

Precauciones específicas de aislamiento en pacientes con organismos multidrogorresistentes

Specific isolation precautions in patients with multidrug-resistant organisms

Eduardo Arias de la Garza, Hilda Hernández Orozco, José Luis Castañeda Narváez

Departamento de Infectología y Comité de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud INP.

El riesgo de transmisión de agentes infecciosos ocurre en todos los entornos de atención médica, incluida la atención hospitalaria, centros de atención a largo plazo, centros de atención ambulatoria y atención médica domiciliaria. Las infecciones pueden transmitirse de un paciente a otro a través del personal de atención médica, el entorno compartido o los equipos y dispositivos médicos.¹

Las precauciones de aislamiento buscan específicamente evitar la transmisión de agentes infecciosos utilizando medidas efectivas acorde a los recursos del hospital. Existen diferentes tipos de precauciones, las más utilizadas a nivel mundial son las precauciones estándar, de contacto, vía aérea, gotas y mixtas.¹

Las precauciones de contacto (PC) fueron recomendadas por primera vez por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en 1970, cuando no existía un adecuado control epidemiológico de las infecciones asociadas a la atención en salud ni un adecuado apego a higiene de manos por falta de soluciones alcoholadas y uso de clorhexidina así como tecnología que ayudara a realizar la desinfección hospitalaria.²

En las décadas siguientes, se ha adquirido más conocimiento acerca de enfoques estratégicos para la prevención de infecciones. A pesar del uso generalizado de las PC, hay poca evidencia que apoye la efectividad en la prevención y diseminación de las infecciones por organismos multidrogorresistentes (MDRO, por sus siglas en inglés) como *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SAMR), *Enterococcus spp.* resistente a vancomicina (ERV) o enterobacterias resistentes a carbapenémicos (ERC).¹

Los MDRO pueden propagarse de una persona a otra por las manos de los trabajadores de la salud, además pueden estar sobre objetos inanimados como rieles de cama, manijas de carrito de medicamentos, mesas de noche, tubos de medicamentos y catéteres, asimismo algunos pacientes pueden estar colonizados por un MDRO y no enfermarse; sin embargo, pueden transmitir estos microorganismos por contacto a otro paciente.²

A continuación se resumen las recomendaciones de la SHEA (*Society for Healthcare Epidemiology of America*) acerca de las precauciones específicas de aislamiento en pacientes con infecciones por MDRO:³

RECOMENDACIONES PARA **STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE (MRSA)**

1. Si un hospital usa PC para pacientes previamente colonizados o infectados con MRSA, se recomienda establecer una política para la interrupción de las PC por MRSA.
2. Para pacientes que no están en terapia antimicrobiana con actividad contra MRSA, se recomiendan cultivos de cribado negativo para guiar decisiones sobre la interrupción de las PC. El número óptimo de cultivos negativos necesarios no está claro, aunque algunas series recomiendan de uno a tres cultivos negativos.² Las narinas son un sitio común de muestreo, aun cuando la literatura no es clara con respecto al sitio óptimo y el papel del muestreo extranasal.
3. Para pacientes de alto riesgo, como aquéllos con heridas crónicas con drenaje o pacientes con largas estancias hospitalarias, se recomiendan las

Financiamiento: Ninguno. Conflicto de intereses: Ninguno.

PC desde el último cultivo MRSA-positivo antes de evaluar la interrupción de las mismas.

4. Fuera de un entorno de brote, si las tasas endémicas de un hospital por infección con MRSA son bajas, el hospital puede considerar el uso de PC para pacientes con enfermedad activa por MRSA durante el ingreso índice y discontinuarlas al alta hospitalaria. Al adoptar este enfoque, un hospital debe monitorear las tasas de infección por MRSA, maximizar y considerar el uso de monitoreo de precauciones y minimizar los pacientes en cohortes para evitar transmisión intrahospitalaria. Si las tasas de infección por MRSA aumentan, el hospital debe realizar cultivos de vigilancia con base en la interrupción de las PC.

RECOMENDACIONES PARA ENTEROCOCCUS SPP. RESISTENTE A VANCOMICINA (ERV)

1. Si un hospital utiliza PC para pacientes portadores o infectados por ERV, se recomienda establecer una política intrahospitalaria.
2. Es importante que junto con el tratamiento para ERV el hospital utilice como vigilancia hisopados rectales negativos para la toma de decisiones sobre el retiro de las PC. Se recomienda tener cultivos negativos.
3. Se deben continuar las PC en pacientes infectados por ERV que se encuentran inmunosuprimidos en unidades de quemados, trasplantados de médula ósea, antibióticos de amplio espectro sin actividad contra *Enterococcus spp.*
4. En centros hospitalarios donde las tasas de infección por ERV sean bajas, se deben utilizar las PC en pacientes con infección activa por ERV. En caso de que las tasas de infecciones se incrementen, valorar realizar hisopados para detectar pacientes colonizados.

RECOMENDACIONES PARA ENTEROBACTERIAS RESISTENTES A CARBAPENÉMICOS (ERC)

1. Si dentro del hospital se utilizan PC para pacientes infectados o colonizados por ERC, se recomienda establecer una política hospitalaria para discontinuarlas y que incluya lo siguiente:

- a. Mantener las PC durante la hospitalización cuando se detecte infección o colonización por este tipo de bacterias.
 - b. Considerar el retiro de las PC por lo menos seis meses posteriores desde el último cultivo positivo.
 - c. Presencia de infección activa por este tipo de bacterias.
 - d. Mínimo dos hisopados rectales de vigilancia negativos con una semana de diferencia
2. Se recomienda continuar las PC durante toda la hospitalización en los pacientes con infección confirmada por enterobacterias productoras de carbapenemasas.

CONCLUSIONES

Es importante conocer la epidemiología hospitalaria y las tasas de infecciones por MDRO en nuestros centros de trabajo y a través de esto incorporar los factores de riesgo de transferencia y adquisición de este tipo de microorganismos en la planificación de la atención y así poder contar con protocolos para implementar y discontinuar las precauciones de contacto individualizando cada caso de acuerdo con su patología de base y factores de riesgo de transferencia y adquisición de este tipo de microorganismos.

Los programas de control de infecciones intrahospitalarias son el pilar para evitar brotes y diseminación de este tipo de patógenos, por lo que la vigilancia epidemiológica y la comunicación interinstitucional pueden ser parte de las estrategias en el control de este tipo de bacterias.

REFERENCIAS

1. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings.
2. Edmond MB, Wenzel RP. Targeted decolonization to prevent ICU infections. *N Engl J Med.* 2013; 368: 2614-2615.
3. Banach DB, Bearman G, Barnden M, Hanrahan JA, Leekha S, Morgan DJ et al. Duration of contact precautions for acute-care settings. *Infection Control Hosp Epidemiol.* 2018; 39 (2): 127-144.

Correspondencia:

Dr. Eduardo Arias de la Garza

E-mail: lalo_arias@hotmail.com