

Plan de contingencia y gestión de casos de EVE (EBOLA) GAICR_HGUCR

INDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVO DE ESTE DOCUMENTO
3. COMITÉ HOSPITALARIO PARA LA GESTION DE EVE
4. CONSIDERACIONES GENERALES
5. CIRCUITO DEL PACIENTE:
 - 5.1. ATENCION EN URGENCIAS
 - 5.2. TRASLADO A HOSPITALIZACIÓN.
 - 5.3. DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN
6. TOMA DE MUESTRAS
7. TRATAMIENTO DE LOS CASOS EN INVESTIGACION O CONFIRMADOS
8. ANEXOS
 - I. INSTRUCCIONES SOBRE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL
 - II. SEÑALIZACION SOBRE PRECAUCIONES
 - III. HIGIENE DE MANOS
 - IV. MODELO DE PLANTILLA PARA EL REGISTRO DE CONTACTOS DE CASO EVE.
 - V. RECOMENDACIONES PARA LA TOMA DE MUESTRAS
 - VI. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

El 22.03.2014 el Ministerio de Sanidad de Guinea Conakry notificó a la OMS un brote de enfermedad por el virus Ébola (EVE). Las investigaciones epidemiológicas retrospectivas indican que el primer caso de EVE ocurrió probablemente en diciembre de 2013 en la zona forestal de Gueckedou. Los países afectados hasta la fecha son **Guinea Conakry, Liberia, Sierra Leona, Nigeria y Senegal.**

El 6 y 7 de agosto se reúne el Comité de Emergencia convocado por la Directora General de la OMS, bajo el Reglamento Sanitario Internacional y se declara que el brote de Ébola en África Occidental constituye una **Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional**, por existir riesgo de propagación a otros países, recomendando que los países, como España, elaboren planes para minimizar los riesgos de exposición en caso de viaje a los países afectados; que estén preparados para detectar, investigar o tratar un posible caso de Ébola; e informen a la población sobre la situación del brote, facilitando la repatriación de cualquier ciudadano que pueda haber estado expuesto al virus. Tras la segunda reunión de este Comité de Emergencia de la OMS el 12 de septiembre de 2014 se insiste en que todos los países deben tener preparados y validados sus propios planes de actuación con el adecuado entrenamiento del personal.

2. OBJETIVOS DE ESTE DOCUMENTO

Este documento tiene como objetivo establecer un plan de actuación o contingencia ante la eventual aparición en nuestro ámbito de un paciente que cumpla criterios de “caso en investigación” por ébola (criterio clínico más criterio epidemiológico).

Se ha utilizado como referencia para la elaboración de este documento los Protocolos establecidos por la Consejería de Sanidad de la JCCM, los Procedimientos recomendados por el Centro Coordinador de Alertas y Emergencias del Ministerio de Sanidad y las recomendaciones de la OMS y la CDC recogidas en sus respectivas páginas web.

Como todo plan de contingencia, este documento debe considerarse permanentemente activo y en proceso de cambio, en función de la coyuntura a abordar en cada momento o fase del proceso.

3. CREACIÓN DEL COMITÉ DE EVE

Para poder adoptar una rápida y eficaz toma de decisiones en cuanto a la gestión de cada caso, queda constituido un Comité de EVE hospitalario formado por los ss miembros:

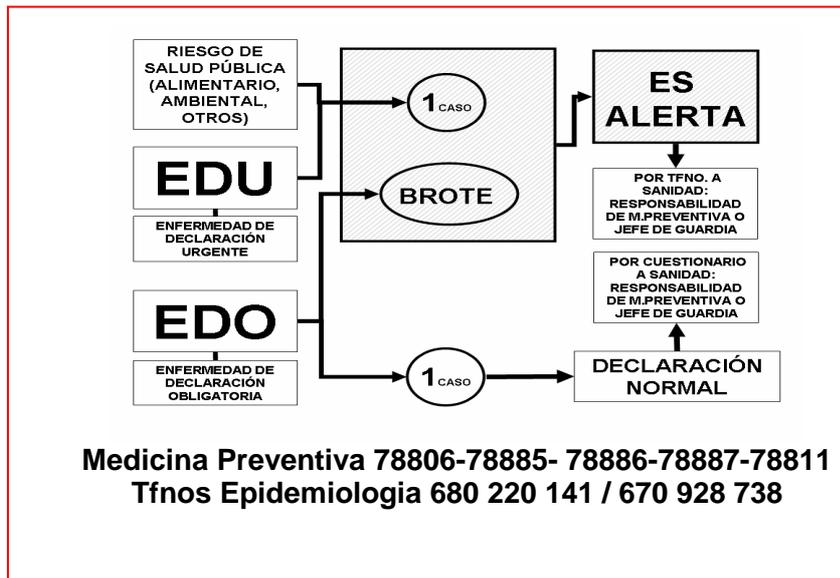
- Dirección Médica: Dr. D. Manuel Calvo.
- Dirección de Enfermería: D^a Juana de la Fuente.
- Dirección de Gestión: D. Daniel Chamero
- Servicio de Urgencias: Dr. D Raimundo Rodríguez-Bobada.
- Servicio de Admisión: Dr D. Rafael Martín, Dr. D José Antonio Rubio
- Servicio de Medicina Interna: Dr. D. Heliádes Portillo, Dr. D. Julio Gijón.
- Servicio de Prevención de Riesgos Laborales: Dra. D^a Catalina Martínez.
- Servicio de Medicina Preventiva: Dra. D^a M^a Victoria Caballero.

La coordinación y convocatoria de dicho Comité queda a cargo del Director Médico o profesional en quien delegue. El jefe de hospital, tras la confirmación de un caso en investigación, deberá comunicarlo al Director Médico y al 112 para poner en marcha el dispositivo para la adecuada gestión del mismo.

4. CONSIDERACIONES GENERALES

- Los virus del género Ebolavirus producen la EVE tras un periodo de incubación en el paciente infectado de 2 a 21 días.
- Pueden sobrevivir en fluidos o en materiales desecados durante varios días; se inactivan con radiación ultravioleta y gamma, mediante calentamiento durante 60 minutos a 60 °C o hirviendo durante 5 minutos. Son susceptibles al hipoclorito sódico y a desinfectantes habituales.
- La transmisión de la enfermedad se produce mediante:
 - Contacto directo con sangre, secreciones u otros fluidos corporales, tejidos u órganos de personas vivas o muertas infectadas.
 - Contacto directo con objetos que se han contaminado con fluidos corporales de los pacientes.
 - Transmisión por contacto sexual: relaciones sexuales sin uso de condón con un paciente enfermo o hasta 7 semanas después de la recuperación clínica.
 - Además, la transmisión a los humanos también puede ocurrir por el contacto con animales vivos o muertos infectados (monos, chimpancés, antílopes y murciélagos).
- Las medidas de control de la infección para el manejo de los pacientes en investigación o confirmados de EVE **incluyen precauciones de contacto y de transmisión aérea por gotas.**
- Desde el primer contacto del caso en investigación con el sistema sanitario, se le colocará una **mascarilla quirúrgica o con filtro FFP2** y se evitará, en la medida de lo posible, la producción de intervenciones que provoquen aerosoles.
- Si se tratara de un traslado desde Atención Primaria ó 112, el Servicio de Urgencias del hospital deberá ser advertido de antemano para poder poner en marcha las medidas de prevención y aislamiento pertinentes (Equipos de Protección Personal -EPI-, habilitación de espacios, retirada de otros pacientes, si fuera necesario).
- Se mantendrá estricta adherencia a las **prácticas universales de control de la infección** con **higiene de manos antes y después del contacto** con el paciente y de la retirada del EPI (ver cartel de *Colocación y Retirada de EPI*).
- La oxigenoterapia será preferentemente por **catéter nasal**.
- Se habilitará una **bolsa doble de recogida** de todos los elementos desechables relacionados con el enfermo ubicadas en un contenedor de **residuos biosanitarios** (negro tapa verde) al lado del paciente.
- Puesto que no existe un tratamiento específico, ante la sospecha de EVE se debe iniciar **tratamiento intensivo de soporte**, con mantenimiento del equilibrio del balance de fluidos y electrolitos, volumen circulatorio y presión arterial.
- Están **contraindicadas** las inyecciones intramusculares, la aspirina, los antiinflamatorios no esteroideos y las terapias anticoagulantes.
- Es importante **minimizar el uso de procedimientos invasivos** que pueden provocar el sangrado excesivo del paciente.
- El médico que atienda al paciente lo comunicará por teléfono de forma inmediata a la Sección de Epidemiología correspondiente o al Servicio de Medicina Preventiva hospitalario. El Servicio de Medicina Preventiva del HGUCR, se ocupará de realizar la encuesta epidemiológica del paciente, actualizar la información sobre los casos y los contactos y hacer llegar los datos de seguimiento al Servicio de

Epidemiología de Castilla La Mancha. El circuito de notificación hospitalaria y teléfono de **urgencias** de la Sección de Epidemiología de Ciudad Real es:

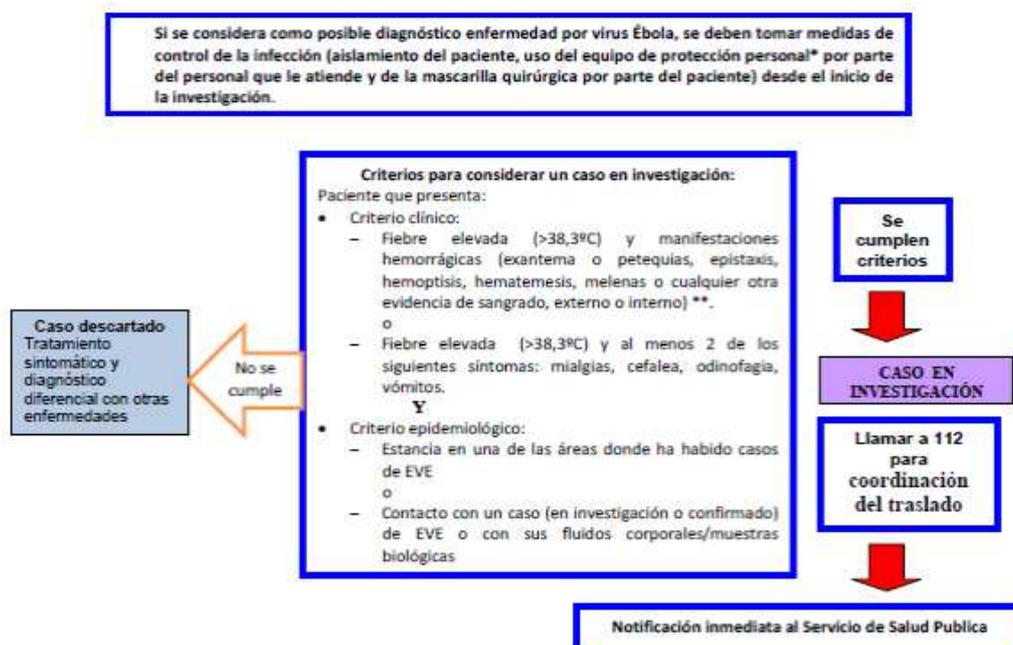


5. CIRCUITO DEL PACIENTE

5.1. ATENCIÓN EN URGENCIAS:

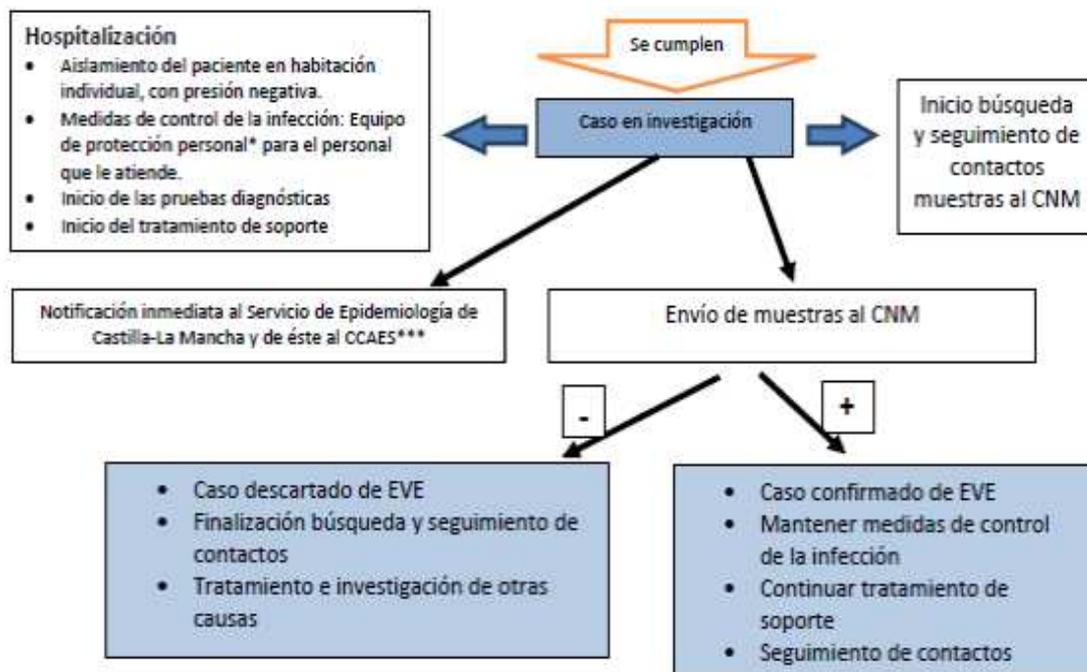
Recepción de los casos:

1. El paciente y los acompañantes deben venir correctamente protegidos; se tomarán sus datos de identificación para el registro de contactos y un teléfono que permita mantener la comunicación y vigilancia desde sus domicilios. No hay ninguna evidencia de transmisión de la enfermedad en ausencia de clínica.
2. Tras informar al enfermero del triaje de su llegada, éste avisará al médico de urgencias encargado de Especialidades y se procederá al traslado del paciente a uno de los boxes de aislamiento siguiendo el circuito establecido (ver gráfico). Deberá seguirse el siguiente flujograma:
- 3.



Actuación inicial del personal de urgencias:

1. Personal de admisión: Recogerá los datos del paciente, protegidos por la barrera de cristal interpuesto.
2. Celadores: Intentarán mantener la distancia de seguridad, cubrirse con los equipos de protección y guardar rigurosamente las precauciones higiénicas recomendadas.
Los celadores que intervengan en la introducción del paciente en el centro (pacientes que requieran ayuda en silla de ruedas o camilla, etc.) o en la atención posterior deben:
 - Despejar la entrada de urgencias.
 - Protegerse adecuadamente.
 - Acompañar al paciente al área de triaje.
3. Enfermero/a de triaje: Se recomiendan las mismas precauciones que en el caso anterior (intentar mantener distancia de seguridad y las medidas de protección establecidas). Además, el enfermero de triaje debe:
 - Asegurarse de que el paciente porta una mascarilla quirúrgica o FFP2 (si no presenta signos de insuficiencia respiratoria) y las medidas de protección recomendadas y
 - Avisar al médico de urgencias designado.
4. Médico de urgencias: Acudirá a valorar al paciente debidamente protegido. Sus funciones serán:
 - Comprobar los criterios de caso y decidir la activación del protocolo de actuación.
 - En caso afirmativo, iniciará el procedimiento de notificación urgente, si no se ha activado aún, y el de toma de muestras, según el protocolo establecido.



Este profesional será el responsable de la atención del paciente durante su estancia en urgencias, así como de la información a los familiares, pudiendo solicitar la colaboración del personal que crea conveniente.

El médico responsable del paciente organizará el traslado desde el triaje a uno de los boxes de aislamiento de urgencias de la zona de cuidados intermedios, dado que ambos son cerrados y con sistema independiente de aire, por el circuito previsto,

asegurándose de que se encuentra libre y con el personal que se designe para atender al paciente. Se cerrarán las puertas y, si es posible, se retirará a los pacientes situados en los boxes contiguos.

Las normas básicas de protección en todos los traslados incluye que el **paciente lleve una mascarilla quirúrgica o con filtro FFP2 y el máximo de superficie corporal cubierta** y el personal sanitario su equipamiento completo de EPI.

El **equipo de protección personal** se utilizará con la ayuda de otro sanitario y consta de:

- Guantes de nitrilo (dos pares de guantes).
- Gorro de cobertura completa..
- Mascarilla FFP2 (FFP3 para llevar a cabo técnicas invasivas, como IOT, Tubo de Tórax, SNG).
- Traje de protección desechable e impermeable, de manga larga.
- Calzas altas, y
- Protección ocular (gafa de protección integral para técnicas invasivas).

Si los dos boxes de aislamiento se encontraran ocupados se deberá ordenar la evacuación y limpieza urgente de uno de ellos.

Atención del paciente:

1. Se realizará exclusivamente en el box de aislamiento.
2. Se eliminará de la habitación todo el mobiliario posible.
3. El contenedor de residuos biosanitarios quedará ubicado dentro del box.
4. Sólo se permitirá el paso al médico responsable de la atención, a un enfermero/a, a un auxiliar de clínica y a un celador.
5. Se anotarán los datos de todos los participantes en la asistencia del paciente (ambulancia, celadores, enfermeros, auxiliares, médicos,...) señalando el tipo de contacto (según modelo). Este registro de personal sanitario en contacto con el caso sospechoso estará disponible para ser facilitado al Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales que evaluará la puesta en marcha de la vigilancia clínico-epidemiológica de estos contactos.
6. Es aconsejable que en la atención de estos pacientes participe el mínimo número de profesionales necesario, por lo que, siempre que sea posible, de cada estamento, el profesional que inicie la asistencia continuará haciéndolo hasta que se produzca el ingreso en planta de hospitalización.
7. Como norma general, quedarán excluidos de la atención de estos pacientes los miembros del personal sanitario que padezcan enfermedades que conlleven riesgo de inmunodepresión y las gestantes.

Entrada en el box:

1. El acceso al box de urgencias deberá estar restringido a lo absolutamente imprescindible. Cualquier persona que deba entrar en el box de aislamiento deberá ir provista de un Equipo de Protección Personal completo.

Salida del box:

Retirar el EPP según el orden establecido:

1. Bata protectora
2. Primer par de guantes.
3. Primer lavado/antisepsia de manos con solución hidroalcohólica.
4. Retirar el gorro y el protector ocular. Este último se depositará en una bolsa y se lavará con agua y jabón posteriormente.
5. Retirar la mascarilla sin tocar la parte delantera.

6. Segundo lavado/antisepsia de manos (tras retirar el 2º par de guantes en su caso)..
7. Todo el equipo desechable deberá ser depositado en el contenedor biosanitario ubicado en el interior del box.
8. Salir de la habitación.
9. A continuación deberá realizarse la limpieza/desinfección del material no desechable que haya podido estar en contacto con el paciente y/o sus secreciones. El personal encargado de dicha limpieza deberá guardar las debidas precauciones higiénicas igualmente.
10. Antes de realizar la atención sanitaria a otro paciente, se debe realizar otro lavado/antisepsia de manos.

Colocación y Retirada EPI

HIGIENE DE MANOS CON SOLUCIONES ALCOHÓLICAS ANTES DE PONERSE EL EQUIPO Y DESPUÉS DE SU RETIRADA. LA COLOCACIÓN Y RETIRADA DEBE ESTAR SUPERVISADA POR OTRO SANITARIO.

Procedimiento para la colocación del equipo:

1º. Higiene de manos.	2º. Comprobar equipo	3º. Calzas	4º. Bata	5º. Mascarilla (FPP2/FPP3)	6º. Gafas	7º. Gorro.	8º. Doble guante	
								
		Cubriendo torso.		Ajustar mascarilla al puente de la nariz; verificar espirando e inspirando.		Cubriendo mangas		

Procedimiento para la retirada del equipo:

1º. Calzas	2º. Bata	3º. 1º par guantes	4º. Higiene de manos.	5º. Gorro	6º. Gafas	7º. mascarilla	8º. 2º par guantes	9º. Higiene de manos.
								
				Sujetar gafas y mascarilla por detrás de la cabeza				

Servicio de Medicina Preventiva

Limpieza y desinfección del box de aislamiento:

1. El personal de limpieza debe protegerse con un EPP de las características indicadas anteriormente (mascarilla FPP3).
2. Se deben limpiar todas las superficies con un detergente neutro.
3. Desinfección con hipoclorito sódico al 1%.
4. Desinfección con alcohol etílico al 70% para superficies en las que la lejía no resulte aplicable.
5. La ropa contaminada no debe sacudirse y deberá ser incinerada, tratada en autoclave, o colocada en doble bolsa con cierre hermético para ser lavada cuanto antes en un ciclo de agua caliente con lejía.
6. Los residuos se gestionarán como residuos biosanitarios específicos (Clase III), así como los objetos punzocortantes que deberán eliminarse en recipientes duros.
7. Todo el material no desechable se colocará en bolsas para autoclave.

CIRCUITO EN URGENCIAS DEL HGUCR:



5.3. TRASLADO A UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN:

El traslado de un paciente desde la urgencia hasta una unidad de hospitalización se realizará bajo la supervisión del **Jefe de Hospital** y siguiendo sus instrucciones, una vez valorado que el paciente cumple los criterios establecidos para la investigación como caso y haberlo comunicado al Director Médico y al 112.

En caso de que el estado del paciente requiriera su **traslado a UCI**, se realizará por el pasillo interior hasta acceder a dicha unidad para ser ubicado en los boxes de aislamiento (Boxes 19 o 20) a través del pasillo central de la UCI.

En el hipotético caso de coincidir varios casos, deberán ubicarse, hasta su traslado al hospital de referencia, en boxes contiguos; la zona será delimitada por una barrera física tanto en su interior como en el pasillo, dejando la puerta de acceso del fondo del pasillo como vía de comunicación directa con el exterior e independiente del resto de la UCI, debiendo permanecer convenientemente señalizada y con acceso restringido, según se establece en el plan de gestión interno de dicha unidad asistencial (*"Circuito para el manejo en la unidad de medicina intensiva de enfermos con infección, posible/ probable, por virus hemorrágicos"*). Solo se permitirá el paso a dicha área al personal autorizado para la atención de estos pacientes.

CIRCUITO EN UCI

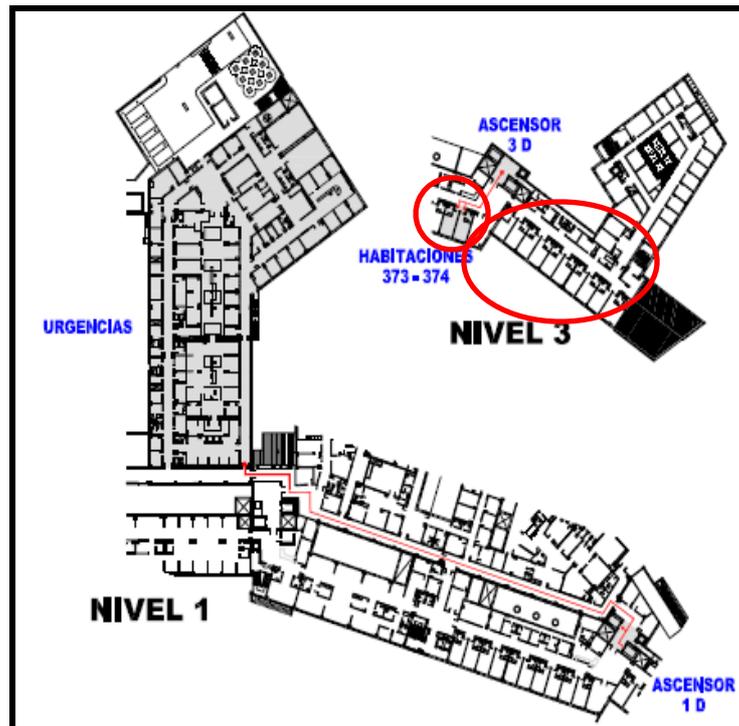


Si el paciente hubiera de ser trasladado a una **unidad de hospitalización médica**, deberá hacerse a través del pasillo interior hasta el ascensor D, espacios que serán limpiados y desinfectados a continuación, siguiendo los protocolos establecidos.

La hospitalización del paciente se realizará en la UH 3D, en las habitaciones comprendidas entre la 375 y 384, área que deberá ser previamente aislada, mediante barreras físicas, tanto de la torre administrativa, como del resto de la unidad de hospitalización; a fin de evitar el cruce de los circuitos entre el paciente de EVE y el resto de los pacientes hospitalizados en esta unidad. Las salas auxiliares existentes en esa zona frente a las habitaciones, se habilitarán para todas las tareas relacionadas con las precauciones recomendadas en caso de EVE. Sólo provisionalmente, y hasta que dicho acondicionamiento físico se realice, podrá ser ubicado en las habitaciones de presión controlada, 373 o 374, con estricto control y restricción del paso a cualquier persona no autorizada, así como con absoluta restricción de salida para el paciente o para la entrada de familiares o amigos. La zona de la unidad UH 3D, una vez aislada, mantendrá las puertas permanentemente cerradas y contará con accesos señalizados, independientes y directos al exterior, así como con restricción de paso a toda persona no autorizada,

Desde aquí, cuando sea necesario, de acuerdo con las decisiones adoptadas por el Comité Hospitalario para la gestión de casos de EVE, se realizará el traslado del paciente al centro hospitalario de referencia, mediante UVI móvil, guardando rigurosamente las precauciones establecidas para su traslado.

CIRCUITO EN HOSPITALIZACIÓN



5.3. DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

- Deberán ser informadas todas las personas/servicios que vayan a estar implicados en el manejo del paciente o de sus muestras y debiendo seguir estrictamente las medidas de control de Infección y de aislamiento del caso:
- Ingreso en habitación individual con medidas de aislamiento y acceso restringido a personal esencial para la atención y cuidado del paciente.
- Cumplimentación de un Registro de todas las personas que entran en la habitación del paciente.
- Utilización de instrumental médico de uso exclusivo o, si es reutilizable, aplicación de las técnicas de desinfección o esterilización adecuadas.
- Los equipos, instrumental, vajilla etc., utilizados por el paciente se desinfectarán adecuadamente inmediatamente después de su uso o se desecharán en el contenedor de residuos biosanitarios, ubicado en la habitación del paciente.
- La ropa de vestir y de cama del enfermo no debe ser manipulada ni aireada para evitar la emisión de aerosoles.
- Asegurar que todas las personas que van a estar en contacto con el paciente, o con sus fluidos o secreciones, utilicen equipo de protección individual (EPI)

6. TOMA DE MUESTRAS

El personal sanitario encargado de realizar la extracción de muestras (2 tubos de sangre anticoagulada con EDTA, tapón rosa chicle) deberá ir con el equipo completo de protección personal y será acompañado de otro profesional que le ayudará a realizar, con las debidas garantías de seguridad, dicho procedimiento. Las muestras extraídas al paciente deben ser introducidas inmediatamente por el ayudante en una bolsa de plástico sellada (primer contenedor), correctamente etiquetada, y a continuación en el contenedor rígido a prueba de fugas (2º contenedor), para una vez

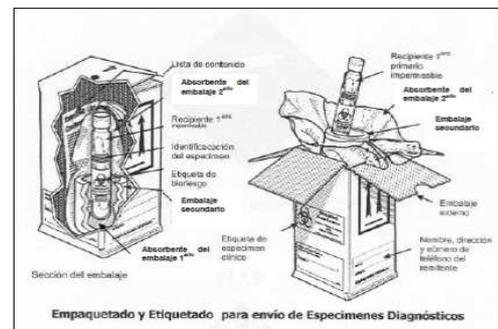
desinfectada su superficie exterior, ser trasladada directamente a la zona de laboratorio y nunca a través de tubos neumáticos. Deberá informarse al personal del laboratorio de la naturaleza de las muestras antes de ser enviadas.

El laboratorio de Urgencias conservará y custodiara las muestras en los horarios que no funciona el Servicio de Microbiología. La conservación, se realizará a 4° C.

El envío de las muestras al Centro Nacional de Microbiología correrá a cargo del Servicio de Microbiología del HGUCR, siguiendo los procedimientos y precauciones establecidas para el tratamiento de este tipo de muestras (material biológico de categoría B, si es un caso en investigación, o de categoría A, si es un caso confirmado).

La limpieza y desinfección de los analizadores automatizados, después de su uso, se realizará según las recomendaciones del fabricante o utilizando una dilución de 1:100 de hipoclorito sódico.

Las pruebas de laboratorio deberían limitarse a las mínimas imprescindibles para diagnóstico y seguimiento del paciente.



7. TRATAMIENTO DE LOS CASOS EN INVESTIGACION O CONFIRMADOS

- Ante la sospecha de EVE, iniciar tratamiento intensivo de soporte, con mantenimiento del equilibrio del balance de fluidos y electrolitos, volumen circulatorio y presión arterial. Están contraindicadas las inyecciones intramusculares, la aspirina, los antiinflamatorios no esteroideos y las terapias anticoagulantes. Es importante minimizar el uso de procedimientos invasivos.
- Manejo adecuado de los contactos: ante un paciente que cumpla criterios de caso en investigación se iniciará la identificación y seguimiento de contactos (durante 21 días desde su domicilio, si son de alto riesgo), que será interrumpida si se descarta el caso, tras el diagnóstico de laboratorio.
- Se requerirán dos muestras negativas separadas al menos 48 horas para poder dar el alta al paciente. Al alta del paciente se recomendará evitar relaciones sexuales durante los 3 meses posteriores a la enfermedad clínica.
- Resulta de suma importancia el adecuado tratamiento post-mortem del paciente, pues es la fase de mayor infectividad: no debe realizarse autopsia, dada la elevada carga viral de los fluidos corporales, ni realizar procedimientos de preparación del cuerpo del difunto; el féretro debe permanecer sellado ser trasladado y, finalmente, incinerado conforme al Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria.

ANEXOS

1. INSTRUCCIONES SOBRE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL

Colocación y Retirada EPI

HIGIENE DE MANOS CON SOLUCIONES ALCOHÓLICAS ANTES DE PONERSE EL EQUIPO Y DESPUÉS DE SU RETIRADA. LA COLOCACIÓN Y RETIRADA DEBE ESTAR SUPERVISADA POR OTRO SANITARIO.

Procedimiento para la colocación del equipo:

- 1º. Higiene de manos.
- 2º. Comprobar equipo.
- 3º. Calzas.
- 4º. Bata.
- 5º. Mascarilla (FPP2/FPP3).
- 6º. Gafas.
- 7º. Gorro.
- 8º. Doble guante.

Procedimiento para la retirada del equipo:

- 1º. Calzas.
- 2º. Bata.
- 3º. 1º par guantes.
- 4º. Higiene de manos.
- 5º. Gorro.
- 6º. Gafas.
- 7º. mascarilla.
- 8º. 2º par guantes.
- 9º. Higiene de manos.

Sujetar gafas y mascarilla por detrás de la cabeza

Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha
Servicio de Medicina Preventiva

2. SEÑALIZACION SOBRE PRECAUCIONES

Precauciones por EVE

Aplicables a aquellos pacientes que responden a criterios de caso en investigación o confirmado por ébola mientras dure la enfermedad clínica

Puerta	Lavado de manos	Guantes no estériles dobles	Bata reforzada y calzas	Gorro, Gafas y mascarilla con filtro
Puerta SIEMPRE cerrada. Visitas restringidas. Registro de las visitas.	ANTES y DESPUÉS del contacto con el paciente y al quitarse cada par de guantes	DOS PARES , si es probable el contacto con mucosas, piel no íntegra o material infectivo (fluidos orgánicos)	SIEMPRE y especialmente si son probables salpicaduras o contacto con materiales infectivos (fluidos orgánicos)	Protección de cabeza, ojos nariz y boca ANTES DE contacto con el paciente Mascarilla con filtro biológico FPP2 (FPP3 si riesgo de aerosoles).

SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA – Gracias por colaborar

Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

3. HIGIENE DE MANOS






Los 5 momentos para la higiene de las manos



Los 5 momentos	Recomendaciones de consenso Directrices de la OMS para la Higiene de las Manos en la Atención Sanitaria de 2009
1. Antes del contacto con el paciente.	D.a) Antes y después de tocar al paciente (B)
2. Antes de un procedimiento limpio / aséptico	D.b) Antes de manipular un dispositivo invasivo para la asistencia al paciente, con independencia de que se empleen guantes o no (B). D.d) Si hay desplazamiento de un punto del cuerpo contaminado a otro punto del cuerpo durante la asistencia al mismo paciente (B).
3. Después del riesgo de exposición a fluidos corporales.	D.c) Después del contacto con excreciones o fluidos corporales, membrana mucosa, piel no intacta o vendaje de heridas (A). D.d) Si hay desplazamiento de un punto del cuerpo contaminado a otro punto del cuerpo durante la asistencia al mismo paciente (B). D.f) Después de quitarse los guantes esterilizados (II) o no esterilizados (B).
4. Después del contacto con el paciente.	D.a) Antes y después de tocar al paciente (B). D.f) Después de quitarse los guantes esterilizados (II) o no esterilizados (B).
5. Después del contacto con el entorno del paciente.	D.e) Después del contacto con los objetos y las superficies inanimadas (incluyendo el equipo médico) en las inmediaciones del paciente (B). D.f) Después de quitarse los guantes esterilizados (II) o no esterilizados (B).









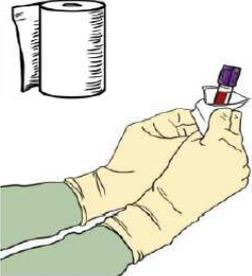
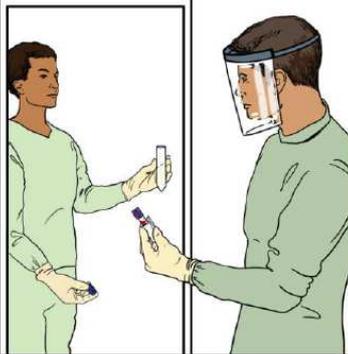




Servicio de Medicina Preventiva

Tfno.: 78886, 78806, 78885, 78811, 7888

5. RECOMENDACIONES PARA LA TOMA DE MUESTRAS

<p>Step B1. Put on a gown, face protection and gloves (over cuffs) [see "How To safely collect blood samples from persons suspected to be infected with highly infectious blood-borne pathogens"]</p> 	<p>Step B2. Protect the sample from breaking during transport by wrapping the tube of blood in a paper towel or cushioning material.</p> <p>Do not wipe sample collection tubes with disinfectant. Use disposable paper towel only.</p> 	<p>Step B3. Ask a designated assistant to approach you with the unscrewed plastic leak-proof primary packaging container. ✓ This person should have gloves on.</p> 
<p>Step B4: Place the wrapped tube of blood into the plastic leak-proof primary packaging container. ✓ Be careful not to touch the outside of the plastic leak-proof primary packaging container tube with contaminated gloves</p> 	<p>Step B6: Have the designated, gloved assistant tightly close the plastic leak-proof primary packaging container.</p> <p>When closed, the outside of the primary tube can be disinfected</p> 	<p>Step B6. Both persons should remove their personal protective equipment [see "How To safely collect blood samples from persons suspected to be infected with highly infectious blood-borne pathogens"]</p> <p>Step B7. Put contaminated items into an infectious waste bag for destruction</p> <p>Step B8. Both persons should perform hand hygiene. Duration of the entire procedure: 40-60 sec.</p> 

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la salud. Sitio de Información de Eventos. Reglamento Sanitario Internacional.
2. WHO. Global Alert and Response. Ebola virus [Internet]. 2014. Available from: <http://www.who.int/csr/don/archive/disease/ebola/en/>
3. European Center for Disease Prevention and Control. ECDC fact sheet: Ebola and Marburg fever: ECDC.
4. Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de las Enfermedades de Declaración Obligatoria [Internet]. 2013. Available from: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/protocolos.shtml>
5. CDC. Interim Guidance for Managing Patients with Suspected Viral Hemorrhagic Fever in U. S. Hospitals. 2005.
6. CDC. Infection Prevention and Control Recommendations for Hospitalized Patients with Known or Suspected Ebola Hemorrhagic Fever in U.S. Hospitals [Internet]. Available from: <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/hcp/infection-prevention-and-control-recommendations.html>
7. WHO Geneva. Interim Infection Control Recommendations for Care of Patients with Suspected or Confirmed Filovirus (Ebola, Marburg) Hemorrhagic Fever. BFP(EPR/WHO. 2008.