

Recomendaciones de exclusión escolar por causas infecciosas

Lourdes Seijas Martínez-Echevarría ^a Pilar Ribes Hernández ^b

^a^b Pediatras. Centro de Salud (Servicio Madrileño de Salud) "Mirasierra"

Fecha de actualización: 04/09/2018

Cita sugerida: Seijas Martínez-Echevarría L., Ribes Hernández P. Recomendaciones de exclusión escolar por causas infecciosas (v.2/2018). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 04/09/2018; consultado el dd/mm/aaaa]. Disponible en

Introducción / puntos clave

La escolarización precoz tiene indudables beneficios como el aprendizaje y socialización del niño, la ayuda en el desempeño profesional de los padres, etc. Sin embargo, el contacto con niños enfermos en guarderías y colegios facilita la transmisión de enfermedades infecciosas.

El control de la infección en los centros escolares se basa en:

- La inmunidad de los escolarizados y de sus cuidadores y profesores. Las vacunas constituyen una de las herramientas más eficaces en salud pública, por lo que al ingresar en el centro se debe insistir en sus beneficios y proceder a la vacunación del niño o de las personas que se dedican a su cuidado, cuando esté indicado.
- La higiene. Las prácticas de higiene cuidadosa, en especial el lavado de manos, de los cuidadores y los niños es crucial. El lavado de manos debe llevarse a cabo siempre con agua y jabón durante 30 segundos: después de ir al aseo, antes y después de cambiar los pañales y antes y después de manipular alimentos. Los desinfectantes con base de alcohol no son tan eficaces para manos sucias y determinados agentes infecciosos y pueden ser causa de intoxicación accidental. Otras prácticas adecuadas son: enseñar a los niños a cubrir su boca y/o nariz con el codo al toser o estornudar y cubrir heridas abiertas
- La exclusión temporal de algunos niños enfermos o portadores. Este punto es el objetivo principal del presente texto.

En algunas ocasiones es conveniente recomendar la exclusión temporal de niños enfermos, en beneficio del niño y sus compañeros. Esta decisión depende de: el grado de afectación del niño para acudir a clase, la dotación de personal para atender al niño y a los demás compañeros, la carga socioeconómica que genera, el mecanismo de transmisión del microorganismo causante, el riesgo de propagación del mismo y la probabilidad de que los compañeros y los cuidadores sean inmunes, ya sea por vacunación o por infección previa. Otro aspecto importante a considerar son los contactos cercanos de alto riesgo como embarazadas o inmunodeprimidos.

Para poder establecer el periodo de exclusión necesario y el control óptimo de la enfermedad se requiere conocer: el periodo de incubación, el periodo de contagio y eliminación del agente infeccioso, la dosis infectiva y la supervivencia del agente infeccioso en el ambiente. Sin embargo, existen pocos estudios de evidencia científica sobre dichos periodos. Por estos motivos en ocasiones hay discrepancias en la literatura. Es necesario comunicar a los servicios de epidemiología las enfermedades de declaración obligatoria ([EDO](#)) para que en los casos precisos tomen las medidas pertinentes para proteger la salud de la población.

En la mayor parte de las infecciones respiratorias leves la transmisión ocurre desde antes del inicio de los síntomas, haciéndose inevitable su posible contagio.

En la gastroenteritis aguda (GEA) puede ser razonable mantener al niño en su domicilio hasta 24-48 horas después de la última deposición patológica, aunque las medidas higiénicas relacionadas con el cambio de pañales o la preparación de comidas, especialmente el lavado de manos, deben emplearse tanto en niños sanos como enfermos de forma habitual. No es necesario excluir a los niños que ya están asintomáticos y excretan un enteropatógeno (excepto para el *E. coli* productor de toxina Shiga -*E. Coli*/0157:H7-, *Shigella* o *Salmonella typhi* que por el riesgo de transmitir enfermedades graves no deben regresar hasta obtener al menos 2-3 coprocultivos negativos). Para prevenir las enfermedades por el uso e ingesta de agua de piscinas, se aconseja no nadar cuando se tiene diarrea y evitar la actividad acuática durante 2 semanas tras la resolución de los síntomas de GEA.

En algunos casos la administración de tratamiento antibiótico apropiado limitará la transmisión de infecciones (por ej. faringitis estreptocócica y tos ferina).

Principales cambios: tras una revisión bibliográfica los cambios más relevantes introducidos son: la inclusión de los periodos de contagio (eliminación del agente patógeno); la ampliación de los diferentes microorganismos implicados en las tiñas, en meningitis y sepsis; cambios en los periodos de exclusión de: escarlatina, fiebre tifoidea, infección por *Giardia* y hepatitis A; incorporación de gastroenteritis por Astrovirus y Norovirus, especificación sobre infección tuberculosa latente e información sobre las enfermedades de declaración obligatoria.

ENFERMEDAD	MICROORGANISMO	PERIODO INCUBACIÓN	PERIODO CONTAGIO	MECANISMO TRANSMISIÓN ¹	EDO	EXCLUSIÓN ESCOLAR
CONJUNTIVITIS	Adenovirus, bacterias	Variable		Contacto directo		No ²
ERITEMA INFECCIOSO O 5ª ENFERMEDAD	Parvovirus B19	4-14 días	3-5 días antes del exantema	Vía respiratoria, exposición percutánea a sangre.		No ³
ESCARLATINA	Estreptococo grupo A	2-5 días	2-3 semanas (sin tratamiento)	Secreciones respiratorias		1 día una vez iniciado el tratamiento ⁴
EXANTEMA SÚBITO	Herpesvirus tipo 6	9-10 días		Secreciones respiratorias		No ⁵
FARINGOAMIGDALITIS	Estreptococo grupo A	2-5 días	2-3 semanas (sin tratamiento)	Secreciones respiratorias		1 días una vez iniciado el tratamiento ⁶
FIEBRE TIFOIDEA	<i>Salmonella Typhi</i> y <i>paratyphi</i>	F. Tifoidea: 3-60 días (generalmente 8-14 d)	F. Tifoidea: 1ª semana hasta final convalecencia F. Paratifoidea: 1-2 semanas	Fecal-oral, agua, alimentos, contacto con persona infectada o portador.	Semanal	Hasta 3 coprocultivos negativos separados 1 semana ⁷

		F. Paratifoidea: 1-10 días.				
GEA INESPECÍFICA				Fecal-oral		Hasta 24-48 horas sin síntomas ⁸
GEA ESPECÍFICA	Adenovirus	3-10 días	Máximo los primeros días de enfermedad y de manera intermitente incluso meses.	Fecal-oral		Hasta 24-48 horas sin síntomas.
	Astrovirus	1-5 días	Eliminación del virus 5 días después del inicio de los síntomas y puede durar semanas	Fecal-oral		Hasta 24-48 horas sin síntomas.
CAMPILOBACTERIOSIS	<i>Campylobacter</i> spp.	1-10 días (Media de 2-5 días)	2-7 semanas sin tratamiento	Fecal-oral, agua, alimentos crudos o mal cocinados, mascotas, animales de granja.	Semanal	Hasta 24-48 horas sin síntomas.
CRIPTOSPORIDIOSIS	<i>Cryptosporidium</i>	1-12 días (Media de 7)	2 semanas después de la resolución	Fecal-oral, agua, alimentos, animales	Semanal	Hasta 24-48 horas sin síntomas ⁹
	<i>Escherichia coli</i>	12 horas – 6 días		Fecal-oral, alimentos, animales, fómites.		Hasta 24-48 horas sin síntomas.
INFECCIÓN POR E. COLI PRODUCTOR DE TOXINA SHIGA O VERO	<i>E. Coli</i> 0157:H7 (Toxina Shiga o verotoxina)	2-10 días (3-4)	1-3 semanas	Fecal-oral, alimentos, animales, fómites, persona a persona.	Semanal	Hasta 48 horas sin síntomas y 2 coprocultivos negativos separados 48 horas
GIARDIASIS	<i>Giardia</i> spp	1-4 semanas Mediana 7-10 días	Mientras se excreten quistes (semanas-meses)	Fecal-oral, agua, alimentos	Semanal	Hasta 24-48 horas sin síntomas ¹⁰
	Norovirus	1-2 días	Antes del inicio de los síntomas,	Fecal-oral, hielo, mariscos y una		Hasta 24-48 horas sin síntomas ¹¹

			máximo varios días después y puede persistir durante 3 semanas o más	variedad de alimentos listos para el consumo, leche no pasteurizada		
		Rotavirus	2-4 días	Varios días antes y varios días después del inicio	Fecal-oral, fómites	Hasta 24-48 horas sin síntomas ¹²
	SALMONELOSIS	<i>Salmonella no typhi</i>	6-72 horas (normalmente 12-36 h)	Días-semanas	Fecal-oral, alimentos, agua, animales.	Semanal Hasta 24-48 horas sin síntomas ¹³
	SHIGELOSIS	<i>Shigella</i> spp.	1-7 días (generalmente 1-3 días)	4 semanas	Fecal-oral, agua, alimentos, fómites	Semanal < 5 años: hasta 2 coprocultivos negativos ≥ 5 años: hasta 24-48 horas sin síntomas ¹⁴
GINGIVITIS, ESTOMATITIS		Herpes simple tipo 1	2 días – 2 semanas	Eliminación durante 1 o más semanas tras primoinfección .En recurrencias 3-4 días	Secreciones orales, contacto físico	No ¹⁵
	GRIPE	<i>Influenza</i>	1-5 días (Media 2 días)	1-2 días antes de síntomas – 10 días después de inicio de síntomas	Respiratoria, manos	Numérica semanal No ¹⁶
HEPATITIS	HEPATITIS A	Hepatitis A	15-50 días Promedio 28	2 semanas antes-1 semana después de inicio síntomas. (Pico justo antes del inicio de los síntomas)	Fecal-oral, agua, alimentos	Semanal Hasta 7 días después del inicio de los síntomas o la ictericia ¹⁷
	HEPATITIS B	Hepatitis B	1-6 meses Promedio 2-5 meses	1-2 meses después de la infección hasta varios meses	Exposición parenteral o percutánea a sangre.	Semanal No ¹⁸

	HEPATITIS C	Hepatitis C	6-7 semanas	Varias semanas antes de síntomas - indefinido	Exposición parenteral o percutánea a sangre	Semanal	No
IMPÉTIGO		Estreptococo grupo A, estafilococo	4-10 días		Contacto directo		Hasta la curación de las lesiones o tras 48 horas de tratamiento antibiótico ¹⁹
MENINGITIS/ SEPSIS		<i>Haemophilus influenzae</i>	Desconocido (probablemente 2-4 días)	Hasta 1-2 días de tratamiento efectivo	Gotitas y secreciones nasofaríngeas		Hasta erradicación del germen. ²⁰
		<i>Neisseria meningitidis</i>	2-10 días (habitualmente 3-4 días)	Semanas-meses sin tratamiento Hasta 24 horas de haber iniciado el tratamiento.	Secreciones respiratorias y contacto estrecho	Urgente	Hasta erradicación del germen. ²¹
MOLLUSCUM		Poxvirus	2-7 semanas	Desconocido	Contacto directo, fómites		No ²²
OXIURASIS		<i>Enterobius vermicularis</i>	1-2 meses (2-6 semanas)	Mientras nematodo descargue huevos perianal. En ambiente 2-3 semanas	Fecal-oral, fómites		No ²³
PAROTIDITIS		Parotiditis	2-3 semanas (14-25 días)	2 días antes hasta 9 días después del inicio de la enfermedad (Es máx. 2 días antes y hasta 4 después)	Respiratoria, saliva	Semanal	5 días desde el inicio de los síntomas
PEDICULOSIS DE LA CABEZA		Piojos	7-12 días	Lejos del cuero cabelludo menos de 2 días, los huevos menos 1 semana	Contacto directo		No ²⁴
PYTIRIAISIS VERSICOLOR		<i>Malassezia</i>	Desconocido		Comensal en piel sana		No

RUBEOLA	Rubeola	2-3 semanas (Media 14 días)	7 días antes y hasta 7 días después exantema	Respiratoria	Urgente	7 días después de inicio de exantema ²⁵
SARAMPION	Sarampión	6-21 días (Mediana de 13 días)	4 días antes – 4 días después de aparición de exantema	Respiratoria	Urgente	4 días tras inicio de exantema
SARNA	<i>Sarcoptes scabiei</i>	2-6 semanas	Mientras el paciente está infestado y sin tratamiento, e incluso días antes de los síntomas	Contacto directo		Hasta completar el tratamiento ²⁶
SIDA E INFECCIÓN POR VIH	VIH	Variable		Exposición parenteral o percutánea a sangre. Perinatal	Semanal	No ²⁷
SÍNDROME MONONUCLEÓSSICO	Virus Epstein-Barr	4-6 semanas	Eliminación intermitente a veces toda la vida	Respiratoria, fómites		No
	Citomegalovirus	3-8 semanas	Puede ser durante años	Contacto con saliva, orina		No ²⁸
SÍNDROME PIE- MANO- BOCA	<i>Coxsackie</i>	3-6 días	Mayor en los primeros 7 días	Respiratoria, fecal-ora		No ²⁹
TIÑA	T.CUERO CABELLUDO KERION	<i>Trichophyton tonsurans</i> , <i>Trichophyton schoenleinii</i> <i>Microsporum canis</i>	Desconocido 1-3 semanas 4-14 días	Viable durante largos periodos de tiempo en fómites (cepillos, sombrosos...)	Contacto directo, fómites (almohadones...) , animales (perros, gatos...)	Hasta iniciar el tratamiento ³⁰
	T.CUERPO	<i>Trichophyton (tonsurans, rubrum, mentagrophyte</i>	1-3 semanas		Contacto directo, animales, suelo, fómites	NO ³¹

) <i>Microsporum canis</i> , and <i>Epidermophyton floccosum</i>					
	T.PEDIS o PIE DE ATLETA	<i>Trichophyton rubrum</i> , <i>Trichophyton mentagrophytes</i> , y <i>Epidermophyton floccosum</i>	1-3 semanas		Contacto con escamas de la piel que contienen hongos o hongos en áreas húmedas, como piscinas, vestuarios y duchas		NO ³²
TOS FERINA		<i>Bordetella pertusis</i>	7-10 días	Máximo las 2 primeras semanas desde el inicio de la tos. 4-7 semanas sin tratamiento	Respiratoria	Semana 1	5 días después de iniciado el tratamiento ³³
TUBERCULOSIS		<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Pocas semanas-años	Respiratoria		Semanal	Si es pulmonar hasta completar 2 semanas de tratamiento No ³⁴
VARICELA / ZOSTER		Virus Varicela Zóster	10-21 días	Desde 1-2 días antes de erupción hasta que todas la lesiones están en fase de costra (5-6 días después)	Contacto directo con líquido de ampollas, respiratorio y vertical.	Semanal	Hasta que las lesiones estén en fase de costra. Varicela atenuada: hasta no aparición de nuevas lesiones. ³⁵
VERRUGAS		Virus del papiloma humano	Meses-años		Contacto directo		No ³⁶

-
- ¹ Algunas infecciones pueden transmitirse también mediante otras vías o mecanismos, pero sólo se mencionan las que tienen relevancia en los centros escolares
- ² No existe consenso respecto a la exclusión de niños con conjuntivitis aguda. Algunos recomiendan la exclusión hasta que no haya secreción ocular. La Academia Americana de Pediatría (AAP) establece que excepto en aquellos casos en los que la conjuntivitis se acompañe de signos sistémicos de enfermedad, se permitirá a los niños acudir a la escuela una vez iniciado el tratamiento adecuado salvo que el comportamiento del niño impida evitar el contacto directo continuado con sus compañeros. Se aconseja insistir en la higiene de manos y no se deben compartir objetos que toquen los ojos como pañuelos, toallas, microscopios o cosméticos (ver "Conjuntivitis aguda" en [http://www.guia-abe.es/temas-clinicos-conjuntivitis-aguda-\(e-infecciones-del-parpado\)](http://www.guia-abe.es/temas-clinicos-conjuntivitis-aguda-(e-infecciones-del-parpado))).
- ³ Los individuos con eritema infeccioso por Parvovirus B19 son muy infecciosos antes del inicio de los síntomas pero es improbable que contagien después, puesto que cuando aparece el exantema apenas hay virus en el tracto respiratorio. Los pacientes con crisis aplásicas son contagiosos desde antes de la aparición de los síntomas hasta al menos una semana después del inicio de los síntomas
- ⁴ La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda esperar 24 horas después del inicio del tratamiento, al igual que para la faringitis estreptocócica. Para la prevención de la transmisión se debe aconsejar frecuente lavado de manos del niño y cuidadores así como no compartir utensilios de comida y toallas (ver "Escarlatina", "Faringitis aguda" en <http://www.guia-abe.es/temas-clinicos-escarlatina>)
- ⁵ La infección por virus Herpes tipo 6 es asintomática en la mayoría de los casos.
- ⁶ El estado de portador de Estreptococo grupo A puede persistir durante meses, pero el riesgo de transmisión desde los portadores es bajo
- ⁷ Cuando se identifica *Salmonella typhi* en un niño o en alguien del personal de una guardería se debe contactar con Salud Pública para recoger coprocultivos de todos los asistentes y personal y se deben excluir a todos los infectados; la duración de la exclusión dependerá de la edad y de la capacidad de mantener una higiene personal adecuada. Los niños de guarderías y escuelas infantiles se deben excluir hasta que se obtengan 3 cultivos negativos, separados una semana, 3 semanas después de haber terminado el tratamiento. Los contactos se deben excluir hasta obtener 2 muestras de heces negativas obtenidas con 48 horas de diferencia y después de que el caso haya iniciado el tratamiento. Un 10% de pacientes con fiebre tifoidea no tratada excretarán bacilos durante tres meses después del inicio de los síntomas y el 2-5% se harán portadores crónicos.
- ⁸ En casos de diarrea, en general se recomienda la exclusión de piscinas al menos durante 2 semanas.
- ⁹ Los quistes de *Cryptosporidium* pueden mantener su capacidad infecciosa durante días con las concentraciones de cloro habitualmente usadas en piscinas.
- ¹⁰ No es recomendada la exclusión para portadores asintomáticos de *Giardia*

¹¹ Los Norovirus causan aproximadamente el 90% de todos los brotes de GEA epidémica y son una fuente importante de brotes alimentarios a nivel mundial. La higiene adecuada de las manos es probablemente el método más importante para prevenir la infección por Norovirus y controlar la transmisión. Lavarse las manos con agua y jabón después del contacto con un paciente con infección por Norovirus es más efectivo que el uso de geles de alcohol para reducir la transmisión. Varios factores favorecen la transmisión de los Norovirus, incluida la baja dosis infecciosa, un gran número de partículas virales pueden excretarse, y la eliminación puede durar varias semanas después de que los síntomas hayan disminuido.

¹² Las superficies deben lavarse con agua y jabón. Pocos productos de limpieza disponibles comercialmente tienen actividad virucida confirmada contra el Rotavirus. Una solución de etanol al 70%, una solución de lejía u otros desinfectantes inactivarán el Rotavirus y pueden ayudar a prevenir la transmisión de la enfermedad como resultado del contacto con las superficies ambientales. Si se utiliza lejía, se sugiere una solución recién hecha de 1 parte de blanqueador doméstico a 2 partes de agua (que proporciona aproximadamente 20 000 partes por millón de cloro libre) para desinfectar las superficies no porosas.

¹³ Otros tipos de *Salmonella* no requieren cultivo negativo antes de reincorporarse una vez que la diarrea se ha resuelto. Es preciso asegurar una higiene adecuada de las manos. Se desaconseja el tener tortugas, reptiles o anfibios

¹⁴ Si hay un caso de shigellosis se debe contactar con los Servicios de Salud Pública. En situaciones de riesgo especial (guarderías, escuelas infantiles, niños con prácticas higiénicas deficiente), se excluirán los casos y contactos hasta que 2 cultivos sean negativos separados 48 h y tomados al menos 48 h tras el fin de tratamiento. Una meticulosa higiene de manos es la medida preventiva más eficaz para evitar la propagación

¹⁵ La reactivación intermitente y asintomática del herpes es común y probablemente ocurra durante el resto de la vida de una persona. La mayor concentración de virus se elimina durante las infecciones primarias sintomáticas y se eliminan concentraciones más bajas durante la reactivación asintomática, por lo que es inefectiva la exclusión escolar. Se debe evitar el intercambio de objetos que hayan estado en contacto con la saliva y fomentar la higiene de manos. Sólo en los niños con gingivoestomatitis herpética (es decir, la infección primaria) que no tienen control de las secreciones orales debe valorarse la exclusión de la guardería. La exclusión de los niños con herpes labial (es decir, infección recurrente) no está indicada. Los niños con lesiones en piel por herpes simple representan un pequeño riesgo potencial para los contactos, y deberían cubrirse con ropa, vendaje o un apósito cuando acudan al colegio <http://www.guia-abe.es/temas-clinicos-infecciones-por-virus-del-herpes-simple-1-y-2>

¹⁶ Se recomienda que en la medida de lo posible, el paciente con gripe, permanezca en domicilio para evitar la infección de otras personas

¹⁷ Los pacientes infectados con virus de hepatitis A son más infecciosos durante 1 a 2 semanas antes del inicio de la ictericia o elevación de las enzimas hepáticas, cuando la concentración de virus en las heces es más alta. El riesgo de transmisión posterior disminuye y es mínimo 1 semana después del inicio de la ictericia. La mayoría de niños infectados menores de 6 años son asintomáticos o tienen manifestaciones inespecíficas. Por lo tanto, la propagación de la infección por el virus de la hepatitis A dentro y fuera de una guardería a menudo se produce antes del reconocimiento del caso índice. Se producen con más frecuencia brotes en guarderías con niños que usan pañales. La exposición en aulas escolares por lo general no plantea un riesgo apreciable. En las guarderías en las que se confirme uno o más casos de hepatitis A en niños o cuidadores o se identifiquen casos en dos o más hogares afectados se recomienda contactar con los Servicios de Salud Pública para indicar profilaxis postexposición. Para ello se administrará la vacuna de hepatitis A (a personas entre 12 meses y 40 años -en algunos artículos 50 años) o una dosis de inmunoglobulina (0,02 ml/kg; a los menores de 1 año o mayores de 40-50 años, inmunocomprometidos, personas con hepatopatía crónica o si está contraindicada la vacuna), tan pronto como sea posible, últimas recomendaciones antes de 1 semana (la eficacia pasadas 2 semanas de la exposición no está establecida).

¹⁸No es precisa la exclusión por infección crónica por el virus de la hepatitis B (VHB), puesto que los niños en la guardería deben estar vacunados frente a este agente y la posibilidad de contagio es mínima. El periodo de contagio coincide con la aparición del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (AgHBs), entre 1 y 2 meses después de la infección, y por tanto en algunos casos antes de la aparición de los síntomas, y se prolonga mientras se mantenga la positividad del AgHBs. Si un niño con infección crónica por hepatitis B muerde a otro supone un riesgo adicional y es aconsejable valorar de forma individual, según el estado de vacunación, la profilaxis con inmunoglobulina específica antihepatitis B y la vacunación. Cuando es mordido un niño con infección crónica por hepatitis B, el riesgo en el agresor es bajo, siempre y cuando no tenga enfermedad de la mucosa oral y los expertos no suelen recomendar en este caso profilaxis con inmunoglobulina (ver "Pinchazo accidental y otras exposiciones a virus por vía parenteral" en <http://www.guia-abe.es/temas-clinicos-pinchazo-accidental-y-otras-exposiciones-a-virus-por-via-parenteral>).

¹⁹Se debe excluir a cualquier niño con impétigo por Estafilococo o Estreptococo antes de iniciar el tratamiento, a menos que la posibilidad de contacto con la piel lesionada sea baja por la localización de las lesiones. El riesgo de transmisión es bajo y habitualmente se adquiere esta infección más frecuentemente a través de un portador nasal (ver "Infecciones de la piel y partes blandas (I): impétigo, celulitis, absceso" en [http://www.guia-abe.es/temas-clinicos-infecciones-de-la-piel-y-partes-blandas-\(i\)-impetigo-celulitis-absceso-](http://www.guia-abe.es/temas-clinicos-infecciones-de-la-piel-y-partes-blandas-(i)-impetigo-celulitis-absceso-)

²⁰ Se recomienda la exclusión de los casos de meningitis por *Haemophilus influenzae* (Hib) hasta que se ha completado el tratamiento con el antibiótico adecuado que erradique el germen de nasofaringe. El tratamiento de la enfermedad por Hib con cefotaxima o ceftriaxona erradica la colonización por Hib, eliminando la necesidad de profilaxis del paciente índice. Los pacientes que no reciben al menos una dosis de cefotaxima o ceftriaxona y que son menores de 5 años deben recibir profilaxis con rifampicina al final de la terapia para la infección invasiva, antes de ser dados de alta del hospital. Se valorará la profilaxis a los contactos durante los 7 días anteriores al inicio de los síntomas del caso índice, se revisará la vacunación y si hay individuos vulnerables (< 5 años no vacunados o incompletamente vacunados, inmunodeprimidos o asplénicos). (ver "Meningitis bacteriana (profilaxis de contactos)" en [http://www.guia-abe.es/temas-clinicos-meningitis-bacteriana-\(profilaxis-de-contactos\)](http://www.guia-abe.es/temas-clinicos-meningitis-bacteriana-(profilaxis-de-contactos))

²¹El factor de riesgo para desarrollar una infección sistémica por meningococo no es el estado de portador sino la adquisición reciente de dicho estado. La primera medida es administrar quimioprofilaxis antibiótica a los contactos cercanos con el objetivo de romper la cadena de transmisión y reducir el riesgo de padecer enfermedad invasora y el estado de portador en estos contactos cercanos del caso.

Se recomienda la administración de quimioprofilaxis lo antes posible tras el diagnóstico del caso, en las primeras 24 horas, siendo dudosa su utilidad después de 10 días. **El propio enfermo debe recibir quimioprofilaxis** antes de salir del hospital, si el tratamiento recibido no erradica el estado de portador (ej. penicilina).

Se debe de mantener la vigilancia clínica de los contactos cercanos del enfermo al menos durante los 10 días siguientes al diagnóstico del caso, sobre todo en colectivos e instituciones cerrados en los que conviven personas susceptibles (ver "Meningitis bacteriana (profilaxis de contactos)" en [http://www.guia-abe.es/temas-clinicos-meningitis-bacteriana-\(profilaxis-de-contactos\)](http://www.guia-abe.es/temas-clinicos-meningitis-bacteriana-(profilaxis-de-contactos))

²²No hay razones para excluir de forma sistemática a todos los niños con *Molluscum* de la asistencia a piscinas (o de las clases de educación física). No está claro de qué modo y en qué circunstancias se puede producir el contagio, por lo que, como en el caso de las lesiones por herpes, es aconsejable evitar el contacto directo con las lesiones, no compartir utensilios o prendas de vestir, y, si es posible, cubrir las lesiones con un apósito -o usar ropa que cubra las extremidades en la educación física, cuando las lesiones están situadas en ellas

²³Las infecciones sintomáticas y asintomáticas por *Enterobius vermicularis* son muy comunes en los escolares; las tasas de reinfección son elevadas. Los individuos infectados se deben bañar por las mañanas para eliminar los huevos puestos durante la noche. Se aconseja el cambio frecuente de ropa interior, pijamas y sábanas e insistir en las prácticas de higiene personal y lavado de manos

²⁴Debe permitirse regresar al colegio a los niños infestados una vez que han recibido un tratamiento específico. No debe restringirse la asistencia a niños que mantienen liendres tras el tratamiento; no hay evidencia de que la exclusión de la escuela de estos niños limite la propagación (ver "Pediculosis de la cabeza" en <http://www.guia-abe.es/temas-clinicos-pediculosis-de-la-cabeza>)

²⁵La rubéola se contagia sobre todo desde unos días antes hasta al menos 4 días después de aparición del exantema. La Asociación Americana de Pediatría recomienda exclusión 7 días. Los niños con rubéola congénita pueden ser contagiosos durante un año o más y está indicado el aislamiento de contacto hasta que 2 cultivos nasofaríngeos y de orina sean negativos después de los 3 meses de vida

²⁶La sarna habitualmente responde al tratamiento con permetrina, aunque el prurito puede persistir semanas a pesar del tratamiento eficaz. Se recomienda hacer tratamiento profiláctico de los convivientes, en particular si hay contacto prolongado piel a piel. El período de incubación es de dos a seis semanas antes de la aparición del prurito en las personas sin exposición previa al ácaro. Las personas que han estado infestadas anteriormente manifiestan síntomas de uno a cuatro días después de la nueva exposición

²⁷ La infección por VIH no se adquiere por medio de los tipos de contacto que se producen en las guarderías y colegios, como el contacto con lágrimas o saliva. Debe permitirse su escolarización siempre y cuando su estado de inmunidad lo permita, adoptando las precauciones convencionales para manipular derramamientos de sangre y exudados de heridas de todos los niños y la exposición a niños enfermos (ver "Pinchazo accidental y otras exposiciones a virus por vía parenteral" en <http://www.guia-abe.es/temas-clinicos-pinchazo-accidental-y-otras-exposiciones-a-virus-por-via-parenteral>)

²⁸ CMV (Citomegalovirus) persiste después de la infección primaria y se puede excretar durante años. Las máximas tasas de excreción del CMV corresponden a niños de 1-3 años, muchos de ellos asintomáticos y suele persistir años, por lo que la exclusión no es posible. Se debe insistir en la higiene de las manos después de cambiar los pañales sobre todo en embarazadas no inmunes por el riesgo para el feto

²⁹ La infección asintomática por virus *Coxsackie* es común y la posible transmisión antes del comienzo de los síntomas limita la efectividad de la exclusión

³⁰ Los niños con tiña del cuero cabelludo no deberían ser excluidos de la escuela una vez que se haya instituido la terapia. Los miembros de la familia y los contactos cercanos deben ser interrogados sobre los síntomas, y cualquier persona con síntomas debe ser evaluada. El intercambio de fómites como sombreros y peines / cepillos debe evitarse en los hogares con una persona afectada. Si se sospecha que las mascotas son una fuente de infección, se debe implementar el tratamiento del animal afectado

³¹ Los atletas de deportes con contacto de persona a persona con tiña corporis no pueden participar en las competiciones hasta 72 horas después del comienzo de la terapia tópica, a menos que se pueda cubrir el área afectada.

³² Las personas con pie de atleta activo deberían evitar el uso de piscina hasta la curación del pie.

³³ Para los casos de tosferina se indicará exclusión hasta 5 días después de iniciado el tratamiento antibiótico, o si no se ha dado tratamiento hasta 21 días después del inicio de los síntomas. Es necesaria la vacunación y profilaxis postexposición con antibiótico en contactos íntimos y contactos domiciliarios de niños con tos ferina, independientemente del estado de inmunización. Se considera contacto íntimo la exposición cara a cara a menos de 90 cm de un paciente sintomático, el contacto con secreciones respiratorias, nasales u orales o el haber compartido un espacio cerrado con una persona infectada al menos 1 hora. También se debería valorar en casos no íntimos que son contactos de personas de alto riesgo (lactantes < de 1 año, embarazadas en las tres últimas semanas de gestación, niños no vacunados, inmunodeprimidos y enfermos crónicos (asma, fibrosis quística), y personas en contacto con lactantes (personal sanitario o de guarderías) o que ellas mismas sean de riesgo (ver "Síndrome pertusoide" en <http://www.guia-abe.es/temas-clinicos-sindrome-pertusoide-tos-ferina>)

³⁴ El período de incubación desde la infección tuberculosa hasta el desarrollo de un resultado positivo de TST o IGRA es de 2 a 10 semanas. El riesgo de desarrollar enfermedad tuberculosa es mayor durante los 6 meses posteriores a la infección y permanece alto durante 2 años; sin embargo, pueden transcurrir muchos años entre la infección inicial por *M. tuberculosis* y la enfermedad posterior.

Los bebés y niños pequeños con enfermedad tuberculosa generalmente no se consideran contagiosos, porque los niños más pequeños son menos propensos a tener lesiones pulmonares en cavidades y no pueden expulsar gran cantidad de organismos al aire con fuerza. Por esto, la mayoría de los niños con enfermedad tuberculosa no contagian. Excepciones: tuberculosis pulmonar cavitaria, esputo positivo, compromiso laríngeo, enfermedad pulmonar extensa y tuberculosis congénita. En estos casos es necesario el aislamiento hasta que el cultivo de esputo sea negativo generalmente 2-3 semanas tras el inicio del tratamiento. Los niños con infección tuberculosa latente pueden participar en todas las actividades, ya sea que estén recibiendo tratamiento o no. (ver "Tuberculosis" en <http://www.guia-abe.es/temas-clinicos-tuberculosis>)

³⁵ El periodo de contagio de la varicela es máximo uno o dos días antes de la erupción hasta poco después de haber comenzado ésta. La AAP recomienda la exclusión hasta la fase de costra. Los casos de varicela atenuada en niños vacunados se excluirán hasta no aparezcan lesiones nuevas durante 24 horas. El contagio a partir de lesiones localizadas de herpes zóster es poco frecuente, pero puede suceder. En caso de zoster localizado se evitará la asistencia hasta que todas las lesiones estén en fase de costra. Se recomienda mantener cubiertas las lesiones. La varicela o zoster en inmunodeprimidos debe ser motivo de exclusión mientras dure la enfermedad.

La vacuna de la varicela es eficaz para prevenir o, al menos disminuir la gravedad de la enfermedad si se administra en los 3-5 días siguientes a una exposición significativa. Se considera significativo el contacto en la misma habitación (domicilio, aula, hospital) durante un periodo de tiempo ≥ 15 minutos o el contacto cara a cara (conversación) durante ≥ 5 minutos. (ver "Varicela y herpes zóster" en <http://www.guia-abe.es/temas-clinicos-varicela-y-herpes-zoster>)

³⁶ Nadar en piscinas públicas se ha asociado con un aumento de la incidencia de verrugas plantares por el virus del papiloma humano, deberían estar cubiertas en piscinas, gimnasios y vestuarios.

Bibliografía:

Czumbel I, Quintel C, Lopalco P, Semenza J and the ECDC expert panel working group. Management and control of communicable diseases in schools and other child care settings: systematic review on the incubation period and period of infectiousness. BMC Infectious Diseases 2018; 18:199. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12879-018-3095-8>

American Academy of Pediatrics. Red Book 2015 Report of the Committee on Infectious Disease. 30th ed. Elk Grove Village, IL: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, 2015

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de enfermedades de declaración obligatoria. Madrid, 2013 Disponible en http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/PROTOCOLOS_RENAVE.pdf

Public Health England. Guidance on Infection Control in Schools and other Child Care Settings; 2016 Disponible en http://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/Guidance_on_infection_control_in%20schools_poster.pdf

National Health and Medical Research Council Australian Government Recommended minimum exclusion periods 2013 Disponible en https://www.nhmrc.gov.au/files/nhmrc/publications/attachments/ch55e_exclusion_period_poster_130701.pdf

Richardson M, Elliman D. Evidence based of incubation periods, periods of infectiousness and exclusion policies for the control of communicable diseases in schools and preschools. *Pediatr Infect Dis J.* 2001;20(4):380-91.

Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Update: Prevention of Hepatitis A After Exposure to Hepatitis A Virus and in International Travelers. *MMWR.* 2007;56(41);1080-4. Disponible en www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5641a3.htm

Grande Tejada A M^a, Romero García A. Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención primaria. Hepatitis A. Junio 2017. Disponible en <http://www.aepap.org/grupos/grupo-de-patologiainfecciosa/contenido/documentos>

Preventing person-to-person spread following gastrointestinal infections: guidelines for public health physicians and environmental health officers. *Commun Dis Public Health.* 2004; 7(4):362-84. Disponible en www.hpa.org.uk/cdph/issues/CDPHVol7/no4/guidelines2_4_04.pdf

Williams L, Reichert A. Lice, nits and school policy. *Pediatrics.* 2001; 107;1011-5. Disponible en www.pediatrics.org/cgi/content/full/107/5/1011

Lee R.M, Lessler J, Lee R.A, Rudolph K.E, Reich N, Perl T, Cummings D. Incubation periods of viral gastroenteritis: a systematic review. *BMC Infectious Diseases* 2013, 13:446. Disponible en <https://doi.org/10.1186/1471-2334-13-446>

Lessler J, Reich N, Brookmeyer R, Perl T, Nelson K, Cummings D. Incubation periods of acute respiratory viral infections: a systematic review. *The Lancet.* 2009;9(5):291-300. Disponible en [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(09\)70069-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(09)70069-6)