

6

Precauciones de aislamiento



Secretaría
SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, D. C.

Bogotá *sin* indiferencia

Guía de prevención, control
y vigilancia epidemiológica
de las precauciones de aislamiento



Luis Eduardo Garzón
Alcalde Mayor de Bogotá, D.C.

Román Rafael Vega Romero
Secretario Distrital de Salud de Bogotá, D.C

Mario Andrés Urán Martínez
Subsecretario Distrital de Salud de Bogotá, D.C

Nancy Jeaneth Molina Achury
Directora de Salud Pública

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C
Dirección de salud pública
Área de vigilancia en salud
Calle 13 n° 32-69, cuarto piso
Bogotá-Colombia
www.saludcapital.gov.co

Coordinación editorial
Oficina de comunicaciones en salud

Primera edición
junio de 2004

ISBN 958-

Adaptación de *Guideline for Isolation Precautions in Hospitals*. 1997
Última publicación Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

Autorización de la traducción y adaptación
Denise M. Cardo, MD. Chief, prevention and evaluation branch.
Division of Health Care Quality Promotion, National Center for Infectious
Diseases, Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

Diseño, diagramación e impresión
Esfera Editores Ltda.

ÍNDICE

Presentación	7
Introducción	9
Bases epidemiológicas	10
<i>Racional</i>	10
<i>Fuente</i>	10
<i>Huésped</i>	11
<i>Transmisión</i>	11
Fundamentos de las precauciones de aislamiento	13
<i>Lavado de manos y uso de guantes</i>	13
<i>Ubicación de los pacientes</i>	14
<i>Transporte de los pacientes infectados</i>	15
<i>Mascarillas, protección respiratoria, ocular y facial</i>	15
<i>Batas e indumentaria de protección</i>	16
<i>Equipo y artículos para el cuidado de los pacientes</i>	16
Precauciones de aislamiento	18
<i>Precauciones estándar (PE) o habituales</i>	18
<i>Precauciones basadas en la transmisión (PBT)</i>	19

Uso empírico de las precauciones de vía aérea, gotas y contacto	20
Pacientes inmunocomprometidos	21
Recomendaciones	21
<i>Controles administrativos</i>	21
<i>Precauciones estándar</i>	22
<i>Precauciones de vía aérea</i>	24
<i>Precauciones de gotas</i>	25
<i>Ubicación del paciente</i>	25
<i>Precauciones de contacto</i>	26
Apéndice. Tipo y duración de las precauciones necesarias para infecciones y condiciones selectas	31
Bibliografía	42
Lista de chequeo	45
<i>Precauciones de aislamiento</i>	45
<i>Lista de chequeo de las precauciones de aislamiento del paciente</i>	47
Fichas	
<i>Precauciones tipo A</i>	48
<i>Precauciones tipo C</i>	50
<i>Precauciones tipo G</i>	52
<i>Precauciones estándar</i>	54

Presentación

[*Estas guías de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (IIH) incluyen un conjunto de ocho aspectos de interés técnico y científico y de vigilancia y seguimiento, y se editan con el fin de contribuir a mejorar la calidad de los servicios de salud de Bogotá, D. C.*

Para seleccionar las temáticas se tuvieron en cuenta el perfil de la vigilancia epidemiológica de las IIH en Bogotá, coherente con la situación actual de estas en el mundo, los informes de las unidades notificadoras del sistema de vigilancia epidemiológica de las IIH y la necesidad de contar con herramientas de consulta y de seguimiento y monitoreo de riesgos de dichas infecciones.

Seis de las guías son producto de la traducción y adaptación del inglés al español de las últimas publicaciones de la página web del Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Atlanta (Estados Unidos)¹, entidad que respalda sus publicaciones en numerosas investigaciones efectuadas en el mundo. La traducción y adaptación fueron revisadas y aprobadas por miembros del comité de vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias de Bogotá, compuesto por representantes de sesenta instituciones de salud de los diferentes niveles de atención, públicos y privados,

1 El CDC autorizó la traducción, adaptación y distribución gratuita de las siguientes guías: lavado de manos, precauciones de aislamiento, infecciones del tracto urinario asociadas a catéter, infecciones del sitio operatorio, neumonía nosocomial y dispositivos intravasculares.

por expertos de la Asociación Colombiana de Infectología y por un asesor internacional, especialista en control de infecciones y epidemiología hospitalaria, enfermedades infecciosas y medicina interna.

Las ocho guías describen los últimos avances de investigación en el mundo en el marco de la prevención, control y vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias e incluyen listas de chequeo para el seguimiento, vigilancia y evaluación de los eventos. Todas incluyen un flujograma de implementación, que se propone a los prestadores de servicios de salud por medio de sus comités de vigilancia epidemiológica de IHH, con el fin de que cuenten con medidas para mejorar la calidad de la salud en Bogotá, D. C.

Introducción

Esta guía está dividida en dos partes. En la primera están las precauciones diseñadas para el cuidado de todos los pacientes hospitalizados, independientemente de su diagnóstico y presunto estado de infección. La implementación de estas “Precauciones estándar” es la estrategia primaria para un control exitoso de infecciones nosocomiales. En la segunda parte se encuentran las precauciones diseñadas para el cuidado de pacientes con enfermedades infecciosas específicas. Estas “Precauciones basadas en la transmisión” se usan para pacientes conocidos o sospechosos de estar infectados o colonizados por patógenos epidemiológicamente importantes que pueden ser transmitidos por la vía aérea o gotas orales –en adelante gotas–, o por contacto con piel seca y superficies contaminadas.

Las “Precauciones estándar” sintetizan la mayoría de las características de las “Precauciones universales” –sangre y fluidos orgánicos– diseñadas para disminuir el riesgo de transmisión de patógenos transmisibles por sangre/fluidos orgánicos y el “Aislamiento de sustancias corporales” –diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de patógenos de las sustancias corporales húmedas–. Las “Precauciones estándar” se aplican a 1) sangre; 2) todos los fluidos corporales, excepto sudor, contenga o no sangre visible; 3) piel no intacta; y 4) membranas mucosas. Dichas precauciones están diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes de infecciones nosocomiales reconocidas o no.

Las “Precauciones basadas en la transmisión” están diseñadas para pacientes conocidos o sospechables de estar infectados

o colonizados por patógenos altamente transmisibles o epidemiológicamente importantes para los cuales es necesario agregarle a las “Precauciones estándar” precauciones adicionales para interrumpir la transmisión en el hospital. Existen tres tipos de “Precauciones basadas en la transmisión”: precauciones aéreas, precauciones por gotas y precauciones de contacto. Pueden ser combinadas para enfermedades que tienen múltiples vías de transmisión. Cuando se aplican solas o combinadas deben ser usadas en conjunto con las “Precauciones estándar” –como puede observarse, estas deben aplicarse a todos los pacientes que se internan en la institución–.

La guía presenta también una lista de síndromes o condiciones clínicas aplicables a niños y adultos en los cuales es muy sospechosa la presencia de una infección, e identifica “Precauciones basadas en la transmisión” para ser usadas en forma empírica y temporal hasta que se haga un diagnóstico definitivo. Estas precauciones empíricas deben aplicarse también en conjunto con las estándar.

Bases epidemiológicas

Racional

La transmisión de infecciones dentro de un hospital requiere tres elementos: una fuente de microorganismos infectantes, un huésped susceptible y un modo de transmisión del microorganismo.

Fuente

Las fuentes humanas de microorganismos infectantes dentro de un hospital pueden ser los pacientes, el personal y, en ocasiones, las visitas. Pueden incluir personas: con enfermedad aguda, con periodo de incubación de alguna enfermedad, personas que son portadoras crónicas de un agente infeccioso o personas que están colonizadas por un agente infeccioso pero no tienen enfermedad aparente. Otras fuentes de microorganismos infectantes pueden

ser la propia flora endógena de los pacientes, que puede ser difícil de controlar, y objetos ambientales inanimados que pueden contaminarse, incluyendo equipos y material médico.

Huésped

La resistencia a los microorganismos patógenos entre las personas varía enormemente; algunas personas pueden ser inmunes a la infección y ser capaces de resistir la colonización por un agente infeccioso; otras, expuestas al mismo agente, pueden establecer una relación de comensalismo con el microorganismo infectante y convertirse en “portadores asintomáticos”; otras, en cambio, pueden desarrollar una enfermedad clínica.

Factores del huésped tales como edad, enfermedades subyacentes, ciertos tratamientos con antimicrobianos, corticoides u otras drogas inmunosupresoras, e irradiación y ruptura de los mecanismos de defensa de primera línea causados por factores tales como cirugía, anestesia y catéteres intravasculares o urinarios, pueden hacer a los pacientes más susceptibles a la infección.

Transmisión

Los microorganismos son transmitidos en los hospitales por varias rutas y algunos pueden transmitirse por más de una. Existen cinco rutas principales de transmisión: contacto, gotas, vía aérea, vehículos comunes y vectores. Para el propósito de estas guías los vehículos comunes y los vectores se discutirán brevemente, ya que ninguno tiene un rol significativo en las infecciones nosocomiales típicas.

Transmisión de contacto

El modo más importante y frecuente de transmisión de infecciones nosocomiales, se divide en dos subgrupos: *transmisión por contacto directo* y *por transmisión por contacto indirecto*.

La *transmisión por contacto directo* involucra el contacto de una superficie corporal con otra, permitiendo la transferencia

física de microorganismos entre un huésped susceptible y una persona colonizada o infectada, tal como ocurre en el traslado de pacientes, baño diario o en la realización de otras tareas en la atención directa de los pacientes. Este tipo de transmisión puede ocurrir también entre dos pacientes, uno de los cuales actúa como fuente del microorganismo y el otro como huésped susceptible. La *transmisión de contacto indirecto* involucra el contacto de un huésped susceptible con un objeto intermediario contaminado, habitualmente inanimado, tales como instrumental contaminado, agujas, gasas y otros elementos de tela o las manos contaminadas que no se han lavado, así como los guantes que no se han cambiado entre pacientes

Transmisión por gotas

Teóricamente, es una forma de transmisión de contacto. Sin embargo, el mecanismo de transferencia de los patógenos al huésped es bastante distinto de la transmisión de contacto directa o indirecta. Las gotas son generadas desde una persona fuente durante la tos, el estornudo, el habla y durante la realización de determinados procedimientos tales como aspiración y broncoscopia. La transmisión ocurre cuando las gotas –partículas > 5µmicras– generadas por la persona infectada son propagadas a una corta distancia y son depositadas en las conjuntivas, mucosa nasal o boca del huésped. Debido a que las gotas no quedan suspendidas en el aire, no se requiere un manejo especial del aire o la ventilación.

Transmisión por la vía aérea

Ocurre tanto por diseminación de gotas generadas en la vía aérea –residuos particulados pequeños [menores de cinco micras] de gotas evaporadas que contienen microorganismos y que permanecen suspendidas en el aire por largos periodos de tiempo– o partículas de polvo que contienen microorganismos infectantes. Los microorganismos transportados de esta manera pueden dispersarse ampliamente por corrientes de aire y ser inhalados por un huésped susceptible dentro de la misma habitación o a través

de distancias mayores desde un paciente fuente dependiendo de factores ambientales; por tanto, para prevenir la transmisión por la vía aérea se requieren medidas especiales de manejo del aire y la ventilación. Los microorganismos transmitidos de esta manera incluyen *Mycobacterium tuberculosis* y los virus de la rubéola, sarampión y varicela.

Transmisión por vehículos comunes

Se aplica a microorganismos transmitidos por elementos contaminados tales como alimentos, agua, medicamentos, dispositivos y equipos.

Transmisión por vectores

Ocurre cuando vectores –mosquitos, moscas, ratas y otros– transmiten microorganismos; esta ruta de transmisión es de menor importancia en los hospitales en la medida en que en la institución se fumigue y se haga control semestral de roedores.

Las precauciones de transmisión están diseñadas para prevenir en los hospitales la adquisición de infecciones a través de estas rutas. Debido a que los agentes y los factores del huésped son más difíciles de controlar, la interrupción de la transferencia de microorganismos se dirige primariamente a la transmisión.

Fundamentos de las precauciones de aislamiento

Lavado de manos y uso de guantes

El lavado de manos es la medida más importante para reducir la transmisión de microorganismos entre una persona y otra y entre dos sitios anatómicos distintos en un mismo paciente. La racionalidad científica, métodos y productos para el lavado de manos se presenta en la *Guía para el lavado y antisepsia de las manos*. El lavado de las manos es un componente importante de las precauciones de control de infecciones y aislamiento, debe hacerse

antes y después entre contactos directos con los pacientes, sangre, fluidos orgánicos, secreciones, excreciones y equipos o artículos contaminados por ellos. Junto con esta medida, el uso de guantes cumple un papel importante en la reducción del riesgo de transmisión de microorganismos.

Los guantes se usan en los hospitales para:

- ◆ Proveer una protección de barrera y prevenir la contaminación macroscópica de las manos cuando se toca sangre, fluidos orgánicos, secreciones, excreciones, membranas mucosas y piel no intacta.
- ◆ Reducir la posibilidad que microorganismos presentes en las manos del personal sean transmitidos a los pacientes durante procedimientos invasivos y otros procedimientos relacionados con el cuidado directo del paciente y que involucran tocar mucosas o piel no intacta.
- ◆ Disminuir la posibilidad que las manos del personal contaminadas con microorganismos del paciente o fómites puedan transmitir estos microorganismos a otros pacientes; en esta situación, los guantes deben ser cambiados entre contactos y las manos lavadas luego de quitárselos.

El uso de guantes no reemplaza la necesidad y la importancia de lavarse las manos porque 1) los guantes pueden tener defectos pequeños e inaparentes o romperse durante su utilización; 2) las manos pueden contaminarse durante la remoción de los guantes. No cambiarse los guantes entre pacientes es un riesgo en el control de infecciones.

Ubicación de los pacientes

La ubicación apropiada de los pacientes es un componente importante de las precauciones de aislamiento. Una habitación privada es esencial para prevenir la transmisión por contacto directo e indirecto cuando el paciente fuente tiene hábitos higiénicos pobres, contamina el medio ambiente o no puede esperarse que ayude a mantener precauciones para el control de infecciones –lactantes, niños, pacientes con alteraciones mentales–. Es ideal

que los pacientes con infecciones por agentes muy transmisibles o epidemiológicamente importantes estén en habitaciones individuales con lavado de manos y baño privado

Si hay habitaciones compartidas, los pacientes infectados con el mismo microorganismo pueden alojarse juntos, si 1) no están infectados por otros microorganismos; y 2) la posibilidad de reinfección con el mismo microorganismo es mínima. La habitación individual con manejo adecuado de la ventilación es importante para el aislamiento de pacientes con enfermedades transmisibles por la vía aérea.

Transporte de los pacientes infectados

Las oportunidades de transmisión de microorganismos en los hospitales se reducen si se limita el movimiento de pacientes infectados por microorganismos altamente transmisibles o epidemiológicamente importantes y si se asegura que esos pacientes dejan su habitación sólo por propósitos esenciales. Cuando es necesario el transporte de los pacientes, es importante que 1) el paciente use barreras apropiadas –mascarillas, coberturas impermeables [de acuerdo con las indicaciones]– para disminuir el riesgo de transmisión a otros pacientes, personal y visitas y contaminación del medio ambiente; 2) el personal del área adonde se dirige el paciente esté informado de que su llegada es inminente y tome las medidas indicadas para reducir el riesgo de transmisión; y 3) se informe a los pacientes acerca de las maneras en que pueden ayudar a disminuir el riesgo de transmitir sus microorganismos a otros.

Mascarillas, protección respiratoria, ocular y facial

Mascarillas y protectores oculares se usan solos o combinados para proveer protección de barrera. Las mascarillas que cubren boca y nariz, y protectores oculares, deben utilizarse para procedimientos que es probable que causen salpicaduras o *sprays* de sangre, fluidos orgánicos, secreciones y excreciones para disminuir el riesgo de transmisión por contacto.

La mascarilla quirúrgica es útil para proteger frente a gotas grandes que contienen patógenos que se transmiten por contacto estrecho y que generalmente viajan cortas distancias –hasta 1 m– desde pacientes que tosen o estornudan. Respecto de la prevención por la vía aérea existe mayor controversia. Si bien no es clara su eficacia, tradicionalmente se han utilizado mascarillas. En las normas publicadas en octubre de 1994 por el CDC para el control de la tuberculosis se recomiendan “respiradores particulados”. La N95 –categoría N con un 95% de eficiencia– reúne los criterios de *performance* del CDC para un respirador para tuberculosis. Respecto de la prevención por la vía aérea, existe mayor controversia aun cuando su eficacia no es clara.

Batas impermeables e indumentaria de protección

Las batas deben utilizarse para prevenir la contaminación de la ropa o proteger la piel del personal de exposiciones a sangre y fluidos orgánicos. Las batas impermeables, cobertura de piernas y botas proveen mayor protección a la piel cuando se anticipan grandes salpicaduras –cirugía cardiovascular, grandes quemados en quirófano–. Las batas pueden utilizarse también durante la atención de pacientes infectados por microorganismos epidemiológicamente importantes, para reducir las oportunidades de transmisión a otros pacientes y ambientes. En este caso hay que sacarse la bata antes de abandonar la habitación del paciente, y lavarse las manos.

Equipo y artículos para el cuidado de los pacientes

Los materiales punzantes deben colocarse en contenedores resistentes a la perforación –recordar que siempre hay que transportarlos al lugar donde se encuentra el paciente para descartarlos inmediatamente después de usados, evitando circular por las salas con los mismos [reencapsular las agujas es la forma más frecuente de pincharse]–; otros artículos deben descartarse en bolsas gruesas evitando la contaminación de su superficie externa o colocándola dentro de otra bolsa –método de

doble bolsa-. Los equipos o dispositivos reutilizables contaminados críticos –equipo que normalmente ingresa a tejidos estériles o en los cuales fluye sangre– y semicríticos –equipo que entra en contacto con las membranas mucosas– son esterilizados o desinfectados –reprocesamiento– después de su uso para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos a otros pacientes; el tipo de reprocesamiento está determinado por el artículo y el uso para el que está diseñado y las recomendaciones del fabricante. El equipo no crítico –que toma contacto con la piel intacta– (no contaminado con sangre, fluidos orgánicos, secreciones y excreciones) se limpia y desinfecta luego de su utilización. Los descartables contaminados se manipulan y transportan de una manera que reduzca el riesgo de transmisión de microorganismos y contaminación ambiental.

Ropa y lavadero

Si bien la ropa puede contaminarse con microorganismos patógenos, el riesgo de transmisión de enfermedades es despreciable si se manipula, transporta y lava de manera tal que se evite la transferencia de microorganismos a pacientes, personal y medio ambiente. Más que normas rígidas, se recomienda almacenarla con sentido común, separando el material limpio del sucio.

Vajillas, vasos, tasas y utensilios

No requieren de una normativa en especial. La combinación de agua caliente y detergente es suficiente.

Limpieza rutinaria y terminal

La habitación o cubículo donde se alojan pacientes bajo “Precauciones basadas en la transmisión” se limpia de la misma manera que se hace con los pacientes bajo “Precauciones estándar”, excepto que el microorganismo infectante y el grado de contaminación del medio ambiente indiquen que se necesita

un tipo de limpieza especial. Además de una limpieza meticulosa, se requiere desinfección del equipo que rodea al enfermo –barandas de camas, mesas de comer, muebles, picaportes y grifos– en casos de patógenos especiales, particularmente *Enterococcus spp.*, que pueden sobrevivir en el ambiente inanimado por periodos de tiempo prolongado. Los pacientes que se internan en la misma habitación que otros que han sufrido infecciones por estos patógenos tienen un riesgo incrementado de infección si el medio ambiente y equipo que rodea la cama no se limpia y desinfecta adecuadamente.

Precauciones de aislamiento

Existen dos grupos de precauciones de aislamiento (PA). En la primera y más importante se encuentran las diseñadas para el cuidado de todos los pacientes internados en la institución, independientemente de su diagnóstico y presunto estado de infección. La implementación de estas “Precauciones estándar” (PE) es la estrategia primaria para el control exitoso de infecciones nosocomiales. El segundo grupo de precauciones está diseñado para el cuidado de algunos pacientes específicos. Estas “Precauciones basadas en la transmisión” (PBT) son para pacientes infectados o sospechosos de estarlo con patógenos epidemiológicamente importantes que se transmiten por la vía aérea, “gotas” o contacto con la piel seca o superficies contaminadas.

Precauciones estándar (PE) o habituales

Las PE sintetizan las características más destacables de las “Precauciones universales” –diseñadas para reducir el riesgo de infección por patógenos transmisibles por la sangre– y el “Aislamiento de sustancias corporales” –diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de patógenos desde las sustancias orgánicas húmedas– y se aplican a todos los pacientes internados independiente de su diagnóstico y presunto estado de infección. Las PE se usan en 1) sangre; 2) todos los fluidos orgánicos, secreciones y excreciones excepto el sudor, contengan o no sangre visible; 3) piel no intacta; y 4)

membranas mucosas. Las PE están diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes reconocidas o no de infecciones nosocomiales.

Precauciones basadas en la transmisión (PBT)

Las PBT se aplican a pacientes que tienen diagnóstico o sospecha de infección por patógenos altamente transmisibles o epidemiológicamente importantes y para los cuales se necesitan medidas adicionales a las PE. Existen tres tipos que pueden aplicarse en forma aislada o combinada y siempre en conjunto con las PE.

Las *precauciones de vía aérea* (PVA) reducen el riesgo de transmisión por la vía aérea. La transmisión por la vía aérea ocurre por diseminación de núcleos de gotas de la vía aérea –partículas residuales pequeñas [5 μ micras] de gotas evaporadas que pueden permanecer suspendidas en el aire por largos periodos de tiempo– o partículas de polvo que contienen el microorganismo infectante. Los microorganismos transportados de esta manera pueden dispersarse ampliamente a través de corrientes de aire y pueden ser inhalados por o depositados en un huésped susceptible dentro de la misma habitación o a distancias mayores desde el paciente fuente dependiendo de factores ambientales; por tanto, se requiere un manejo especial del aire y la ventilación. Las PVA se aplican a pacientes con diagnóstico o sospecha de infección por patógenos epidemiológicamente importantes transmitidos por esta vía.

Las *precauciones de gotas* (PG) están diseñadas para reducir el riesgo de transmisión a través de gotas emanadas de la cavidad nasal, bucal y vías respiratorias. Involucran el contacto de las conjuntivas o mucosa nasal u oral de un huésped susceptible con gotas grandes (> 5 μ micras) que contienen microorganismos generados por personas enfermas o portadoras. Las gotas se generan por la persona fuente a través de la tos, el estornudo, el habla o procedimientos como la aspiración y la broncoscopia. Esta transmisión requiere de contacto estrecho entre fuente y huésped susceptible debido a que las gotas no quedan suspendidas en el aire

y recorren distancias cortas (1 m) a través del aire. No requieren de manejo especial del aire y la ventilación y se aplican a pacientes infectados o sospechables de serlo con patógenos que se transmiten por esta vía.

Las *precauciones de contacto* (PC) están diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de patógenos epidemiológicamente importantes por contacto directo e indirecto. El contacto directo implica el contacto piel-a-piel y la transferencia física de microorganismos hacia un huésped susceptible desde una persona infectada o colonizada, tal como ocurre cuando un paciente es rotado en su cama por el personal, se baña a un paciente o se realiza cualquier otra actividad de cuidado que requiere contacto físico. El contacto directo puede ocurrir también entre dos pacientes –por ejemplo, contacto de las manos–. El contacto indirecto implica el contacto de un huésped susceptible con un objeto intermediario contaminado, habitualmente inanimado, que se encuentra en el ambiente del paciente. Las PC se aplican a pacientes específicos, infectados/colonizados o sospechosos de estarlo con microorganismos epidemiológicamente importantes que pueden transmitirse por contacto directo o indirecto.

Una sinopsis de los tipos de precauciones y de los pacientes a los que debe aplicárseles se presenta en la tabla 1. (página 28).

Uso empírico de las precauciones de vía aérea, gotas y contacto

En muchas circunstancias el riesgo de transmisión de una infección nosocomial puede ser alto antes de que se establezca un diagnóstico definitivo y puedan implementarse las precauciones basadas en el mismo. El uso rutinario de PE para todos los pacientes reduce en gran medida el riesgo de transmisión de condiciones distintas a las que requieren PVA, PG y PC. Aunque no es posible identificar prospectivamente a todos los pacientes que requieren de estas precauciones incrementadas, ciertos síndromes y condiciones clínicas tienen un riesgo suficientemente alto como para implementar estas precauciones aumentadas hasta contar con un diagnóstico definitivo. Una lista de tales condiciones y

las precauciones recomendadas adicionalmente a las PS se presenta en la tabla 2 (página 30). Los microorganismos listados bajo la columna “Patógenos potenciales” no intentan representar los diagnósticos más completos y probables, sino agentes etiológicos que requieren precauciones adicionales más allá de las PE hasta poder ser descartados. Para asegurarse que las precauciones empíricas son implementadas siempre y en forma apropiada, la institución debe implementar sistemas para evaluar rutinariamente a los pacientes de acuerdo con estos criterios como parte de su cuidado de preadmisión y admisión.

Pacientes inmunocomprometidos

Los pacientes inmunocomprometidos varían en riesgo de adquirir infecciones nosocomiales dependiendo de la severidad y duración de la inmunosupresión. En general deben aplicarse las “Precauciones estándar” y las “Precauciones basadas en la transmisión”, tal como se define en la tabla 2. La prevención de las aspergilosis en el huésped inmunocomprometido se analiza en la *Guía de prevención de la neumonía nosocomial*.

Recomendaciones¹

Controles administrativos

Educación

Desarrollar un sistema que asegure la educación de los pacientes, el personal y los visitantes del hospital acerca del uso de las precauciones y su responsabilidad en la adherencia de las mismas.

Adherencia a las precauciones

Evaluar periódicamente la estructura, adherencia a las recomendaciones, niveles de exposición y adquisición de infecciones, y usar los hallazgos para mejoras directas.

1 Todas estas recomendaciones son de *Categoría IB*.

Precauciones estándar

Lavado de manos

Lavarse las manos luego de tocar sangre, fluidos orgánicos, secreciones, excreciones y elementos contaminados, independientemente de si se usan guantes. Así mismo, inmediatamente después de sacarse los guantes, entre contactos con diferentes pacientes y siempre que esté indicado para evitar la transferencia de microorganismos a otros pacientes o el medio ambiente. Puede ser necesario lavarse las manos entre tareas y procedimientos en el mismo paciente para evitar la contaminación cruzada entre distintos sitios orgánicos.

Elementos de barrera

Guantes. Usar guantes (véase el Apéndice, página 28, para determinar cuando deben estar estériles y cuando sólo limpios) cuando se toca sangre, fluidos orgánicos, secreciones, excreciones y elementos contaminados; colocarse guantes limpios inmediatamente antes de tocar membranas mucosas y piel no intacta. Cambiarlos entre tareas y procedimientos en el mismo paciente después del contacto con material que pueda contener alta concentración de microorganismos. Sacárselos inmediatamente después de su uso, antes de tocar elementos no contaminados y superficies ambientales, y antes de atender a otro paciente, lavarse las manos inmediatamente para evitar la transferencia de microorganismos a otros pacientes o al medio ambiente.

Mascarillas, protección ocular y facial. Usar mascarillas o protección ocular y facial para proteger las membranas mucosas de los ojos, nariz y boca durante procedimientos y actividades de cuidado del paciente que es probable que generen salpicaduras o *sprays* de sangre, fluidos orgánicos, secreciones y excreciones.

Batas. Usar batas (limpias no estéril) para proteger la piel y evitar el manchado de la ropa durante procedimientos y actividades del cuidado de los pacientes que son capaces de generar salpicaduras o *sprays* de sangre, fluidos orgánicos, secreciones

o excreciones, o causar manchas en la ropa. Seleccionar una bata adecuada para las características de la actividad y la cantidad de fluido que es probable que se encuentre. Sacarse la bata manchada tan pronto como sea posible y lavarse las manos para evitar la transferencia de microorganismos a otros pacientes y el medio ambiente.

Equipo para el cuidado del paciente

Manipular el equipo manchado con sangre, fluidos orgánicos, secreciones y excreciones de una manera tal que prevenga exposiciones de la piel y las membranas mucosas, contaminación de la ropa y transferencia de microorganismos a otros pacientes y al medio ambiente. Asegurar que el equipo reutilizable no es usado para el cuidado de otro paciente hasta que no haya sido limpiado de manera adecuada y los artículos descartables descartados apropiadamente.

Control ambiental

Asegurar que la institución tiene procedimientos para el cuidado rutinario, limpieza y desinfección de superficies ambientales, camas, barandas de camas y otras superficies que se toquen con frecuencia, y que estos procedimientos se sigan.

Ropa

Manipular, transportar y procesar la ropa usada manchada con sangre, fluidos orgánicos, secreciones y excreciones de manera que se evite la exposición de la piel y mucosas, la contaminación de la ropa y la transferencia de microorganismos a otros pacientes y el medio ambiente.

Salud ocupacional y patógenos transmisibles por la sangre

Tomar precauciones para prevenir heridas cuando se usan agujas, bisturíes y otros instrumentos o dispositivos punzantes; cuando se manipulan instrumentos punzantes después de procedimientos;

cuando se limpian los instrumentos utilizados; cuando se descartan las agujas usadas. Nunca reencapsular las agujas usadas, ni manipularlas usando ambas manos o cualquier otra técnica que implique dirigir la punta de la aguja hacia cualquier parte del cuerpo. No remover las agujas usadas de las jeringas con las manos, ni doblarlas o romperlas ni ninguna otra cosa con las manos. Colocar agujas, jeringas, bisturíes u otros objetos punzantes en contenedores resistentes a la punción, los cuales deben estar lo más cerca posible del lugar donde se utiliza el instrumento cortopunzante –llevar el descartador hacia donde está el paciente donde se usó la aguja y no la aguja usada hacia el descartador–.

Precauciones de vía aérea

Usarlas en los pacientes en los que se sospeche o se haya comprobado infección por patógenos que se transmiten en el núcleo de las gotas –residuos de partículas pequeñas [$< 5 \mu\text{m}$] de gotas evaporadas que contienen microorganismos que permanecen suspendidos en el aire y que pueden ser altamente dispersados por corrientes de aire dentro de una habitación o a distancias mayores– junto con las PE.

Ubicación del paciente

Idealmente, el paciente debe colocarse en una habitación individual que tenga: 1) presión de aire negativa en relación con las áreas que la rodean monitorizada; 2) seis a doce cambios de aire por hora; 3) descarga directa de aire al exterior o filtrado de alta eficiencia de la habitación monitorizado antes de que el aire circule a otras áreas del hospital. Mantener la puerta de la habitación cerrada y el paciente dentro de la habitación; y 4) desconexión del aire acondicionado central en las habitaciones que lo tuvieran.

Protección respiratoria

Usar protección respiratoria cuando se ingrese a la habitación de un paciente con sospecha o confirmación de tuberculosis.

Las personas susceptibles no debieran entrar a la habitación de pacientes con sarampión o varicela conocida o sospechada, si se dispone de otros agentes de salud inmunes. Si las personas susceptibles deben entrar de todos modos a la habitación de tales pacientes deben usar protección respiratoria. Las personas inmunes no necesitan usar protección respiratoria.

Transporte de los pacientes

Limitar el transporte y la movilización de los pacientes de su habitación a motivos esenciales. Si es necesario transportarlos o movilizarlos, minimizar la dispersión de los núcleos de gotas colocándoles mascarillas.

Restricción de visitas

Restringir el horario para visitantes sin exposición previa, niños y embarazadas, e implementar las mismas medidas de protección que con personal.

Precauciones de gotas

Usarlas en los pacientes en los que se sospeche o haya comprobado infección por patógenos que se transmiten por gotas –gotas grandes [$> 5 \mu\text{m}$] que pueden ser generadas por el paciente durante la tos, el estornudo, el habla o la realización de procedimientos– junto con las PE.

Ubicación del paciente

Ubicar al paciente en una habitación individual. No se requiere manejo especial del aire y la ventilación. La habitación puede permanecer con la puerta abierta. En áreas cerradas –terapia intensiva, unidad coronaria, neonatología– separar a los pacientes y sus visitas por lo menos a 1 metro.

Mascarillas

Junto con las PE usar mascarillas cuando se trabaje a menos de 1 metro.

Transporte de pacientes

Limitar el movimiento y transporte de los pacientes desde su habitación a propósitos esenciales. Si hay que transportarlo, colocarle mascarilla.

Precauciones de contacto

Usarlas en los pacientes en los que se sospeche o haya comprobado infección por patógenos que se transmiten por contacto directo con el paciente –mano o piel-a-piel que ocurre cuando se realizan actividades que requieren tocar la piel seca del paciente– o contacto indirecto –tocar– las superficies ambientales o elementos para el cuidado de pacientes en el medio ambiente del mismo.

Ubicación del paciente

Colocar al paciente en una habitación privada. Considerar la cohorte según consulta con infectología/control de infecciones. Es conveniente disponer de una antesala o cámara previa al ingreso a la habitación para efectuar el lavado de manos y la colocación de la indumentaria de barrera

Guantes y lavado de manos

Además de usar guantes como se delineó en PE, utilizarlos cuando se ingresa a la habitación. Durante el curso de la atención, cambiar los guantes después de tomar contacto con material que puede contener alto inóculo de microorganismos –materia fecal y supuración de heridas–. Sacarse los guantes antes de abandonar el ambiente del paciente y lavarse las manos con jabón antiséptico, inmediatamente. Después de la remoción de los guantes y el lavado de manos, asegurarse que las manos no

tocan superficies ambientales potencialmente contaminadas o elementos en la habitación del paciente para evitar la transferencia de microorganismos a otros pacientes o ambientes.

Batas

Además de usar batas como se explica en PE, utilizarlas cuando se ingresa en la habitación si se anticipa que la ropa tendrá un contacto sustancial con el paciente, superficies ambientales o elementos de la habitación, o si el paciente es incontinente, tiene diarrea, ileostomía, colostomía o una secreción de herida que no puede contenerse con la curación. Sacarse la bata antes de salir del ambiente del paciente. Después de sacársela, asegurarse que la ropa no toca superficies potencialmente contaminadas para evitar la transferencia de microorganismos a otros pacientes o ambientes.

Transporte del paciente

Limitar el movimiento y traslado a propósitos esenciales. Si es trasladado asegurarse que se continúan las precauciones durante el transporte y en el destino.

Equipo de cuidado del paciente

Cuando sea posible, dedicar el uso de equipo no crítico a un único paciente –o cohorte– para evitar compartirlo entre pacientes. Si el uso común es inevitable, limpiarlo y desinfectarlo meticulosamente antes de usarlos con otro paciente.

Apéndice

USO DE GUANTES ESTÉRILES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realización de procedimientos invasivos con técnica aséptica: cateterismos venoso, arterial y vesical, punciones, biopsias, endoscopias, intubación orotraqueal y nasogástrica, drenaje de colecciones. 2. Manipulación de heridas quirúrgicas frescas, tubos de drenajes, quemaduras graves 3. Aspiración de secreciones en paciente intubado o traqueostomizado – según habilidad: opcional–. 4. Preparación de alimentación enteral y parenteral.

Tabla 1. Sinopsis de los tipos de precauciones y los pacientes que las requieren¹

PRECAUCIONES ESTÁNDAR (PE)
Usar PE en todos los pacientes internados.
PRECAUCIONES DE LA VÍA AÉREA (PVA)
Además de las PE usar PVA para pacientes conocidos o con sospecha de tener enfermedades serias transmisibles por núcleos de gotas aéreas:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sarampión. 2. Varicela (incluyendo Zoster diseminado)².
PRECAUCIONES DE GOTAS (PG)
En adición a las PE, usar PG para pacientes conocidos o sospechados de tener enfermedades serias transmisibles por gotas orales, nasales o respiratorias grandes:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedad invasiva por H. influenzae tipo b (meningitis, neumonía, epiglotitis y sepsis). 2. Enfermedad invasiva por N. meningitidis (meningitis, neumonía y sepsis). 3. Otras infecciones bacterianas serias:

1 Ver apéndice página 31 para una lista completa de infecciones que requieren precauciones.

2 Ciertas infecciones requieren más de un tipo de precaución.

- ❖ Difteria (faríngea).
- ❖ Neumonía por *Mycoplasma*.
- ❖ Tos convulsa.
- ❖ Peste neumónica.
- ❖ Faringitis o neumonía estreptocócica o escarlatina en lactantes y niños pequeños.

4. Infecciones virales serias transmitidas por gotas:

- ❖ Adenovirus 4.
- ❖ Influenza.
- ❖ Fiebre Urtiana (“paperas”).
- ❖ Parvovirus B19.
- ❖ Rubéola.

PRECAUCIONES DE CONTACTO

Además de las PE, utilizar PC para pacientes conocidos o sospechosos de tener una enfermedad seria transmisible por contacto directo de pacientes o por contacto con elementos del ambiente del paciente:

1. Infección o colonización gastrointestinal, respiratoria, cutánea o de heridas con bacterias multirresistentes que sean de especial significación clínica o epidemiológica.
2. Infecciones entéricas que requieran un bajo inóculo o tengan una supervivencia ambiental prolongada:
 - ◆ *Clostridium difficile*.
 - ◆ Infecciones en pacientes con pañales o incontinentes por *E. coli* 0157:H7, *Shigella*, hepatitis A o rotavirus.
3. Infecciones en lactantes y niños pequeños por virus sincitial respiratorio, parainfluenza o enterovirus.
4. Infecciones cutáneas de alta contagiosidad y que pueden ocurrir en la piel seca:
 - ❖ Difteria cutánea
 - ❖ Herpes simplex (neonatal o mucocutáneo).
 - ❖ Impétigo.
 - ❖ Celulitis y abscesos grandes y úlceras por decúbito.
 - ❖ Pediculosis.
 - ❖ Escabiosis.
 - ❖ Forunculosis estafilocócica en lactantes y niños pequeños.
 - ❖ Herpes Zoster (diseminado o en el inmunocomprometido).
5. Conjuntivitis viral/hemorrágica.
6. Infecciones virales hemorrágicas (Ébola, Lassa, Marburg).

Tabla 2. Síndromes o condiciones clínicas que justifican precauciones empíricas adicionales para prevenir la transmisión de patógenos epidemiológicamente importantes hasta que se establezca un diagnóstico definitivo

SÍNDROME O CONDICIÓN CLÍNICA	PATÓGENOS POTENCIALES	PRECAUCIONES EMPÍRICAS
Diarrea		
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aguda de probable origen infeccioso en un paciente incontinente o que usa pañales ◆ En un adulto con historia reciente de uso de antibióticos 	Patógenos entéricos ¹	Contacto
Meningitis	Clostridium difficile	Contacto
	Neisseria meningitidis	Gotas
Rash o exantemas, generalizados, de causa desconocida		
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Petequial/equimótico con fiebre ◆ Vesicular ◆ Maculopapular con coriza y fiebre 	Neisseria meningitidis Varicela Sarampión	Gotas Vía aérea y contacto Vía aérea
Infecciones respiratorias		
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Tos/fiebre/infiltrado pulmonar apical ◆ Tos/fiebre/infiltrado pulmonar de cualquier localización en HIV ◆ Tos severa persistente o paroxística ◆ Infecciones respiratorias, en especial bronquiolitis y croup en lactantes y niños pequeños 	Mycobacterium tuberculosis Mycobacterium tuberculosis Bordetella pertussis Virus sincitial respiratorio o parainfluenza	Vía aérea Vía aérea Gotas Contacto
Riesgo de microorganismos multirresistentes		
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Historia de infección o colonización por microorganismos multirresistentes ◆ Infecciones de piel, heridas o urinarias en un paciente hospitalizado recientemente o internado en un geriátrico 	Bacterias resistentes Bacterias resistentes	Contacto Contacto
Infecciones de piel y heridas		
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Abscesos o heridas supuradas que no pueden ser cubiertas 	Staphylococcus aureus, estreptococo grupo A	Contacto

¹ Incluyen Escherichia coli 0157:H7, Shigella, hepatitis A y rotavirus.

Apéndice

Tipo y duración de las precauciones necesarias para infecciones y condiciones selectas

INFECCIÓN/CONDICIÓN	PRECAUCIÓN: TIPO ¹	PRECAUCIÓN: DURACIÓN
ABSCEOS		
◆ Supuración mayor ²	PC	DE
◆ Supuración menor o limitada ³	PE	
Sida ⁴	PE	
Actinomicosis	PE	
Infección por adenovirus en lactantes y niños pequeños	PG y PC	DE
Amebiasis	PE	
ÁNTRAX		
◆ Cutáneo	PE	
◆ Pulmonar	PE	
Diarrea asociada a antibióticos <i>Véase Clostridium difficile</i>		
Encefalitis viral transmitida por artrópodos	PE	
Fiebres virales transmitidas por artrópodos (dengue, fiebre amarilla)	PE	
Ascariasis	PE	
Aspergilosis	PE	
Babesiosis	PE	
Botulismo	PE	
Bronquiolitis (véase infecciones respiratorias en lactantes y niños pequeños)		
Brucelosis	PE	
Gastroenteritis por (<i>Campylobacter</i> (véase <i>Campylobacter</i>)		

Continúa

- 1 PVA: precaución de vía aérea; PC: precaución de contacto; PG: precaución de gotas; PE: precauciones estándar; CN: hasta finalizar ATB o cultivos negativos; DH: duración de la hospitalización; DE: duración de la enfermedad –con lesiones de heridas DE significa hasta que dejan de supurar–; U: hasta tiempo especificado en horas después de la iniciación de tratamiento efectivo; F: ver nota al pie de la página; CF: fibrosis quística. Cuando se especifica PVA, PC y PG, usar también PE.
- 2 No hay curación o esta no contiene adecuadamente la supuración.
- 3 La curación cubre y contiene adecuadamente la supuración.
- 4 Véanse también síndromes mencionados en la tabla 2.

INFECCIÓN/CONDICIÓN	PRECAUCIÓN: TIPO ¹	PRECAUCIÓN: DURACIÓN
Candidiasis (todas las formas)	PE	
Fiebre por arañazo de gato	PE	
Celulitis (supuración no controlada)	PC	DE
Chancroide (chancro blando)	PE	
Varicela (Véase ⁵ para exposición a varicela)	PVA, PC	F ⁵
<i>Chlamydia trachomatis</i>		
◆ Conjuntivitis	PE	
◆ Genital	PE	
◆ Respiratoria	PE	
Cólera (véase gastroenteritis)		
INFECCIÓN DE CAVIDAD CERRADA		
◆ Supuración limitada o menor	PE	
◆ Sin supuración	PE	
<i>Clostridium spp.</i>		
◆ <i>C. botulinum</i>	PE	
◆ <i>C. difficile</i>	PE	
◆ <i>C. perfringens</i>		
◆ Intoxicación alimentaria	PE	
◆ Gangrena gaseosa	PE	
Rubéola congénita	PC	F ⁶
CONJUNTIVITIS		
◆ Bacteriana aguda	PE	
◆ <i>Chlamydia</i>	PE	
◆ Gonocócica	PE	

Continúa

- Mantener las precauciones hasta que las lesiones estén en etapa de costra. La incubación es de 10-21 días. Después de la exposición indicar inmunoglobulina varicela-Zoster (VZIG) cuando sea apropiado y dar de alta a los pacientes susceptibles si es posible. Colocar a los pacientes expuestos susceptibles en PVA comenzando 10 días después de la exposición y continuar hasta 21 días después de la última exposición (hasta 28 días si se ha administrado VZIG). Las personas susceptibles no debieran entrar en la habitación de los pacientes bajo precauciones si hay trabajadores de la salud inmunes disponibles.
- Poner al niño en precauciones durante cualquier internación hasta 1 año de edad, excepto que tenga cultivo viral de faringe y orina negativo después de los 3 meses de edad.

INFECCIÓN/CONDICIÓN	PRECAUCIÓN: TIPO ¹	PRECAUCIÓN: DURACIÓN
♦ Viral aguda (hemorrágica aguda)	PC	DE
Virus Coxsackie (véase infecciones enterovirales)	PE ⁷	
Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob		
Croup (véase infecciones respiratorias en lactantes y niños pequeños)		
Criptococosis	PE	
Criptosporidiosis (véase gastroenteritis)		
Infección por citomegalovirus, neonatal o inmunocomprometidos	PE	
Úlceras de decúbito infectadas		
♦ Mayores ⁸	PC	DE
♦ Menor o limitada ⁹	PE	
Dengue	PE	
Diarrea aguda sospechosa de etiología infecciosa (véase gastroenteritis)		
DIFTERIA		
♦ Cutánea	PC	CN ¹⁰
♦ Faríngea	PG	CN ¹²
Fiebre hemorrágica de Ébola	PC ¹¹	DE
Hidatidosis	PE	
Encefalitis (véase infección enteroviral)		
Endometritis	PE	
Oxiuriasis	PE	
<i>Enterococcus spp.</i> (véase microorganismos multirresistentes o vancomicino-resistencia)		

Continúa

7 Son necesarias precauciones adicionales para manejar y descontaminar la sangre, fluidos corporales y tejidos, y elementos contaminados de los pacientes con enfermedad confirmada o sospechada.

8 Sin curación o la misma no cubre adecuadamente

9 La curación cubre y contiene adecuadamente la supuración.

10 Hasta que 2 cultivos tomados con 24 horas de separación sean negativos.

11 Informar a las autoridades sanitarias.

12 Hasta 7 días después del comienzo del exantema.

INFECCIÓN/CONDICIÓN	PRECAUCIÓN: TIPO ¹	PRECAUCIÓN: DURACIÓN
Enterocolitis, <i>C. difficile</i>	PC	E
INFECCIONES ENTEROVIRALES		
♦ Adultos	PE	
♦ Lactantes y niños pequeños	PC	DE
Epiglotitis <i>H. influenzae</i>	PG	U ²⁴ hs.
Infección por Ebstein-Barr, incluyendo mononucleosis infecciosa	PE	
Eritema infeccioso (véase también Parvovirus B19)	PE	
Gastroenteritis por <i>E. coli</i> (véase gastroenteritis)		
INTOXICACIÓN ALIMENTARIA		
♦ Botulismo	PE	
♦ <i>Clostridium perfringens</i>	PE	
♦ Estafilocócica	PE	
FORUNCULOSIS ESTAFILOCÓCICA		
♦ Lactantes y niños pequeños	PC	DE
Gangrena (gangrena gaseosa)	PE	
GASTROENTERITIS		
♦ <i>Campylobacter</i>	PE ¹³	
♦ Cólera	PE ¹⁴	
♦ <i>C. difficile</i>	PC	DE
♦ <i>Cryptosporidium spp.</i>	PE ¹⁴	
♦ <i>E. coli</i>		
♦ Enterohemorrágica O157:H7	PE ¹⁴	
* Con pañales/incontinentes	PC	DE
Otras especies	PE ¹⁴	
♦ <i>Giardia lamblia</i>	PE ¹⁴	
♦ Rotavirus	PE ¹⁴	
* Con pañales/incontinentes	DE	
♦ <i>Salmonella spp.</i>	PE ¹⁴	
♦ <i>Shigella spp.</i>	PE ¹⁴	

Continúa

13 Usar PC para niños menores de 6 años incontinentes o con pañales por la duración de la enfermedad.

14 Mantener precauciones en lactantes y niños menores de 3 años por toda la hospitalización; en niños de 3 a 14 años, hasta 2 semanas después del comienzo de los síntomas; en otros hasta 1 semana después del comienzo de los síntomas.

INFECCIÓN/CONDICIÓN	PRECAUCIÓN: TIPO ¹	PRECAUCIÓN: DURACIÓN
* Con pañales/incontinentes	PC	DE
♦ <i>Vibrio parahemolyticus</i>	PE ¹⁴	
♦ Viral	PE ¹⁴	
♦ <i>Yersinia enterocolitica</i>	PE ¹⁴	
Rubéola	PG	F ¹²
Giardiasis (véase gastroenteritis)		
Oftalmía neonatorum (gonocócica)	PE	
Gonorrea	PE	
Granuloma inguinal (Donovaniosis)	PE	
Síndrome de Guillain-Barré	PE	
Enfer. mano-pie-boca (véase enferm. enteroviral)		
Síndrome pulmonar por Hantavirus	PE	
<i>Helicobacter pylori</i>	PE	
Fiebres hemorrágicas (Lassa, Ébola)	PC ¹⁵	DE
HEPATITIS VIRAL		
♦ Tipo A	PE	
♦ Incontinentes/pañales	PC	F ¹⁴
♦ Tipo B - HBsAg positivo	PE	
♦ Tipo C o no A no B no especificada	PE	
♦ Tipo E	PE	
Herpangina (véase infección enteroviral)		
HERPES SIMPLEX (<i>Herpesvirus hominis</i>)		
♦ Encefalitis	PE	
♦ Neonatal ¹⁶	PC	DE
♦ Mucocutánea, diseminada o primaria, severa	PC	DE
♦ Mucocutánea recurrente (piel, oral, genital)	PE	
HERPES ZOSTER (varicela-Zoster)		
♦ Localizada en inmunocomprometido o diseminada	PVA, PC	DE ¹⁷

Continúa

15 Comunicar a las autoridades sanitarias

16 Para niños nacidos por vía vaginal o cesárea y si la madre tiene infección activa y las membranas han estado rotas por más de 4 a 6 horas.

17 Las personas susceptibles a la varicela también están en riesgo de desarrollar varicela cuando se exponen a un paciente con zoster; por tanto, las personas susceptibles no debieran entrar en la habitación si hay otros agentes de salud disponibles.

INFECCIÓN/CONDICIÓN	PRECAUCIÓN: TIPO ¹	PRECAUCIÓN: DURACIÓN
♦ Localizada en paciente normoinmune	PE ¹⁸	
Histoplasmosis	PE	
HIV (véase virus de la inmunodeficiencia humana)	PE	
Uncinariasis	PE	
Infección por virus de la inmunodeficiencia humana (HIV)	PE	
Impétigo	PC	U ²⁴ hs.
Mononucleosis infecciosa	PE	
Influenza	PG ¹⁹	DE
Síndrome de Kawasaki	PE	
Fiebre de Lassa	PC ²⁰	DE
Enfermedad de los legionarios	PE	
Lepra	PE ²⁰	
Leptospirosis	PE	
Pediculosis	PC	U ²⁴ hs.
Listeriosis	PE	
Enfermedad de Lyme	PE	
Coriomeningitis linfocitaria	PE	
Linfogranuloma venéreo	PE	
Malaria (paludismo)	PE ²⁰	
Enfermedad por virus de Marburg	PC ²¹	DE
Sarampión	PVA ²⁰	DE
Melioidosis	PE	

Continúa

18 El paciente debe ser investigado para descartar la presencia de TBC pulmonar activa (~ 50% de los casos); si existe evidencia o sospecha de la misma deben tomarse precauciones adicionales (véase tuberculosis).

19 La guía de prevención de neumonía nosocomial recomienda vigilancia, vacunación, agentes antivirales y uso de habitaciones privadas con presión negativa de aire para los pacientes con influenza conocida o sospechada. Considerar cohorte o al menos evitar que pacientes de alto riesgo compartan habitaciones.

20 Comunicar a las autoridades sanitarias.

21 Por 9 días luego del comienzo de la inflamación.

INFECCIÓN/CONDICIÓN	PRECAUCIÓN: TIPO ¹	PRECAUCIÓN: DURACIÓN
MENINGITIS		
◆ Aséptica (no bacteriana o viral) (véase también infecciones enterovirales)	PE	
◆ Bacteriana, enterobacterias, neonatos	PE	
◆ Fúngica	PE	
◆ <i>H. influenzae</i> (conocida o sospechada)	PG	U ²⁴ hs.
◆ <i>Listeria monocytogenes</i>	PE	
◆ <i>N. meningitidis</i> (meningocócica) conocida o sospechada	PG	U ²⁴ hs.
◆ Neumocócica	PE	
◆ Tuberculosis ¹⁸	PE	
◆ Otras bacterianas	PE	
Neumonía meningocócica	PG	U ²⁴ hs.
Meningococcemia	PG	U ²⁴ hs.
<i>Molluscum contagiosum</i>	PE	
Mucormicosis	PE	
MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES, INFECCIÓN O COLONIZACIÓN ²²		
◆ Gastrointestinal	PC	CN
◆ Respiratoria	PC	CN
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	PE	
◆ Piel, herida o quemadura	CN	
Fiebre Urliana (paperas)	PG	F ²¹
<i>MYCOBACTERIUM</i> (no tuberculosa [atípica])		
◆ Pulmonar	PE	
◆ Herida	PE	
Neumonía por <i>Mycoplasma</i>	PG	DE
Enterocolitis necrotizante	PE	
Nocardiosis (cualquier forma)	PE	
Agentes Norwalk de gastroenteritis (véase gastroenteritis viral)		
Orf	PE	
Infección por virus parainfluenza, respiratoria en lactantes y niños pequeños	PC	DE

Continúa

22 Determinado por el programa de control de infecciones.

INFECCIÓN/CONDICIÓN	PRECAUCIÓN: TIPO ¹	PRECAUCIÓN: DURACIÓN
Parvovirus B19	PG	F ²³
Pertussis (tos convulsa)	PG	F ²⁴
Parasitosis intestinal	PE	
PESTE		
◆ Bubónica	PE	
◆ Neumónica	PG	U ⁷² hs.
Pleurodinia (véase infección enteroviral)		
NEUMONÍA		
◆ Adenovirus	PG, PC	DE
◆ Bacteriana (no mencionada en otra parte, incluyendo Gram-negativos)	PE	
◆ <i>Burkholderia cepacia</i> en pacientes con CF incluyendo colonización del tracto respiratorio	PE ²⁵	
◆ <i>Chlamydia</i>	PE	
◆ Fúngica	PE	
◆ <i>H. influenzae</i>		
◇ Adultos	PE	
◇ Niños	PG	U ²⁴ hs.
◆ Legionella	PE	
◆ Meningocócica	PG	U ²⁴ hs.
◆ Bacterias multirresistentes (véase microorganismos multirresistentes)		
◆ <i>Mycoplasma</i>	PG	DE
◆ <i>Streptococcus pneumoniae</i>		
◇ Multirresistente (véase microorganismos multirresistentes)		
◆ <i>Pneumocystis carinii</i>	PE ²⁶	

Continúa

23 Mantener precauciones durante toda la hospitalización cuando ocurre infección crónica en inmunocomprometidos, para pacientes con crisis aplásticas o eritrocitarias transitorias mantener precauciones por 7 días.

24 Hasta 5 días después de haber instituido tratamiento adecuado.

25 Evitar cohortes con pacientes con CF no infectados por este microorganismo. Las personas con CF que visitan o atienden a pacientes colonizados/infectados por este microorganismo pueden usar mascarilla cuando están a menos de 1 m del paciente.

26 Evitar compartir la habitación con un inmunocomprometido.

INFECCIÓN/CONDICIÓN	PRECAUCIÓN: TIPO ¹	PRECAUCIÓN: DURACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ◆ <i>Staphylococcus aureus</i> ◆ <i>Streptococcus</i> grupo A <ul style="list-style-type: none"> ◇ Adultos ◇ Lactantes y niños ◆ Viral <ul style="list-style-type: none"> ◇ Adultos ◇ Lactantes y niños pequeños (ver enfermedades infecciosas respiratorias, agudas) 	<p>PE</p> <p>PE</p> <p>PG</p> <p>PE</p>	<p>U^{24 hs.}</p>
Poliomielitis	PE	
Psitacosis	PE	
Fiebre Q	PE	
Rabia	PE	
Fiebre por mordedura de rata	PE	
Fiebre recurrente	PE	
INFECCIONES RESPIRATORIAS, AGUDAS		
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Adultos ◆ Lactantes y niños pequeños²⁷ ◆ Infección por virus sincitial respiratorio, en lactantes, niños pequeños y adultos inmunocomprometidos 	<p>PE</p> <p>PC</p> <p>PC</p>	<p>DE</p> <p>DE</p>
Síndrome de Reye	PE	
Fiebre reumática	PE	
Rickettsiosis	PE	
Dermatomicosis	PE	
Síndrome estafilocócico de piel escaldada	PE	
<i>Roseola infantum</i> (exantema súbito)	PE	
Rotavirus (véase gastroenteritis)		
Rubéola (véase rubéola congénita)	PG	F ²⁸
Salmonelosis (véase gastroenteritis)		
Sarna (escabiosis)	PC	U ^{24 hs.}

Continúa

27 Véase también la tabla 2.

28 Hasta 7 días después del comienzo del exantema.

INFECCIÓN/CONDICIÓN	PRECAUCIÓN: TIPO ¹	PRECAUCIÓN: DURACIÓN
Schistosomiasis	PE	
Shigelosis (véase gastroenteritis)		
Sporotricosis	PE	
<i>Spirillum minus</i> (fiebre por mordedura de rata)	PE	
<i>STAPHYLOCOCCUS</i> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Piel, herida o quemadura ◆ Mayor²⁹ ◆ Menor o limitada ◆ Enterocolitis ◆ Multirresistente (véase microorganismos multirresistentes)	PC PE PE ³⁰	DE
◆ Neumonía	PE	
◆ Síndrome de piel escaldada	PE	
◆ Síndrome de shock tóxico	PE	
<i>Streptobacillus moniliformis</i> (enfermedad por mordedura de rata)	PE	
<i>Streptococcus</i> grupo A <ul style="list-style-type: none"> ◆ Piel, herida o quemadura <ul style="list-style-type: none"> ◇ Mayor³¹ ◇ Menor o limitada ◆ Endometritis (sepsis puerperal) ◆ Faringitis en lactantes y niños pequeños ◆ Neumonía en infantes y niños pequeños ◆ Escarlatina en lactantes y niños pequeños 	PC PE PE PG PG PG	U ²⁴ hs. U ²⁴ hs. U ²⁴ hs. U ²⁴ hs.
<i>Streptococcus</i> grupo B, neonatal	PE	
<i>STREPTOCOCCUS</i> NO A, NO B <ul style="list-style-type: none"> ◆ Multirresistente (véase microorganismos multirresistentes)	PE	

Continúa

29 Sin curación o la misma no cubre adecuadamente.

30 Usar PC para niños menores de 6 años con pañales o incontinentes durante toda la enfermedad.

31 Discontinuar las precauciones sólo cuando el paciente recibe tratamiento adecuado, si mejoró clínicamente y tiene 3 BAAR de esputo consecutivos negativos, recolectados en días diferentes o se descartó TBC.

INFECCIÓN/CONDICIÓN	PRECAUCIÓN: TIPO ¹	PRECAUCIÓN: DURACIÓN
Strongyloidiasis	PE	
Sífilis	PE	
Tenias	PE	
Tétanos	PE	
Tinea	PE	
Toxoplasmosis	PE	
Síndrome de shock tóxico	PE	
Tracoma, aguda	PE	
Angina de Vincent	PE	
Triquinosis	PE	
Tricomoniasis	PE	
Trichuriasis	PE	
TUBERCULOSIS		
◆ Extrapulmonar, drenaje (incluyendo escrófula)	PE	F ³¹
◆ Extrapulmonar, meningitis ³²	PE	
◆ Pulmonar o laríngea, sospechada o confirmada	PVA	
◆ PPD(+) sin evidencia de enfermedad pulmonar actual	PE	
Tularemia PS		
Fiebre tifoidea (véase gastroenteritis)		
Tifus	PE	
Infección urinaria, con o sin sonda	PE	
Varicela (Véase herpes zoster)	PVA, PC	
<i>Vibrio parahemolyticus</i> (véase gastroenteritis)		
ENFERMEDADES VIRALES		
◆ Adultos	PE	
◆ Lactantes y niños pequeños (véase infecciones respiratorias, agudas)		
Tos convulsa ³³	PG	

Continúa

32 Debe descartarse la presencia de tuberculosis pulmonar activa (~ 50%); si existe se requieren medidas adicionales.

33 Hasta 5 días de haber comenzado tratamiento efectivo.

INFECCIÓN/CONDICIÓN	PRECAUCIÓN: TIPO ¹	PRECAUCIÓN: DURACIÓN
INFECCIONES DE HERIDA <ul style="list-style-type: none"> ◆ Mayor ◆ Menor o limitada 	PC PE	DE
Gastroenteritis por <i>Yersinia enterocolitica</i> (véase gastroenteritis)		
Zygomycosis (phycomycosis, mucormycosis)	PE	
ZOSTER (varicela-Zoster) <ul style="list-style-type: none"> ◆ Localizada en inmunocomprometidos, diseminada ◆ Localizada en paciente normal 	PVA, PC PE ³⁴	DE ³⁴

34 Las personas susceptibles a la varicela también están en riesgo de desarrollarla cuando se exponen a pacientes con lesiones de herpes zoster; por tanto, las personas susceptibles no debieran entrar en las habitaciones de estos pacientes si hay agentes de salud inmunes disponibles (el interrogatorio es muy eficaz dado lo característico de las lesiones de la varicela, para presumir si una persona es susceptible o inmune).

Bibliografía

1. Garner JS. The CDC Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *Am J Infect Control* 1993; 21: 160-162.
2. Garner JS, Simmons BP. CDC Guideline for Isolation Precautions in Hospitals. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control; 1983. HHS publication no. (CDC) 83-8314; *Infect Control* 1983; 4: 245-325, and *Am J Infect Control* 1984; 12: 103-163.
3. Haley RW, Garner JS, Simmons BP. A new approach to the isolation of patients with infectious diseases: alternative systems. *J Hosp Infect* 1985; 6: 128-139.
4. Goldman DA. The role of barrier precautions in infection control. *J Hosp Infect* 1991; 18: 515-523.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for preventing the transmission of tuberculosis in health-care facilities, 1994. *MMWR* 1994; 43 (RR-13): 1-132, and *Federal Register* 1994; 59 (208): 54242-54303.
6. Centers for Disease Control. Recommendations for prevention of HIV transmission in health-care settings. *MMWR* 1987; 36 (2S): 1S-18S.
7. Centers for Disease Control. Update: universal precautions for prevention of transmission of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, and other bloodborne pathogens in health-care settings. *MMWR* 1988; 37: 377-382, 387-388.
8. Lynch P, Jackson MM, Cummings MJ, Stamm WE. Rethinking the role of isolation practices in the prevention of nosocomial infections. *Ann Intern Med* 1987; 107: 243-246.
9. Lynch P, Cummings MJ, Roberts PL, Herriott MJ, Yates B, Stamm WE. Implementing and evaluating a system of generic infection precautions: body substance isolation. *Am J Infect Control* 1990; 18: 1-12.
10. Klein BS, Perloff WH, Maki DG. Reduction of nosocomial infection during pediatric intensive care by protective isolation. *N Engl J Med* 1989; 320: 1714-1721.
11. Leclair JM, Freeman J, Sullivan BF, Crowley CM, Goldman DA. Prevention of nosocomial respiratory syncytial virus infections through compliance with gown and glove isolation precautions.

12. Garner JS, Hierholzer WJ. Controversies in isolation policies and practices. In: Wenzel RP, de. Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1993: 70-81.
13. Doebbeling BN, Pfaller MA, Houston AK, Wenzel RP. Removal of nosocomial pathogens from the contaminated glove: implications for glove reuse and handwashing. *Ann Intern Med* 1988; 109: 394-398.
14. Preston GA, Larson EL, Stamm WE. The effect of private isolation rooms on patient care practices, colonization, and infection in an intensive care unit. *Am J Med* 1981; 70: 641-645.
15. Klein RS. Universal precautions for preventing occupational exposures to human immunodeficiency virus type 1. *Am J Med* 1991; 90: 141-153.
16. American Hospital Association. OSHA's Final Bloodborne Pathogens Standard: A Special Briefing. 1992; item no. 155904.
17. Plugliese G, Lynch P, Jackson MM. Universal Precautions: Policies, Procedures, and Resources. Chicago, IL: American Hospital Association; 1991: 7-87.
18. Larson EL, 1992, 1993, and 1994 Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology Guidelines Committee. APIC guideline for handwashing and hand antisepsis in health care settings. *Am J Infect Control* 1995; 23: 251-269.
19. Olsen RJ, Lynch P, Coyle MB, Cummings MJ, Bokete T, Stamm WE. Examination gloves as barriers to hand contamination and clinical practice. *JAMA* 1993; 270: 350-353.
20. American Institute of Architects, Committee on Architecture for Health. General hospital. In: Guidelines for Construction and Equipment of Hospital and Medical Facilities. Washington, DC: The American Institute of Architects Press; 1993.
21. Jarvis WR, Bolyard EA, Bozzi CJ, et al. Respirators, recommendations, and regulations: the controversy surrounding protection of health care workers from tuberculosis. *Ann Intern Med* 1995; 122: 142-146.
22. Rutula WA, Mayhall CG. The Society for Hospital Epidemiology of America position paper: medical waste. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1992; 13: 38-48.
23. Rhame FS. The inanimate environment. In: Bennett JV, Brachman PS, eds. *Hospital Infections*. 3rd ed. Boston, MA: Little, Brown and Co; 1992: 299-333.

24. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Recommendations for preventing the spread of vancomycin resistance. *Am J Infect Control* 1995; 23: 87-94, *Infect Control Hosp Epidemiol* 1995; 16: 105-113, and *MMWR* 1995; 44 (No.RR-12): 1-13.
25. Centers for Disease Control and Prevention. Update: management of patients with suspected viral hemorrhagic fever--United States. *MMWR* 1995; 44: 475-479.
26. The Hospital Infection Control Practices Committee, Centers for Disease Control and Prevention, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services. Guideline for isolation precautions in hospitals. *Am J Infect Control* 1996; 24: 24-52.

Lista de chequeo
Precauciones de aislamiento

Institución: _____

Área o servicio: _____

Fecha: _____

Nombre de la persona evaluada: _____

Cargo: _____

OBJETIVO: evaluar la aplicación de las técnicas de aislamiento con el fin de detectar fortalezas y debilidades.

ASPECTOS EVALUADOS	SÍ	NO	OBSERVACIONES
1. Usted conoce los diferentes tipos de aislamientos que se usan en la atención de los pacientes hospitalizados			
2. De acuerdo con las patologías de los pacientes, usted toma las precauciones de aislamiento requeridas			
3. Cuenta usted en su servicio con la guía de precauciones de aislamiento			
4. El servicio dispone de herramientas suficientes de señalización para la aplicación de los diferentes tipos de aislamiento.			
5. El servicio cuenta con los siguientes elementos necesarios para la aplicación de cada una de las precauciones o medidas de aislamiento: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Jabón de tocador (lavado de manos social) ❖ Jabón quirúrgico ❖ Alcohol glicerinado ❖ Toallas de papel ❖ Dispensadores para jabón ❖ Lavamanos ❖ Bata o peto impermeable protector del trabajador ❖ Protectores oculares <ul style="list-style-type: none"> ◆ Bata de aislamientos: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Médico ❖ Paciente ❖ Familiar ◆ Mascarilla común ◆ Mascarilla de alta eficiencia 			

Continúa

ASPECTOS EVALUADOS	SÍ	NO	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Guantes limpios ◆ Guantes estériles ◆ Canecas marcadas con bolsa del color correspondiente al desecho ◆ Cuenta con recipientes adecuados para el desecho de elementos cortopunzantes ◆ Ventilación hacia el exterior ◆ Habitación individual con baño 			
6. En su servicio el comité de infecciones aprueba y explica cuando se instaure un aislamiento			
7. Se realiza capacitación evaluando periódicamente lo aprendido por el personal en relación con las medidas de precaución o aislamientos			
8. Se mantiene el tiempo establecido del aislamiento			
9. Las medidas de precaución se implementan desde el ingreso del paciente			

Observaciones generales: _____

Recomendaciones: _____

Lista de chequeo de las precauciones de aislamiento del paciente

Fecha de ingreso _____

Fecha de egreso _____

Diagnóstico del paciente _____

Tiempo de hospitalización requerida _____

Tipo de precaución:

- ◆ Precauciones de vía aérea _____
- ◆ Precauciones de contacto _____
- ◆ Precauciones de gotas _____
- ◆ Precauciones estándar _____

PROCEDIMIENTO	SE REALIZA	NO SE REALIZA	SE REQUIERE	NO SE REQUIERE
<p><i>Personal de salud:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Lavado de manos antes de tener contacto con el paciente ◆ Lavado de manos después de contacto con el paciente ◆ Uso de guantes limpios ◆ Uso de guantes estériles ◆ Uso de tapabocas ◆ Uso de gafas protectoras ◆ Uso de bata 				
<p><i>Paciente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Uso de bata ◆ Habitación individual ◆ Habitación compartida ◆ Ventilación ◆ Uso de tapabocas ◆ Uso de batas 				

Fichas

Precauciones tipo A
Visitas restringidas

Señor visitante

Por favor absténgase de entrar a la habitación. Acérquese a la central de enfermería para que le suministren información

PRECAUCIONES POR AEROSOL

La enfermera jefe, de acuerdo con el médico tratante, deben instaurar este aislamiento en pacientes con diagnósticos conocidos o ante la sospecha de estar infectados con microorganismos transmitidos por pequeñas gotas aerotransportadas (menores de 5 micras) que se evaporan, permanecen suspendidas en el aire y se dispersan ampliamente por corrientes aéreas dentro de un cuarto o en grandes distancias:

PATOLOGÍA	MATERIAL INFECTANTE	TIEMPO DE AISLAMIENTO
Brote vesículo/máculo papular con fiebre Sarampión	Secreción nasofaríngea	Hasta siete días después de iniciado el tratamiento y aparecido el brote cutáneo.
Varicela	Secreción respiratoria y lesiones dérmicas	Hasta cuando las lesiones tengan costra.
Herpes Zoster	Secreción salivar o vesiculopapular	Hasta 24 horas después de terminada la terapia de antibióticos y las lesiones tengan costra.
Tuberculosis pulmonar activa y laríngea (aplicase a todo paciente sintomático respiratorio hasta descartar patologías aquí descritas)	Secreción nasofaríngea	Tres semanas después de haber iniciado el tratamiento antimicrobiano.

Todo lo anterior se aplica a pacientes inmunosuprimidos: neutropénicos, quimioterapia, corticoterapia.

RECOMENDACIONES: precauciones estándar (véase la ficha de precauciones estándar) más:

1. Habitación ventilada individual con presión negativa: puerta cerrada permanentemente y ventana abierta.
2. Protección respiratoria al entrar a la habitación con mascarilla de alta eficiencia.
3. Traslado restringido del paciente, en caso necesario se le debe colocar mascarilla de alta eficiencia.
4. Lavado de manos estricto al entrar y salir de la habitación.
5. Guantes y bata si hay riesgo de salpicaduras.
6. Limpieza y desinfección del cuarto después de 2 horas de ventilación, con ventanas abiertas y puerta cerrada, según protocolo establecido de DESINFECCIÓN TERMINAL EN AISLAMIENTO POR AEROSOL (PVA)
7. Todo trabajador de la salud que tenga infecciones respiratorias activas o se encuentre inmunosuprimido debe abstenerse de entrar a la habitación.
8. Ropa y utensilios con manejo de precauciones estándar.

Precauciones tipo C
Precauciones por contacto

Señor visitante. Por favor lávese sus manos antes y después de tocar al paciente o sus enseres.
Contacte a la enfermera jefe para mayor información

La enfermera jefe, de acuerdo con el médico tratante, deben instaurar aislamiento por contacto ante la sospecha diagnóstica de:

PATOLOGÍA	MATERIAL INFECTANTE	PATOLOGÍA
Infecciones gastrointestinales. Enfermedades por Clostridium difficile, E. coli, Shigella sp.	Secreciones, heces	Hasta tener coprocultivos negativos.
Hepatitis A, E, rotavirus	Heces	Una semana después de la ictericia.
Infecciones por virus respiratorios: sincitial, parainfluenza o Enterovirus	Secreciones nasofaríngeas, heces	Hasta cuando termine la enfermedad.
Pediculosis	Piojo vivo	Hasta 24 horas después de iniciado el tratamiento.
Escabiosis	Ácaro	Hasta 24 horas después de iniciado el tratamiento.
Impétigo	Lesiones cutáneas	Hasta 24 horas después de iniciada la antibióticoterapia.
Herpes simple neonatal	Secreción respiratoria	Hasta 14 días y tener dos cultivos negativos 24 horas después de terminada la antibióticoterapia.
Furunculosis por estafilococo	Secreción cutánea	Hasta cuando termine la enfermedad.
Abscesos	Secreciones	Duración de la enfermedad.
Conjuntivitis viral o gonocócica	Secreción ocular	Hasta cuando termine la enfermedad
Fiebres hemorrágicas: Marburgo	Secrec. sanguíneas y oro faríngeas	Hasta tener hemocultivos negativos.

Además de las anteriores todo paciente con historia de infección o colonización con gérmenes multiresistentes, infecciones de piel, heridas o tracto urinario con estancias recientes en otra institución y en pacientes con abscesos o heridas con abundante drenaje.

RECOMENDACIONES: precauciones estándar (véase la ficha de precauciones estándar) más:

1. *Lavado de manos* antes de entrar a la habitación y al salir de ella, antes y después de tener contacto con el paciente.
2. *Uso de guantes* limpios cuando hay contacto con sangre o secreciones contaminadas o en caso de que la persona tenga lesiones o abrasiones en sus manos, para uso único cuando proporcione atención directa o tenga contacto con objetos del paciente, antes e inmediatamente después de retirarlos deben lavarse las manos. Es posible que sea necesario el cambio entre procedimientos con el mismo paciente. Uso de equipo de signos individual o desinfección del equipo con desinfectante de alto nivel antes de usarlo con otros pacientes.
3. *Uso de bata impermeable* (peto) al entrar al cuarto si cree que su ropa tendrá contacto con el paciente o con superficies contaminadas, limpie con jabón corriente si está macroscópicamente sucio y retire el peto antes de salir del ambiente del paciente teniendo la precaución de no tocar superficies potencialmente contaminadas.
4. *Transporte limitado* fuera del cuarto. En caso necesario debe minimizarse riesgo de transmisión a otros pacientes y superficies medio ambientales o equipos.
(La ropa debe enviarse en bolsa roja. Platos y loza no necesitan manejo especial).

Precauciones tipo G
 Visitas restringidas

Señor visitante

Por favor absténgase de entrar a la habitación. Acérquese a la central de enfermería para que le suministren información.

PRECAUCIONES POR GOTAS

La enfermera jefe, de acuerdo con el médico tratante, deben instaurar este aislamiento en pacientes con diagnóstico conocido o con sospecha de estar infectado con microorganismos transmitidos por gotas (más grandes de 5 micras en tamaño) que pueden ser generadas por el paciente al toser, estornudar, hablar o en la ejecución de otros procedimientos.

PATOLOGÍA	MATERIAL INFECTANTE	TIEMPO DE AISLAMIENTO
Enfermedades por haemophilus influenzae tipo B (meningitis, neumonía, sepsis)	Secreciones nasales	Hasta 36 horas después de iniciada antibióticoterapia
Enfermedades por Neiseria (meningitis, neumonía, sepsis)	Secreciones nasales y faríngeas	Hasta 36 horas después de iniciada antibióticoterapia
Neumonía por micoplasma	Secreciones nasales y faríngeas	Hasta diez días después de iniciado el tratamiento
Bacteriemia, neumonía y meningitis por meningococo	Secreciones nasales y faríngeas	Hasta 36 horas después de iniciado el tratamiento
Tosferina	Secreciones nasales y faríngeas	Hasta siete días después de iniciado el tratamiento
Faringitis por estreptococo B hemolítico del grupo A	Secreciones nasales, faríngeas y sanguíneas	Hasta terminar el tratamiento con antibiótico y tener dos hemocultivos negativos
Infecciones virales como Influenza	Secreciones nasales y faríngeas	Hasta cuatro días después de la iniciación de signos y síntomas
Adenovirus	Secreciones nasales y faríngeas y heces	Durante la hospitalización

PATOLOGÍA	MATERIAL INFECTANTE	TIEMPO DE AISLAMIENTO
Rubéola	Secreciones nasales y faríngeas, orina, sangre, y heces	Hasta cuatro días después del inicio del exantema
Parotiditis	Secreciones salivares	Hasta nueve días después del inicio del edema glandular
Parvovirus B 19	Secreciones nasales y faríngeas	Durante toda la hospitalización

RECOMENDACIONES: precauciones estándar (véase la ficha de precauciones estándar) más:

1. Habitación privada.
2. Uso de mascarilla corriente y gafas cuando se encuentre a menos de 1 metro de distancia del paciente.
3. Transporte limitado del paciente, en caso de ser necesario colocarle mascarilla.
4. Lavado de manos estricto al entrar y salir de la habitación.
5. Guantes y bata si hay riesgo de salpicaduras.
6. Ropa y utensilios con manejo de precauciones estándar.
7. Todo trabajador de la salud que tenga infecciones respiratorias activas o se encuentre inmunosuprimido debe abstenerse de entrar a la habitación.

Precauciones estándar

Este tipo de precauciones deben seguirse con toda persona que ingrese a la clínica, es la principal medida para controlar las infecciones cruzadas y prevenir infecciones en el personal, pacientes y visitantes. Incluye todo tipo de procedimientos que se realizan con el paciente empleando mecanismos que sirvan como barrera para prevenir la infección.

RECOMENDACIONES:

1. Lavado de manos: antes y después de todo procedimiento, antes y después del contacto directo con el paciente y de la manipulación de fluidos corporales.
 - ◊ Inmediatamente después de retirados los guantes, entre contacto directo con otro paciente.
 - ◊ Puede ser necesario lavar las manos entre las tareas y procedimientos en el mismo paciente.
2. Uso de guantes limpios:

Para manejo de sangre y fluidos corporales como sangre, semen, líquido amniótico, líquido cefalorraquídeo, orina, secreciones purulentas y artículos contaminados.

Antes de tocar membranas mucosas o piel no intacta y cuando la piel del personal de la salud presenta la piel de sus manos lesionada por abrasiones o cualquier tipo de lesiones.

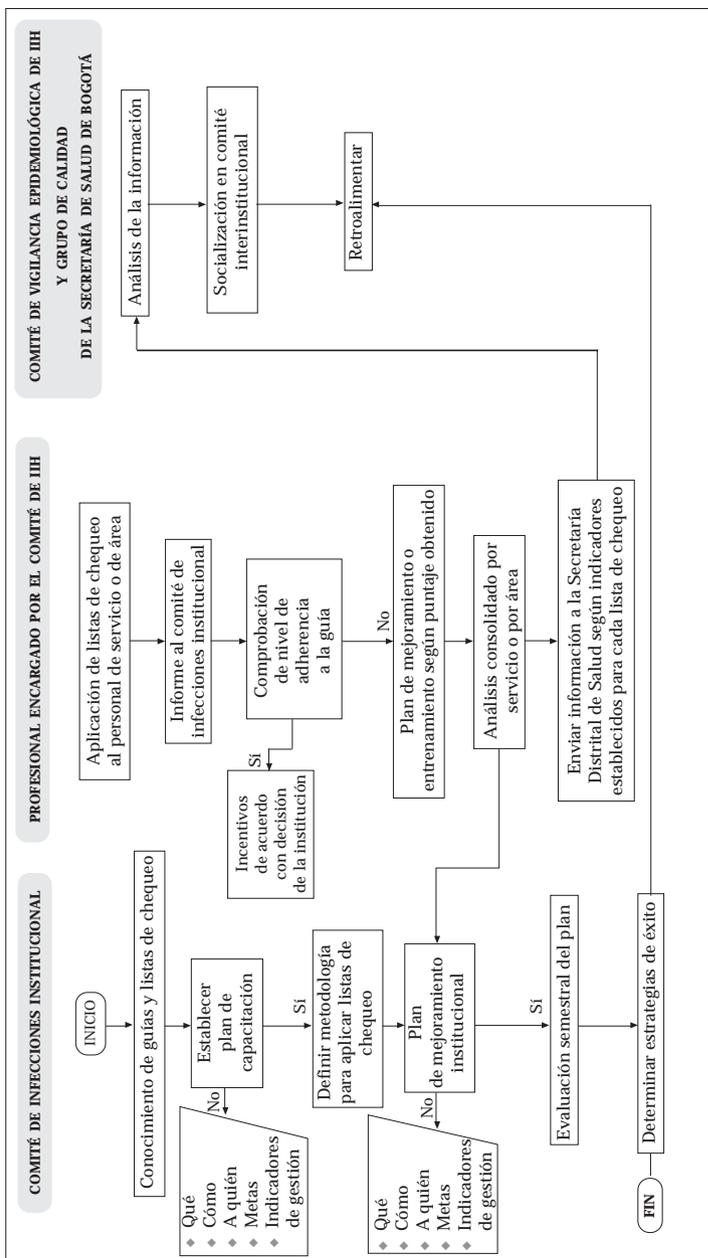
Se debe realizar cambio entre las tareas y procedimientos en el mismo paciente después de contacto con material que pueda tener una concentración alta de microorganismos.

Retírese los guantes inmediatamente después de su uso y lávese las manos antes de tocar artículos y superficies no contaminados o antes de tocar otro paciente.
3. Utilice gafas protectoras de ojos o máscara facial para proteger membranas; huela y hable con voz hueca durante los procedimientos y actividades donde haya probabilidad de generar salpicaduras o rocíos de sangre, fluidos corporales, secreciones y excreciones.
4. Utilice peto impermeable limpio (no estéril) para proteger sus ropas durante los procedimientos y actividades donde hay pro-

babilidad de salpicaduras o rocíos de sangre, fluidos corporales, secreciones o excreciones.

5. El equipo de cuidado del paciente (equipo de control de signos vitales, etcétera) o ropa que ha sido contaminado con sangre, fluidos corporales, secreciones o excreciones debe ser limpiado o desinfectado antes de su uso para el cuidado de otro paciente.
6. Asegúrese de que se hayan realizado los procedimientos en forma adecuada para el cuidado rutinario de limpieza y desinfección de superficies, camas, barandas, mesa de noche y de comida de su paciente.
7. Maneje como lo establece el protocolo la ropa contaminada con sangre, fluidos corporales, secreciones y excreciones visiblemente contaminada con la misma para evitar transferencia de microorganismos a otros pacientes y ambientes.
8. Utilice todas las medidas para prevenir lesiones al usar agujas o dispositivos corto punzantes especialmente después de procedimientos. **NUNCA** re-encapsule agujas usadas o las manipule usando ambas manos o use cualquier técnica que incluya dirigir la punta de la aguja a cualquier parte de su cuerpo. Deseche los artículos corto punzantes en los guardianes y cierre los mismos cuando estén en el nivel de lleno.

Proceso de implementación de guías de vigilancia epidemiológica de factores protectores para la prevención y control de infecciones intrahospitalarias



Participantes

Asesor especializado

Víctor Rosenthal, especialista argentino en medicina interna, enfermedades infecciosas, epidemiología hospitalaria y programas de efectividad clínica

Revisión y ajustes realizados por los miembros del comité de IIIH de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.

Ana Sofía Alonso, *Área de Vigilancia en Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.*

Clemencia Ávila, Clínica San Rafael

Claudia Campteyn, Fundación Hospital San Carlos

María Helena Estupiñán, Clínica Reina Sofía

Edna Liliana Flórez, Clínica Juan N. Corpas

Gladys Mayorga, Clínica Marly

Rocío Moren, Hospital San José

Julia Alejandra Ortiz, Fundación Abood Shaio

Yolima Pérez, Hospital San José

Agradecimientos por la participación en la revisión y ajustes

Asociación Colombiana de Infectología (ACIN), capítulo central, Carlos Jaramillo, presidente