

**ACTUALIZACIÓN ANEXO 13.10:
PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN PARA EL CONTROL
DE LAS ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE
CARBAPENEMASAS EN RESIDENCIAS DE MAYORES Y
CENTROS DE LARGA ESTANCIA***

SERVICIO REGIONAL DE BIENESTAR SOCIAL

CONSEJERÍA DE SANIDAD / CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES

COMUNIDAD DE MADRID

JULIO 2015

* Formará parte de la próxima versión 2 del Plan de Prevención y control frente a la infección por enterobacterias Productoras de Carbapenemasas (EPC) en la Comunidad de Madrid

1.- INTRODUCCIÓN

Las características epidemiológicas especiales que concurren en los centros socio sanitarios y de larga estancia, hacen que conformen una población de especial riesgo para la adquisición y diseminación de la infección por Enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC).

Las características demográficas de los residentes en estos centros, así como sus características clínicas y la situación de dependencia de los mismos, hacen que estos centros deban tener unos dispositivos de control especiales para enfrentarse a este nuevo reto de la Salud Pública.

Además, pueden transformarse en un eslabón esencial en la cadena epidemiológica de transmisión de estas enterobacterias, que debe de contemplarse de una forma especial.

Para el control de la transmisión de estos microorganismos multirresistentes resulta imprescindible:

1. El reconocimiento y sensibilización de los entes gestores, tanto a nivel central como del propio hospital al que derivan los residentes, así como de las unidades asistenciales.
2. Tratar de identificar a los residentes colonizados e infectados en cada dirección asistencial, hospital, dispositivo de larga estancia o sociosanitario.
3. Establecer una estrategia de intervención bien definida adecuada a cada caso (portador-colonización o infección) y a cada nivel asistencial (unidad de agudo/media-larga estancia/sociosanitario, etc.), para el control de la transmisión.

Es difícil conocer la prevalencia de EPC en residencias de larga estancia; sin embargo, existen estimaciones que permiten conocer la prevalencia de infección clínica; teniendo en cuenta que las determinaciones analíticas de infecciones agudas se realizan de la misma manera que en otros centros, los residentes infectados se diagnosticarán de la misma manera que los ingresados en los hospitales.

2.-MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

El principal mecanismo de transmisión de las EPC/ERC es el contacto, y el reservorio principal es el residente portador (colonizado y/o infectado). La enterobacteria coloniza el

Actualización anexo 13.10: Procedimiento de actuación para el control de las enterobacterias productoras de carbapenemasas en residencias de mayores y centros de larga estancia

tracto digestivo, especialmente el recto, y de allí se transfiere a la piel, formando parte de la flora más superficial de la misma.

Los mecanismos de transmisión de las infecciones producidas por EPC son dos:

- a) Contacto Directo: a través del contacto directo con la piel y mucosas del residente afectado, al hacer la higiene o los cuidados básicos, o bien mediante el contacto con secreciones (heces, exudados de úlceras cutáneas, etc.).
- b) Contacto Indirecto: a través de objetos, materiales y superficies ambientales contaminadas, que han estado en contacto estrecho y reciente con el residente afectado.

La transmisión por contacto se produce, generalmente, por las manos del personal sanitario que actúan de vehículo si no se realiza una correcta higiene después de explorar o atender al residente. La flora coloniza las manos de forma transitoria y de esta manera llega a otro residente.

3.- ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE TRANSMISIÓN

El riesgo de transmisión es variable, y depende tanto de una serie de circunstancias relacionadas con el residente como del huésped, entre las que cabe reseñar como importantes:

1. La capacidad de colaboración del residente y del huésped en las precauciones de contacto, higiene y aislamiento, mermada en personas con deterioro cognitivo y especialmente en dementes y ante trastornos conductuales.
2. La integridad de la piel y mucosas, la presencia de úlceras cutáneas o mucosas y especialmente las heridas con drenaje aumentan el riesgo.
3. De la situación clínica del huésped: algunas personas padecen cuadros de desnutrición, deshidratación, diabetes mellitus, o inmunosupresión por tratamiento antineoplásicos, inmunosupresores o corticoterapia, que les hacen más proclives a la infección.
4. De la instrumentación clínica: catéteres, sondajes, exploraciones instrumentales, tratamientos con antimicrobianos de amplio espectro de repetición, ingresos y reingresos en UCIs, hospitales de media estancia, etc. a los que esté sometido el huésped.

Actualización anexo 13.10: Procedimiento de actuación para el control de las enterobacterias productoras de carbapenemasas en residencias de mayores y centros de larga estancia

Según esto, se debe realizar una valoración del riesgo de cada residente que permita establecer un grado de estratificación del riesgo para la transmisión de la infección/colonización por EPC, y con arreglo al cual, se establecerán diferentes estrategias de intervención. La clasificación del riesgo la establecerá el personal sanitario que atiende al residente (médico y/o enfermera). En la siguiente tabla viene definido en líneas generales el riesgo de cada residente:

ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO FRENTE A INFECCIÓN/COLONIZACIÓN POR EPC	
RIESGO BAJO	RIESGO ALTO
Residentes sin alteración de la conducta que implique manipulación de heces	Residentes con alteración de la conducta que implique manipulación de heces
Continencia fecal y urinaria Incontinencia urinaria con dispositivo colector (sonda) Uso de absorbente	Diarrea aguda de características infecciosas
No heridas y/o úlceras con drenaje ni exudación	Heridas con drenaje o exudación imposibles cubrir con apósitos o vendajes adecuadamente

4.-ESTRATEGÍAS DE INTERVENCIÓN ANTE RESIDENTES INFECTADOS/COLONIZADOS POR EPC EN FUNCIÓN DE LA VALORACIÓN DEL RIESGO

En la siguiente tabla se establecen las estrategias de intervención según el riesgo del residente. En residentes con riesgo situado entre el bajo y el alto, el personal sanitario adaptará las medidas a su situación, siempre teniendo en cuenta el bienestar del residente.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN ANTE INFECCIONES POR MICROORGANISMOS MULTIRESISTENTES (EPC) EN FUNCIÓN DEL RIESGO ESTRATIFICADO

RIESGO BAJO	<ul style="list-style-type: none">▪ Cumplir siempre las precauciones estándar en la atención sanitaria de estos residentes.▪ Vida normal en la residencia. Pueden usar zonas comunes, salvo contraindicación facultativa.▪ Heridas cutáneas bien cubiertas con apósito limpio y seco, higiene adecuada de dispositivos médicos (catéteres, sondas, colectores, etc.).▪ Visitas informadas (valorar riesgo de la visita) y con medidas estándar de prevención.
RIESGO ALTO	<ul style="list-style-type: none">▪ Cumplir siempre las precauciones estándar en la atención sanitaria de estos residentes.▪ Vida con posibles restricciones en la residencia. Pueden usar zonas y espacios comunes con supervisión del personal y con las restricciones que el personal sanitario establezca.▪ Valorar si se deben usar precauciones de contacto (según la tarea a realizar y la situación del residente y del entorno), que deben de ser valoradas e indicadas por personal facultativo.▪ Habitación individual o enfermería.▪ Heridas cutáneas bien cubiertas con apósito limpio y seco, cambio higiénico de absorbente en el baño de su habitación con guantes, higiene extrema de dispositivos médicos (catéteres, sondas, colectores, etc.)▪ Visitas informadas de las medidas de precauciones de contacto.

Actualización anexo 13.10: Procedimiento de actuación para el control de las enterobacterias productoras de carbapenemasas en residencias de mayores y centros de larga estancia

5.- PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES POR MICROORGANISMOS MULTIRESISTENTES (EPC) EN RESIDENCIAS Y CENTROS DE LARGA ESTANCIA

La mejor arma para el control de la infección por EPC y la prevención de su transmisión pasa por la identificación precoz de la infección, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- 1) Precauciones estándar para todos los residentes.
- 2) Precauciones de contacto, para todos los residentes de alto riesgo y aquellos que considere el equipo sanitario de la residencia o centro de larga estancia.
- 3) Formación e información del personal sanitario.
- 4) Uso racional de dispositivos invasivos.
- 5) Uso racional de antimicrobianos de amplio espectro.
- 6) Agrupación de residentes por cohortes.
- 7) Notificación de los casos entre los diferentes dispositivos asistenciales.
- 8) Cribado microbiológico de EPC, vigilancia y seguimiento de los colonizados o portadores asintomáticos.
- 9) Cumplimiento de las medidas para el control de las infecciones en su fase aguda.

5.1.- PRECAUCIONES ESTÁNDAR UNIVERSALES PARA APLICAR A TODOS LOS RESIDENTES DEL CENTRO

Se trata de precauciones que debe tomar de forma rutinaria **todo el personal** para el cuidado de **todos los residentes**, independientemente de su diagnóstico o su presunto estado de infección y/o colonización, y consisten fundamentalmente en evitar el contacto directo con los fluidos orgánicos (excepto el sudor). [Consultar resumen de la OMS de precauciones estándar.](#)

5.1.1.- Higiene de manos y uso de guantes

La higiene de las manos es **la medida más importante para el control de la transmisión de microorganismos**, tanto del personal al residente, como del residente al personal.

Se debe garantizar que **todo el personal que presta atención a los residentes**, sean sanitarios, hosteleros, limpiadoras, etc., cumpla con la técnica apropiada para la higiene de manos y conozca el fundamento de su necesidad.

Actualización anexo 13.10: Procedimiento de actuación para el control de las enterobacterias productoras de carbapenemasas en residencias de mayores y centros de larga estancia

Hay que monitorizar el cumplimiento/incumplimiento de la higiene de manos del personal, y tomar acciones correctoras y de mejora. No basta con la mera recomendación del lavado de manos.

Los centros deben tener puntos del lavado de manos accesibles, bien señalizados y con todos los elementos adecuados (jabón, toallas de un solo uso, y soluciones alcohólicas, las cuales deben estar situadas en todos los puntos de atención sanitaria en los centros: enfermería, habitaciones de residentes en precauciones de contacto, etc.).

La OMS ha implementado una guía para la higiene de manos en los cuidados de larga duración que se puede consultar en la web: <http://www.who.int/gpsc/5may/es/>

Las **5 Indicaciones y Momentos para la Higiene de Manos**, según la OMS, para interrumpir eficazmente la transmisión de microorganismos en la atención al residente son:

- 1) Antes del contacto con el residente.
- 2) Antes de realizar una tarea o técnica aséptica.
- 3) Después de la exposición a fluidos corporales.
- 4) Después del contacto con el residente.
- 5) Después de contactar con el entorno del residente (objetos, materiales, etc.).

Para que los centros mejoren la higiene de las manos y prevengan la transmisión de las infecciones la OMS recomienda:

- Las soluciones alcohólicas y los desinfectantes para las manos deben estar colocados en la habitación (habitación sanitaria) en la que se encuentra el residente.
- Accesibilidad al agua, al jabón y a las toallas no reutilizables.
- Formación y educación del personal sobre la forma de actuar correctamente.
- Control y monitorización de las prácticas del personal sanitario y corrección de errores.
- Uso de imágenes, pictogramas, etc., recordatorios en el lugar de trabajo.
- Apoyo a la higiene de manos y la atención limpia, mediante una cultura del aseo.

Actualización anexo 13.10: Procedimiento de actuación para el control de las enterobacterias productoras de carbapenemasas en residencias de mayores y centros de larga estancia

Tipos de Lavado de manos:

A. Higiene de manos con agua y jabón:

Su uso está indicado cuando las manos estén visiblemente sucias.

Precisa entre cuarenta segundos y un minuto para su correcta realización. La técnica que precisa requiere una serie de pasos. [Técnica para la correcta higiene de manos con agua y jabón.](#)

B. Higiene de las manos con soluciones de base alcohólica (acuosas, en gel o espuma)

Conocido como lavado de manos "en seco" o "sin agua". Es un lavado antiséptico, ya que elimina rápidamente los gérmenes presentes en la piel de las manos con una eficacia muy alta (99,97 %).

Se realiza con soluciones alcohólicas, frotando las manos con vigor, incluyendo los pliegues interdigitales, hasta que el producto aplicado se seque sobre la piel (aproximadamente 20 segundos). [Técnica para la correcta higiene de manos con soluciones de base hidroalcohólica.](#)

Este lavado "en seco" no resulta eficaz si las manos están sucias, por lo que se recomienda realizar un lavado previo al inicio de la jornada laboral y cada vez que sea necesario.

Las soluciones antisépticas para el lavado de manos pueden causar irritaciones, grietas o lesiones en la piel, que se convierten en lugares propicios para la infección. Por ello se recomienda sustituir las soluciones antisépticas por soluciones de base alcohólica. Además producen un ahorro considerable en antisépticos (más caros que las soluciones de base alcohólica), junto al de toallas de papel, lociones o cremas protectoras.

El alcohol tiene una excelente actividad antimicrobiana, y más rápida que otros antisépticos.

Lavarse las manos con agua y jabón común cada 5 a 10 lavados "en seco" con soluciones alcohólicas por un doble motivo, eliminar la suciedad y los emolientes del gel **alcohólico** que se deposita en las mismas.

5.1.2.- Guantes, batas y mascarillas

Además de la adecuada higiene de manos el uso de guantes, bata o mascarilla, son parte de las precauciones estándar y juegan un papel muy importante para el control de la transmisión de las infecciones.

Actualización anexo 13.10: Procedimiento de actuación para el control de las enterobacterias productoras de carbapenemasas en residencias de mayores y centros de larga estancia

Se requiere **uso de guantes** no estériles, de un solo uso y **bata**, para los cuidados que presentan riesgo para el personal de exposición a sangre o fluidos o a la inoculación accidental y para retirar la ropa de uso personal y de cama del residente. De igual forma para la manipulación de fluidos orgánicos. Pese al uso de guantes **la higiene de manos es imprescindible antes de ponerlos y después de retirarlos.**

Los guantes deben cambiarse con los distintos residentes, e incluso en un mismo residente para evitar la transmisión de una localización a otra. Los guantes y la bata se desecharán al salir de la habitación de los residentes.

Se usará **mascarilla** cuando se prevea que se va a producir aerosoles de sangre o fluidos en la atención sanitaria al residente sano, para el manejo y limpieza de aparatos de aerosol terapia así como para realizar las curas de las lesiones cutáneas exudativas.

5.2.- PRECAUCIONES DE CONTACTO PARA RESIDENTES INFECTADOS/COLONIZADOS POR EPC

Los residentes infectados por EPC, en la fase activa y clínica de la enfermedad, estarán ingresados en el Hospital, ubicados en áreas de Precauciones de Contacto. Una vez controlado el proceso infeccioso activo recibirán el alta, siendo trasladados a un centro de larga estancia, centro sociosanitario, o a su propio domicilio.

La presencia de colonización por EPC, por sí no impide el traslado o el alta hospitalaria de un residente, una vez que se ha controlado la infección activa.

No existe información suficiente para hacer una recomendación precisa sobre cuándo han de suspenderse las Precauciones de Contacto en los residentes que las precisen pero hay que considerar que la colonización puede llegar a ser prolongada (3 a 6 meses).

Lo importante es poder garantizar que el personal de los centros de larga estancia y residencias, conozca y ponga en práctica de forma apropiada las Precauciones de Contacto, tanto para los convalecientes como para los casos colonizados o portadores que lo precisen.

Las Precauciones de Contacto se deben aplicar en los residentes colonizados con EPC que tienen un alto riesgo de transmisión (residente con cuadro de diarrea aguda de características infecciosas, residentes con alteraciones de la conducta que impliquen manipulación de heces, residentes con heridas con drenajes y de difícil control que no puedan ser cubiertas adecuadamente), destinando al residente a una habitación individual o realizando un aislamiento de cohortes y usando guantes o batas de un solo uso. **En los residentes colonizados por EPC de bajo riesgo, se pueden relajar las**

Actualización anexo 13.10: Procedimiento de actuación para el control de las enterobacterias productoras de carbapenemasas en residencias de mayores y centros de larga estancia

precauciones de contacto, pero deben usarse las precauciones estándar incluido el uso de guantes y/o bata cuando es posible el contacto con fluidos corporales.

PRECAUCIONES DE CONTACTO
Realizar la higiene de manos antes de ponerse la bata y los guantes
Vestirse con bata y los guantes antes de entrar en la habitación de la persona afectada
Quitarse la bata y los guantes y realizar el lavado de manos antes de salir de la habitación del afectado
Residente aislado en habitación individual (se puede relajar las medidas en función de la estratificación del riesgo)
Limpieza especial de la habitación.

5.3 NIVEL DE AISLAMIENTO DE LOS RESIDENTES INFECTADOS/COLONIZADOS POR EPC.

En centros socio sanitarios se deben establecer las medidas para evitar la transmisión de estos microorganismos sin olvidar el bienestar del residente.

No es aconsejable el aislamiento diurno del residente en su habitación. Tomando las medidas indicadas, los residentes de bajo riesgo pueden realizar vida normal en el centro, los residentes con riesgo alto podrán realizar actividades y salidas supervisadas, siguiendo las indicaciones que el personal sanitario establezca.

El residente debe usar el servicio de su habitación y realizar una estricta higiene de manos antes y después de ir al servicio.

Si el residente tiene úlceras o heridas descamativas o exudativas estas deben ser curadas y cubiertas en su habitación.

Solo temporalmente en caso de diarreas agudas y/o úlceras exudativas o descamativas que no puedan cubrir los vendajes se tendría que ser estricto con el nivel de aislamiento.

En el caso de que el residente colonizado/infectado por EPC necesite realización de **fisioterapia o rehabilitación**, si precisa solo manipulación manual está si puede será realizada por el fisioterapeuta en la habitación del residente tomando las precauciones de contacto correspondientes. Si precisa el uso de aparatos estos residentes serán los últimos del turno y se realizará limpieza del material usado al finalizar la sesión.

5.4 HIGIENE DE LOS RESIDENTES INFECTADOS/COLONIZADOS POR EPC

El **baño con clorhexidina** se ha usado para prevenir infecciones y para disminuir la colonización con microorganismos multirresistentes como las EPC. En los centros de larga estancia y residencias, a los residentes de alto riesgo o ante técnicas de alto riesgo (ventilación mecánica), se utilizará jabón de clorhexidina para el aseo diario, insistiendo en las zonas de pliegues (axilas, inglés y región perianal), y el cabello se lavará al menos una vez a la semana. No se recomienda pasar de la mandíbula ni usar en heridas abiertas.

5.5 TRATAMIENTO DE LA ROPA DE LOS RESIDENTES INFECTADOS/COLONIZADOS POR EPC.

La ropa personal, de cama y los uniformes de los profesionales se someterán a ciclos de lavado industrial. Debe existir un contenedor en las habitaciones de los afectados en el que se depositará la ropa en bolsas y se cerrarán para su traslado a la lavandería.

5.6 LIMPIEZA DE LAS HABITACIONES, MENAJE DE LOS RESIDENTES INFECTADOS/COLONIZADOS POR EPC.

La limpieza de habitaciones, baño y objetos o superficies de la habitación se procurará que se haga en cada turno, y como máximo diariamente con desinfectantes de superficie homologados. Seguir las instrucciones indicadas en el protocolo de limpieza.

Los platos, vasos y cubiertos no precisan ninguna precaución especial, el agua caliente y los detergentes de lavavajillas son aptos para descontaminarlos.

5.7 USO DE MATERIAL CLÍNICO DE LOS RESIDENTES INFECTADOS/COLONIZADOS POR EPC.

Siempre que sea posible se usará material desechable, si esto no ocurre se intentará usar el material con cada residente de forma individualizada, si esto tampoco fuera posible se limpiara el material utilizado con el método apropiado para cada material tras la atención a cada residente. El material clínico (pinzas, tijeras, etc.) que haya podido contaminarse por los fluidos orgánicos, se deberá esterilizar, y si no es susceptible de ello se hará una desinfección de alto grado.

5.8.-AGRUPACIÓN DE RESIDENTES POR COHORTES:

Siempre que sea posible, en centros de larga estancia y residencias, se utilizarán para las personas infectadas o colonizadas, habitaciones individuales. Si éstas son limitadas, reservarlas para los de mayor riesgo de transmisión (residentes dependientes, dementes, con incontinencia especialmente fecal, con heridas con drenaje). Si no es posible en habitación individual, se agruparán en una misma habitación o por áreas.

No deben compartir habitación residentes de alto riesgo con residentes no colonizados o no infectados. En los centros residenciales una alternativa es trasladarlos a la enfermería del centro, para así establecer aislamientos en los casos que se precisen y evitar la transmisión. En la peor de las situaciones, compartir habitación un residente colonizado/infectado con un residente no colonizado no infectado, establecer la mayor separación posible entre las camas.

Solo se efectuarán traslados de las personas colonizadas de un área a otra, cuando sea imprescindible. Se dará la información pertinente del caso, y se realizará con las máximas precauciones, dando las recomendaciones oportunas para su manejo y evitar la transmisión.

5.9.-CRIBADO DE MICROORGANISMOS MULTIRESISTENTES (EPC), VIGILANCIA, SEGUIMIENTO Y FINALIZACIÓN DE AISLAMIENTO:

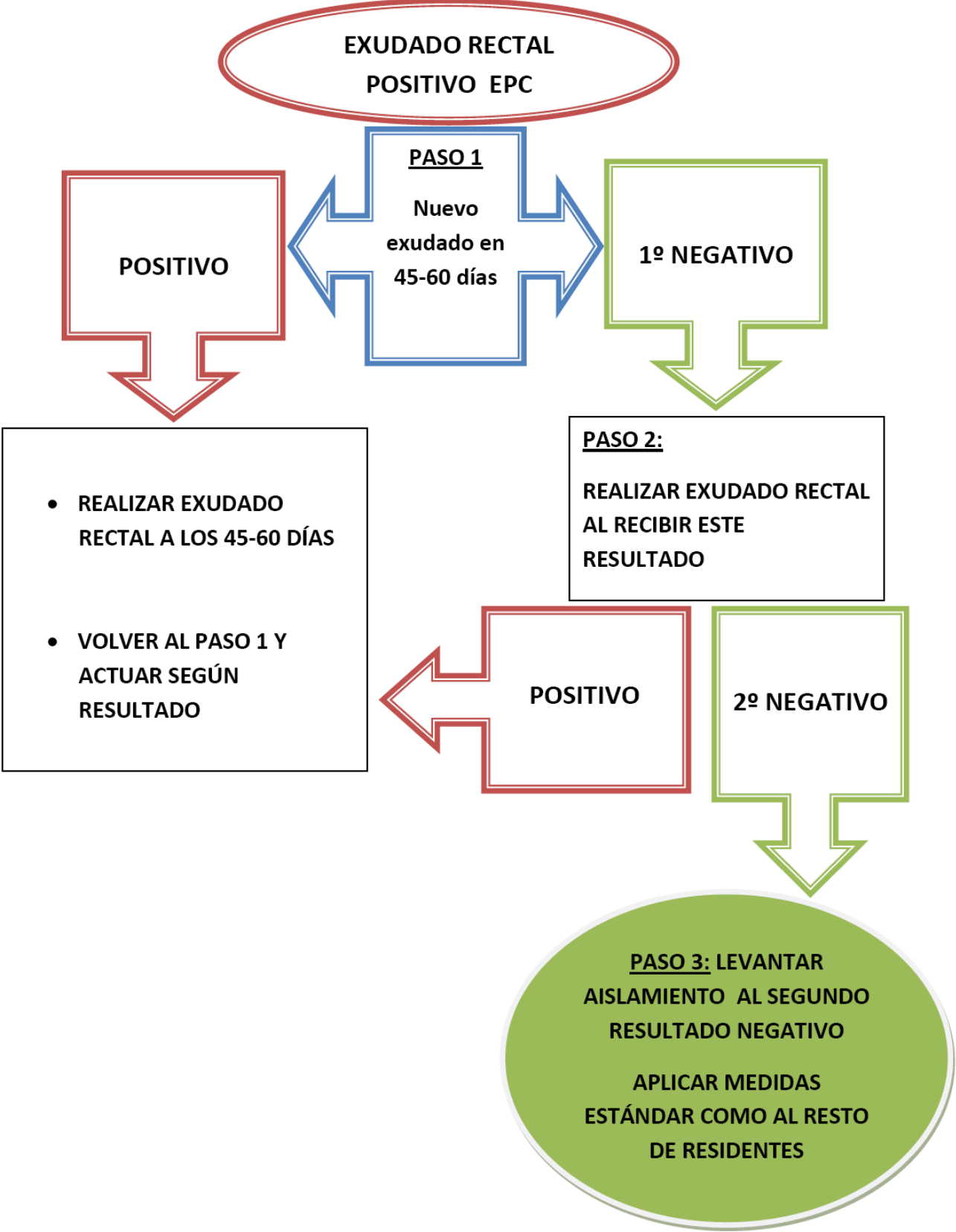
Si el residente estuvo infectado (urocultivo positivo...), se confirmará la presencia de urocultivo negativo a EPC antes de realizar un exudado rectal para descartar estado de colonización.

En residentes colonizados con EPC si la muestra tomada de exudado rectal es positiva el siguiente control se realizará en dos meses. Si el resultado es negativo se realizará otro exudado rectal lo antes posible, si este segundo también es negativo se levantarán las precauciones de contacto del residente.

Actualización anexo 13.10: Procedimiento de actuación para el control de las enterobacterias productoras de carbapenemasas en residencias de mayores y centros de larga estancia

- Si resultado de muestra positiva-----próxima en 45-60 días
- Si resultado de muestra negativa-----se repetirá la siguiente lo antes posible
- **Dos muestras seguidas negativas ---se levantarán las precauciones de contacto del residente**

FLUJOGRAMA : CONTROL DEL ESTADO DE COLONIZACIÓN DEL RESIDENTE CON EPC



Actualización anexo 13.10: Procedimiento de actuación para el control de las enterobacterias productoras de carbapenemasas en residencias de mayores y centros de larga estancia

Se efectuarán exudados rectales en los contactos estrechos de residentes infectados o colonizados. Si este exudado rectal es negativo se descarta colonización.

6.- OTRAS MEDIDAS PREVENTIVAS EN LOS CENTROS SOCIO SANITARIOS

6.1-Formación e Información del Personal Sanitario:

Todos los profesionales de cualquier ámbito asistencial (agudos, media-larga estancia y residencias), dedicados a la atención de personas susceptibles de infectarse por microorganismos multirresistentes EPC, deben recibir la formación e información adecuada para evitar la transmisión de las mismas. Dentro de la formación resultan esenciales las Precauciones estándar y en concreto la adecuada higiene de manos y una formación adecuada en el uso de Precauciones de contacto por si fueran necesarias.

6.2-Uso Racional de Dispositivos Invasivos:

La instrumentación y el uso de dispositivos invasivos (catéteres venosos, sondaje vesical, etc.), especialmente en residentes de edad avanzada, les hace muy susceptibles y vulnerables frente a las infecciones asociadas a dicho dispositivo y a las resistencias a los antimicrobianos. En los centros de larga estancia y en residencias se hará una evaluación periódica de los dispositivos (sondajes, etc.) para valorar la necesidad de continuar con los mismos.

6.3- Uso Racional de Antimicrobianos de Amplio Espectro:

El uso no responsable e indiscriminado de antimicrobianos de amplio espectro (cefalosporinas, quinolonas, carbapenems y vancomicina) en los mayores, ha mostrado ser un factor de riesgo para la colonización e infección por microorganismos multiresistentes entre ellos las EPC. Para minimizar el desarrollo de EPC debe hacerse un uso juicioso de los antimicrobianos con indicaciones, duración y dosis precisas, para cada cuadro clínico.

6.4-Comunicación y Notificación entre los diferentes Niveles Asistenciales:

El laboratorio o el servicio de Microbiología, tan pronto detecte una EPC, deberán comunicarlo al servicio peticionario para implantar las medias de aislamiento, control y

Actualización anexo 13.10: Procedimiento de actuación para el control de las enterobacterias productoras de carbapenemasas en residencias de mayores y centros de larga estancia

tratamiento oportunas. El Hospital, al alta, lo comunicará al centro de larga estancia o residencia, de forma expresa, así como las medidas que deben tomar; y éstos si precisasen una nueva derivación del residente al hospital, comunicarán el estado de colonización o portador del mismo.

LISTA DE COMPROBACIÓN: APLICACIÓN DE LAS PRECAUCIONES DE CONTACTO EN RESIDENTES DE CENTROS SOCIO SANITARIOS

Acomodación del Residente	<input type="checkbox"/> Instalar al residente en una habitación individual con baño. La puerta de la habitación puede permanecer abierta. <input type="checkbox"/> Si no se dispone de habitación individual, hacer un aislamiento de cohortes. Instalar al residente en una habitación compartida con otro residente colonizado por el mismo microorganismo, previa consulta con el personal sanitario responsable. <input type="checkbox"/> Si no se dispone de habitación individual ni es posible hacer un aislamiento de cohortes, valorar con el personal sanitario responsable si la situación epidemiológica permite situar al residente en una habitación compartida, separando con una barrera física la cama del residente y manteniendo un espacio de al menos 1 metro con otros residentes.
Equipo de Protección Personal (EPP)	<p>Aplicar precauciones estándar universales con todos los residentes</p> <input type="checkbox"/> En caso de precisar uso de precauciones de contacto, ponerse guantes si se va a realizar un contacto con el residente o con superficies con las que ha podido contactar el residente. <input type="checkbox"/> En caso de precisar uso de precauciones de contacto ponerse una bata de manga larga si se prevé que los antebrazos o la ropa van a estar en contacto directo con el residente o con las superficies u objetos del medio que rodea al residente.
Rótulos, Suministros y Equipos	<input type="checkbox"/> Si se van a tomar precauciones de contacto con un residente colocar un cartel que indique "Precauciones de contacto" en la puerta de la habitación del residente. <input type="checkbox"/> Dedicar el equipo de cuidados no críticos para uso exclusivo del residente (termómetro, manguito para tomar la tensión, carro de curas). Los aparatos electrónicos y otros efectos personales no deben compartirse entre residentes. <p>En caso de no existir equipos individuales, limpiar adecuadamente este material antes del uso con otro residente</p> <input type="checkbox"/> Asegurarse de que las soluciones alcohólicas, soluciones antisépticas y el jabón están disponibles y en cantidad suficiente dentro de la habitación del residente colonizado y en toda la residencia. <input type="checkbox"/> Asegurarse de que los suministros (guantes, batas, mascarillas) están disponibles y en cantidad suficiente
Material de Residuos y Lencería	<input type="checkbox"/> Asegurarse de la disponibilidad de una bolsa cerrada para el traslado de la ropa del residente hasta la lencería

Actualización anexo 13.10: Procedimiento de actuación para el control de las enterobacterias productoras de carbapenemasas en residencias de mayores y centros de larga estancia

<p>Al salir de la Habitación del Residente</p>	<p><input type="checkbox"/> En centros de larga estancia, no restringir la participación del residente en actividades grupales si no tiene diarrea aguda, heridas con drenaje no cubiertas adecuadamente o alteraciones del comportamiento que impliquen manipulación de heces.</p> <p><input type="checkbox"/> Asegurarse de que el residente realiza la higiene de manos antes de salir de la habitación, después de ir al servicio (incluso en caso de dependencia) y antes de comer.</p> <p><input type="checkbox"/> Proveer de suficiente ropa de cama y pijamas limpios. Asegurarse de cubrir con apósitos las heridas de drenaje y las superficies del cuerpo infectadas cuando es necesario desplazarse a otras zonas del centro.</p> <p><input type="checkbox"/> Si el residente es trasladado a otra institución sociosanitaria informar al personal de transporte y al personal del área receptora de la situación de portador de EPC.</p>
<p>Formación del Residente y Visitantes</p>	<p><input type="checkbox"/> Explicar detalladamente al residente y a sus visitantes, la necesidad de realizar precauciones estándar en ciertos casos precauciones de contacto con el residente y lo que eso implica.</p> <p><input type="checkbox"/> Instruir al residente y a sus visitantes sobre cómo y cuándo deben realizar la higiene de manos.</p>

7.- CONCLUSIONES

- 1) Las enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) constituyen un problema de salud pública emergente en nuestro ámbito.
- 2) Las personas ingresadas en centros de larga estancia y residencias, constituyen un colectivo de riesgo frente a estas infecciones, por su edad, por su sistema inmune, por la comorbilidad, por la polimedicación, y sobre todo por su vulnerabilidad.
- 3) En estos colectivos la detección clínica resulta muy dificultosa por su sintomatología atípica y larvada, por las limitaciones diagnósticas (menor colaboración toma de muestras, etc.), y terapéuticas.
- 4) En todos los niveles y dispositivos asistenciales socio sanitarios, se hará una valoración del riesgo individualizada de cada residente portador de microorganismos multirresistentes, en función de la cual se establecerán programas de estratificación del riesgo de infección y de transmisión de la misma, con arreglo a los cuales, se determinarán las diferentes estrategias de intervención, y las pautas pertinentes de actuación en cada caso.

Actualización anexo 13.10: Procedimiento de actuación para el control de las enterobacterias productoras de carbapenemasas en residencias de mayores y centros de larga estancia

- 5) Las medidas de precaución estándar constituyen la primera barrera para el control de la diseminación y transmisión de la infección y se deben aplicar en todos los residentes.
- 6) La formación de los profesionales de atención directa, junto a los programas de uso racional de antimicrobianos y de instrumentación médica invasiva, son líneas de actuación complementarias a las anteriores.
- 7) La comunicación y notificación ágil de los casos, la agrupación de residentes por cohortes, y el cribado de los contactos estrechos de los casos, constituyen otros escalones en el abordaje de estas infecciones.
- 8) Es obligatoria la comunicación de todos los casos a los Servicios de Salud Pública, para la vigilancia epidemiológica de los casos y el control de posibles brotes.
- 9) Durante la fase aguda de infección los residentes permanecerán ingresados en dispositivos de la red de salud (Unidades de Agudos Hospitalarias).
- 10) No está justificado el rechazo de una persona colonizada o portadora de Enterobacterias Productoras de Carbapenemasas en los centros de larga estancia y residencias.
- 11) El tipo de intervención y pautas a aplicar, dependerán del nivel de riesgo que se establezca en cada caso; el cual vendrá determinado por el estado basal, problemas de conducta, instrumentación clínica, lesiones cutáneas con exudados de difícil control, etc.
- 12) Es conveniente realizar un cribado de los contactos estrechos de las personas infectadas y/o colonizadas en los centros de larga estancia y residencias, para dimensionar realmente el problema así como la diseminación o transmisión en estos centros.
- 13) En los centros residenciales, debemos garantizar y salvaguardar un equilibrio, entre el ejercicio del derecho de la privacidad, la protección y el bienestar del residente, frente al riesgo potencial que tienen estas infecciones para la salud pública comunitaria.