

Recomendaciones sobre asistencia escolar en enfermedades infecciosas

Lourdes Seijas Martínez-Echevarría ^a Rosa de Vidania Cuevas ^b

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

Fecha de actualización: 05/04/2024

Cita sugerida: Seijas Martínez-Echevarría L., De Vidania Cuevas R. Recomendaciones sobre asistencia escolar en enfermedades infecciosas. Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 05/04/2024 ; consultado el dd/mm/aaaa]. Disponible en

Introducción / puntos clave

La escolarización precoz tiene indudables beneficios como el aprendizaje y socialización del niño o servir de 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
- Evitar la asistencia escolar de algunos niños enfermos o portadores. Este punto es el objetivo principal del presente texto.

En algunas ocasiones es conveniente recomendar evitar la asistencia al colegio temporalmente a 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 evitación de la asistencia escolar 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 y de algunas enfermedades no hay estudios claros con recomendaciones específicas. Es necesario comunicar a los servicios de epidemiología y salud pública 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 enfermedades infecciosas respiratorias de probable etiología vírica la transmisión ocurre desde antes del inicio de los síntomas o incluso desde niños asintomáticos haciéndose inevitable su posible contagio. Se aconseja evitar la asistencia de niños sintomáticos con fiebre, dificultad respiratoria o afectación del estado general.

En la gastroenteritis aguda (GEA) puede ser razonable mantener al niño en su domicilio hasta 24-48 horas después de la última deposición patológica o hasta que realice menos de 2 deposiciones más de las habituales para el paciente y siempre y cuando las deposiciones se contengan en el pañal. 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.Coli0157:H7*-, *Shigella* o *Salmonella typhi* por el riesgo de transmitir enfermedades graves. En estos casos, 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).

Cambios más importantes respecto a la versión anterior:

tras una revisión bibliográfica los cambios más relevantes introducidos son: la inclusión de microorganismos como *coronavirus*, *sapovirus*, *clostridioides difficile*, *yersinia enterocolitica* y *vibrio*. Algunos comentarios sobre divergencias en los periodos de exclusión de: escarlatina, rubeola e impétigo.

ENFERMEDAD	MICROORGANISMO	PERIODO INCUBACIÓN	PERIODO CONTAGIO	MECANISMO TRANSMISIÓN ¹	EVITAR ASISTENCIA
CONJUNTIVITIS	<i>Adenovirus</i> , bacterias	Variable		Contacto directo	No ²
COVID-19	<i>SARS-Co V-2</i> <i>Coronavirus</i>	2-14 días (5 días)	2 días antes hasta 10 días después del inicio de los síntomas	Persona-persona a través de aerosoles/gotas respiratorias	No ³
ERITEMA INFECCIOSO O 5ª ENFERMEDAD	<i>Eritrovirus B19</i>	4-14 días	3-5 días antes del exantema	Vía respiratoria, percutánea sangre	No ⁴

ESCARLATINA	<i>Estreptococo grupo A</i>	2-5 días	2-3 semanas (sin tratamiento)	Secreciones respiratorias	12-24 horas una vez iniciado el tratamiento ⁵
EXANTEMA SÚBITO	<i>Herpesvirus tipo 6</i>	9-10 días		Secreciones respiratorias	No ⁶
FARINGOAMIGDALITIS	<i>Estreptococo grupo A</i>	2-5 días	2-3 semanas (sin tratamiento)	Secreciones respiratorias	12-24 horas una vez iniciado el tratamiento ⁷
FIEBRE TIFOIDEA	<i>Salmonella Typhi y paratyphi</i>	F. Tifoidea: 3-60 días (generalmente 8-14 d) F. Paratifoidea: 1-10 días.	F. Tifoidea: 1ª semana hasta final convalecencia F. Paratifoidea: 1-2 semanas	Fecal-oral, agua, alimentos, contacto con persona infectada o portador.	Hasta 3 coprocultivos negativos ⁸
GEA INESPECÍFICA				Fecal-oral	Hasta 24-48 horas sin síntomas ⁹
GEA ESPECÍFICA					
	<i>Adenovirus</i>	3-10 días	Máximo los primeros días, intermitentemente meses.	Fecal-oral	Hasta 24-48 horas sin síntomas.
	<i>Astrovirus</i>	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.
	<i>Norovirus / Sapovirus</i>	1-2 días	Antes del inicio de los síntomas,	Fecal-oral, persona-persona,	Hasta 24-48 horas sin síntomas ¹⁰

				máximo días y hasta 4 semanas o más	superficies contaminadas, hielo, alimentos (mariscos)	
		<i>Rotavirus</i>	2-4 días	Varios días antes y varios días después del inicio (hasta 10 días después)	Fecal-oral, fómites	Hasta 24-48 horas sin síntomas ¹¹
	CAMPILOBACTERIOSIS	<i>Campylobacter spp.</i>	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.	Hasta 24-48 horas sin síntomas.
		<i>Clostridioides difficile</i>	Tras iniciar antibiótico 5-10 días		Fecal-oral, superficies	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	Hasta 24-48 horas sin síntomas ¹²
	INFECCIÓN POR E.COLI	<i>Escherichia coli</i>	12 horas – 6 días		Fecal-oral, alimentos, animales, fómites.	Hasta 24-48 horas sin síntomas.
	PRODUCTOR DE TOXINA SHIGA O VERO	<i>E.Coli0157:H7 (Toxina Shiga o verotoxina)</i>	2-10 días (3-4)	1-3 semanas	Fecal-oral, alimentos, animales, fómites, persona a persona.	Hasta 48 horas sin síntomas y 2 coprocultivos negativos separados 48 horas de finalizar el tratamiento
	GIARDIASIS	<i>Giardia spp</i>	1-4 semanas Mediana 7-10 días	Mientras se excreten quistes (semanas-meses)	Fecal-oral, agua, alimentos	Hasta 24-48 horas sin síntomas ¹³

	SALMONELOSIS	<i>Salmonella no typhi</i>	6-48 horas (normalmente 12-36 h, puede ser >1 semana)	Días-semanas	Fecal-oral, alimentos, agua, animales.	Hasta 24-48 horas sin síntomas ¹⁴
	SHIGELOSIS	<i>Shigella spp.</i>	1-7 días (generalmente 1-3 días)	1- 4 semanas	Fecal-oral, agua, alimentos, fómites	<5 años: hasta 2 coprocultivos negativos >5 años: hasta 48 horas sin síntomas ¹⁵
	YERSINIOSIS	<i>Yersinia enterocolitica</i>	4-6 días (hasta 14 días)	2-3 semanas	Alimentos contaminados (cerdo), mascotas, persona-persona (raro)	48h sin síntomas
		<i>Vibrio spp</i>	24 horas (5-92 h)		Marisco crudo	No
GINGIVITIS, ESTOMATITIS		<i>Herpes simple tipo 1</i>	2 días – 2 semanas	Eliminación durante 1 o más semanas tras primoinfección En recurrencias 3-4 días	Secreciones orales, contacto físico	No ¹⁶
GRIPE		<i>Influenza</i>	1-4 días (Media 2 días)	24 h antes de síntomas – 10 días después de inicio de síntomas	Respiratoria, manos	No ¹⁷
HEPATITIS A		<i>Hepatitis A</i>	15-50 días Promedio 28	2 semanas antes-1 semana después de inicio síntomas. (Pico justo	Fecal-oral, agua, alimentos	Hasta 7 días después del inicio de los síntomas o la ictericia ¹⁸

			antes del inicio de los síntomas)		
HEPATITIS B	<i>Hepatitis B</i>	1-6 meses Promedio 2-5 meses	1-2 meses después de la infección hasta varios meses	Exposición parenteral o percutánea a sangre.	No ¹⁹
HEPATITIS C	<i>Hepatitis C</i>	6-7 semanas	Varias semanas antes de síntomas - indefinido	Exposición parenteral o percutánea a sangre	No
IMPÉTIGO	<i>Streptococo grupo A, estafilococo</i>	4-10 días		Contacto directo	Hasta 48 horas de inicio de tratamiento antibiótico ²⁰
MENINGITIS/ SEPSIS	<i>Haemophilus influenzae</i>	Desconocido (probablemente 2-4 días)	Hasta 1-2 días de tratamiento efectivo	Gotitas y secreciones nasofaríngeas	Hasta la erradicación del germen ²¹ .
	<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	Hasta la erradicación del germen ²² .
MUGUET	<i>Candida albicans</i>	Desconocido	Desconocido	Interpersonal raro. Origen endógeno	No ²³
MOLLUSCUM	<i>Poxvirus</i>	2-7 semanas (hasta 6 meses)	Desconocido	Contacto directo, fómites	No ²⁴

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 ²⁵
<u>PAROTIDITIS</u>	Parotiditis	2-3 semanas (12-25 días)	2 días antes hasta 9 días después del inicio de la enfermedad (Es máx. 2 días antes y hasta 4 después)	Respiratoria, saliva	5 días desde el inicio de los síntomas
PEDICULOSIS DE LA CABEZA	Piojos	7-12 días	Lejos del cuero cabelludo menos de 1 día, los huevos menos 1 semana	Contacto directo	No ²⁶
PITIRIASIS VERSICOLOR	<i>Malassezia</i>	Desconocido		Comensal en piel sana	No
<u>RUBEOLA</u>	<i>Rubeola</i>	2-3 semanas	7 días antes y hasta 7 días después exantema	Respiratoria	7 días después de inicio de exantema ²⁷
<u>SARAMPION</u>	<i>Sarampión</i>	6-21 días (Mediana de 13 días)	4 días antes – 4 días después de aparición de exantema	Respiratoria	4 días tras inicio de exantema ²⁸
<u>SARNA</u>	<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 ²⁹

<u>SIDA E INFECCIÓN POR VIH</u>		<i>VIH</i>	Variable		Exposición parenteral o percutánea a sangre. Perinatal	No ³⁰
SÍNDROME MONONUCLEÓSICO		<i>Virus Epstein-Barr</i>	4-7 semanas	Eliminación intermitente a veces toda la vida	Respiratoria, fómites	No ³¹
		<i>Citomegalovirus</i>	3-8 semanas	Puede ser durante años	Contacto con saliva, orina	No ³²
SÍNDROME PIE- MANO-BOCA		<i>Coxsackie</i>	3-6 días	Mayor en los primeros 7 días	Respiratoria, fecal-oral	No ³³
TIÑA	T.CUERO CABELLUDO KERION	<i>Trichophyton tonsurans,</i> <i>Trichophyton schoenleinii</i> <i>Microsporum canis</i>	Desconocido 1-3 semanas	Viable durante largos periodos de tiempo en fómites (cepillos, sombrero)	Contacto directo, fómites (almohadones) animales (perros, gatos)	Hasta iniciar el tratamiento ³⁴
	T.CUERPO	<i>Trichophyton (tonsurans, rubrum, mentagrophyte)</i> <i>Microsporum canis;</i> <i>Epidermophyton floccosum</i>	1-3 semanas		Contacto directo, animales, suelo, fómites	No ³⁵

	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 ³⁶
<u>TOS FERINA</u>		<i>Bordetella pertusis</i>	7-10 días (rango de 5-21 días)	Máximo 3 semanas desde el inicio de síntomas - 5 días tras iniciar tratamiento -4-7 semanas sin tratamiento	Respiratoria	5 días después de iniciado el tratamiento ³⁷
<u>TUBERCULOSIS</u>		<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Pocas semanas, años	Respiratoria		No ³⁸
<u>VARICELA</u> / ZOSTER		<i>Virus Varicela Zóster</i>	10-21 días	Desde 1-2 días antes de erupción hasta todas en fase de costra (5-6 días después)	Contacto directo con líquido de ampollas, respiratorio y vertical.	Hasta que las lesiones estén en fase de costra. Varicela atenuada: hasta no aparición de nuevas lesiones. ³⁹
<u>VERRUGAS</u>		<i>Virus del papiloma humano</i>	meses-años		Contacto	No. Evitar piscina

Referencias bibliográficas

- American Academy of Pediatrics Red Book 2021-2024 Report of the Committee on Infectious Disease. 32th ed. Itasca, IL American Academy of Pediatrics 2021
- 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 childcare settings: systematic review on the incubation period and period of infectiousness. BMC Infectious Diseases 2018; 18:199. <https://doi.org/10.1186/s12879-018-3095-8>
- 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 [10.1097/00006454-200104000-00004](https://doi.org/10.1097/00006454-200104000-00004)
- Instituto de Salud Carlos III. Protocolos RENAVE Protocolos de la Red Nacional de Vigilancia de Salud Pública (3/09/2016) <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/ProtocolosRENAVE.aspx>
- Ministerio de sanidad. Gobierno de España. Consejo interterritorial Sistema Nacional de Salud. Estrategia para la integración de COVID-19 en la vigilancia y control de las infecciones respiratorias agudas en la Comunidad de Madrid. (6 julio de 2023) https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/documentos/Nuevo_marco_estrategico_COVID-19_05072023.pdf
- Documentos del CAV-AEP. MANUAL DE INMUNIZACIONES EN LÍNEA DE LA AEP. Comité Asesor de Vacunas. Asociación Española de Pediatría. 2024. <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-39#7>
- UK Health Security Agency. *Guidance Children and young people settings: tools and resources* (21 February 2024). <https://www.gov.uk/government/publications/health-protection-in-schools-and-other-childcare-facilities/children-and-young-people-settings-tools-and-resources>
- Australian Government Department of Health and Age Care National Health and Medical Research Council Australian Government. School exclusion periods (Diciembre 2023) <https://www.healthdirect.gov.au/school-exclusion-periods>
- Public Health Agency. Guidance on infection control in schools and other childcare settings in Northern Ireland (30 de Noviembre 2022) <https://www.publichealth.hscni.net/publications/guidance-infection-control-schools-and-other-childcare-settings-0>
- Public Health England. Recommendations for the Public Health Management of Gastrointestinal Infections (2019) https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5e3027c7ed915d1f28fe88ff/management_of_gastrointestinal_infections.pdf
- Nelson NP, Weng MK, Hofmeister MG, et al. Prevention of Hepatitis A Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, 2020. MMWR Recomm Rep 2020;69(No. RR-5):1–38. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr6905a1>
- 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. <http://www.aepap.org/grupos/grupo-de-patologiainfecciosa/contenido/documentos>
- Nolt D., Moore S., Yan A., Melnick L. Pediatrics Head lice Pediatrics. 2022; 150 (4) <https://doi.org/10.1542/peds.2022-059282>
- 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. <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. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(09\)70069-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(09)70069-6)

Notas aclaratorias

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 evitar la asistencia escolar a niños con conjuntivitis aguda. Algunos recomiendan evitar la asistencia 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.

³ En mayo de 2023 se declaró el fin del estado de emergencia sanitaria. Cuando un niño presenta síntomas respiratorios, no está indicado el aislamiento ni la cuarentena de sus contactos. Se recomienda que siga las medidas preventivas generales de los virus respiratorios (al toser o estornudar, cubrirse la boca y la nariz con el codo flexionado, usar pañuelos desechables, y tirarlos tras su uso, evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca) incluyendo el uso de mascarilla, especialmente cuando tenga interacción con personas vulnerables. Así mismo, a las personas especialmente vulnerables se les recomienda el uso de mascarilla en ámbitos de riesgo como en eventos de concentración de personas.

⁴ 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

⁵ La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda esperar a que se encuentre bien y al menos 12 horas después del inicio del tratamiento, al igual que para la faringitis estreptocócica. Otras guías recomiendan esperar 24 horas. 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>)

⁶ La infección por virus *Herpes tipo 6* es asintomática en la mayoría de los casos o enfermedad febril inespecífica.

⁷ El estado de portador de *Streptococo* grupo A puede persistir durante meses, pero el riesgo de transmisión desde los portadores es bajo

⁸ 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 debe evitar la asistencia escolar de todos los infectados; la duración de la no asistencia dependerá de la edad y de la capacidad de mantener una higiene personal adecuada. Los niños de guarderías y escuelas infantiles deben evitar ir hasta que se obtengan 3 cultivos negativos, obtenidos con una separación de 1 semana y comenzando 3 semanas después de terminado el tratamiento (Protocolos RENAVE- Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica) 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 excretan bacilos durante tres meses después del inicio de los síntomas y el 2-5% se harán portadores crónicos.

⁹ En casos de diarrea, en general se recomienda evitar ir a piscinas al menos durante 2 semanas.

¹⁰ 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.

¹¹ 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.

¹² Los quistes de *Cryptosporidium* pueden mantener su capacidad infecciosa durante días con las concentraciones de cloro habitualmente usadas en piscinas.

¹³ No está recomendado que eviten la asistencia los portadores asintomáticos de *Giardia*

¹⁴ 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.

¹⁵ Si hay un caso de shigelosis se debe contactar con los Servicios de Salud Pública. Los niños de 5 años y menores que acuden a guarderías y sus cuidadores, además de los que viven en condiciones de hacinamiento, tienen mayor riesgo de infección. La dosis infectante necesaria para producir el cuadro clínico es extraordinariamente pequeña (entre 10 y 100 bacterias). En la literatura se recogen diversos modos de actuación. En los protocolos RENAVE especifican que en situaciones de riesgo especial como las guarderías, escuelas infantiles, niños con prácticas higiénicas deficientes) se aconseja evitar asistencia a los casos y contactos hasta que 2 cultivos sean negativos separados 48 h y tomados al menos 48 h tras el fin de tratamiento. La AAP permite asistencia una vez que realice menos 2 deposiciones más de las habituales para el paciente y siempre y cuando las deposiciones se contengan en el pañal. Una meticulosa higiene de manos es la medida preventiva más eficaz para evitar la propagación-

¹⁶ 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 inefectivo evitar la asistencia 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 gingivostomatitis herpética (es decir, la infección primaria) que no tienen control de las secreciones orales se debe valorar evitar la asistencia a la guardería. En el caso 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-

¹⁷ Se recomienda que en la medida de lo posible, el paciente con gripe, permanezca en domicilio para evitar la infección de otras personas-

¹⁸ 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.

¹⁹ No es preciso evitar la asistencia escolar 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 con lesión en la piel supone un riesgo teórico 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.quia-abe.es/temas-clinicos-pinchazo-accidental-y-otras-exposiciones-a-virus-por-via-parenteral>).

²⁰ Hay divergencia en la recomendación de evitar la asistencia en un niño con impétigo. Una vez iniciado el tratamiento: 12 horas después para la Asociación Americana de Pediatría y hasta 48 horas después para otras guías. A menos que la posibilidad de contacto con la piel lesionada sea baja por la localización de las lesiones. Es importante cubrir las lesiones supurativas o abiertas. 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.quia-abe.es/temas-clinicos-infecciones-de-la-piel-y-partes-blandas-\(i\)-impetigo-celulitis-absceso-](http://www.quia-abe.es/temas-clinicos-infecciones-de-la-piel-y-partes-blandas-(i)-impetigo-celulitis-absceso-))

²¹ Se recomienda evitar la asistencia escolar 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.quia-abe.es/temas-clinicos-meningitis-bacteriana-\(profilaxis-de-contactos\)](http://www.quia-abe.es/temas-clinicos-meningitis-bacteriana-(profilaxis-de-contactos)))

²² El 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.quia-abe.es/temas-clinicos-meningitis-bacteriana-\(profilaxis-de-contactos\)](http://www.quia-abe.es/temas-clinicos-meningitis-bacteriana-(profilaxis-de-contactos)))

²³ *Candida albicans* y otras especies de *Candida* están presentes en la piel y en la boca, el tubo digestivo y la vagina de personas inmunocompetentes. La transmisión interpersonal es rara.

²⁴ No hay razones para recomendar evitar la asistencia a piscinas de forma sistemática a todos los niños con *Molluscum* (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 educación física.

²⁵ Las 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

²⁶ No debe recomendarse que eviten el colegio a los niños infectados ya que el contagio de los piojos es mínimo en el entorno escolar. Deberían revisarse los convivientes y en especial las personas que han compartido cama con el niño infectado y valorar tratar incluso de forma profiláctica. Debe permitirse regresar al colegio a los niños infectados 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.quia-abe.es/temas-clinicos-pediculosis-de-la-cabeza>)

²⁷ La Asociación Americana de Pediatría y la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica recomiendan evitar la asistencia durante 7 días. Según otras fuentes de información, se recomienda no asistir 4-5 días desde el comienzo del exantema. 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.

²⁸ En pacientes inmunodeprimidos el aislamiento durará mientras dure la enfermedad.

²⁹ La 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 infectadas anteriormente manifiestan síntomas de uno a cuatro días después de la nueva exposición.

³⁰ 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 recomendarse 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.quia-abe.es/temas-clinicos-pinchazo-accidental-y-otras-exposiciones-a-virus-por-via-parenteral>)

³¹ Se recomienda evitar intercambio de saliva o compartir comida o bebida con persona con infección reciente.

³² *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 recomendación de evitar la asistencia 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

³³ La infección asintomática por el virus *coxsackie* común y la posible transmisión antes del comienzo de los síntomas limita la efectividad de evitar la asistencia escolar. La eliminación fecal puede persistir varias semanas o meses desde la infección. La eliminación por vía respiratoria dura 1-3 semanas.

³⁴ Los niños con tiña del cuero cabelludo podrían asistir a 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

³⁵ 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.

³⁶ Las personas con pie de atleta activo deberían evitar el uso de piscina hasta la curación del pie.

³⁷ Para los casos de tosferina se indicará evitar la asistencia 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. Los contactos estrechos de riesgo, de cualquier edad y estado vacunal deben recibir quimioprofilaxis. Aunque no hay suficiente evidencia para determinar los beneficios del tratamiento profiláctico de los contactos con un caso de tosferina esta medida puede prevenir o limitar la transmisión secundaria de la enfermedad, para conseguirlo debe instaurarse antes de los 21 días de evolución de la fase paroxística del caso. Los antibióticos y las pautas y dosis recomendadas para la profilaxis de los contactos son los mismos que los recomendados para el tratamiento de la enfermedad. Asimismo se revisará su estado vacunal, de forma que: A/ Niños no vacunados o incompletamente vacunados según su edad; iniciar la vacunación o completar las dosis restantes. B./Niños mayores de 12 meses que hayan recibido la 3ª dosis hace más de 6 meses; administrar la 4ª dosis. C./ Niños menores de 7 años que hayan recibido la cuarta dosis (pauta 3+1) o la tercera dosis (pauta 2+1) hace más de 3 años, si todavía no han recibido la quinta o cuarta dosis, respectivamente: una dosis de recuerdo. D. /Adolescentes y adultos que no hayan recibido una dosis de vacuna o que hayan pasado más de 10 años de la misma: una dosis de recuerdo.

³⁸ 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 12 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 y cuando la tos haya desaparecido. En el resto de casos, los niños permanecerán aislados hasta que se haya iniciado el tratamiento, se haya confirmado la adherencia terapéutica, y los síntomas hayan disminuido. 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>)

³⁹ 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 evitar la asistencia hasta la fase de costra. Los casos de varicela atenuada en niños vacunados se evitará asistir hasta que 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 se debe recomendar evitar la asistencia 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>)

Notas: la Guía-ABE se actualiza periódicamente. Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[i] Más información en: <http://www.guia-abe.es/>

[*] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com