



Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)

Preguntas frecuentes relativas a la prevención y el control de infecciones asociadas a la atención médica para el COVID-19

Updated April 23, 2020

Resumen de la página



Esta página se actualizó el 12 de abril del 2020 para alinearla con las [Recomendaciones provisionales para la prevención y el control de infecciones en la atención médica de pacientes con enfermedad del coronavirus 2019 \(COVID-19\) confirmada o presunta en entornos de atención médica](#) que fueron revisadas.

A quién está dirigida esta página: Personal de atención médica que esté atendiendo a pacientes con COVID-19 confirmado o a pacientes bajo investigación por COVID-19.

Qué propósito tiene: Las preguntas frecuentes fueron creadas para apoyar la actual [Guía para la prevención y el control de infecciones asociadas a la atención médica para el COVID-19](#).

Cómo se usa: Ayuda a los establecimientos de atención médica a prevenir la transmisión del COVID-19 en este tipo de entornos.

Si un establecimiento de cuidados a largo plazo tiene un residente o un miembro del personal con COVID-19 presunto o confirmado, ¿cómo y a quién se debe comunicar esto? +

Los establecimientos deben cumplir con los requisitos de notificación de su estado o jurisdicción. Aquellos regulados por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (p. ej., los hogares de ancianos) también deben cumplir con todos los [requisitos de los CMS](#)  , los cuales están siendo actualizados para incluir nuevos requisitos para notificar a los CDC, y a los residentes y sus representantes.

Además, los [CDC recomiendan](#) que los [departamentos de salud](#) sean notificados rápidamente sobre lo siguiente:

- residentes o miembros del personal de atención médica con COVID-19 presunto o confirmado,
- residentes con infección respiratoria grave que cause hospitalización o muerte, y
- ≥ 3 residentes o miembros del personal de atención médica con síntomas respiratorios de reciente aparición con una diferencia de menos de 72 horas entre uno y otro.

Esto podría señalar un brote de COVID-19 o de otra enfermedad respiratoria en el establecimiento. El departamento de salud puede proveer orientación importante para asistir con la búsqueda de casos y detener la transmisión.

El establecimiento también debe tener un plan y un mecanismo para comunicarse regularmente con los residentes, los familiares, y el personal de atención médica, incluso si se identifican casos de COVID-19 en el establecimiento. A menudo, la información en los hogares de ancianos se comunica a través de reuniones públicas y reuniones de personal, junto con cartas o mensajes electrónicos. Sin embargo, durante la pandemia de COVID-19, no se deben realizar reuniones en persona. En vez de eso, la comunicación debe ocurrir a través de reuniones virtuales por teléfono o en plataformas de Internet. Esto debería complementarse con comunicaciones por escrito que proporcionen la información de contacto de un miembro del personal que pueda responder las preguntas o inquietudes. Las comunicaciones también deben incluir información que describa la situación actual, los planes para limitar la propagación dentro del establecimiento y las medidas recomendadas que se puedan tomar para protegerse y proteger a los demás. Los establecimientos deben entregar esta información de manera oportuna y ofrecer actualizaciones periódicas a medida que la situación cambie y haya más información disponible.

¿Por qué siguen recomendando los CDC un nivel de protección respiratoria equivalente o mayor al que provee un respirador con mascarilla de filtrado N95 desechable para la atención médica de los pacientes que se sabe o se sospecha que tienen COVID-19?

+

La guía de los CDC de usar respiradores con mascarilla de filtrado desechable de nivel N95 o superior aprobados por NIOSH al atender a pacientes que se sabe o sospecha que tienen COVID-19 se basa en los conocimientos actuales sobre el SARS-CoV-2 y virus respiratorios relacionados.

Los datos actuales parecen indicar que la transmisión de aerosoles a corta distancia a través de gotitas e inhalación, y el contacto seguido de autotransferencia a los ojos, la nariz o la boca son vías probables de transmisión. La transmisión de aerosoles a larga distancia, tal como se ve en el sarampión, no ha sido una característica del SARS-CoV-2.

Las potenciales vías de transmisión a corta distancia incluyen las salpicaduras y el rociado de material infeccioso a las membranas mucosas y la inhalación de viriones infecciosos exhalados por una persona infectada. La contribución relativa de cada una de estas vías no se conoce para el SARS-CoV-2.

Las mascarillas que comúnmente se usan durante los procedimientos quirúrgicos proveerán una barrera de protección contra el contacto entre el rocío de gotitas y las membranas mucosas de la nariz y la boca, pero no están diseñadas para proteger al que las usa contra la inhalación de partículas pequeñas. Los respiradores con nivel de filtrado N95 o superior — como otros respiradores con mascarilla de filtrado desechables, los respiradores purificadores de aire forzado (PAPR) y los respiradores elastoméricos — proveen tanto una barrera como protección respiratoria debido a sus características de filtrado y de buen ajuste.

Los respiradores deberían usarse como parte de un programa de protección que le provea al personal evaluaciones médicas, capacitación y pruebas de ajuste.

Aunque las mascarillas se usen rutinariamente para la atención médica de pacientes con infecciones respiratorias virales comunes, los respiradores de nivel N95 o superior se recomiendan de forma habitual para los patógenos emergentes como el SARS-CoV-2, que tienen el potencial de transmisión vía partículas pequeñas, la capacidad de causar infecciones graves y para los cuales no hay tratamientos específicos o vacunas.

Las recomendaciones de los CDC reconocen los desafíos actuales en relación con los suministros de respiradores N95 y otros. Los establecimientos que no tengan suministros suficientes de respiradores N95 y otros para toda la atención médica de pacientes deberían priorizar su uso para las actividades y los procedimientos que suponen el riesgo de generar aerosoles infecciosos y usar las mascarillas para la atención médica que no conlleve tales actividades o procedimientos. Hay [estrategias para optimizar el suministro de respiradores N95 en entornos de atención médica](#) detalladas en el sitio web de los CDC. La guía indica que, una vez que se restablezca la disponibilidad de suministros, se debe reanudar el uso de respiradores de nivel N95 o superior.

¿Qué equipo de protección personal (EPP) deben usar las personas que transporten dentro de un establecimiento de atención médica a pacientes con COVID-19 confirmado o que estén bajo investigación por COVID-19? Por ejemplo, ¿qué EPP se debe usar cuando se transporte a un paciente al departamento de radiología para las pruebas de imagen que no se puedan realizar en su habitación?

+

En general, el transporte y movimiento de un paciente fuera de su habitación debería limitarse a los fines médicamente esenciales. Si se transporta a un paciente fuera de la habitación, como a radiología, se deberá notificar con anticipación al personal de atención médica en el área que lo recibirá. Cuando sea transportado, el paciente deberá usar una mascarilla o una cubierta de tela para la cara para contener las secreciones y estar cubierto con una sábana limpia.

Si el personal a cargo del transporte debe preparar al paciente para su traslado (p. ej., transferirlo a una silla de ruedas o a una camilla), este personal debe usar [todo el EPP recomendado](#) (guantes, bata, protección respiratoria — que como mínimo tenga el nivel de protección de un respirador con mascarilla de filtrado N95 desechable de ajuste comprobado, certificado por NIOSH o, si no hay un respirador disponible, una mascarilla— y protección para los ojos, es decir, gafas de protección o un protector facial desechable que cubra el frente y los costados de la cara). Esta recomendación es necesaria porque estas interacciones generalmente incluyen un contacto cercano, a menudo cara a cara, con el paciente en un espacio cerrado (p. ej., la habitación del paciente). Una vez que el paciente haya sido transferido a la silla de ruedas o a la camilla (y antes de salir de la habitación), las personas que lo transporten deben quitarse la bata, los guantes y la protección para los ojos, e higienizarse las manos.

Al personal de atención médica que transporta pacientes con infecciones respiratorias no se le recomienda generalmente que use EPP si el paciente estará usando una mascarilla o cubierta de tela para la cara cuando lo transporten desde su habitación hasta el lugar de destino. Sin embargo, debido a las actuales limitaciones en los conocimientos sobre el COVID-19 y siguiendo el enfoque cauteloso actual de [estratificación del riesgo y monitoreo del personal de atención médica que se ocupe de pacientes con COVID-19](#), se recomienda que quienes realicen el transporte usen una mascarilla para todo lo que implique más que un breve encuentro con pacientes con COVID-19. No se debe requerir EPP adicional a menos de que se prevea la necesidad de suministrar asistencia médica durante el transporte (p. ej., ayudar al paciente a remplazar una mascarilla que se le haya salido).

Después de llegar a su destino, el personal que reciba al paciente (p. ej., en radiología) y la persona que realizó el transporte (si ayuda con la transferencia) deben higienizarse las manos y usar [todo el EPP recomendado](#). Si todavía está usando la mascarilla o el respirador original, la persona que transportó al paciente debe ser cuidadosa para evitar contaminarse a sí misma al ponerse el resto del EPP recomendado. Este enfoque cauteloso se perfeccionará y actualizará a medida que se disponga de más información y las necesidades de respuesta cambien en los Estados Unidos.

La guía interina para el personal de servicios médicos de emergencia que transporte a pacientes con COVID-19 confirmado o presunto está [disponible aquí](#). El personal de servicios médicos de emergencia debe usar todo el EPP recomendado porque está suministrando atención médica directa y en contacto cercano con el paciente por periodos más prolongados.

¿Qué EPP debe usar el personal de atención médica que esté atendiendo a pacientes asintomáticos con antecedentes de exposición al COVID-19 y que estén siendo evaluados por una dolencia no infecciosa (p. ej., hipertensión o hiperglucemia)?

+

Se deben tomar las medidas de precaución estándar cuando se atienda a cualquier paciente, sin importar si es un caso de COVID-19 confirmado o presunto. El personal de atención médica que vea a pacientes con síntomas que sean incluso leves¹ y puedan coincidir con los de COVID-19 (p. ej., tos, dolor de garganta, dificultad para respirar, dolores musculares) deberían usar [todo el EPP recomendado](#) durante la interacción con el paciente (guantes, bata, protección respiratoria —que como mínimo tenga el nivel de protección de un respirador con mascarilla de filtrado N95 desechable de ajuste comprobado, certificado por NIOSH o, si no hay un respirador disponible, una mascarilla— y protección para los ojos, es decir, gafas de protección o un protector facial desechable que cubra el frente y los costados de la cara).

Estudios recientes indican que las personas que están infectadas pero que no presentan síntomas probablemente tengan también un papel en la propagación del COVID-19. Esto pone de relieve la importancia de usar las prácticas de prevención con todos los pacientes, como el distanciamiento social, la higiene de las manos y la descontaminación de superficies. Además, se recomienda la aplicación de un [control universal de fuentes](#)² a todas las personas que entren a un centro de atención médica. Si el paciente no presenta síntomas de COVID-19, ni siquiera leves, entonces no se requiere el uso de las [precauciones específicas para el COVID-19](#), pero su uso podría considerarse en las regiones con alta incidencia de COVID-19 en la comunidad.

¹ Note: Además de la tos y la dificultad para respirar, se han notado síntomas no específicos, como dolor de garganta, mialgia, fatiga, náuseas y diarrea como síntomas iniciales en algunos casos de COVID-19. Estos síntomas pueden tener varias explicaciones alternativas; sin embargo, la falta de identificación e implementación de medidas de precaución adecuadas en un entorno de atención médica en las personas infectadas por el virus que causa el COVID-19 puede contribuir a la transmisión generalizada en ese establecimiento debido a la presencia de pacientes susceptibles y las interacciones cercanas con el personal de atención médica. Por esta razón, el personal de atención médica debería incluir los síntomas leves y no específicos, y una temperatura más baja de 100.0 °F, al evaluar a estos pacientes con el fin de aumentar la capacidad de detectar aun los casos leves de COVID-19. Hay información adicional [disponible](#) sobre la presentación de pacientes con COVID-19

² Las cubiertas de tela para la cara no se consideran EPP debido a que se desconoce su capacidad para proteger al personal de atención médica. Si hay mascarillas disponibles, se deberían reservar para el personal de atención médica. Para los visitantes y los pacientes, podría ser adecuado el uso de cubiertas de tela para la cara. Si un visitante o un paciente llega a un centro de atención médica sin cubierta de tela para la cara, se puede usar una mascarilla, si hay suministros disponibles, para realizar el control de fuentes.

¿Qué equipo de protección personal (EPP) debe usar el personal de servicios ambientales que limpie y desinfecte las habitaciones de los pacientes hospitalizados con COVID-19?

+

En general, solo el personal esencial debería ingresar a la habitación de pacientes con COVID-19. Los establecimientos de atención médica deben considerar la asignación de la limpieza y desinfección diaria de las superficies de contacto frecuente al personal de enfermería que ya estará en la habitación atendiendo al paciente. Si se le asigna esta responsabilidad al personal de servicios ambientales, deberán usar todo el [EPP recomendado](#) cuando estén en la habitación. El EPP deberá quitarse una vez que se haya salido de la habitación, e inmediatamente después se deberán higienizar las manos.

Después del alta, el personal de servicios ambientales podrá realizar la limpieza terminal. Deberá demorar el ingreso a la habitación hasta que [haya transcurrido el tiempo suficiente](#) para que bastantes cambios de aire eliminen las partículas potencialmente infecciosas. Todavía no sabemos por cuánto tiempo el SARS-CoV-2 permanece infeccioso en el aire. Independientemente de eso, el personal de servicios ambientales debe evitar ingresar a la habitación desocupada hasta que haya transcurrido el tiempo suficiente para que bastantes cambios de aire eliminen las partículas potencialmente infecciosas (hay más información en [tasas de remoción bajo condiciones de ventilación diversas](#)). Después de que haya transcurrido ese tiempo, el personal de servicios ambientales puede entrar a la habitación y debe usar una bata y guantes al realizar la limpieza terminal. Se deberá agregar una mascarilla (si no se usa ya para el control de fuentes) y protección para los ojos si se prevé que habrá salpicaduras o rociamiento durante las actividades de limpieza y desinfección, o si de algún otro modo se requieren debido a los productos de limpieza seleccionados. En estos momentos no se le está recomendando usar cubrezapatos al personal que esté atendiendo a pacientes con COVID-19.

En los entornos de atención médica, ¿cuáles procedimientos son considerados como generadores de aerosoles? +

Algunos procedimientos que se les realiza a los pacientes tienen más probabilidad de generar concentraciones más altas de aerosoles respiratorios infecciosos, que las que se producen al toser, estornudar, hablar o respirar. Estos procedimientos generadores de aerosoles (AGP, por sus siglas en inglés) ponen al personal de atención médica y a otras personas potencialmente en mayor riesgo de exposición a patógenos e infección.

No ha sido posible crear una lista exhaustiva de los AGP para los entornos de atención médica debido a las limitaciones en los datos disponibles en cuanto a cuáles procedimientos podrían generar aerosoles potencialmente infecciosos, y a las dificultades para determinar si las transmisiones reportadas durante los AGP se debieron a aerosoles o a otras exposiciones.

No hay consenso de expertos ni suficientes datos de respaldo para crear una lista definitiva y exhaustiva de los AGP para los entornos de atención médica.

Los procedimientos médicos realizados comúnmente, que con frecuencia son considerados como AGP, incluyen:


- succión abierta de vías respiratorias
- inducción de esputo
- reanimación cardiopulmonar
- intubación y extubación endotraqueal
- ventilación no invasiva (p. ej., BiPAP, CPAP)
- broncoscopia
- ventilación manual

Con base en los limitados datos disponibles, no se sabe con certeza si podrían ser infecciosos los aerosoles generados por algunos procedimientos, como, por ejemplo:

- administración de medicamentos por nebulizador*
- administración de oxígeno de alto flujo

*Los aerosoles generados por los nebulizadores se derivan del medicamento en el nebulizador. No se sabe con certeza si las potenciales asociaciones entre la realización de este procedimiento común y un mayor riesgo de infección podrían deberse a los aerosoles generados por el procedimiento o al mayor contacto entre quienes administran el medicamento nebulizado y los pacientes infectados.

Referencias relacionadas con los procedimientos generadores de aerosoles:

Tran K, Cimon K, Severn M, Pessoa-Silva CL, Conly J (2012) Aerosol Generating Procedures and Risk of Transmission of Acute Respiratory Infections to Healthcare Workers: A Systematic Review. PLoS ONE 7(4); <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3338532/#!po=72.2222>[external icon](#)[external icon](#) .

¿Dónde deberían realizarse las pruebas de hisopado nasofaríngeo a pacientes con COVID-19 confirmado o presunto, y con qué EPP?

+

La obtención de hisopados nasofaríngeos de pacientes con COVID-19 confirmado o presunto puede realizarse en una sala de atención de pacientes común con la puerta cerrada. No se requiere el uso de una sala de aislamiento por infecciones de transmisión por vía aérea para obtener las muestras nasofaríngeas. El personal de atención médica que esté en la sala debe usar un respirador N95 o superior (o una mascarilla si no hay un respirador disponible), protección para los ojos, guantes y una bata. Si los respiradores no están fácilmente disponibles, deben ser priorizados para otros procedimientos con mayor riesgo de producir aerosoles infecciosos (p. ej., intubación), en lugar de usarlos para realizar los hisopados nasofaríngeos.

¿Es necesario que todos los pacientes con COVID-19 confirmado o presunto sean ubicados en salas de aislamiento por infecciones de transmisión por vía aérea?

+

No. Las [Recomendaciones provisionales para la prevención y el control de infecciones en pacientes con enfermedad del coronavirus 2019 \(COVID-19\) confirmada o presunta en entornos de atención médica](#) de los CDC aconsejan ubicar a los pacientes en una sala de atención de pacientes común con la puerta cerrada. Las salas de aislamiento por infecciones de transmisión por vía aérea deben reservarse para pacientes sometidos a procedimientos que generen aerosoles o para fines de diagnóstico, como tuberculosis activa.

¿Por cuánto tiempo debe permanecer desocupada una sala de atención de pacientes después de haber sido ocupada por un paciente con COVID-19 confirmado o presunto? +

Si bien se cree que la propagación del SARS-CoV-2 se produce principalmente a través de las gotitas respiratorias, la contribución de pequeñas partículas respirables a la transmisión por la gran proximidad actualmente es incierta. La transmisión por vía aérea de persona a persona a grandes distancias es poco probable.

La cantidad de tiempo que el aire adentro de la sala de atención de pacientes permanece potencialmente infeccioso es desconocida y podría depender de un número de factores que incluyen el tamaño de la sala, la cantidad de cambios de aire por hora, cuánto tiempo el paciente estuvo en la sala, si el paciente estuvo tosiendo o estornudando, y si se realizó un procedimiento que generó aerosoles. Los establecimientos de atención médica tendrán que considerar estos factores al decidir cuándo alguien que no esté usando EPP puede entrar en la sala desocupada.

En el caso de un paciente que no estuvo tosiendo ni estornudando, no fue sometido a un procedimiento que generó aerosoles, y ocupó la sala por un corto periodo (p. ej., unos minutos), cualquier riesgo para el personal de atención médica y los pacientes subsiguientes probablemente se disipará en una cuestión de minutos. Sin embargo, en el caso de un paciente que estuvo tosiendo y que se quedó en la sala por un largo periodo, o fue sometido a un procedimiento que generó aerosoles, el periodo de riesgo probablemente sea más largo.

Para estas situaciones de mayor riesgo, es razonable aplicar un periodo similar al que se usa en el caso de la propagación de patógenos por vía aérea (p. ej., sarampión, tuberculosis) y restringir el ingreso de personal de atención médica y de pacientes sin EPP a la sala hasta que haya transcurrido el tiempo suficiente para que bastantes cambios de aire eliminen las partículas potencialmente infecciosas.

Hay disponible una guía general sobre [tasas de remoción bajo condiciones de ventilación diversas](#).

Además de asegurarse de que haya transcurrido el tiempo suficiente para que bastantes cambios de aire eliminen las partículas potencialmente infecciosas, el personal de atención médica debe limpiar y desinfectar las superficies ambientales y el equipo compartido antes de que la sala sea usada para otro paciente.

En mi hospital hay escasez de batas de aislamiento. Para preservar nuestros suministros, ¿podemos dejar de usarlas cuando atendamos a pacientes con *Staphylococcus aureus* resistentes a la metilina (SARM) y otros organismos endémicos multirresistentes (MDRO), y *Clostridioides difficile*? +

Los CDC han difundido información acerca de las [estrategias para optimizar el suministro de batas de aislamiento](#). Los establecimientos de atención médica deben remitirse a esas directrices e implementar las estrategias recomendadas para optimizar sus suministros actuales de batas. Esto incluye pasar a usar batas de tela lavables, si es viable.

El uso de batas como parte de las precauciones de contacto en el contexto de los MDRO se ha implementado principalmente para reducir el riesgo de transmisión a otros pacientes, y no para proteger al personal de atención médica. Los establecimientos que tengan escasez de batas podrían considerar la suspensión de su uso para la atención de pacientes con MDRO de carácter endémico, como SARM, ERV y bacilos gramnegativos productores de ESBL, con excepción de lo requerido por las [medidas de precaución estándar](#). Los establecimientos deben evaluar su epidemiología local para determinar cuáles MDRO se consideran endémicos. Independientemente del uso de batas, el personal de atención médica debe continuar usando guantes para el contacto con estos pacientes y su entorno. Se debe continuar enfatizando la higiene de las manos. Los establecimientos también deben intentar colocar a los pacientes colonizados o infectados por un MDRO en habitaciones privadas, si están disponibles.

- **Atención de pacientes que tengan organismos gramnegativos altamente resistentes (p. ej., enterobacterias resistentes a los carbapenemes) y otros MDRO (p. ej., *Candida auris*) que no se consideren endémicos:** Las batas deberían reservarse —en lugar de ponerse una cada vez que se ingrese en una habitación— para ser usadas como parte las [medidas de precaución estándar](#) y también priorizarse para las actividades de alto contacto que forman parte de la atención del paciente y que constituyen el riesgo más alto de transferencia de patógenos del paciente al personal de atención médica. Ejemplos de estas actividades de alto contacto incluyen vestir, bañar o duchar, transferir, higienizar, cambiar sábanas, cambiar la ropa interior o ayudar para usar el baño, cuidado o uso de dispositivos (vía central, sonda urinaria, tubo de alimentación, traqueostomía o respirador) y cuidado de heridas. Para preservar las batas aún más, se recomienda que el personal de atención médica agrupe las actividades de alto contacto que formen parte de la atención individual. Independientemente del uso de batas, el personal de atención médica debe continuar usando guantes para el contacto con estos pacientes y su entorno. Se debe continuar enfatizando la higiene de las manos. Los establecimientos también deben intentar colocar a los pacientes colonizados o infectados por un MDRO en habitaciones privadas, si están disponibles.
- **Atención de pacientes con infecciones por *Clostridioides difficile* (CDI):** Los establecimientos deben continuar usando precauciones por contacto (ponerse una bata y guantes al ingresar a la habitación del paciente y colocar al paciente en una habitación privada) para la atención de pacientes sintomáticos con CDI. Como parte de una [estrategia complementaria para prevenir la transmisión de CDI](#), algunos establecimientos han implementado precauciones por contacto para la atención de pacientes con alto riesgo de CDI que son portadores asintomáticos de *Clostridioides difficile*. Hay datos limitados sobre el rol de la portación asintomática en la transmisión de CDI. En estas circunstancias de escasez crítica de batas a nivel nacional, los establecimientos deben considerar la suspensión de este enfoque hasta que se solucione la situación de escasez. Las batas aún deben usarse como parte de las [medidas de precaución estándar](#).

*Los enlaces a sitios web pueden llevar a páginas en inglés o español.

Page last reviewed: April 23, 2020

Content source: [National Center for Immunization and Respiratory Diseases \(NCIRD\), Division of Viral Diseases](#)