

## Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

**BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA**  
UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
Chía - Cundinamarca

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

# ¿Se aísla la enfermedad o el paciente?

---

MANEJO DE AISLAMIENTOS, LA DIFERENCIA ENTRE COLOMBIA Y  
ESPAÑA.

**Yiceth Martínez Chaparro**

**16 de febrero de 2016**

## **MANEJO DE AISLAMIENTOS, LA DIFERENCIA ENTRE COLOMBIA Y ESPAÑA**

### **¿Se aísla la enfermedad o el paciente?**

El manejo y cuidado de pacientes con enfermedades transmisibles en los servicios de urgencias y unidades de cuidados intensivos es un problema que se presenta con gran frecuencia en el sistema sanitario de varios países. Debido a esto se han creado diversas normas universales de aislamiento que deben ser aplicadas desde el momento en que se identifique o se sospeche de la enfermedad transmisible que ponga en peligro tanto al personal sanitario como a los pacientes. (1)

Para hablar de aislamientos es necesario exponer y entender de donde y porque surgen estos; primero comienzan a través de infecciones intrahospitalarias, estas cuentan con tres elementos esenciales: una fuente de microorganismos que bien puede ser cada uno de los pacientes y personales de la salud. Otro elemento es el huésped que hace referencia a la persona que ha sido colonizada por el microorganismo y por último se tiene la transmisión, que es aquellas que da la pauta para decidir qué tipo de manejo o aislamiento se realiza. (2)(3).

Existen cinco rutas principales de transmisión: contacto, gotas, vía aérea, vehículos comunes y vectores, a continuación se explica brevemente cada una de ellas:

1. Transmisión de contacto: esta es la más importante y frecuente de las transmisiones, tiene dos subgrupos: transmisión por contacto directo, la cual involucra el contacto de una superficie corporal con otra, permitiendo así la transferencia física de microorganismos entre un huésped susceptible y una persona colonizada o infectada, esto ocurre en el traslado de pacientes, baño diario o en la realización de otros procedimientos con atención directa al paciente. Por otro lado la transmisión por contacto indirecto ocurre cuando hay contacto de un huésped susceptible con un objeto intermediario contaminado, por lo general inanimado, por ejemplo instrumental contaminado, agujas, gasas, elementos de telas o las manos contaminadas ya sean sin un previo lavado o sin cambio de guantes entre pacientes. (2)(3)
2. Transmisión por gotas: Las gotas son generadas desde una persona fuente durante la tos, el estornudo, el habla y durante la realización de la

broncoscopia. La transmisión ocurre cuando las gotas o partículas con un tamaño mayor a 5 micras generadas por la persona infectada son propagadas a una corta distancia y son depositadas en las conjuntivas, mucosa nasal o boca del huésped. Es importante destacar que las gotas no quedan suspendidas en el aire por tal motivo no se requiere un manejo especial del aire o ventilación. (2)(3)

3. Transmisión por la vía aérea: esta ocurre por diseminación de gotas generadas en la vía aérea que son menores a 5 micras, estas permanecen suspendidas en el aire por largos periodos de tiempo, aparte de ser gotas también existen partículas de polvo que contienen microorganismos infecciosos. 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 la fuente acorde a factores ambientales. Esta transmisión a diferencia con la de gotas si requiere medidas especiales en el manejo del aire y la ventilación. Algunos microorganismos transmitidos de esta manera son Mycobacterium tuberculosis y los virus de la rubéola, sarampión y varicela. (2)(3)
4. Transmisión por vehículos comunes: esta se da por elementos contaminados, tales como alimentos, agua, medicamentos, dispositivos y equipos médicos. (2)(3)
5. Transmisión por vectores: esta se da por vectores como: mosquitos, moscas, ratas, entre otros; los cuales transmiten microorganismos. Esta vía de transmisión no es de gran importancia en los hospitales o ambientes clínicos, ya que estos manejan protocolos de fumigación y control de roedores. (2)(3).

A partir de estas vías de transmisión se generan los aislamientos, los cuales se utilizan “para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas, interrumpir la cadena de transmisión, disminuir la incidencia de infección nosocomial, prevenir y controlar brotes, racionalizar el uso de recursos y mantener una alta calidad de atención.” (1). Para realizar un adecuado aislamiento hospitalario los profesionales de la salud deben tener en cuenta las siguientes características: debe ser selectivo acorde a la transmisión del microorganismo, necesario, no requiere orden médica, lo debe aplicar todo el equipo sanitario y se puede realizar a nivel hospitalario y ambulatorio. (1)

Los tipos de aislamientos generados según las vías de transmisión, fueron cuatro (4): Aislamiento por contacto, aislamiento por gotas, aislamiento aéreo o por aerosoles y aislamiento estándar. A continuación se explicaran y darán algunos ejemplos.

Aislamiento por contacto: este se da en los casos donde exista un contacto directo entre el microorganismo y el receptor, en este caso el paciente. Algunos ejemplos de enfermedades que se aíslan por contacto son: Infección o colonización gastrointestinal, respiratoria, urinaria, cutánea o de heridas por bacterias multirresistentes, infecciones entéricas por *Clostridium difficile*, pacientes con *E. Coli*, shigella, hepatitis A o rotavirus, virus respiratorio sincitial, virus para-influenza o infecciones por enterovirus en niños, difteria (cutánea), virus herpes simple (neonatal o mucocutáneo), impétigo, abscesos importantes, celulitis, pediculosis, sarna. (5).

Aislamiento por gotas: se realiza en caso de sospecha o existencia de enfermedades cuya transmisión sea por gotas mayores a 5 micras. Las enfermedades que se aíslan en este caso son: Infección generalizada por *H. Influenza* tipo B, incluyendo meningitis, neumonía, epiglotitis y sepsis, infección generalizada por *N. Meningitis* hasta 24 horas de iniciado el tratamiento antibiótico adecuado, incluidas meningitis, neumonía y sepsis, difteria (faríngea) hasta 2 cultivos negativos con intervalos de 24 horas, neumonía por *mycoplasma*, faringitis estreptocócica, neumonía o escarlatina en niños, adenovirus, gripe, paperas hasta la desaparición de la tumefacción glandular o hasta 9 días de su inicio, parvovirus B19, rubéola hasta los 7 días de la aparición del exantema. (5).

Aislamiento aéreo o por aerosoles: este a diferencia del aislamiento por gotas radica en que se da en los casos de que el agente infeccioso tiene un tamaño menor a 5 micras. Las enfermedades más comunes en este tipo de aislamiento son: Sarampión hasta 6 días de comenzado el exantema, varicela (incluido zóster diseminado) hasta que todas las lesiones se trasformen en costras, tuberculosis. (5).

Estos aislamientos no son solo diferenciados por el nombre sino también en algunos centros hospitalarios o clínicos los diferencian por colores, por ejemplo: el aislamiento estándar es de color rojo, el aislamiento de contacto es de color amarillo, el aislamiento por gotas es de color verde, el aislamiento aéreo es color azul y el aislamiento para pacientes inmunocomprometidos es de color gris. (6). Cabe aclarar que estos colores no están estipulados a nivel global, es decir cada clínica es libre de crear sus guías de aislamientos y la identificación de los mismos, teniendo como base científica las primeras guías publicadas por centros epidemiológicos y dedicados al estudio de enfermedades transmisibles y los estudios realizados y comprobados por los mismos, por ejemplo en la Clínica Reina Sofía los colores para los aislamientos están estipulados de la siguiente manera: contacto es rojo, aéreo es verde, por gotas es azul y protector es amarillo. (8). A diferencia de la Clínica Nuestra Señora del Pilar en

Barcelona, España, la cual solo tenían color característico para el aislamiento de contacto que era el rojo, y los otros aislamientos solo se identificaban con el nombre y un cartel blanco.

Por otro lado los aislamientos han tenido unas precauciones o categorías generales publicadas en 1996 por el comité asesor para las prácticas de control de infecciones hospitalarias de la CDC (Hospital Infection Control Practices Advisory Committee), estas tienen dos subgrupos: las precauciones de aislamiento estándar que se refieren a las medidas de control de todos los pacientes hospitalizados, y las precauciones de aislamiento basadas en la transmisión las cuales describen los cuidados necesarios para pacientes con infecciones o colonizaciones por patógenos epidemiológicamente relevantes, ya sean estas infecciones conocidas o sospechadas.(4). A continuación se explican estas precauciones:

- “Precauciones estándar o generales: recogen las medidas antes llamadas Universales, más las precauciones de Aislamiento de Sustancias Corporales. Son aplicables a todos los pacientes.
- Precauciones basadas en la vía de transmisión: Su objetivo es proteger a todas las personas del hospital, enfermos, trabajadores o visitantes, de los microorganismos transmisibles eliminados por un paciente determinado. Pueden ser: precauciones de contacto, por gotas y aéreas.
- Aislamiento protector o preventivo: Consiste en proteger a los pacientes seriamente inmunodeprimidos de los microorganismos transportados por otros enfermos, por el personal sanitario, visitas, familiares y los que existen en el medio ambiente.” (4).

La CDC realizó esta clasificación para facilitar y economizar al momento de realizar aislamientos, teniendo presente el objetivo principal de los aislamientos que es interrumpir la cadena de transmisión del germen. Para comprobar la efectividad de esto la CDC colocó como norma para todo el equipo de salud y los familiares de los pacientes hospitalizados, utilizar las precauciones necesarias y verificar su efectividad con la toma de cultivos. (1).

A partir de esta información y como sustento teórico se buscó información tanto de España como de Colombia sobre el manejo que le da cada país a los aislamientos. Esta búsqueda no arrojó grandes diferencias teóricas, pues ambos países se basan en las guías desarrolladas por la CDC, la diferencia radica es en la práctica clínica de cada una de las precauciones para los aislamientos. A continuación se citan los elementos, fundamentos y precauciones generales para los aislamientos de manera global. Haciendo énfasis en cómo estos se llevan a la práctica en cada país.

Primero tenemos las precauciones estándar, las cuales son:

- Lavado de manos y uso de guantes: esta medida es la más importante al momento de reducir la transmisión de microorganismos entre una persona y otra, entre dos sitios anatómicos distintos en un mismo paciente. Acorde a esto se han creado guías internacionales sobre el lavado y antisepsia de las manos, teniendo presente en cada una de estas los momentos en que se debe realizar el lavado, que es antes y después de tener contacto directo con los pacientes, con sus fluidos orgánicos, secreciones, excreciones y equipos o artículos contaminados por ellos. Junto a esta medida el uso de guantes cumple un papel importante en la reducción del riesgo de transmisión de microorganismos, debido a que reducen la posibilidad de que microorganismos presentes en las manos del personal sean transmitidos a los pacientes durante procedimientos invasivos y en contacto directo con el mismo. Esta precaución se practica de igual forma a nivel global, teniendo presente la misma técnica de lavado de manos tanto en España como en Colombia. (2)(3).
- Ubicación de pacientes: la ubicación y organización adecuada de los pacientes permite la efectividad del aislamiento, una habitación privada es esencial para prevenir la transmisión por contacto directo e indirecto cuando el paciente contaminado tiene hábitos higiénicos deficientes o no puede esperarse que siga las precauciones necesarias para el control de las infecciones. (3). Acorde a este ítem en España puede que se maneje un cubículo privado por cada paciente pero estos no son separados por paredes, sino por cortinas que muchas veces no permiten una separación y protección total de cada paciente aislado con los que no están aislados.
- Traslado de los pacientes infectados: las infecciones se reducen en los hospitales si se limita el movimiento de pacientes infectados por microorganismos altamente transmisibles o epidemiológicamente importantes, asegurándose de que estos pacientes dejen solo su habitación por propósitos esenciales, y si esto ocurre debe trasladarse con el uso de barreras apropiadas acordes al tipo de aislamiento. Según la práctica clínica en ambos países se realizan traslados correctos, teniendo siempre presente la seguridad de los pacientes y sobre todo del personal sanitario.
- Mascarillas, protección respiratoria, ocular y facial: se usan solos o combinados acorde a los procedimientos que se realicen en el paciente y en su medio ambiente, donde puedan tener contacto directo con salpicaduras de sangre, fluidos orgánicos, secreciones y excreciones. Cabe resaltar que no se puede utilizar cualquier tipo de mascarilla en

todos los aislamientos, acorde al tamaño de los microorganismos como es en el caso de los aislamientos por gotas donde se requiere de una mascarilla quirúrgica o N95.

- Batas impermeables y vestimenta de protección: las batas deben utilizarse para prevenir la contaminación de la ropa o proteger la piel del personal sanitario o familiares de la exposición de sangre o fluidos orgánicos. Las batas deben cumplir con ciertas características, tener cobertura de las extremidades tanto superiores como inferiores, y ser de un material que evite el paso de microorganismo.

Acorde los dos ítems nombrados anteriormente España los cumple rigurosamente, a diferencia de Colombia que en ciertos hospitales las batas no son desechables sino de tela y cada paciente cuenta con tres batas, las cuales se rotan cada vez que ingrese alguien al cubículo o habitación del paciente; potenciando así que las personas que utilicen las batas adquieren microorganismos de otras y creen una nueva cadena de transmisión.

- Equipo y artículos para el cuidado de los pacientes: en este ítem se tienen en cuenta todos los elementos que se requieren para el cuidado y atención del paciente hospitalizado, por ejemplo los materiales corto punzantes deben colocarse en contenedores resistentes a la perforación, y tener presente que estos siempre deben transportarse al lugar del aislamiento para descartarlos inmediatamente después de usados, evitando circular por los lugares no contaminados. Los otros artículos como gasas, recipientes de medicamentos, pañales, etc. deben depositarse en bolsas gruesas evitando la contaminación de su superficie externa y colocándola dentro de otra bolsa. Los equipos que no se pueden desechar y tiene fluidos orgánicos y sangre se envían a su previa esterilización para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos a otros pacientes que requieran el uso de los mismos.
- Ropa y lavadero: la ropa es uno de los elementos principales que pueden generar la transmisión de microorganismos patógenos, por tal motivo es de suma importancia que se trate o manipule, transporte y lave de manera aislada y estéril.
- Vajillas, vasos, tasas y utensilios: no requieren de una normativa en especial, y en su mayoría de casos se debe utilizar elementos desechables que luego de entrar en contacto con el paciente sean desechados en la misma habitación.
- Habitación o cubículo de aislamiento: se realiza la higiene de estas áreas de la misma manera en todos los aislamientos, resaltando una previa desinfección de los elementos que rodean al paciente como lo es camilla, barandas, colchón, mesa. Cada vez que se da de alta a un

paciente aislado y va a ingresar otro se debe realizar la higiene de la habitación e ingresar al nuevo paciente después de un tiempo determinado entre 2 a 4 horas, para evitar así una reinfección o colonización por otros microorganismos al paciente ingresado. (2)(3).

En estos últimos ítems considero que cada país cumple con estas precauciones, resaltando que cada uno maneja materiales diferentes para la desinfección, ya sean jabones o soluciones estériles. En cuanto al desecho de objetos contaminados en España en cada habitación o cubículo de aislamiento no colocaban canecas de colores según el tipo de basura a depositar, sino se manejaba solo la roja sin importar los desechos que en estos depositaran el personal sanitario, porque para ellos todo lo del paciente aislado se debe botar y nada debe ser reciclado o reutilizado.

Basándonos en lo expuesto anteriormente ya podemos enfocarnos en cada tipo de aislamiento según la vía de transmisión, resaltando de cada uno como se hace, que medidas preventivas llevar a cabo y como se diferencian estos. Cabe resaltar que estos aislamientos persiguen objetivos específicos, tanto en España como en Colombia se maneja las mismas precauciones para cada tipo de aislamiento. A continuación se nombran los objetivos específicos al realizar un aislamiento:

“• Ser epidemiológicamente seguros.

- Reconocer la importancia de todos los fluidos corporales, secreciones y excreciones, en la transmisión de agentes infecciosos en los servicios de salud.
- Tener adecuadas precauciones en las infecciones transmitidas por aire, gotas, y contacto.
- Ser simples y fáciles de aplicar.
- Usar nueva terminología para evitar la confusión con los sistemas de control de infecciones y aislamientos ya existentes.

Es preciso aclarar que las medidas y precauciones de los aislamientos deben aplicarse siguiendo rigurosas normas científicas, de acuerdo a la epidemiología de la enfermedad y su modo de transmisión, evitando la adopción de medidas emocionales derivadas de temores injustificados.” (7). También se debe tener presente que cuando se decide realizar un aislamiento de este tipo, es preciso conocer: ¿cuál es la enfermedad?, ¿cómo se transmite?, ¿cuál es el riesgo para el personal de salud, estudiantes, otros pacientes y los familiares?, ¿cuál es el riesgo para el paciente? Y no olvidar que **“el concepto actual es que debe aislarse la enfermedad y no el paciente.”** (7).

Las primeras precauciones que se van a nombrar son las del **aislamiento de contacto**: en este los pacientes deben ser colocados en habitación individual o compartida con otro paciente infectado con el mismo germen, separando los equipos y elementos de cada uno. Tanto auxiliares, enfermeras y médicos deben usar *guantes* cuando entran a la habitación, y deberán ser cambiados tras la atención del paciente y cada vez que se manipule el material que contenga altas concentraciones de microorganismos. Mientras se permanezca aun en la habitación, el trabajador de la salud deberá quitarse los guantes y lavar sus manos con un antiséptico y tratar de no contaminar sus manos antes de salir de la habitación. (5).

Según la OMS este tipo de aislamiento debe tener las siguientes precauciones:

- Habitación individual para el paciente o formación de cohortes con esos pacientes.
- El personal debe usar guantes al entrar a la habitación y bata para contacto con el paciente o contacto con superficies o material contaminados.
- Es preciso lavarse las manos antes y después del contacto con el paciente y al salir de la habitación.
- Se debe realizar una limpieza, desinfección y esterilización apropiadas del medio ambiente y del equipo.

Por otro lado para la OMS este tipo de aislamiento es estricto y absoluto en enfermedades como: fiebre hemorrágica y *S. aureus* resistente a vancomicina. También cuando existe el riesgo de infección por un agente con gran carga de virus y otro agente singular. En estos casos las precauciones a tener en cuenta son:

- Habitación individual, en un zona de aislamiento, si es posible.
- Mascarilla, guantes, batas, gorro, protección de los ojos para todas las personas que entren a la habitación.
- Lavado higiénico de las manos al entrar a la habitación y al salir de ella.
- Desinfección de instrumentos médicos.
- Restricción de los visitantes y del personal.
- Uso de equipo desechable (de uso único).
- Transporte apropiado de las muestras al laboratorio y manejo adecuado en éste.
- Reducir al mínimo el traslado de personal y de pacientes dentro de una Unidad.
- Reforzar las disposiciones sobre lavado de las manos que debe cumplir el personal después del contacto con pacientes infectados o

colonizados; considerar la posibilidad de usar un agente antiséptico para el lavado de las manos.

- Considerar la posibilidad de tratar a los portadores nasales con mupirocina.
- Considerar el lavado o el baño diario de los portadores o los pacientes infectados con un jabón antiséptico.
- Manejar y evacuar cuidadosamente los dispositivos médicos, la ropa de cama, los residuos, etc.
- Establecer pautas en que se especifique cuándo deben cesar las medidas de aislamiento. (9).

Las precauciones del **aislamiento por gotas** son las siguientes:

- “Los pacientes deben ser colocados en habitaciones individuales o compartidas con otro paciente que esté infectado por el mismo germen.
- La puerta de la habitación puede quedar abierta.
- Los trabajadores de la salud deben usar mascarillas cuando se encuentren a menos de un metro del paciente.
- Cuando el paciente es trasladado fuera de su cuarto debe usar mascarilla.” (5).

Según la OMS este tipo de aislamiento debe tener las siguientes precauciones:

- “Habitación individual para el paciente, si se necesita.
- Mascarilla para los trabajadores de salud.
- Circulación restringida para el paciente; el paciente usa una mascarilla quirúrgica si sale de la habitación.” (9).

Por último tenemos **el aislamiento aéreo o por aerosoles**, el cual tiene las siguientes precauciones:

- Habitación individual: La puerta debe permanecer cerrada y con el flujo de aire hacia el exterior, no hacia el pasillo (presión negativa) siempre que sea posible.
- Mascarilla: (alta eficiencia N95): deben ser usadas por toda persona que entre en la habitación. Los pacientes deberán utilizarla si son llevados fuera de su habitación al igual que los acompañantes dentro de la habitación.
- Guantes y bata: se deben utilizar cuando puede existir contacto con secreciones respiratorias o instrumentos contaminados con secreciones respiratorias. Deberán ser desechadas después de cada uso.
- Lavado de manos: debe ser realizado según las normas y guías universales de lavado de manos.

- Objetos contaminados: deberán ser colocados en bolsas plásticas para sacarlos de la habitación y proceder a su procesamiento (limpieza, desinfección, esterilización, desecho, etc.). (5).

La OMS para este tipo de aislamiento, da las siguientes precauciones:

- “Habitación individual con ventilación adecuada, que tenga, siempre que sea posible, presión negativa, una puerta cerrada, por lo menos seis ciclos de recambio de aire por hora y un tubo de escape al exterior lejos de los conductos de entrada.
- Uso de mascarillas de alto rendimiento por los trabajadores de salud que se encuentren en la habitación del paciente.
- Mantenimiento del paciente en su habitación.” (9).

Basándome en la teoría citada anteriormente realizare una comparación más específica de como llevan los aislamientos los profesionales de enfermería en España y como los llevan los profesionales de enfermería en Colombia, resaltando de cada uno el rol que cumple el profesional y las precauciones implementadas.

Primero cabe resaltar que según la normativa y las guías de aislamientos para ambos países se deben realizar de igual manera los aislamientos y existen los mismos tipos de aislamientos, en lo único que varían es en el nombre que se le dan y como identificarlos según los colores de cada uno, por ejemplo en Colombia está más protocolizado la identificación de cada aislamientos, es decir en la puerta o cubículo donde se encuentre la persona aislada, colocan un cartel del color del aislamiento y las precauciones básicas que deben tener con el mismo. A diferencia de España que solo utiliza el color rojo para el aislamiento de contacto, y el resto de aislamientos solo son identificados con el nombre y un letrero color blanco.

Por otro lado en España a nivel de urgencias tienen un protocolo de aislamiento sin tener la certeza del mismo, es decir cuando ingresa un paciente con fiebre e hipotensión, activan un código sepsis y realizan un aislamiento de protección siguiendo las siguientes precauciones:

- Identificación precoz del enfermo con riesgo de transmitir infección, es decir avisan al servicio de urgencias el código sepsis y ellos antes de pasar al paciente de la zona de triage, alistan una habitación para el aislamiento.
- Inician las medidas de precaución del tipo de aislamiento. Durante la espera en urgencias, el paciente susceptible de aislamiento seguirá las siguientes recomendaciones:

- Permanecerá en una habitación individual, bien ventilada de forma que el aire circule hacia el exterior, sin que se establezcan corrientes de aire hacia áreas donde permanezcan otros pacientes, con las siguientes precauciones y dotaciones de medios: Puerta cerrada, lavabo dentro de la habitación, mascarillas quirúrgicas para colocarle al paciente y evitar la diseminación de gérmenes al toser y hablar, y en los traslados; pañuelos para que el paciente se cubra la boca al toser y una bolsa de plástico para desecharlos tras su uso.
- Tras tomar la decisión del aislamiento, reducir al máximo el tiempo de espera de resultados de cultivos o laboratorios. Luego de comprobar la existencia de una infección o enfermedad transmisible, realizan en el mismo servicio de urgencias lo siguiente: Al momento de realizar el aislamiento darán información de este a las siguientes personas: Al propio paciente de la naturaleza de su proceso, las medidas adoptadas y el riesgo sanitario para los demás. Además de información oral, que deberá ser siempre tranquilizadora, se le dará una hoja informativa sobre el aislamiento. Al personal sanitario responsable de sus traslados en el hospital y de la realización de pruebas complementaria y por ultimo a la unidad receptora del paciente. (10)

A diferencia con Colombia, al ingresar a urgencias un paciente con esta sintomatología, ellos lo atienden y estabilizan en cualquier cubículo o camilla, toman primero las pruebas de laboratorios y cultivos para verificar el diagnóstico y luego de ver los resultados si toman la decisión de aislarlo, sin tener la precaución de que en el tiempo de espera a los resultados se pudo transmitir la infección o el microorganismos tanto al personal de salud como a los otros pacientes enfermos que acorde a su estado son más propensos a adquirir una infección por microorganismos, ya sea por contacto, por vía aérea o por gotas. Igualmente en los servicios de urgencias que he conocido a lo largo de mis practicas no he visto en ellos habitaciones especiales para aislamientos, por tal motivo una vez corroboran la existencia de la enfermedad lo trasladan ya sea a piso o a unidades especiales para brindar el tratamiento oportuno.

Por otro lado no solo basta con tener un tipo de aislamiento para controlar una enfermedad trasmisible; a nivel de identidades sanitarias en España realizan unas precauciones estandarizadas, para el control epidemiológico de microorganismos, algunas de estas son:

- Control anual por parte del servicio de medicina preventiva para la detección de portadores sanos de *Staphylococcus aureus*, esto se realiza a todo el personal de las unidades de cuidados intensivos, incluyendo el personal de limpieza; se toman muestras nasales y

laboratorios, y si existe algún caso positivo se realiza su previo tratamiento.

- Control trimestral de contaminación biológica ambiental (suelos, paredes, camas, y demás enseres), esta labor la realiza una empresa externa al hospital o centro sanitario.
- Todos los pacientes que presenten una hospitalización prolongada previamente al ingreso en UCI o si proceden de otro centro sanitario, se aíslan de modo preventivo y se les practica cultivos microbiológicos de mucosa orofaríngea o fosas nasales, piel de axilas e ingles, esto con el fin de descartar que sean portadores de bacterias.
- Se realizan semanalmente frotis nasales, orales y rectales para cultivos de vigilancia microbiológica y efectividad de los antibióticos y de los aislamientos. (13). Estos se le realizan tanto a los pacientes aislados como a los hospitalizados en la misma unidad.

Lo nombrado anteriormente al ser comparado con las precauciones que existen en Colombia en cuanto a las enfermedades transmisibles, nos damos cuenta que en Colombia el personal sanitario no es tan meticuloso o cauteloso con estos temas, puede que si practiquen protocolos de aislamiento y de manejo con pacientes de enfermedades transmisibles, pero esto solo lo hacen cuando ya está comprobado en un 100% que tienen el microorganismo de la enfermedad o infección.

También se encontraron diferencias en el uso de barreras de protección entre los dos países, en España cada aislamiento sin importar cuál sea, las personas que entren en contacto con el paciente o que brinden cuidado al mismo, deben utilizar todas las barreras de protección (gorro, mascarilla, guantes, bata, zapatones) y estas deben ser desechables, puesto que cada vez que ingresen a la habitación del paciente se las deben retirar en estas y depositarlas en la caneca establecida para el aislamiento y seguido a esto higienizar las manos y al salir procurar no volver a tener contacto con el medio ambiente del paciente. A diferencia que en Colombia las barreras de protección se utilizan según cada tipo de aislamiento, no en todos se utiliza gorro, bata y zapatones, y en los que se utiliza bata, esta no es desechada cada vez que la utiliza alguien, sino se la retiran y la cuelgan en la misma habitación para que al ingresar otra persona disponga de esta para su protección; el manejo de esta barrera de protección se puede ver de dos maneras primero desde la parte económica, pues al estar cambiando por persona la bata generaría gastos al centro sanitario y segundo al utilizar la misma bata que porto otra persona no sabemos si en esta hayan quedado bacterias o microorganismos de la misma y generaríamos una vía de transmisión por contacto indirecto. Otro tema que me ha llamado la atención en cuanto a las diferencias en el momento de hacer los aislamientos es la disponibilidad de recursos e instalaciones, en España la mayoría de hospitales

cuentan con buenos recursos económicos y sus instalaciones son modernas y grandes, por tal motivo cada unidad ya sea UCI, urgencias o planta cuentan con habitaciones individuales, totalmente equipadas y preparadas a nivel de ventilación y seguridad para llevar a cabo en las mismas los aislamientos con sus precauciones necesarias. En Colombia en muchos hospitales o clínicas aíslan en habitaciones compartidas, aclarando que las personas que están allí tienen el mismo tipo de aislamiento; aparte de ser compartido cada cubículo del paciente era separado por una cortina y en la mayoría de los casos se compartían las sillas o mesas entre los mismos.

Pero como saber en qué lugar se realiza mejor los aislamientos o si para hacerlos es necesario seguir a pie de la letra las guías o normas impuestas para los mismos y ser tan meticulosos y excesivos con las enfermedades transmisibles. Según estudios tanto en Colombia como en España han querido demostrar la efectividad del aislamiento y de la detección y tratamientos de microorganismos infecciosos. Un estudio realizado en Colombia demostró que si se rigen por las normas dadas por la CDC se disminuyen las enfermedades e infecciones transmisibles en la unidad de cuidados intensivos, y que el aislamiento más utilizado y el más complejo es el aéreo. Pero pese a los buenos resultados se resalta que no existen buenos controles microbiológicos y epidemiológicos, lo que lleva a un aumento de microorganismos multiresistentes y a un mal manejo de los aislamientos y tratamientos para los mismos. (12)

Otro estudio resalta la importancia del manejo correcto y estricto de las precauciones de los aislamientos; puesto que existen altas prevalencias de resistencia a los antimicrobianos, por lo cual demandan el fortalecimiento de las estrategias de vigilancia, prevención y control de la resistencia bacteriana en ambientes de alta complejidad, en ambientes generales o ambientes comunitarios, lo que lleva a un fortalecimiento en la prevención de enfermedades transmisibles y esto se puede comenzar con evitar el contagio y propagación de estas promocionando y cumpliendo con las guías o normativas de aislamientos, dando a conocer las mismas no solo en ambientes hospitalarios sino comunitarios.(11)

Varios estudios resaltan que el cumplimiento de las medidas preventivas de los aislamientos disminuyen la transmisión cruzada de infecciones y a su vez reduce el índice de infecciones nosocomiales tanto en UCI como en Urgencias, igualmente resaltan que los protocolos los deben cumplir todo el personal que tenga contacto con el paciente, incluyendo personal externo al centro sanitario (familiares), por otro lado se debe ofrecer una información adecuada para no crear una alarma y conseguir que se respeten y cumplan las normas

establecidas con el fin de aumentar la calidad asistencial brindada por el personal sanitario y mejorar la salud del paciente. (13).

Resaltando el rol de enfermería en la temática tratada, se puede decir que en España la aplicación del plan de cuidados para evitar infecciones nosocomiales o disminuir las enfermedades transmisibles mediante los aislamientos ha concientizado a todo el personal implicado en el cuidado a conocer los fundamentos y guías de aislamientos, puesto que las enfermeras de UCI y urgencias se encargan de hacer cumplir de forma escrupulosa estas normas a todo el personal interno y externo de las mismas unidades. Cabe resaltar que las enfermeras tienen un cuidado específico con los familiares y/o allegados a los pacientes, puesto que les explican todo el proceso a seguir y nunca impiden el contacto con sus familiares hospitalizados, al contrario explican su enfermedad, el modo de transmisión de la misma y las maneras de evitar el contagio mediante el uso de medidas de protección. Un punto importante en cuanto al personal de enfermería a nivel de España, es que en cualquier unidad ya sea UCI o urgencias existen más enfermeras profesionales que auxiliares y en el caso de brindar cuidado a los pacientes aislados, asignan a una sola enfermera encargada de los mismos, con el fin de evitar que esta lleve enfermedades a los pacientes sin aislamientos. Por otro lado en Colombia puede que solo existan dos enfermeras profesionales para cada unidad y la que se encarga de la habitación aislada se encargara también de los pacientes no aislados, también a nivel de educación familiar por parte de las enfermeras no se ve ese contacto directo con las familias ya sea porque no le ven importancia o porque no lo consideran como un cuidado esencial para evitar la transmisión de enfermedades y el fortalecimiento del sistema sanitario.

## Referencias bibliográficas.

1. Cuervo M. Técnicas para el aislamiento hospitalario, Guías para el manejo de urgencias, Fundación Santafé de Bogotá, Capítulo X, Disponible en: [http://www.aibarra.org/apuntes/criticos/guias/enfermeria/tecnicas\\_para\\_el\\_aislamiento\\_hospitalario.pdf](http://www.aibarra.org/apuntes/criticos/guias/enfermeria/tecnicas_para_el_aislamiento_hospitalario.pdf).
2. Borrego E. Prevención y Control de la Infección Nosocomial, Promoción de la calidad, Guías de las buenas practicas, Madrid, España, 2008. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DGuiaBPC-+Infecci%C3%B3n+Nosocomial+5+mayo+2009.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220487126351&ssbinary=true>.
3. Precauciones de aislamiento, Guías para la prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias, Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C. 2004. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Todo%20IIH/006%20Aislamiento.pdf>.
4. Salcedo L. Seguridad Hospitalaria y Prevención Epidemiológica, Granada, Junio 2010. Disponible en: <https://cies.files.wordpress.com/2010/09/infeccion-hospitalaria-loreto.pdf>.
5. Álvarez Z. Guía de aislamiento para pacientes con infecciones transmisibles. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, 2007. Disponible en: <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/almacen/preventiva/Gu%C3%ADa%20aislamiento%20Resumida.pdf>.
6. Aislamiento de pacientes con enfermedades transmisibles y pacientes inmunocomprometidos, Guías de procedimientos, 2015. Disponible en: <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/PR-SIB-12.pdf>.
7. Acosta G, Ade M, Guía para la prevención y el control de las infecciones en servicios de salud dirigida a estudiantes de las carreras de ciencias de la salud, Unidad de Enfermedades Transmisibles, Bolivia, 2007.

- Disponible en:  
<http://www.anes.pt/files/documents/default/683347471.pdf>.
8. Torres A, Castilla C, Medidas de prevención en el aislamiento de pacientes, Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería, Andalucía, España. Disponible en:  
[http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user\\_upload/area\\_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos\\_2012/h11\\_medidas\\_prevencion\\_aislamiento.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/h11_medidas_prevencion_aislamiento.pdf).
  9. OMS, Prevención y control de infecciones en la atención sanitaria. Disponible en:  
<http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/swineinflcont/es/index3.html>.
  10. Sáenz J, Medidas de aislamiento y otras precauciones para pacientes con enfermedades transmisibles, Grupo de estudio de Aislamiento Hospitalario, Hospital Donostia, Países Vascos, 2006. Disponible en:  
<http://www.urgenciasdonostia.org/Portals/0/Medicos/Protocolos/Administrativos/PRT-31%20Medidas%20de%20aislamiento%20y%20otras%20precauciones.pdf>.
  11. Martínez E, Hernández C, Frecuencia de aislamientos microbiológicos y perfil de resistencia bacteriana en 13 clínicas y hospitales de alta complejidad en Santiago de Cali – Colombia, Elsevier, 2014. Disponible en:  
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0123939214707349?via=sd&c=y>.
  12. Molina F. Díaz C, Perfil microbiológico de las Infecciones en Unidades de Cuidados intensivos en Colombia, Elsevier, 2011. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912011000200003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912011000200003).
  13. Moran M, Tejedor R, Aislamiento de contacto y prevención de diseminación de infecciones graves en una unidad de cuidados intensivos, descripción de un protocolo, Rev. Enfermería Intensiva, Castellón, España, 2006. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-aislamiento-contacto-prevencion-diseminacion-infecciones-13093156>.