiento con O₂ y aumentar el rango del flujo si fuera necesario • Si hay ingurgitación yugular y crepitantes, considera sobre hidratación. • Vigilar la terapia antimicrobiana, tratar otras infecciones asociadas a la atención sanitaria • Si hay sobre carga de líquidos y la presión sistólica > 100mmHg, y el shock se resolvió, detenga la administración de líquidos intravenosos, dar furosemida a 20mg IV y respaldo a 45° de la cama.

Actividad	A. Manejo de choque séptico: <u>En las 6-24 horas</u>	Post resucitación
Reconocer	<p>Si no hay cambios en la PA después de los bolos de líquidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considere otros diagnósticos • Busque otra fuente adicional de infección. • pensar en patología quirúrgica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Practique una nueva evaluación total. • Revise los datos clínicos y posibles diagnósticos y trátelos.
Estabilice al paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Oxígeno: para llevar a una PO₂ > 90. • Líquidos Si la PAS >90, continúe líquidos a 2 ml/kg/h. • Si se usan vasopresores, reduzca la dosis. • Si la PAS <90, continúe o incremente los vasopresores y continúe lactato de ringer o SSN 0.9 a 2 ml/kg/h. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oxígeno: para llevar a una PO₂ > 90 y retirar cuando esta se logre con el aire ambiente. • Líquidos: Reduce para el mantenimiento máximo 2 ml/kg/h y pase a la vía oral al estar habilitada.
Infección a tratar	<u>Continúe empíricamente los antibióticos</u>	<u>Continúe antibióticos – traslape a la vía oral</u> <ul style="list-style-type: none"> • Antibióticos.

Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> • Agregar dextrosa al 50%, 25-50 ml cada 6 horas a la bolsa IV 	<p>Procedimiento a seguir una vez el paciente ha estabilizado, o después de 1-2 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debido al riesgo de aspiración, no dar alimentación oral, si el paciente no puede deglutir (debido al estado mental alterado, respiración rápida o críticamente enfermo, vómitos incoercibles, íleo paralítico) • Al resto de pacientes se les debe administrar alimentación lo más pronto posible.
Monitorear, anotar	<p>Cada hora si la PA <90 o esta con vasopresores; sino cada 2 horas PAS, FC FR PO₂ Estado de conciencia Ingurgitación yugular y estertores</p> <p><u>Cada 6 horas</u></p> <p><u>Cada 12 horas</u></p>	<p>Cada 8 horas (revisar PAS cada hora si está en destete de vasopresores); luego diariamente PAS FR PO₂ Estado de conciencia Responder a los cambios tempranamente</p>
Responder	Responder a los cambios indicados en las 2-6 horas de la hoja previa	Responder a los cambios tempranamente

Fuente: OMS, clasificación y evaluación y tratamiento de emergencias pediátricas (CETEP), año 2005.

Manejo de choque séptico en niños.

Mantener las precauciones establecidas para evitar la transmisión de la enfermedad. Signos de choque: el diagnóstico y tratamiento se hará clínicamente.

Los niños en choque que requieren reanimación con bolus de líquidos.

Tabla 7. Pulso y presión normal en niños

Pulso y presión normal en niños*		
Edad (años)	Pulso (rango)	Presión sistólica
0-1	100-160	>60
1-3	90-150	>70
3-6	80-140	>75

Fuente: Normas de control y prevención de dengue en El Salvador, MINSAL , año 2002

*Nota: Los pulsos pueden ser 10% más lentos en niños dormidos. En lactantes y niños la presencia o ausencia de un pulso central fuerte es una guía más útil en la presencia o ausencia de choque que la lectura de la presión arterial.

Tabla 8. Principios generales del manejo del choque séptico en niños y adultos

1. Manejo de las vías aéreas
2. Dar oxígeno a través de bigotera o mascarilla. Empezar a 1-3 litros/min para alcanzar una saturación de oxígeno de $\geq 90\%$.
3. Dar líquidos por vía intravenosa. En niños iniciar con 20 ml/kg de lactato de Ringer o solución salina en bolus.
4. Evaluar si el niño no está gravemente desnutrido, ya que el volumen sanguíneo es diferente.
5. Insertar un catéter endovenoso
6. Administrar lactato de Ringer o solución salina normal; asegurarse que la infusión corre adecuadamente.
7. En niños: indicar 20ml/kg en el periodo de una hora.
8. En adulto, indicar 1 litro cada 20 minutos en n.º de 3, evaluar y continuar con líquidos de mantenimiento.
9. Tratar la causa de base:
 - Administrar antibióticos de amplio espectro, en niños: ceftriaxona 100 mg/kg una vez al día (máximo 4 g)

Fuente: elaborado por el Comité de elaboración de estos Lineamientos.

Tabla 9. Manejo de líquidos de urgencia en niños sin desnutrición grave*

Peso kg	Choque, 20ml/kg lactato de Ringer o salina inmediatamente	Plan C-paso 1	Plan C- paso 2			Plan B-75ml/kg
			Edad <12m, más de 5 horas=gotas/min**	Volumen	Edad $\geq 1^a$ en dos horas y media=gotas / minuto	
		30ml/kg Ringer	70 ml/kg Ringer o sales de rehidratación oral			Oral/sales de rehidratación oral
		Edad <12m, una hora Mayor o igual 1 año, media hora			Edad $\geq 1^a$ en dos horas y media=gotas / minuto	En 4 horas
2.00	40	50	10	150	**asume	150

					que en un adulto, vía endovenos a 20 gotas=1ml	
2.50	50	75	13	200		150
3	60	100	13	200		200
4	80	100	20	300		300
5	100	150	27	400	55	350
6	120	150	27	400	55	
7	140	200	33	500	66	
8	160	250	33	500	66	
9	180	250	40	600	80	
10	200	300	50	700	100	750
11	220	300	55	800	110	800
12	240	350	55	800	110	900
13	260	400	60	900	120	950
14	280	400	66	1000	135	1000
15	300	450	66	1000	135	1100
16	320	500	75	1100	150	1200
17	340	500	80	1200	160	1300
18	360	550	80	1200	160	1300
19	380	550	90	1300	180	1400
20	400	600	95	1400	190	1500
*Evaluar nuevamente al niño después que el volumen apropiado ha terminado de pasa						
Re-evaluar después de la primera infusión			<ul style="list-style-type: none"> • Puede repetir un segundo bolo o hasta un tercer bolo según estado clínico del paciente. Si no responde, administrar sangre. • Si se administra sangre completa, dar 20 ml/kg en 2 a 4 horas. 			

Fuente: clasificación, evaluación y tratamiento de emergencias pediátricas (CETEP), OMS, año 2005.

VI. Disposiciones finales.

a) Sanciones por el incumplimiento.

Es responsabilidad del personal del SNS, dar cumplimiento a los presentes Lineamientos técnicos, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

b) De lo no previsto.

Todo lo que no esté previsto en los presentes Lineamientos técnicos, se debe resolver a petición de parte, por medio de escrito dirigido a la Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto, técnica y jurídicamente.

c) Derogatoria

Deróganse los Lineamientos técnicos para la prevención y control de Ébola en El Salvador, emitidos el nueve de octubre de 2014.

d) Anexos

Forman parte de los presentes lineamientos, los siguientes anexos:

Anexo 1: Estructura para la elaboración del plan IEC

Anexo 2: Técnica de lavado de manos.

Anexo 3: Formulario e instructivo para investigación de caso sospechoso o confirmado de Ébola.

Anexo 4: Formulario e instructivo para la investigación de contacto de caso sospechoso o confirmado de Ébola.

Anexo 5: Formulario e instructivo para seguimiento de contacto de un caso sospechoso o confirmado de Ébola.

VII. Vigencia

Los presentes Lineamientos técnicos entran en vigencia a partir de la fecha de la firma de los mismos, por parte de la Titular de esta Cartera de Estado.

San Salvador, treinta y un días del mes de julio de 2019.



Dra. Ana del Carmen Orellana Bendeck
Ministra de Salud

VIII. Bibliografía

1. Enfermedad por el virus del Ebola — República Democrática del Congo, Brote epidémico, 4 de agosto de 2018, <http://www.who.int/csr/don/4-august-2018-ebola-drc/es/>
2. G.F. Deen, B. Knust, N. Broutet, F.R. Sesay, P. Formenty, C. Ross et al. Ebola RNA Persistence in semen of Ebola Virus Disease Survivors. Preliminary report. NEJM. October 14 2015.

Anexos



MINISTERIO
DE SALUD

Anexo 1 **Estructura del plan IEC**

Ministerio de Salud

Estructura para elaboración del plan de información, educación y comunicación para la prevención y control del Ébola

Índice (para elaborar el plan)

Tema	Página
I. Introducción	
II. Conceptualización	
III. Marco contextual	
IV. Acciones intersectoriales	
V. Objetivos	
VI. Principios del plan	
VII. Líneas de acción	
VIII. Proceso metodológico para el diseño del Plan IEC local	
IX. Instituciones responsables de ejecutar el Plan de IEC en el territorio	
X. Matrices de intervenciones	
XI. Monitoreo, seguimiento y evaluación	
XII. Cronograma general de actividades	
XIII. Presupuesto	
XIV. Anexos	

I. Introducción: Breves antecedentes locales, análisis de la situación de salud y estructura organizativa local.

II. Conceptualización

La información

La información incluye la generación y la divulgación de materiales informativos y educativos para despertar la conciencia entre los responsables de generar políticas,

La educación

Se refiere al proceso de facilitar el aprendizaje, para permitir a las audiencias tomar decisiones conscientes e informadas, que le permitan modificar adecuadamente su comportamiento a largo plazo. La educación se puede realizar a través del sector formal o a través de canales no formales, (organizaciones sociales, cooperativas, sindicatos, mujeres, lideresas y líderes, madres, padres, familiares, docentes, entre otros y la educación continua a personal de las instituciones involucradas. Requiere capacidades multidisciplinarias y puede utilizar técnicas y tácticas de diversas disciplinas (información pública, relaciones públicas, psicología y lingüísticas aplicadas, investigación en comunicación masiva, arte publicitario, educación no formal y de adultos, movilización comunitaria, publicidad e investigación de mercado, antropología y sociología, y ciencias políticas)

La comunicación

Es un proceso planificado encaminado a motivar a las personas a adoptar nuevas actitudes, prácticas y comportamientos. Se basa en las inquietudes de los individuos, las necesidades que se perciben, las creencias y las prácticas actuales; promueve el dialogo (también llamado comunicación en dos sentidos) el intercambio de información y una mayor comprensión entre los diversos protagonistas. Es pues un componente integral de todos los programas y actividades de promoción y su divulgación. Este proceso alcanza su máxima eficacia cuando incluye una combinación estratégica de medios de información y comunicación interpersonal (frente a frente) apoyados por medios de comunicación impresos y otras modalidades audiovisuales.

III. Marco contextual : Abordar el tema del Ébola desde lo general a lo específico

IV. Análisis de la situación y acciones intersectoriales: Que se ha hecho como país e instituciones

V. Objetivos: general y específicos

VI. Principios del plan:

a) Corresponsabilidad social e institucional

Se deben generar acciones conjuntas desde la intersectorialidad, CISALUD, Protección Civil, la familia, comunidad y organizaciones civiles ONG, líderes, lideresas comunitarias, para prevención en conjunto de la enfermedad del Ébola.

b) Participación social y organización social

Las acciones de participación social, intersectorial, interinstitucional y comunitaria, deben ser elementos claves en la implementación del plan de IEC para la prevención del Ébola y la reducción de casos en fase de respuesta.

c) Financiamiento

Cada institución participante deberá contemplar los fondos necesarios para la sostenibilidad del presente plan de IEC con la participación activa de todos los sectores de la población.

VII. Líneas de acción:

a) Promoción de estilos de vida saludable

A través de mecanismos de participación social, intersectorialidad, comunicación, educación para la salud y abogacía, como componentes de promoción de la salud. El plan de IEC deberá contribuir a implementar conductas favorables en la población, reforzando la información, los conocimientos, actitudes y prácticas positivas para la fase de respuesta

b) Enfoque a diferentes grupos de la población

Las intervenciones de promoción de la salud en emergencias y las acciones de IEC para la prevención se deben enfocar en audiencias específicas como al personal de salud, la intersectorialidad y la población.

VIII. Proceso metodológico para el diseño del Plan:

Para el diseño del plan se establecen pasos metodológicos los cuales se desarrollan a través de reuniones con el fin de facilitar el poder realizar un abordaje intersectorial en la fase de preparación y respuesta ante el virus del Ébola.

En el Plan de Información, Educación y Comunicación para prevención y control del Ébola se tomarán en cuenta las 3 alertas.

1. Cuando hay presencia de casos en otro continente
2. Cuando se sabe que hay casos en el continente
3. Cuando ya existen casos en el país

a) Selección de población objetivo:

Se inicia el proceso de análisis con la identificación de las poblaciones clave que son prioridad para las instituciones que ejecutaran el plan: primaria, secundaria

b) Diagnóstico de la población objetivo

La ejecución de procesos educativos y de comunicación debe partir de conocer las necesidades, condiciones de vida, hábitos, costumbres, mitos, creencias, nivel de conocimientos, problemas sociales y de salud de las poblaciones a intervenir.

c) Caracterización de la población objetivo

El proceso de caracterizar a la población, tiene como finalidad definir el perfil a través de la identificación de variables que permitan contextualizar a las personas y el entorno para realizar abordajes más efectivos.

d) Descripción de conductas actuales

En este paso tanto las investigaciones y encuestas realizadas orientan sobre las conductas actuales que ponen en riesgo de adquirir la enfermedad; se plantean los comportamientos esperados por modificar, actividades de IEC, mensaje clave y acciones de comunicación a realizar.

e) Descripción de conductas deseadas

En este paso es importante retomar las conductas clave y los objetivos de IEC para definir las diversas técnicas educativas y de comunicación en salud a utilizar, que permitan a las audiencias adquirir hábitos y conductas adecuadas.

f)Elaboración de mensajes

La elaboración de mensajes es clave para el desarrollo del plan, este momento permite la creación de mensajes con la metodología de mapa de mensajes, tomando en cuenta las características de la población hacia los cuales están dirigidos, ésto debe facilitar una mejor comprensión de su contenido.

g) Planificación de actividades de comunicación

Se describen diferentes intervenciones para llevar el mensaje a nivel interpersonal, grupal y masivo, a través de radio, televisión, redes sociales u otros medios locales existentes.

IX. Instituciones responsables de ejecutar el Plan de IEC en el territorio: En este numeral se tendrán que definir las instituciones del AIG que ejecutaran el plan.

X. Matrices de intervenciones

Intervenciones de promoción de la salud y educación en la fase de respuesta ante la enfermedad del Ébola.

Población objetivo Primaria: Comunidad

Características de la población objetivo	Comportamientos esperados	Actividades de IEC	Mensaje	Acciones de comunicación (interpersonal, grupal y medios masivos)

Población objetivo Primaria: Personal de salud.

Características de la población objetivo	Comportamientos esperados	Actividades de IEC	Mensaje	Acciones de comunicación (interpersonal, grupal y medios masivos)

Población objetivo secundaria: Otros sectores (Intersectorialidad)

Características de la población objetivo	Comportamientos esperados	Actividades de IEC	Mensaje	Acciones de comunicación (interpersonal, grupal y medios masivos)

XI. Monitoreo, seguimiento y evaluación

Las actividades de monitoreo y seguimiento de las intervenciones del Plan de IEC se enfocarán principalmente en los resultados y conductas esperadas, de acuerdo a lo establecido en las respectivas matrices. Las actividades específicas de monitoreo y seguimiento serán realizadas y consolidadas por el equipo conjunto entre:.....

En cuanto a la evaluación del cumplimiento del plan de IEC, estará a cargo por personal multidisciplinario de

Los indicadores de estructura, proceso, impacto y de resultados se detallan a continuación:

.....

1. De estructura:
2. De proceso:
3. De impacto:
4. De resultados:

XII. Cronograma general de actividades

Actividades	Año			2019												
	Feb-Oct	Nov.	Dic	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	
Elaboración del Plan de IEC																
Presentación y aprobación del Plan IEC y Plan de Capacitación por parte de los titulares																
Capacitación a facilitadores																
Seguimiento																
Elaboración de informe de resultados																
Presentación de resultados																

XIII. Presupuesto:

Acción	Insumo	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total	Fuente de Financiamiento			Institución Responsable
					GOES	Cooperación	Total	

XIV. Anexos del plan

Anexo 1 del plan: Modelo de Plan Operativo

Plan de Información, Educación y Comunicación para la prevención y control del Ébola

Institución: _____

Población objetivo (Población a quien va dirigida)	Conducta clave (Es la conducta que se quiere que la población objetivo adopte)	Actividad o intervención educativa	Recursos (¿con que lo vamos a realizar?)	Cronograma (Cuando lo haremos)												Responsables (¿Quién o quienes lo harán?)
				MESES												
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	

Anexo 2 del plan: Modelo de matriz de evaluación

Intervención educativa en el plan de IEC	Población objetivo	Meta programa da	Realizado	%	Logros	Propuesta de mejora	Compromisos

Institución:

—

Anexo 2 Técnica de lavado de manos

 Duración de todo el procedimiento: **40-60 segundos**



0 Mójese las manos con agua;



1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



MINISTERIO
DE SALUD

Anexo 3

Ministerio de Salud
Dirección de Vigilancia Sanitaria

3 A. Formulario para investigación de caso sospechoso o confirmado de Ébola

Nivel que investiga: nivel nacional ___ nivel regional ___ nivel local ___

No. de caso: _____

Fecha de la entrevista _____

Nombre del entrevistador: _____

Profesión _____ Cargo _____

1. Datos del establecimiento de salud:

Establecimiento de salud. _____ SIBASI _____

Región _____

Fecha en que las autoridades de salud pública locales supieron por primera vez del caso:
(dd/mm/aaaa) ___ / ___ / ___

2. Datos del caso:

2.1. Demográficos

Nombre _____

Edad _____ (meses, años y meses (si es menor de 5 años), años ___ Sexo _____

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) ___ / ___ / ___

Domicilio actual:

Dirección completa (anotar puntos de referencia)

Municipio _____ departamento _____

Teléfono _____, Nacionalidad, _____

3. Signos y síntomas

¿En qué fecha le iniciaron los síntomas de la enfermedad que tiene?

(dd/mm/aaaa) __ / __ / ____

Respóndame por favor si ha presentado los siguientes síntomas:

Síntomas	Fecha		Observaciones
	Si	no	
Ha tenido fiebre intensa, de aparición súbita (>38.5)?			
Ha debilidad intensa			
Ha tenido dolores musculares en articulaciones?			
Ha tenido dolor intenso de cabeza?			
Ha tenido dolor de estómago?			
Ha tenido vómitos con o sin sangre?			
Ha tenido diarrea con o sin sangre?			
Ha tenido ampollas en la piel?			
Ha tenido otros síntomas ? (describir)			

Nota: si presentó el síntoma, anotar la fecha en que lo inició en la casilla de sí; si no presentó el síntoma, anotar tres x (xxx).

4. Viajes

Ahora vamos a platicar de viajes que usted haya hecho fuera del país:

Durante los 21 días previos al inicio de los síntomas, viajó o vivió en algún país donde existe Ébola? : Sí__ No__ No sabe__

Si la respuesta fue sí, complete el itinerario en la siguiente tabla:

Lugar de salida del país visitado	País / territorio de dónde salió.	Fecha de salida (dd/mm/aaaa)	Medio de transporte principal: 1. Avión 2. Barco, 3. Tren, 4. Autobús, 5. Otro.	Lugar de llegada	País / territorio de llegada

5. Exposición al riesgo de contagiarse con Ébola

Ahora conversaremos sobre el trabajo que usted ha desarrollado durante los 21 días previos a la fecha de inicio de síntomas (decirle la fecha desde la cual le interesa saber, ejemplo si la fecha de inicio de síntomas fue 21 del mes preguntarle los 21 días desde el 1° del mes):

Durante los 21 días previos al inicio de los síntomas, trabajó en alguna actividad que donde se pudo relacionar directamente con personas que pudieran transmitir el Ébola?, como:

5.1 Trabajó atendiendo personas en establecimientos de salud? Si__ No __No sabe __

5.2 Durante los 21 días previos trabajó atendiendo personas en clínicas particulares? ? Si__ No __ No sabe ____

5.3 Durante los 21 días previos a la fecha en que usted inició síntomas asistió a algún funeral de persona que murió por síntomas parecidos a los suyos? Si__ No __ No sabe ____

5.4 Durante los 21 días previos al inicio de los síntomas, trabajó en un laboratorio donde se hacen pruebas para Ébola? : Si__ No __ No sabe ____

5.5 Durante los 21 días previos al inicio de los síntomas, trabajó como colaborador de salud? Si__ No __ No sabe ____

5.6 Durante los 21 días previos al inicio de los síntomas, estuvo acariciándose con : Una persona que tenga los mismos síntomas que usted tiene? Sí ____ No __No sabe ____

Si su respuesta fue sí, especifique quién y donde (anotar dirección si la conoce), anotar:

Edad: _____

Fecha de último contacto: _____

Dirección: _____ tel: _____

5.7 ¿Qué relación tiene esa persona con usted (entorno de ese contacto)

Miembro de su casa Sí__ No__ No sabe__

Familiar lejano Sí__ No__ No sabe__

Paciente del hospital Sí__ No__ No sabe__

Paciente de otra institución de salud Sí__ No__ No sabe__

Otro, especifique _____

5.8 Durante los 21 días previos al inicio de los síntomas, estuvo acariciándose con una persona que sea sospechosa de tener Ébola? Sí ____ No ____ No sabe ____

5.9 Si su respuesta fue sí, especifique quién y donde (anotar dirección si la conoce):

Edad: _____

Fecha de último contacto: _____

Dirección: _____ tel: _____

5.10 ¿Qué relación tiene esa persona con usted (entorno de ese contacto)

Miembro de su casa Sí__ No__ No sabe__ Familiar lejano Sí__ No__ No sabe__

Paciente del hospital Sí__ No__ No sabe__

Paciente de otra institución de salud Sí__ No__ No sabe__

Otro, especifique _____

5.11 Durante los 21 días previos al inicio de los síntomas, estuvo acariciándose con una persona que haya tenido una enfermedad inexplicable, y que haya fallecido.

Sí ____ No ____ No sabe ____

5.12 Si la respuesta fue sí, especifique quién y donde (anotar dirección si la conoce), anotar:

Edad: _____

Fecha de último contacto: _____

Dirección: _____ tel: _____

5.13 Qué relación tiene esa persona con usted (entorno de ese contacto)

Miembro de su casa Sí__ No__ No sabe__ Familiar lejano Sí__ No__ No sabe__

Paciente del hospital Sí__ No__ No sabe__
Paciente de otra institución de salud Sí__ No__ No sabe__
Otro, especifique _____

5.14 Durante los 21 días previos al inicio de los síntomas, estuvo acariciándose con a alguna persona que sea caso confirmado de Ébola?
Sí ____ No ____ No sabe ____

5.15 Si la respuesta fue sí, especifique quién y donde ¿(anotar dirección si la conoce el caso), anotar:

Edad: _____
Fecha de último contacto: _____
Dirección: _____ tel: _____

5.16 ¿Qué relación tiene esa persona con usted (entorno de ese contacto)
Miembro de su casa Si____ No____ Familiar lejano Si____ No____
Paciente del hospital Si____ No____
Paciente de otra institución de salud Si____ No____
Si____ No____

5.16 Otra forma de exposición, especifique:

Anexo 3

Instructivo de llenado de Formulario para investigación de caso sospechoso o confirmado de Ébola.

1. El nivel que investiga: marcar con una x el nivel organizativo del MINSAL al que pertenece la persona que está haciendo la investigación del caso sospechoso o confirmado de Ébola, nivel nacional, si es un personal de la Secretaría de Estado, nivel regional si el personal es de una Región de Salud, nivel SIBASI si el personal es de ese nivel y nivel local si el personal es de un ECO, UCSF u hospital.
2. No. de caso: anota el número correlativo del caso que está investigando.

3. Fecha de la entrevista: anotar el día mes y año, la fecha del día que hace la entrevista.
4. Nombre del entrevistador: anotar el nombre de la persona que hace la entrevista de investigación del caso.
5. Profesión: anotar la profesión de la persona que hace la investigación
6. Cargo: anotar el cargo que el personal que hace la investigación, tiene en el lugar de trabajo.

Datos del establecimiento de salud:

7. Establecimiento de salud: anotar el establecimiento de salud donde se está haciendo la investigación del caso o, si está haciendo la investigación en el domicilio del caso se debe anotar el establecimiento al que pertenece el área geográfica del mismo.
8. SIBASI: anotar el nombre del SIBASI al que pertenece el establecimiento de salud o el área geográfica del domicilio del caso (si la investigación se está haciendo en el domicilio del caso).
9. Región: anotar el nombre de la Región de Salud a la que pertenece el SIBASI o el domicilio del caso.
10. Fecha en que las autoridades de salud pública locales supieron por primera vez del caso: anotar la fecha, el mes y el año en que las autoridades del establecimiento de salud supieron por primera vez de la existencia del caso.

Datos demográficos del caso:

11. Nombre: anotar el nombre con los dos apellidos.
12. Edad: anotar la edad en número de años cumplidos, si es menor de 5 años, anotar años y meses o solo meses.
13. Sexo: anotar si es masculino o femenino
14. Fecha de nacimiento: si el caso es menor de 5 años.

Domicilio actual:

15. Dirección completa: anotar el nombre completo del domicilio, (incluyendo puntos de referencia en el área rural o zona urbana donde no sea clara la dirección). Además anotar el nombre del municipio, departamento, el número de teléfono del caso y su nacionalidad.

Signos y síntomas

16. ¿En qué fecha iniciaron los síntomas de la enfermedad que tiene?: anotar el día, mes año que le iniciaron los síntomas.
17. Si el caso ha presentado el síntoma en la tabla, anotar la fecha en que le inició el referido síntoma, si no lo ha presentado se marcan XXX en la columna de no; en observaciones anotar algo relevante que diga el caso en relación al síntoma

Viajes

Ahora vamos a platicar de viajes que usted haya hecho fuera del país:

18. Durante los 21 días previos al inicio de los síntomas, viajó o vivió en algún país donde existe Ébola? : Sí__
- No__ No sabe__: anotar en la casilla de acuerdo a la respuesta.

Anexo 4



MINISTERIO
DE SALUD

Ministerio de Salud
Dirección de Vigilancia Sanitaria

4. A. Formulario para la investigación de contacto de caso sospechoso o confirmado de Ébola

Nivel que investiga: nivel nacional ___ nivel regional ___ nivel SIBASI ___ nivel local ___

No. de caso: _____

Fecha de la entrevista _____

Nombre del entrevistador: _____

Profesión _____ Cargo _____

d) Datos del establecimiento de salud:

Establecimiento de salud. _____ SIBASI _____

Región _____

Fecha en que personal local de salud supo por primera vez del contacto: (dd/mm/aaaa) ___ / ___ / ____.

• Datos del contacto:

○ Demográficos

Nombre _____

Edad _____ (años, años y meses, solo meses) Sexo _____

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) __ / __ / ____

Domicilio actual

Dirección completa (en área rural anotar punto de referencia)_____

Teléfono _____ Nacionalidad, _____

2. Datos del caso que probablemente lo contagió y forma de contacto:

(Nombre y FIS anotarlos de datos referidos por el caso)

Nombre de caso _____

. Fecha de inicio de síntomas (FIS) del caso: _____

. Fecha del contacto con el caso: _____

. Forma de contacto (recordar que es contacto a partir de la fecha de inicio de síntomas del caso y durante la enfermedad o fallecimiento, o relaciones sexuales durante 1990 días después de fecha de inicio de síntomas del caso):

- Cuido personal del caso en su domicilio _____

- Cuidó personal del caso en un establecimiento de salud? _____

- Otra forma de contacto

(describir): _____

3. Síntomas del contacto:

Ha presentado usted alguno de los siguientes síntomas?

Síntomas	Fecha		Observaciones
	Si	no	
Ha tenido fiebre intensa, de aparición súbita (>38.5)?			
Ha debilidad intensa			
Ha tenido dolores musculares o en articulaciones?			
Ha tenido dolor intenso de cabeza?			
Ha tenido dolor de estómago?			

Ha tenido vómitos con o sin sangre?			
Ha tenido diarrea con o sin sangre?			
Ha tenido ampollas en la piel?			
Otros (describir)			

e) Resultado de examen físico del contacto:

No.	Resultado	Descripción
1	Estado general	
2	Temperatura	
3	Tensión arterial	
4	Frecuencia cardiaca	
5	Frecuencia respiratoria	
6	Examen de la piel	
7	Examen de tórax	
8	Examen pulmonar	
9	Examen de abdomen	
10	Extremidades	
11	Otros	

Sí se encuentra un contacto con síntomas pasa a ser caso sospechoso, debe pasar a encuestar a sus respectivos contactos, y notificar inmediatamente a la DVS al tel. 7602-0290 (corroborar estos teléfonos antes de llamar)

f) Personas que son contactos del contacto con síntomas:

No.	Nombre	Edad	Fecha de último contacto	Domicilio
1				
2				

3				
4				
5				

4. B. Instructivo de llenado de Formulario para la investigación de contacto de caso sospechoso o confirmado de Ébola

10. Nivel que investiga: marcar con una x el nivel organizativo del MINSAL al que pertenece la persona que está haciendo la investigación del caso sospechoso o confirmado de Ébola, nivel nacional, si es un personal de la Secretaría de Estado, nivel regional si el personal es de una Región de Salud, nivel SIBASI si el personal es de ese nivel y nivel local si el personal es de un ECOS, UCSF u hospital.

11. No. de caso: anota el número correlativo del caso que está investigando.

12. Fecha de la entrevista: anotar el día mes y año, la fecha del día que hace la entrevista.

13. Nombre del entrevistador: anotar el nombre de la persona que hace la entrevista de investigación del caso.

14. Profesión: anotar la profesión de la persona que hace la investigación

15. Cargo: anotar el cargo que el personal que hace la investigación, tiene en el lugar de trabajo.

Datos organizativos del establecimiento de salud:

16. Establecimiento de salud: anotar el establecimiento de salud donde se está haciendo la investigación del contacto o, si está haciendo la investigación en el domicilio del contacto se debe anotar el establecimiento al que pertenece el área geográfica del mismo.

17. SIBASI: anotar el nombre del SIBASI al que pertenece el establecimiento de salud o el área geográfica del domicilio del contacto (si la investigación se está haciendo en el domicilio del contacto).

18. Región: anotar el nombre de la Región de Salud a la que pertenece el SIBASI o el domicilio del contacto.

19. Fecha en que las autoridades de salud pública locales supieron por primera vez del caso: anotar la fecha, el mes y el año en que las autoridades del establecimiento de salud supieron por primera vez de la existencia del contacto.

Datos demográficos del contacto:

20. Nombre: anotar el nombre con los dos apellidos.
21. Edad: anotar la edad en años cumplidos. Si es menor de 5 años anotar la edad en años, meses o solo meses.
22. Sexo: anotar M si es masculino y F si es femenino.
23. Fecha de nacimiento: anotar la fecha, el mes y el año de nacimiento.

Domicilio actual:

24. Dirección completa: anotar el nombre completo del domicilio, (incluyendo puntos de referencia en el área rural o zona urbana donde no sea clara la dirección). Además anotar el nombre del municipio, departamento, el número de teléfono del caso y su nacionalidad.

Datos del caso que probablemente lo contagió y forma de contacto:

17. Nombre de caso: anotar el nombre completo del caso sospechoso o confirmado que contagió probablemente al contacto.
18. Fecha de inicio de síntomas del caso: anotar el día, mes año que le iniciaron los síntomas.
19. Fecha del contacto con el caso: anotar la fecha de la última vez que el contacto investigado tuvo contacto con el caso probablemente lo contagió.

Forma de contacto (recordar que es contacto a partir de la fecha de inicio de síntomas del caso y durante la enfermedad o fallecimiento, o relaciones sexuales durante 190 días después de fecha de inicio de síntomas del caso):

20. Cuidó personalmente al paciente en su domicilio?: anotar si o no.
21. Cuidó personalmente del paciente en un establecimiento de salud?: anotar si o no.
22. Otra forma de contacto (describir): anotar otra forma de contacto que tuvo con el caso sospechoso, ejemplo relaciones sexuales en los 190 días posterior a padecer Ébola.

Síntomas del contacto:

23. Anotar en las casillas de acuerdo a la respuesta del contacto a cada pregunta

Anexo 5



MINISTERIO
DE SALUD

5. A. Formulario para seguimiento de contacto de casos sospechosos o confirmados de Ébola



Dirección de Vigilancia Sanitaria

Formulario para seguimiento de contacto de casos sospechosos o confirmados de Ébola

Nombre del caso sospechoso o confirmado que origina el contacto: _____

Fecha de último contacto con el caso: __/__/__

DATOS DEL CONTACTO

Nombre. _____ sexo: _____ Edad (años, años y meses para los menores de 5 años) _____

Dirección completa del domicilio: _____

Fecha de Dx como contacto: __/__/__

Nombre y cargo del investigador que hace el seguimiento: _____

Nombre y cargo del investigador que hace el seguimiento: _____

Día del seguimiento	Fecha	Hora en la mañana	No presenta síntomas	Si presenta síntomas, cuáles?	Hora en la tarde	No presenta síntomas	Si presenta síntomas, cuáles?
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							

Nota: al nomás presentar síntomas, inmediatamente reportarlo al Director del establecimiento de salud correspondiente para su atención inmediata

5.B. Instructivo de llenado de Formulario para seguimiento de contacto de un caso sospechoso o confirmado de Ébola

1. Nombre del caso sospechoso o confirmado que origina el contacto: anotar el nombre completo del caso sospechoso o confirmado que originó el contacto.

Datos del contacto

1. Nombre: anotar el nombre con los dos apellidos.
2. Sexo: anotar M si es masculino y F si es femenino.
3. Edad: anotar la edad en años cumplidos. Si es menor de 5 años anotar la edad en años, meses o solo meses.
4. Dirección completa del domicilio: anotar el nombre completo del domicilio, (incluyendo puntos de referencia en el área rural o zona urbana donde no sea clara la dirección). Además anotar el nombre del municipio.
5. Nombre y cargo del investigador que hace el seguimiento: anotar el nombre completo y el cargo del personal que le hace el seguimiento.
6. En tabla de seguimiento, anotar a diario los datos colectados en el formulario para investigación de contacto realizado en visita domiciliar o en llamada telefónica, así:
En días de seguimiento: anotar desde el día uno hasta el 21 los resultados del seguimiento de cada día, no anotar ninguno, si el contacto presenta síntomas, reportarlo inmediatamente al Director del establecimiento de salud correspondiente.

Si el contacto presenta síntomas del Ébola, notificarlo inmediatamente al Director del establecimiento de salud correspondiente para la atención inmediata del mismo.

No olvidar que debe darse seguimiento diario durante 21 días posterior a la última vez que la persona contacto estuvo junto con el caso sospechoso o confirmado.

Este formulario junto con los demás de investigación debe conservarse archivados en folder de investigación y seguimiento tanto de los casos como de los contactos.