

# Síndrome febril en Urgencias. Sepsis

Rosario Peinado Clemens  
Curso para residentes de primer año

18/06/2018

# FIEBRE

- ▶ Temperatura del cuerpo más elevada de lo normal.
- ▶ Temperatura normal  $36,8 \pm 0,5^{\circ} \text{C}$ .
- ▶ La Temperatura "*normal del organismo en un adulto*" puede oscilar en función de las características del individuo, su actividad física, el momento y el lugar de la determinación.
- ▶ Ritmo circadiano con valores mínimos de  $T^a$  sobre las 6:00 h y máximos en torno a las 18:00 horas



## ¿Dónde medir?

- ▶ T<sup>a</sup> axilar: 35,2-36,5
- ▶ T<sup>a</sup> rectal: axilar + 1,2° (37,2-37,8°)
- ▶ T<sup>a</sup> oral: axilar + 0,6° (36,5-37,5°)
- ▶ T<sup>a</sup> óptica: 37,3°



# Conceptos

- ▶ Fiebre: Elevación de la T corporal  $>37,9^{\circ}\text{C}$  como respuesta fisiológica del organismo a distintas agresiones: infecciones, inflamaciones, tumores, etc.
- ▶ Síndrome febril: Fiebre que cursa junto con otras manifestaciones o síntomas como escalofríos, tiritona, diaforesis, mialgias, cefalea, malestar general, taquicardia, taquipnea, anorexia, somnolencia, etc.
- ▶ Febrícula: Intervalo donde la  $T^a$  está entre  $37-37,8^{\circ}\text{C}$ .
- ▶ Hipertermia: Aumento de la  $T^a$  por fallo del centro termorregulador, generalmente por encima de  $39^{\circ}\text{C}$ , como consecuencia de un aumento excesivo en la producción del calor corporal o de una disminución en la eliminación del mismo. Mala respuesta a antipiréticos y sin respetar el ritmo circadiano.
- ▶ Hiperpirexia:  $T^a$  mayor de  $41-41,5^{\circ}\text{C}$  o ha subido de forma rápida aumentando en más de  $1^{\circ}\text{C}$  por hora durante dos o más horas. El centro termorregulador está a punto de fracasar y es necesario bajar la  $T^a$ . Se considera una  $T^a$  potencialmente letal a partir de  $43^{\circ}\text{C}$ .

## Según tiempo de evolución

- ▶ Fiebre de breve duración: menos de *48 horas*.
- ▶ Fiebre aguda o de corta duración: si está presente menos de *una semana*.
- ▶ Fiebre de duración intermedia: desde el inicio de la misma hasta su consulta han pasado de 7 a 14 días.
- ▶ Fiebre de larga evolución o prolongada: evolución de *más de 2-3 semanas*.
- ▶ Fiebre de origen desconocido (FOD) :  $T^a > 38,3^{\circ}\text{C}$  en determinaciones repetidas, con una duración de más de 3 semanas y donde no se haya llegado a un diagnóstico tras tres visitas ambulatorias con un estudio “adecuado” o tres días en un hospital sin descubrir la causa de la fiebre: FOD clásica, FOD nosocomial, FOD en neutropénicos, FOD en pacientes con VIH y FOD intermitente.

➤ Más frecuentes en Urgencias:

- Fiebre de breve duración: menos de *48 horas*.
- Fiebre aguda o de corta duración: si está presente menos de *una semana*.

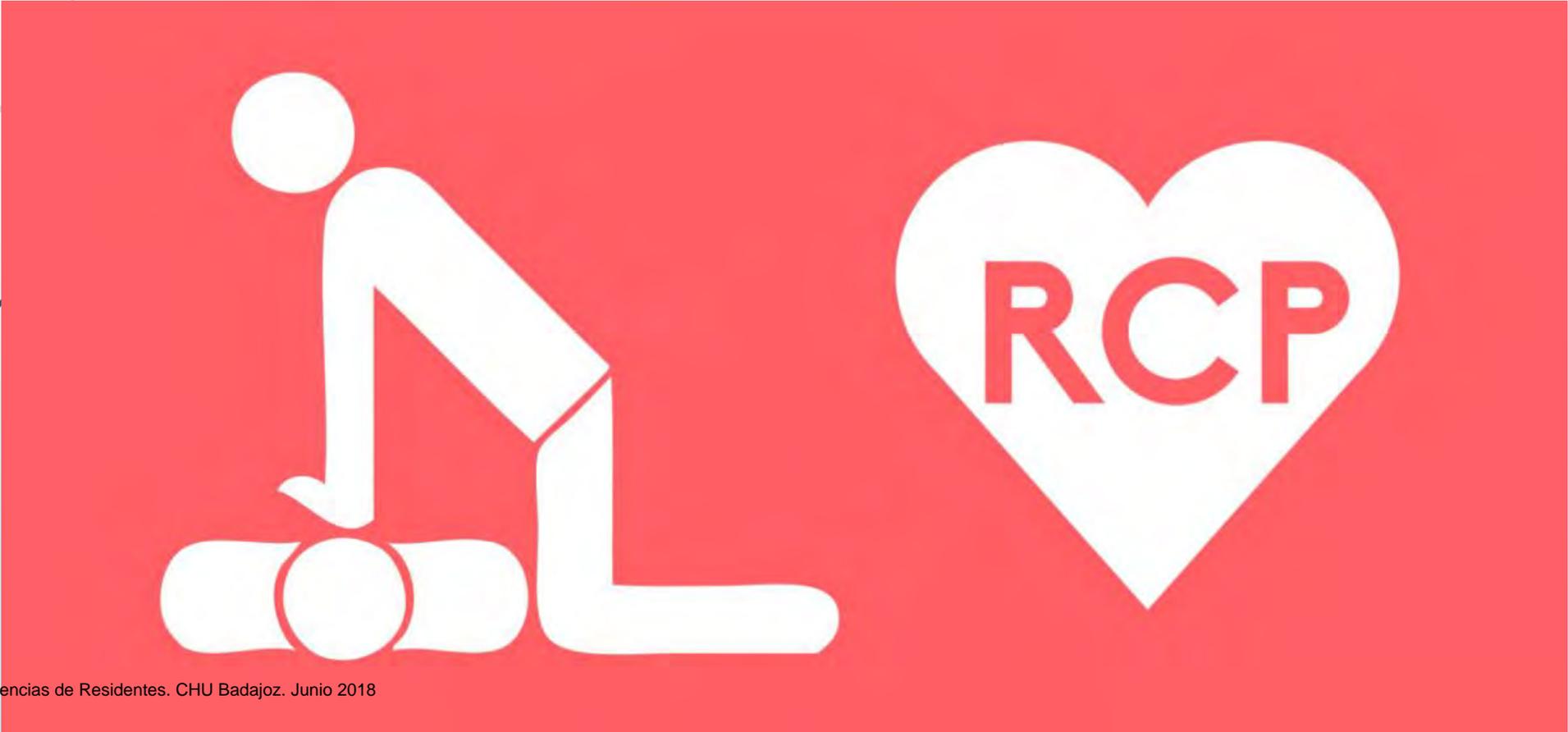
*10,4% visitas a urgencias en adultos*  
*10-30% visitas a urgencias en niños*

# Evaluación inicial

- ▶ Valoración A-B-C-D → Resolver problemas
- ▶ Historia clínica
- ▶ Exploración general y dirigida
- ▶ Pruebas complementarias
- ▶ Tratamiento
- ▶ Destino

# Evaluación inicial

► Valoración A-B-C-D → Resolver problemas



# Evaluación inicial

- Historia clínica
- Enfermedades crónicas o debilitantes, enfermedades infecciosas previas: tuberculosis, hepatitis, VIH, enfermedades de transmisión sexual (ETS), etc. o contacto con personas que puedan padecerlas.
- Ingresos hospitalarios, cirugías, vacunaciones, transfusiones, transplantes.
- Portador de algún tipo de prótesis, sondajes, derivaciones, implantes, reservorios, catéter, etc.
- Tratamientos farmacológicos, hábitos tóxicos (consumo de drogas, alcohol, tabaco) hábitos y conducta sexual.
- Hábito alimentario: ingesta de agua de ríos o pozos, consumo de leche no pasteurizada o quesos sin control sanitario, "carne poco hechas", pescados o mariscos crudos, conservas caseras, etc.
- Lugar de residencia.
- Viajes fuera del entorno del enfermo visitados en los últimos meses-años.
- Contactos con animales (de forma habitual u ocasional) e insectos.
- Profesión
- Tipo y tiempo de evolución de la fiebre
- Síntomas focales y generales

# Evaluación inicial

## ► Exploración general y dirigida

- 1. *Signos vitales: PA, FC y FR, T<sup>a</sup>, Saturación O<sub>2</sub>.*
- 2. *Estado e inspección general.* Nivel de consciencia y atención. Coloración de piel y mucosas. Nutrición. Hidratación. Perfusión.
- 3. *Existencia de adenopatías y/o lesiones dermatológicas*
- 5. *Cabeza y cuello.* Palpación de arterias temporales.
- 6. Rigidez de nuca y otros signos meníngeos.
- 6. *Auscultación cardiaca (ritmo, roce, soplos). Auscultación pulmonar (crepitantes, roncus, ...)*
- 7. *Abdomen: megalias, masas, puntos dolorosas, signos de irritación peritoneal, ...*
- 8. *Zona lumbar: puño-percusión renal.*
- 9. *Extremidades: Úlceras, áreas de celulitis, abscesos,...*
- 10. *Examen genital y ano-rectal con tacto rectal.*

# Evaluación inicial

- Exploración general y dirigida

*Siempre debe quedar reflejada la existencia o no de rigidez de nuca y la exploración de los signos meníngeos, tanto su presencia como su ausencia.*

# Evaluación inicial

## Pruebas complementarias

Dependerán de la sospecha diagnóstica basada en la historia clínica, sintomatología acompañante del proceso febril, la exploración física y la situación inmunológica del enfermo.

- Si hay una orientación diagnóstica y no hay datos de gravedad no será necesario hacer ninguna prueba salvo que la sospecha diagnóstica la indique.
- Si no hay orientación diagnóstica ni datos de gravedad, valorar: hemograma, bioquímica básica, orina y radiología de tórax.
- Si no hay orientación diagnóstica y sí datos de gravedad: añadiremos a los anteriores, hemocultivos y urocultivo. Valorar biomarcadores

# Criterios de gravedad clínicos

- Alteración nivel de consciencia
- Hipotensión (PAS < 90 mmHg o PAM < 70 o descenso de la PAS > 40 mmHg) o signos de hipoperfusión periférica.
- Taquicardia > 100 lpm y/o Taquipnea > 25-30 rpm (disnea intensa, uso musculatura accesoria).
- Fiebre > 39°C o hipotermia < 35°C.
- Crisis convulsivas.
- Pacientes con enfermedades de base o crónicas debilitantes.
- Hipertermia rebelde a medicación antipirética adecuada.
- Sospecha de infección bacteriana sin respuesta a tratamiento antibiótico empírico.
- Sospecha de "infecciones graves": meningitis, empiema, colecistitis, ...
- Rápido e intenso deterioro del estado general.

# Criterios de gravedad analíticos

- ▶ Acidosis metabólica. Hiperlactacidemia  $> 2,5$  mmol/L
- ▶ Alteraciones metabólicas ( $\text{Na}^+$ , CPK,...)
- ▶ Insuficiencia respiratoria. Hipoxemia con  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ .
- ▶ Insuficiencia renal ( $\text{Cr} > 2$  mg/dl) u oligoanuria
- ▶ Alteración de la función hepática, ictericia (bilirrubinemia  $> 2$  mg/dl).
- ▶ Leucocitos  $> 12.000$  o  $< 4.000/\text{mm}^3$  con desviación izquierda.
- ▶ Coagulopatía ( $\text{INR} > 1,5$  o  $\text{PTT}_a < 60$  s), trombopenia ( $< 100.000/\text{mm}^3$ ).
- ▶ Anemia ( $\text{Hb} < 10$ ,  $\text{Htco} < 30\%$ ).
- ▶ Elevación niveles de Procalcitonina (PCT)  $> 2$  ng/mL.
- ▶ Hiperglucemia en ausencia de diabetes.

# Evaluación inicial

## ► Tratamiento

1. Medidas físicas: compresas empapadas en agua fría, baño en agua tibia o helada (en hiperpirexia), disminución de la temperatura ambiental, mantas hipotérmicas, reposición hidroelectrolítica.
2. Medidas farmacológicas: Paracetamol (0,5-1 g/6-8 horas vía oral o iv) o metamizol (0,5-2 g/6-8 horas vía oral o iv) y en casos seleccionados se podrán usar AAS (500 mg/6-8 horas), otros AINEs o esteroides.
3. Si datos de gravedad administración de sueros fríos iv, por sonda nasogástrica (SNG) y/o vesical, peritoneales.
4. Tratamiento antibiótico en función de la existencia de foco conocido o no.

# Evaluación inicial

## ➤ Destino

NO PRECISA INGRESO:

- Fiebre con focalidad de corta o intermedia duración sin criterios de gravedad.
  - Tratamiento específico según patología causante.
  - Remitir a su médico de Atención Primaria (AP) o consultas externas de la patología causante para seguimiento.
- Fiebre sin focalidad ni signos de alarma ni factores predisponentes para bacteriemia: alta con antitérmicos, medidas físicas y control por su médico de Atención Primaria y/o consulta de la Unidad de Patología Infecciosa.

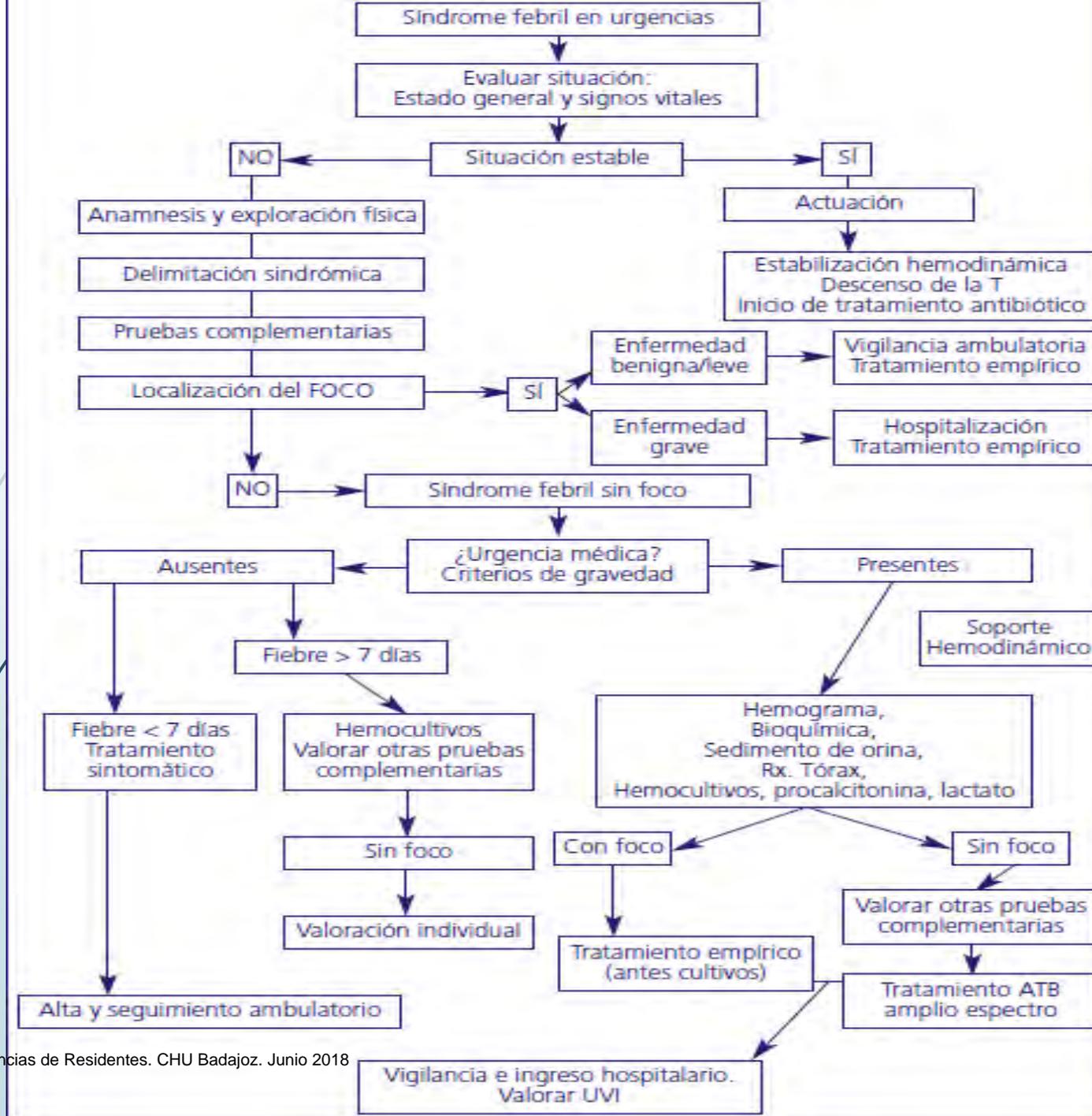
# Evaluación inicial

## ► Destino

PRECISA INGRESO:

- Fiebre sin focalidad ni signos de alarma ni factores predisponentes para bacteriemia, pero mayor de 2-3 semanas y con mal estado general o sospecha de posible etiología grave.
- Pacientes con fiebre corta, intermedio o larga duración con foco y criterios de gravedad. Ingreso en planta y según valoración en unidad de vigilancia intensiva (UVI).

Obtener hemocultivos en urgencias y cultivos según sospecha de foco (líquido cefalorraquídeo , líquido pleural, ascítico).



# Código Sepsis

# ¿Sepsis?

- ▶ Se estima que cada año 27 millones de personas sufrirán un episodio de sepsis (mayor que los casos de ictus, cáncer, infarto de miocardio y HIV).
- ▶ De estos pacientes fallecen 8 millones al año
- ▶ La sepsis es una enfermedad tiempo dependiente, en la que los casos de éxito están directamente relacionados con la rapidez con la que se instaura el tratamiento
- ▶ Los pacientes tratados de forma adecuada la primera hora sobreviven en un 80% de los casos incrementándose la mortalidad hasta el 15-20% a partir de las 12 primeras horas.

## Código Sepsis

---

Sistema integral (asistencial, organizativo, educativo y de gestión) de carácter multidisciplinar y transversal.

---

Serie de medidas encaminadas a dar una respuesta temprana a esta enfermedad mejorando la supervivencia y los resultados.

---

Finalidad: Comenzar tratamiento de soporte y antibiótico en la primera hora desde su sospecha



## Novedades 2016...

**JAMA** The Journal of the  
American Medical Association

[Home](#) [Current Issue](#) [All Issues](#) [Online First](#) [Collections](#) [CME](#) [Multimedia](#)

February 23, 2016, Vol 315, No. 8 >

[< Previous Article](#) [Next Article >](#)

Special Communication | February 23, 2016

CARING FOR THE CRITICALLY ILL PATIENT

### The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3) **FREE**

Mervyn Singer, MD, FRCP<sup>1</sup>; Clifford S. Deutschman, MD, MS<sup>2</sup>; Christopher Warren Seymour, MD, MSc<sup>3</sup>; Manu Shankar-Hari, MSc, MD, FFICM<sup>4</sup>; Djillali Annane, MD, PhD<sup>5</sup>; Michael Bauer, MD<sup>6</sup>; Rinaldo Bellomo, MD<sup>7</sup>; Hugo Borges, MD, PhD<sup>8</sup>; Jean-Daniel Chiche, MD, PhD<sup>9</sup>; Craig M. Coopersmith, MD<sup>10</sup>; Richard S. Hotchkiss, MD<sup>11</sup>; Mitchell M. Levy, MD<sup>12</sup>; John C. Marshall, MD<sup>13</sup>; Greg S. Martin, MD, MSc<sup>14</sup>; Steven M. Opal, MD<sup>12</sup>; Gordon

	2001	2016
SEPSIS	SIRS + SOSPECHA DE INFECCIÓN	INFECCIÓN SOSPECHA/DOCUMENTADA + 2 o 3 EN SOFA o <b>qSOFA≥2</b>
SEPSIS SEVERA	<p>SEPSIS + TAS&lt;90mmHg o TAM&lt; 65mmHg</p> <p>Lactato &gt;2.0 mmol/L</p> <p>INR&gt;1.5 o PTT&gt; 60sg</p> <p>Bilirrubina &gt;34 μmol/L</p> <p>Hipoxemia con PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>&lt;300mmHg</p> <p>Diuresis&lt;0.5 ml/Kg/h al menos durante 2 horas</p> <p>Incremento de Creatinina&gt;0.5 mg/dl o valor&gt;2 mg/dl</p> <p>Trombocitopenia&lt;100000</p>	-----
SHOCK SÉPTICO	SEPSIS + HIPOTENSIÓN tras adecuada resucitación	<p>SEPSIS + NECESIDAD DE VASOPRESORES para mantener TAM&gt;65 mmHg +</p> <p>Lactato&gt;2 mmol/L tras una adecuada fluidoterapia de resucitación</p>

# CRITERIOS CLÍNICOS

## ► Sospecha de SEPSIS en Triage:

Presencia de 2 o más puntos en la escala qSOFA (se asigna un punto por cada ítem que cumpla).

“quick **SOFA**” (qSOFA):

- Frecuencia respiratoria  $\geq 22$
- Alteración del nivel de consciencia
  - PAS  $\leq 100$  mmHg

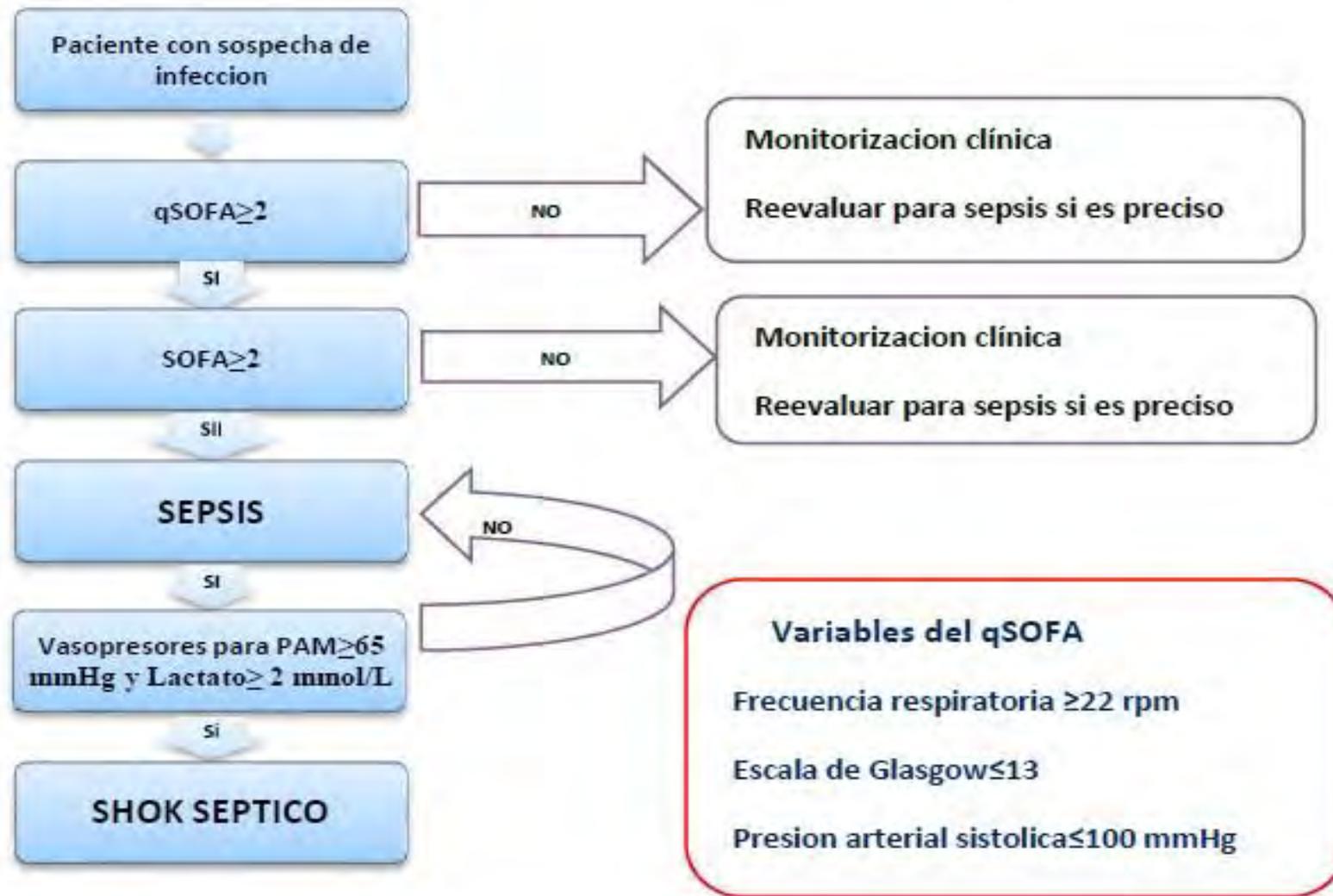
SEPSIS<sub>3.0</sub> & **Quick SOFA**

Criterio: **INFECCIÓN**  
+  
presencia de 2 o más puntos de la escala **Quick SOFA**

- 1 Alteración del nivel de consciencia  
**Escala Glasgow  $\leq 13$  puntos**
- 2 Tensión arterial sistólica  
 **$\leq 100$  mmHg**
- 3 Frecuencia respiratoria  
 **$\geq 22$  rpm**



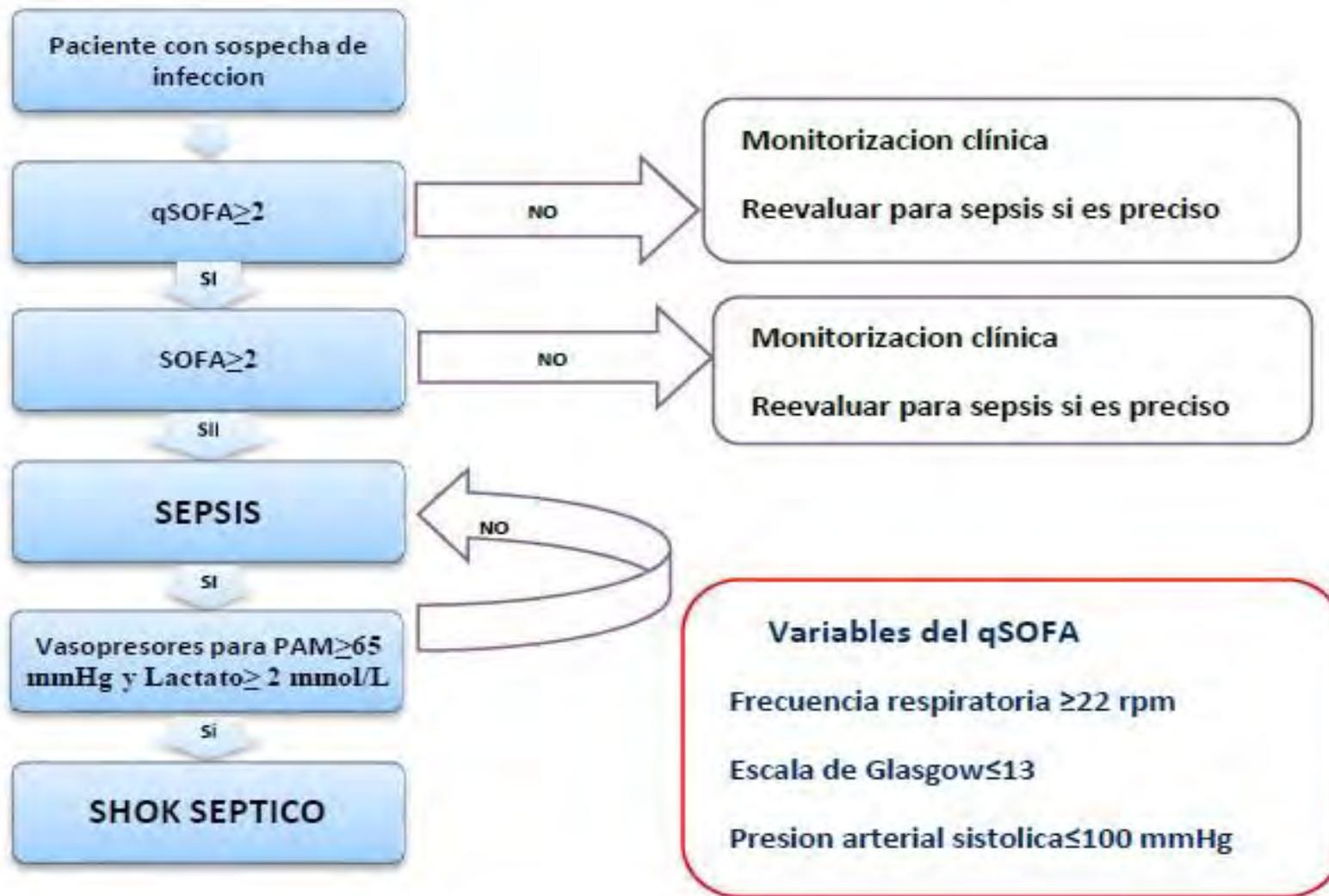
# ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO



**SEPSIS:**  
Disfunción de órganos que amenaza la vida, causada por una respuesta inadecuada del huésped a la infección. Viene definida por un aumento agudo de  $\geq 2$  puntos en la escala SOFA.

ESCALA SOFA	0	1	2	3	4
PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> (m mHg)oSatO <sub>2</sub> /F IO <sub>2</sub>	>400	<400 221-301	<300 142-220	<200 67-141	<100 <67
Plaquetas 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	>150	<150	<100	<50	<20
Bilirrubina	<1,2	1,2-1,9	2,0-5,9	6,0-11,9	>12,0
Tensión arterial	PAM $\geq$ 70 mmHg	PAM<70mmHg	Dopa a dosis <5 o Dobu a cualquier dosis	Dopa dosis de 5,1-15 o Epi $\alpha\leq$ 0,1 o Nor $\alpha\leq$ 0,1	Dopa a dosis de >15 o Epi $\alpha>$ 0,1 o Nor $\alpha>$ 0,1
Escala de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	<6
Creatinina (mg/dl)	<1,2	1,2-1,9	2,0-3,4	3,5-4,9	>5,0
Diuresis (ml/d)				<500	<200

# ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO



# CRITERIOS CLÍNICOS

*Shock séptico*: SEPSIS con anomalías circulatorias y celulares/metabólicas lo suficientemente profundas para incrementar sustancialmente la mortalidad.

Clínicamente viene definido por SEPSIS + hipotensión persistente que requiere vasopresores para mantener una Presión Arterial Media (**PAM**)  $\geq 65$  mmHg y Niveles de Lactato sérico  $\geq 2$  mmol/L en ausencia de hipovolemia

Mortalidad  $> 40\%$

## ACTIVACIÓN EN TRIAJE



Monitorización

ECG de 12 derivaciones

Canalización de dos vías periféricas gruesas

Extracción de analítica. CONTENEDOR AZUL

- Hemograma - Bioquímica (incluyendo perfil hepatobiliar y biomarcadores: Procalcitonina) - Lactato
- Coagulación - Gasometría (arterial o venosa en función de la clínica del paciente) .Orina

OXIGENOTERAPIA: Mantener Sat O2 &gt;94%

INICIO DE ANTIBIOTICOTERAPIA EMPÍRICA según sospecha del foco

INICIO DE FLUIDOTERAPIA

SONDAJE VESICAL PARA CONTROL DE DIURESIS

# PAQUETE DE ACTUACIÓN PRIMERAS SEIS HORAS

Extracción de muestras biológicas en función del foco

Antitérmicos y analgésicos IV si se precisan

Control del foco infeccioso (Retirada de catéteres, drenajes,..)

Solicitud de pruebas de imagen.

Interconsultas a otros especialistas.

Consultar con UCI si existen criterios

Valorar necesidad de vasopresores

Valorar necesidad de hemoderivados

Repetir determinación de Lactato

Otras medidas: Prevención de úlcera gastroduodenal aguda, control de Glucemias, prevención de trombosis venosa profunda,...

# Antibioticoterapia empírica

- Su **inicio precoz** es uno de los pilares fundamentales en el manejo de la SEPSIS y un objetivo terapéutico absolutamente prioritario.
- Se recomienda el inicio en **la primera hora del diagnóstico**, previa extracción y toma de muestras adecuadas para los cultivos.
- La antibioterapia empírica debe cumplir:
  - **Amplio espectro**, considerar tratamiento combinado en infecciones por pseudomona.
  - Valorar un tratamiento empírico combinado en pacientes neutropénicos.
  - Siempre iniciar con **dosis de carga**, independientemente de la función renal o hepática del paciente, con objeto de conseguir adecuadas concentraciones del fármaco. **No ajustar la primera dosis a función renal.**
  - Valorar siempre la presencia de factores de riesgo para infecciones por **gérmenes multirresistentes.**
  - Debe adecuarse a los **patrones de resistencias del área**

# MANEJO HEMODINÁMICO

Objetivo: mantener TAM > 65 mmHg y la normalización de lactato.

- ▶ **Fluidoterapia:** Base del tratamiento hemodinámico de la SEPSIS mediante la infusión de volumen precoz, adecuada y escalonada.
  - ▶ Se recomienda iniciar fluidoterapia con hipotensión arterial no justificable por otras causas o con niveles de lactato iniciales >2 mmol/L, independientemente de sus cifras de TA
  - ▶ De elección, cristaloides
  - ▶ Canalizar dos vías periféricas superior o igual en la luz del calibre al 18G asegurando 500-1.000 ml de cristaloides en los primeros 30 minutos, de 1.500-2.000 ml en la primera hora y 500-1.000 ml/h después.
  - ▶ Tras cada carga, se debe evaluar la respuesta hemodinámica vigilando la aparición de signos de sobrecarga.
- ▶ **Vasopresores:** NORADRENALINA
  - ▶ Mejor vía venosa central

# Biomarcadores

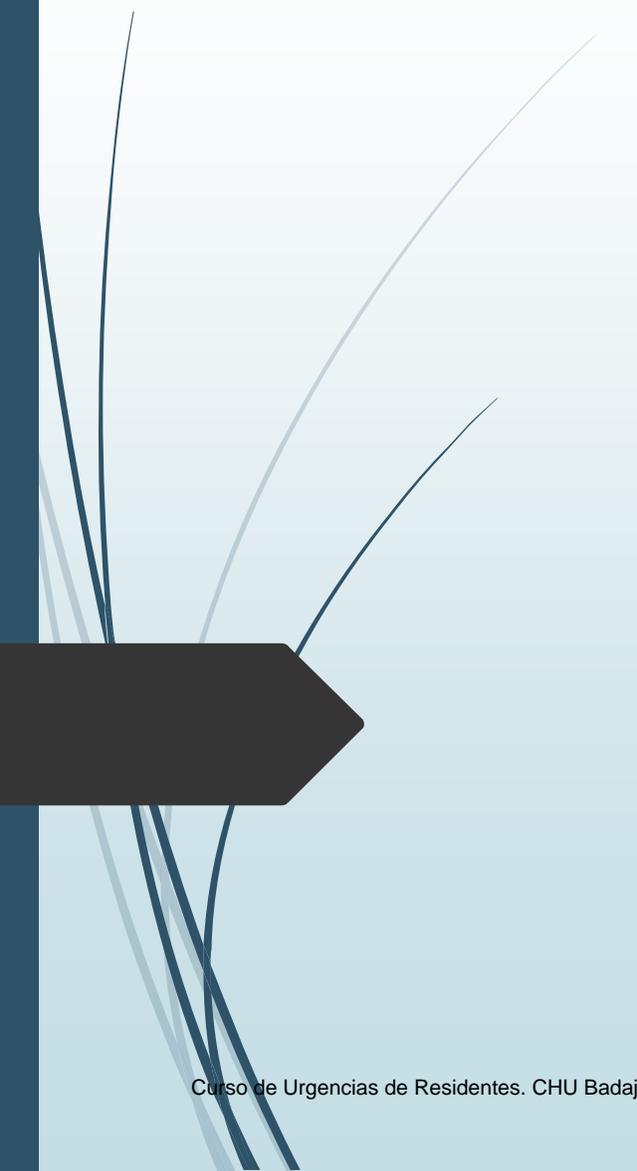
- Diferenciar inflamación e infección.
- Diferenciar el origen etiológico de una infección (vímica-bacteriana).
- Monitorización de la respuesta de los antibióticos utilizados.
- Evaluar la gravedad de la infección bacteriana.
- Establecer el pronóstico.
- Detección de sobreinfección bacteriana en un proceso inflamatorio quirúrgico o de etiología vírica establecida.

# Lactato

- ▶ Se considera el mejor biomarcador de hipoperfusión e hipoxia tisular
- ▶ El principal valor es la estratificación del riesgo del paciente: cifras de lactato  $> 2$  mmol/L se asocian a peores resultados en términos de supervivencia.
- ▶ No es un marcador de diagnóstico precoz, ya que implica hipoperfusión e hipoxia, sino que es un marcador de inicio de tratamiento inmediato.
- ▶ Su aumento de está asociado con la mortalidad independiente de la disfunción de órganos y la hipotensión en los pacientes con SEPSIS.
- ▶ Obtener muestra en la primera y en la sexta hora.

# Procalcitonina

- ▶ Biomarcador de referencia de detección de SEPSIS.
- ▶ La secreción aumenta a las 4-6 horas tras estimulación, con un pico máximo a las 12 horas y con una vida media de 20-36 horas.
- ▶ Una PCT  $<0,25$  ng/ml desaconsejaría la administración inicial de antibiótico ante la baja probabilidad de etiología bacteriana.
- ▶  $\geq 10$  ng/ml indica una alta probabilidad de SEPSIS grave o shock séptico y alto riesgo de desarrollo de fracaso multiorgánico.



# Gérmenes multirresistentes

## PROTOCOLO GENERAL DE VIGILANCIA Y CONTROL DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES O DE ESPECIAL RELEVANCIA CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICA Aprobado por la Comisión de Salud Pública el día 17 de Noviembre de 2016

- ▶ Multirresistencia (MDR): ausencia de sensibilidad a al menos un antibiótico de tres o más familias consideradas de utilidad para el tratamiento de las infecciones producidas por cada una de las especies bacterianas consideradas.
- ▶ Se asocian a un aumento de la mortalidad y a un aumento del coste sanitario, tanto por la prolongación de las estancias hospitalarias como por el mayor consumo de recursos que conllevan
- ▶ Cada año cerca de 25.000 pacientes mueren en la Unión Europea (UE) por una infección por bacterias

PROTOCOLO GENERAL DE VIGILANCIA Y CONTROL DE MICROORGANISMOS  
MULTIRRESISTENTES O DE ESPECIAL RELEVANCIA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA  
Aprobado por la Comisión de Salud Pública el día 17 de Noviembre de 2016

- ▶ Gérmenes resistentes en España:
  - ▶ 43,8% *Staphylococcus aureus* eran SARM
  - ▶ 4,5% de los enterococos eran resistentes a Vancomicina
  - ▶ 25,2% de las enterobacterias eran resistentes a cefalosporinas de 3ª generación
  - ▶ 26,2% de las *Pseudomonas aeruginosa* resistentes a carbapenémicos
  - ▶ 85,9% de los *Acinetobacter baumannii* resistentes a carbapénicos
  - ▶ 4,3 % de las enterobacterias resistentes a carbapénicos

La  
seguridad  
empieza  
aquí



39

Prevención

## Sus 5 momentos para la HIGIENE DE LAS MANOS



Diseminación por contacto directo con el paciente o con superficies o utensilios usados por el mismo: Enfermedades entéricas por Clostridium Difficile, pacientes incontinentes por E. Coli, Shigella, Hepatitis A y Rotavirus. Virus sincitial respiratorio en niños. Infecciones cutáneas como Impétigo, Pediculosis, Escabiosis, Herpes Zoster diseminado o en inmunodeprimidos.

### EQUIPO MULTIDISPLINAR DE INFECCION HOSPITALARIA

TIPO DE AISLAMIENTO	HABITACION INDIVIDUAL	BATA ADICIONAL	GUANTES	MASCARILLA QUIRURGICA PERSONAL SANITARIO	MASCARILLA QUIRURGICA TRASLADO (PACIENTE)	HIGIENE DE MANOS	VISITAS
CONTACTO	SI <sup>1</sup> PUERTA CERRADA	SI	SI	NO <sup>2</sup> SOLO EN CASO DE INFECCION RESPIRATORIA (A MENOS DE 1 METRO)	NO <sup>3</sup> SOLO EN CASO DE INFECCION RESPIRATORIA	SI	RESTRINGIDAS

**Notas:**

- 1.- Si no es factible, agrupar infecciones de igual etiología. ***En casos excepcionales se puede mantener la puerta abierta***
- 2.- Mascarilla quirúrgica a menos de 1 metro del paciente, en caso de infección respiratoria
- 3.- Mascarilla quirúrgica, en caso de infección respiratoria

Diseminación de partículas menores de cinco micras: TBC pulmonar, Sarampión, Varicela

### EQUIPO MULTIDISPLINAR DE INFECCION HOSPITALARIA

TIPO DE AISLAMIENTO	HABITACION INDIVIDUAL	BATA ADICIONAL	GUANTES	PROTECTOR RESPIRATORIO DE PARTICULAS (PERSONAL SANITARIO)	MASCARILLA QUIRURGICA TRASLADO (PACIENTE)	HIGIENE DE MANOS	VISITAS
<b>AEREO</b>	SI <sup>1</sup>  PUERTA CERRADA	NO	NO	SI	SI	SI	RESTRINGIDAS

**Notas:**

1.- Si no es factible, agrupar infecciones de igual etiología.

Diseminación de partículas mayores de cinco micras:  
Meningococo, Difteria, Tosferina, Escarlatina, Neumonía  
por Micoplasma, Gripe, Rubeola.

## EQUIPO MULTIDISPLINAR DE INFECCION HOSPITALARIA

TIPO DE AISLAMIENTO	HABITACION INDIVIDUAL	BATA ADICIONAL	GUANTES	MASCARILLA QUIRURGICA PERSONAL SANITARIO	MASCARILLA QUIRURGICA TRASLADO (PACIENTE)	HIGIENE DE MANOS	VISITAS
<b>GOTAS</b>	SI <sup>1</sup>  PUERTA CERRADA	NO (PRECAUCIONES UNIVERSALES)	NO (PRECAUCIONES UNIVERSALES )	SI	SI	SI	RESTRINGIDAS

### Notas:

- 1.- Si no es factible, agrupar infecciones de igual etiología

### EQUIPO MULTIDISPLINAR DE INFECCION HOSPITALARIA

TIPO DE AISLAMIENTO	HABITACION INDIVIDUAL	BATA ADICIONAL	GUANTES	PAPIS	MASCARILLA QUIRURGICA PERSONAL SANITARIO	MASCARILLA QUIRURGICA TRASLADO (PACIENTE)	HIGIENE DE MANOS	VISITAS
<b>PROTECTOR</b>	SI <sup>1</sup>  PUERTA CERRADA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	RESTRINGIDAS

Notas:

1.- Habitaciones de ambiente protegido

## EQUIPO MULTIDISPLINAR DE INFECCION HOSPITALARIA

TIPO DE AISLAMIENTO	MATERIAL DE CURA	BATA ADICIONAL	GUANTES	HIGIENE DE MANOS
CONTACTO	MINIMO NECESARIO	SI	SI	SI

### PRECAUCIONES DE CONTACTO AL CURAR A UN PACIENTE INFECTADO/COLONIZADO POR GERMENES MULTIRRESISTENTES:

- CITAR PARA CURAS, EL ULTIMO
- PREPARAR EL MATERIAL IMPRESCINDIBLE PARA REALIZAR LA CURA EN UNA BATEA O MESITA AUXILIAR (DISTINTA AL CARRO HABITUAL)
- USO OBLIGATORIO DE BATA DESECHABLE
- UNA VEZ FINALIZADA LA CURA, ELIMINAR EN UNA BOLSA EL MATERIAL SOBRANTE, ASI COMO LOS GUANTES Y LA BATA
- REALIZAR HIGIENE DE MANOS
- LIMPIEZA CON ANTISEPTICO DE MESA DE CURA.BATEA O MESITA AUXILIAR Y TODO LO QUE SE HAYA PODIDO TOCAR



*Salvar vidas está en tus manos*

Gracias

