



XUNTA DE GALICIA  
CONSELLERÍA DE SANIDADE  
Dirección Xeral de Saúde Pública



**GUÍA PARA O CONTROL DAS  
ENTEROBACTERIAS PRODUTORAS DE  
CARBAPENEMASAS NOS CENTROS  
RESIDENCIAIS DE GALICIA  
(GUÍA EPC-R)**

- maio de 2016 -

## ÍNDICE

Consideración previa.....	página 3
Obxectivos da Guía.....	página 4
Modo de uso da Guía.....	página 4
Elaboración da Guía.....	página 4
Referencias bibliográficas.....	página 4
Introdución.....	página 5
Medidas de control das EPC nun centro residencial	
Medidas que teñen que estar sempre presentes.....	página 7
Cando un residente está infectado ou colonizado con EPC.....	página 8
Cando máis de un residente está infectado ou colonizado con EPC.....	página 13
Coordinación con outros centros e con saúde pública.....	página 15
ANEXO 1: Precaucións estándar.....	página 17
ANEXO 2: Limpeza.....	página 19
ANEXO 3: Modelo de información para o caso cando vai ao domicilio.....	página 23
ANEXO 4: Datos básicos dos residentes con EPC no centro cun abrocho.....	página 25
APÉNDICE: Grupo de traballo que elaborou esta Guía.....	página 26

## **CONSIDERACIÓN PRELIMINAR**

*NON HAI RAZÓN PARA QUE UN CENTRO RESIDENCIAL REXEITE A ADMISIÓN OU A READMISIÓN DUNHA PERSOA SOBRE A BASE DE QUE É PORTADORA DUNHA EPC*

# GUÍA PARA O CONTROL DAS ENTEROBACTERIAS PRODUTORAS DE CARBAPENEMASAS NOS CENTROS RESIDENCIAIS DE GALICIA

## (GUÍA EPC-R)

**Obxectivos da Guía:** Aínda que polo de agora non está establecido en Galicia un sistema de vixilancia das enterobacterias produtoras de carbapenemasas (EPC), sábese de certo que son numerosos os centros residenciais galegos que tiveron e teñen residentes con EPC, e que tiveron e teñen abrochos. Do mesmo xeito, sábese que hai un fluxo continuo, nos dous sentidos, de persoas con EPC entre centros residenciais e hospitais de Galicia. Por este motivo, elaborouse esta GUÍA EPC-R, que ten os dous obxectivos seguintes:

- i) facilitar a elaboración do Plan de control das EPC dos centros residenciais de Galicia, que terá como obxectivo establecer as medidas necesarias para o control da transmisión das EPC no propio centro.
- ii) favorecer a detección rápida de residentes infectados ou colonizados con EPC mediante o intercambio de información entre hospitais e centros residenciais. Neste senso, xa se desenvolveu a Guía de control das EPC nos hospitais de Galicia (GUÍA EPC-H)<sup>1</sup>.

**Modo de uso da Guía:** A GUÍA EPC-R contén un conxunto de medidas que os centros residenciais deben empregar para elaborar o Plan de control das EPC no centro, agás cando explicitamente se indica que é desexable ou recomendable.

Ademais, compre indicar que a GUÍA EPC-R alude a circunstancias nas que non se recoñeceran algúns centros, mais isto débese a que vai dirixida a todos os centros residenciais de Galicia.

**Elaboración da Guía:** A Guía foi elaborada por un grupo de traballo convocado *ad hoc* polas subdireccións xerais de Información sobre a saúde e epidemioloxía, da dirección xeral de Saúde Pública da Consellería de Sanidade, e de Atención ao cidadán e calidade, da xerencia do Servizo galego de saúde. A súa composición amósase no Apéndice.

**Referencias bibliográficas:** Para elaborar a guía empregáronse como referencias principais:

- Consejería de sanidad. Plan de Prevención y control frente a la infección por EPC en la Comunidad de Madrid [setembro de 2013], que se pode consultar na seguinte [ligazón](#).
- Public Health England. Toolkit for managing carbapenemase-producing Enterobacteriaceae in non-acute and community settings [xuño de 2015], que se pode consultar na seguinte [ligazón](#).
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Facility Guidance for Control of Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE) [novembro de 2015], que se pode consultar na seguinte [ligazón](#).
- Osakidetza. Actualización de la guía de actuación ante el SAMR y otros microorganismos multiresistentes en centros gerontolóxicos, sociosanitarios y de persoas con discapacidade [abril 2011], que se pode consultar na seguinte [ligazón](#).
- Manual de procedemento de limpeza do Hospital Virxe da Xunqueira.

---

1 A GUÍA EPC-H pódese descargar da páxina web da Consellería de sanidade na seguinte [ligazón](#).

## INTRODUCCIÓN

**As enterobacterias** son unha familia de bacterias<sup>2</sup> que viven no intestino das persoas sen producir dano, dando lugar a unha situación que se denomina *colonización*. Con todo, cando as enterobacterias acadan outros lugares do corpo humano, producen unha *infección* que pode ocasionar enfermidade. As máis frecuentes son:

- Infeccións urinarias, cuxa presentación varía dende unha cistite a unha pielonefrite con shock séptico. Estas infeccións están moi relacionadas co uso de dispositivos urinarios, principalmente a sondaxe vesical.
- Infeccións respiratorias, en xeral debidas a microaspiracións. Resulta especialmente grave cando se presenta como pneumonía asociada a ventilación mecánica.
- Con menor frecuencia prodúcese infeccións de localización cirúrxica (superficias ou profundas), así como infeccións de catéteres ou doutros dispositivos intravasculares.
- En calquera das infeccións previas pódese detectar a enterobacteria en sangue (bacteriemia), mais nunha fracción non desprezable dos casos non se pode identificar a orixe da bacteriemia, feito que se cataloga como bacteriemia primaria.

**As enterobacterias produtoras de carbapenemasas** (en abreviatura, **EPC**) son un subtipo de enterobacterias que son capaces de producir *carbapenemasas*, uns enzimas que na meirande parte dos casos fan que a enterobacteria sexa resistente aos carbapenems, que son un grupo de antibióticos betalactámicos de última liña terapéutica; é dicir, que se reservan para tratar infeccións que non son sensibles a outros antibióticos.

A produción de carbapenemasas non é o único mecanismo de resistencia aos carbapenems do que poden dispor as enterobacterias, pero é o máis frecuente e relevante para a saúde, porque cando unha persoa está infectada cunha EPC non é infrecuente que queden moi poucas alternativas terapéuticas<sup>3</sup>.

Deste xeito, para non ter que chegar a esta situación o máis eficaz é evitar a infección, a través da prevención e o control da transmisión das EPC dunha persoa a outra.

**As EPC transmítense** por contacto. Como quedou dito, as EPC colonizan o aparello dixestivo, especialmente o recto, e dende aí poden difundir cara a pel e integrarse na súa flora máis superficial. As mans e instrumentos que están en contacto con esta pel (ou directamente coas feces) pódense contaminar, do mesmo xeito que as mans pódense contaminar tamén despois de usar o inodoro.

Posteriormente, as mans e os instrumentos contaminados con EPC poden contaminar as superficies que tocan e, dende elas, transmitir as EPC ás persoas que entran en contacto con ditas superficie; e, ademais, as mans contaminadas poden contaminar a outras persoas cando

---

2 *Enterobacteriaceae* é unha familia que abrangue numerosos xéneros (máis de 30) e especies (máis de 100), das que ás máis importantes para a saúde humana son *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Enterobacter spp.*, *Serratia marcescens*, *Morganella morganii* e *Citrobacter spp.*

3 As carbapenemasas adoitan estar asociadas á resistencia a outros antibióticos betalactámicos, dar lugar a importantes niveis de resistencia a carbapenems e estar codificadas por xenes que se transmiten horizontalmente (de bacteria a bacteria) por plásmidos ou transposóns que comunmente están asociados a xenes que codifican para outros mecanismos de resistencia (Melitis G. *Ther Adv Infect Dis* 2016; 3: 15-21).

as tocan. Asemade, a transmisión pode ocorrer tamén polo contacto con fluídos das persoas infectadas, como os ouriños, os exudados de úlceras cutáneas, etc.

Por outra banda, o risco de transmisión depende dunha serie de circunstancias relacionadas con características tanto das persoas colonizadas ou infectadas cunha EPC como das persoas que entran en contacto con elas, das que as máis senlleiras entre as que aumentan o risco son:

- a perda da capacidade para colaborar na aplicación das medidas necesarias para previr a transmisión, como ocorre en persoas con deterioro cognitivo, especialmente nas que padecen demencia e trastornos condutuais.
- a perda de integridade de pel e mucosas, como en úlceras cutáneas ou mucosas e, moi especialmente, en feridas con drenaxe.
- a situación clínica da persoa, como desnutrición, deshidratación, diabetes mellitus, ou inmunosupresión por antineoplásicos, inmunosupresores ou corticoesteroides.
- a instrumentación clínica (catéter, sondaxe, exploración instrumental), tratamentos de repetición con antimicrobianos de amplo espectro, ingresos e reingresos en UCI, en hospitais de media estancia, etc.

**Os centros residenciais**, polo mecanismo de transmisión das EPC e polo número e características dos seus residentes, nos que non é raro que conorra máis dunha circunstancia asociada a un maior risco de transmisión, son lugares nos que o risco de transmisión está aumentado, feito que se ve reforzado polo frecuente tránsito de ida de volta dos residentes cos hospitais (nos que tamén hai un maior risco de transmisión) e, en ocasións, con outros centros residenciais.

Por este motivo, todo centro residencial debe dispor dun plan propio de control das EPC. Ora ben, o control das EPC non se pode abordar como algo illado; pola contra, é un elemento máis no conxunto de intervencións que teñen como obxectivo o control das infeccións no centro.

Neste senso, para o control das EPC é da maior relevancia que o centro residencial dispoña os medios para que en todo momento os residentes e o seu medio podan ter unha hixiene axeitada.

## MEDIDAS DE CONTROL DAS EPC NUN CENTRO RESIDENCIAL

O control das EPC nun centro residencial asenta, en primeiro lugar, en manter con todos os residentes unha serie de medidas que, ao saber que un residente é positivo para EPC se completan con outras dependendo do estatus EPC do residente e do risco de transmisión asociado a el, así como do número de residentes con EPC que haxa no centro.

### MEDIDAS QUE TEÑEN QUE ESTAR SEMPRE PRESENTES

#### **aínda que non haxa ningún residente con EPC**

Sempre que un residente estea enfermo, con independencia do seu diagnóstico e presunto estado de infección, haberá que:

**Usar precaucións estándar.** As precaucións estándar son “unha forma de traballar”, non unha medida adicional, xa que son o fundamento da prevención de toda infección. Aplicaranse sempre que se entre en contacto co paciente ou co seu entorno. Descríbense no Anexo 1.

**Dar información e formación ao persoal sobre o control das EPC.** Todos os traballadores do centro residencial implicados na atención dos residentes deben recibir a formación e a información axeitadas para evitar a transmisión das EPC. Dentro da formación resultan esenciais as precaucións estándar (Anexo 1) e o resto de medidas que se inclúen nesta GUÍA.

**Usar racionalmente os dispositivos invasores.** A instrumentación e o uso de dispositivos invasores (catéteres venosos, intubación, sondaxe vesical, etc.), especialmente en pacientes de idade avanzada, failles moi susceptibles e vulnerables ás infeccións asociadas ao devandito dispositivo, estre as que se atopan as EPC. Nos centros residenciais farase unha avaliación periódica dos dispositivos para decidir se segue a ser necesario continuar con eles.

**Usar racionalmente os antimicrobianos.** O uso irresponsable e indiscriminado de antimicrobianos de amplo espectro (cefalosporinas, quinolonas, carbapenems e vancomicina) nos maiores, mostrou ser un factor de risco para a colonización e infección por microorganismos multirresistentes, entre eles as EPC. Para minimizar o desenvolvemento de resistencias debe facerse un uso coidadoso dos antimicrobianos, coa indicación, duración e dose precisas para cada cadro clínico.

**Limpeza habitual.** Ver o Anexo 2.

## CANDO UN RESIDENTE ESTÁ INFECTADO OU COLONIZADO CON EPC

No momento de aplicar as medidas que se describen deseguido, é importante ter en conta a clasificación do residente con EPC en función do risco de transmisión (ver despois), que especifica as condicións que favorecen a transmisión das EPC a outras persoas.

Compre ter en conta tamén que o cuarto do residente é o seu espazo máis persoal e, polo tanto, onde máis posibilidades hai de que o entorno estea contaminado. Pola contra, unha axeitada e rigorosa hixiene persoal e da roupa, e un seguimento axeitado das normas comportamento social, facilitarán unha vida normal no centro.

É importante lembrar, ademais, que o residente está na súa vivenda e, polo tanto, debe asegurarse o seu benestar físico e psicolóxico.

Todo residente positivo para EPC estará ou colonizado ou infectado; é dicir:

- *Residente colonizado por EPC.* Todo residente en cuxas mostras biolóxicas íllase unha EPC, pero sen probas de que estea a causar unha infección clínica. Non precisa tratamento antibiótico por este motivo.
- *Residente infectado por EPC.* Todo residente con criterios de infección clínica en cuxas mostras biolóxicas íllase unha EPC que actúa como axente etiolóxico. Á infección EPC débese tratar con antibióticos, mais o tratamento debe establecelo un profesional experto no tratamento das EPC.

**Medidas inmediatas:** Ao saber que un residente é positivo para EPC de inmediato débese:

- 1) Informar ás persoas responsables da asistencia sanitaria do residente.
- 2) Cualificar ao residente polo risco de transmisión da EPC. Dende o punto de vista do risco de transmisión da EPC os residentes poden ser:

*Residentes con risco alto.* Todo residente que:

- depende por completo do persoal para as actividades da vida diaria.
- ten deterioro cognitivo, demencia ou alteración da conduta.
- ten incontinencia fecal ou incontinencia urinaria con uso de absorbente.
- ten feridas con drenaxe, de difícil control, infectadas con EPC.
- ten unha traqueostomía e unha infección respiratoria por EPC.

*Residentes con risco baixo.* Todos os que non teñen risco alto.



## Medidas para TODOS os residentes con EPC.

Ademais das medidas comúns para todos os residentes, no que está colonizado ou infectado con EPC é importante garantir que:

- *Hixiene de mans:* Resulta crítica a hixiene de mans (Anexo 1) do persoal antes e despois de que entre en contacto co residente portador dunha EPC. Particular atención débese prestar á hixiene das mans que tocaron superficies, como as barandillas das camas ou os mangos das portas, e os cuartos de baño.
- *Uso de luvas e de bata:* O persoal do centro deberá poñerse luvas e bata desbotables cando vaia intervir no aseo do residente e cando prevea que no cuarto vai ter contacto con superficies, materiais ou obxectos potencialmente contaminados. As luvas e a bata poñeranse antes de entrar no cuarto e sacaranse, dentro del, ao saír. Luvas e bata desbotaranse nun recipiente pechado destinado a tal fin no cuarto, e despois se realizará hixiene de mans.
- *Uso de máscara cirúrxica.* O persoal do centro deberá poñerse unha máscara cirúrxica para realizar calquera procedemento a nivel do tracto respiratorio ou da cavidade bucal (por exemplo, nebulización, hixiene bucal) se o residente ten a EPC no tracto respiratorio e emite secrecións respiratorias.
- *Material de coidado do residente:* O material de coidado do residente (como esfigmomanómetro, estetoscopios, termómetros, etc...), se non pode ser de uso exclusivo para o residente, débese limpar e desinfectar antes de empregalo noutro residente. A limpeza con deterxente: se o material non se pode mergullar en solución deterxente, efectuarase unha limpeza coidadosa utilizando un pano de algodón húmido con solución deterxente, aclárase despois con outro pano humedecido con auga e procédese a un secado minucioso. A desinfección farase con Alcohol de 70º ou solución de hipoclorito de sodio ao 0'1% (para equipos que no sexan de metal).
- *Feridas e dispositivos:* Se as tivese, as feridas cutáneas do residente deben estar ben cubertas cun apósito limpo e seco, e calquera contaminación do medio cos fluídos das súas feridas ou algún dos seus fluídos corporais, débese limpar de inmediato. Se os tivese, os dispositivos médicos (sondas, catéteres, colectores, etc) débense manter nunha condición hixiénica exquisita.
- *Tratamento da infección EPC:* En xeral, a enfermidade debida á infección será tratada nun hospital, mais se non fose así, compre salientar que as infeccións por EPC deben ser tratadas baixo a supervisión de persoal experto no tratamento de EPC.
- *Tratamento antibiótico da colonización EPC:* Na actualidade non se dispón dun tratamento eficaz para eliminar a colonización.
- *Aseo:* Unha vez coñecida a positividade para EPC, durante os sete primeiros días no aseo diario utilizarase, con dobre enxabonado, xabón antiséptico de digluconato de clorhexidina ao 4% ou toallitas impregnadas en clorhexidina ao 2%, insistindo nas zonas de pliegues (axilas, inglés e rexión perianal). Non se recomenda pasar da mandíbula (non usar en boca, nariz nin ollos) nin usar en feridas abertas.

O cabelo labarase con champú ordinario polo menos unha vez á sema.

Cando para o aseo se empregue unha bañeira xeriátrica, e aínda que hai que limpala sempre despois de usala cun residente, os que teñen EPC deben ser os últimos do día en usala.

- *Lencería e lavandería:* O lavado da roupa será automático e a media carga. O persoal da lavandería deberá empregar bata e luvas, que se deben quitar cando se deixe de manipular a roupa do residente con EPC (que deberá recollerse nunha bolsa vermella) e, despois, débese realizar hixiene de mans.
- *Equipos e obxectos no cuarto:* Para favorecer a limpeza, débese evitar que no cuarto do residente haxa equipos innecesarios e que se acumulen obxectos prescindibles.
- *Limpeza do cuarto:* Ver o anexo II.
- *Residuos.* Os derivados da atención do residente son da clase II, asimilables a urbanos.
- *Auditoría.* A dirección do centro residencial debe garantir que periodicamente se realicen auditorías da limpeza do cuarto para asegurar que é axeitada.

### **CONDICIÓN PARA QUE SE CONSIDERE QUE O RESIDENTE XA NON TEN EPC**

Considerarase que o residente xa non ten EPC cando teña TRES resultados microbiolóxicos negativos consecutivos realizados con, polo menos, UNHA SEMANA de separación entre cada un.

En residentes colonizados realizaranse frotis rectais; en infectados, tomaranse ademais mostras do lugar da infección.

Recoméndase que, en residentes colonizados a primeira mostra se tome pasado un mes da mostra na que se identificou a EPC, e continuar con mostras mensuais ata que apareza o primeiro resultado negativo e, despois, continuar semanalmente, agás que se obteña outro resultado positivo. Neste caso, volverase ás mostras mensuais.

Se o residente estivese infectado, recoméndase que a primeira mostra se tome ao rematar o tratamento, e logo contuniar como nos residentes coloniizados.

## **Medidas específicas para os residentes con BAIXO RISCO de transmisión.**

Ademais das medidas comúns para todos os residentes, e das medidas comúns para os residentes con EPC, nos residentes con EPC que teñen un risco de transmisión baixo haberá que:

- *Acomodación:* Se é posible, o residente acomodarse nun cuarto individual con baño propio. Se non fose posible, non debe compartir o cuarto cun residente con inmunodepresión, que teña lesións na pel ou dispositivos invasores (vías, sondas, traqueostomía)<sup>4</sup>.
- *Información e capacitación:* Ao residente débesele informar da súa condición de colonizado ou infectado cunha EPC e capacitalo para que (1) non use os cuartos de baño comúns do centro; (2) realice unha hixiene de mans efectiva, en especial cando usa o cuarto de baño; e (3) evite o contacto coa zona que ten colonizada ou infectada.
- *Mobilidade:* O residente pode facer vida normal e usar as instalacións comúns, mais sempre que faga unha hixiene de mans previa á saída do seu cuarto, lave as mans con frecuencia, e empregue roupa limpa. Se ten a EPC no tracto respiratorio e emite secrecións respiratorias, fóra do cuarto debe utilizar máscara cirúrxica, para evitar que as secrecións contaminen o entorno.
- *Visitas:* Non están restrinxidas as visitas, pero deben ser adestradas para actuar, en situacións equivalentes, coas mesmas precaucións que adoptaría o persoal do centro.

---

4 O compañeiro de cuarto debe ser informado para que faga unha hixiene de mans previa á saída do seu cuarto, lave as mans con frecuencia, e empregue roupa limpa.

## **Medidas específicas para os residentes con ALTO RISCO de transmisión.**

Ademais das medidas comúns para todos os residentes, e das medidas comúns para os residentes con EPC, nos residentes con EPC que teñen un risco de transmisión alto haberá que:

- *Acomodación:* Se é posible residente acomodarse nun cuarto individual que conte con baño propio. Se non fose posible dispor de baño propio, acomodarse nun cuarto individual disposta de tal xeito que permita un acceso doado ao lavabo; e se non fose posible dispor dun cuarto individual, non debe compartir o cuarto cun residente con inmunodepresión, que teña lesións na pel ou dispositivos invasores (vías, sondas, traqueostomía)<sup>4</sup>.
- *Información e capacitación:* Segundo as súas posibilidades, ao residente débesele informar da súa condición de colonizado ou infectado cunha EPC e capacitálo para que (1) non use os cuartos de baño comúns do centro; e (2) realice unha hixiene de mans efectiva, en especial cando usa o cuarto de baño.
- *Mobilidade:* O residente poderá usar as instalacións comúns, pero con supervisión, que consiste en: (1) comprobar que ao saír do seu cuarto o residente vaia aseado, con roupa limpa e cunha correcta hixiene de mans; (2) instruír e, se fose preciso, impedir que o residente entre en contacto coa zona que ten colonizada ou infectada; e (3) garantir que todo acto de asistencia hixiénica ou sanitaria do residente non se faga en zonas comúns e se realice coas medias indicadas nesta GUÍA. Se ten a EPC no tracto respiratorio e emite secrecións respiratorias, fóra do cuarto debe utilizar máscara cirúrxica, para evitar a que as secrecións contaminen o entorno
- *Illamento:* Se non hai garantías de que a supervisión sexa dabondo para evitar a transmisión, o residente manterase en illamento ata que non teña EPC<sup>5</sup>. Se o residente ten a EPC no tracto respiratorio e emite secrecións respiratorias e non usa máscara cirúrxica, manterase en illamento ata que deixe de emitir secrecións respiratorias .
- *Visitas:* No cuarto non deben coincidir máis de dúas visitas, que deben ser adestradas para actuar, en situacións equivalentes, coas mesmas precaucións que adoptaría o persoal do centro residencial.

---

5 *Vid.* O cadro: “Condición para que se considere que o residente xa non ten EPC”.

## CANDO MÁIS DE UN RESIDENTE ESTÁ INFECTADO OU COLONIZADO CON EPC

**Introdución.** O significado de que no centro residencial haxa máis de un residente con EPC é moi diferente dependendo de onde adquirisen a EPC. Se todos a adquiriron fóra do centro, a situación resulta problemática -tanto máis canto maior o número de residentes con EPC- polo esforzo engadido que supón o seu manexo e polo risco aumentado de transmisión que entraña; mais o feito de que un ou máis residentes adquirisen a EPC no centro implica un problema máis doutra natureza: as medidas de prevención e control da transmisión fallaron xa, polo menos, unha vez, e, o que é máis grave, as circunstancias que propiciaron o fallo poden seguir estando presentes.

Ora ben, en moitas -se non na meirande parte- das ocasións non vai ser posible decidir se o residente adquiriu ou non a EPC no centro, agás cando xa se coñecese esta circunstancia cando chegou a el. Mais pola trascendencia que ten de cara ás medidas a adoptar que no centro haxa transmisión, son precisas unhas definicións operativas para, dalgún xeito, facela explícita.

A operativización que adoptou esta GUÍA-R é garantista, no senso de que está desequilibrada a favor de supor que a transmisión ocorreu no centro, coa intención que aumentar as posibilidades de que se desenvolva unha intervención axeitada cando realmente a transmisión ocorreu nela. Non implica, pois, unha atribución de causalidade.

En concreto, creouse a *cualificación de caso pola súa relación co centro*, entendendo por *caso* todo residente con EPC, coas tres categorías seguintes:

- *Caso non relacionado co centro.* Xa era caso cando entrou no centro.
- *Caso relacionado co centro.* Non era caso cando entrou no centro e, nos 90 días previos á toma da mostra na que se diagnosticou a EPC, nin tivo contacto relevante co entorno sanitario (hospitalario ou ambulatorio)<sup>6</sup> nin estivo noutro centro residencial.
- *Caso con relación dubidosa co centro.* Non pode ser cualificado en ningunha das categorías anteriores.

Nesta liña, dirase que no centro residencial hai un *abrocho* cando nel haxa , polo menos:

- dous casos relacionados co centro residencial; ou
- un caso relacionado co centro residencial e outro con relación dubidosa con el; ou
- dous casos con relación dubidosa co centro residencial que están vencellados epidemioloxicamente (é dicir, que tiveron contacto directo ou indirecto -por compartir cuidadores, espazos, obxectos- un co outro).

**Medidas de control.** Ademais da medidas comúns para todos os residentes, das medidas comúns para os residentes con EPC, e das medidas específicas para o nivel de risco de transmisión que teña cada un dos residentes con EPC, haberá que:

*Acomodación dos residentes con EPC.* Sempre que sexa posible, os residentes con EPC serán acomodados en cuartos individuais. Se estes son limitados, reservaranse para os de risco de transmisión alto. Se non é posible o cuarto individual, os residentes con EPC agruparanse nun mesmo cuarto ou por áreas, tendo en conta que nunca deben compartir cuarto con residentes sen EPC que teñan inmunodepresión, lesións exudativas non controlables, ou non poidan

---

6 Por exemplo, estivo ingresado (polo menos 48 horas), fixo hemodiálise, recibiu medicación intravenosa, cirurxía maior ambulatoria ou outros cuidados sanitarios, como o de feridas

colaborar nas medidas de control por presentar deterioro cognitivo ou trastornos de conduta. Os residentes con EPC só serán cambiados de cuarto cando sexa imprescindible.

*Notificación do abrocho a saúde pública.* Sempre que ocorra un abrocho, a dirección do centro residencial o notificará a Saúde Pública (ver o apartado “Coordinación con outros centros e con saúde pública”), que pola súa banda asesorará na investigación do abrocho.

*Investigación do abrocho.* En propiedade, a investigación do abrocho ten que ter como obxectivo identificar o factor ou factores que contribuíron a que, a partir dun caso inicial de EPC (coñecido ou descoñecido), xurdise un abrocho no centro.

Estes factores contribuíntes, que se poden definir como toda situación sen a cal o abrocho non tería ocorrido, coñeceranse só despois de identificar o mecanismo de transmisión (como ocorreu o contacto directo, como o indirecto por fómites, etc ) que en concreto deu lugar a cada un dos eventos de transmisión que lle dan forma ao abrocho.

Con todo, como os eventos de transmisión non son observables, se non que se infiren do vencello epidemiolóxico que hai entre os casos, e este pode contar con máis de unha posibilidade a priori<sup>7</sup>, identificar o mecanismo de transmisión concreto pode ser imposible en gran cantidade de eventos. Mais isto non debe deter a investigación, que adopta un obxectivo diferente pero igualmente relevante.

Nesta situación, xa non se trata tanto de identificar os factores contribuíntes como todas as situacións que podan ser compatibles coa transmisión para identificalas e averiguar a práctica ou prácticas que as fixeron posibles co obxectivo último de corrixilas, para que no futuro a súa frecuencia sexa cada vez menor.

Deste xeito, aínda que non se poderá facer unha atribución causal segura, pódense acadar igualmente os obxectivos de control do abrocho porque, se é exhaustiva, a investigación atraparará sen concretala boa parte da causalidade implicada nel.

Polo demais, a investigación debería adoptar, na medida do posible, unha perspectiva cronolóxica; comezar polos primeiros casos do abrocho para ver se algún deles podería ser o caso que introduciu a EPC no centro residencial, que debería ser un residente que chegou xa infectado ou colonizado coa EPC para, despois, iniciar a cadea de transmisión. Se este paciente non se pode identificar, haberá que preguntarse tamén por que non é posible facelo; e, se é posible identificalo, haberá que preguntarse por que puido transmitir a EPC aos casos a el vencellados. Despois haberá que proseguir con estes últimos ata esgotar os vencellos epidemiolóxicos.

Como resultado a investigación obterá un “mapa” de factores contribuíntes (se os houberse) e instancias compatibles coa transmisión, asociados cada un ou unha a un conxunto de prácticas e de actividades desenvolvidas para corrixilas.

*Cribado microbiolóxico dos residentes.* Realizarase cribado (frotis rectal) dos residentes sempre que a investigación o considere necesario, co alcance que se considere axeitado.

---

7 Por exemplo, dous casos poden estar vencellados porque simultaneamente teñen contacto directo mutuo e ademais comparten cuarto e o persoal que os asiste. Deste xeito, sen máis información que permita descartar algúns deles, é imposible decidir sobre o mecanismo concreto que deu lugar á transmisión.

## COORDINACIÓN CON OUTROS CENTROS E CON SAÚDE PÚBLICA

A coordinación entre centros atinxe ao movemento dos residentes cara a un hospital ou cara a outro centro residencial, ademais do eventual retorno a un domicilio particular. O obxectivo da coordinación é que no lugar de destino saiban da inminente chegada dun residente con EPC para que dende o primeiro momento podan atendelo coas medidas axeitadas de control da transmisión. Deste xeito, cando:

- **o residente con EPC é trasladado a un hospital.** O centro residencial ten que avisar do traslado ao hospital de destino, para que o residente poda ser recibido como se indica na GUÍA EPC-H. S
- **o residente con EPC é trasladado a outro centro residencial.** O centro de orixe ten que avisar do traslado ao centro de destino, indicando o risco de transmisión asociado ao residente (alto ou baixo), para que poda estar preparado para atendelo como se indica na presente GUÍA.
- **o residente con EPC vai a un domicilio particular.** Cando o residente volva a un domicilio particular entregaráse información para el e para os seus contactos extrahospitalarios. No Anexo 3 fica o modelo de folla informativa, que é a mesma que figura na GUÍA EPC-H para cando os doentes van de alta ao domicilio, co engadido no que se indica que, se volve a un centro residencial, avise da súa condición EPC.

Se o traslado vaise efectuar nunha ambulancia convencional<sup>8</sup>, xa no intre de pedila o centro ten que avisala de que vai trasladar a un residente con EPC<sup>9</sup>.

Ora ben, polo maior risco de transmisión a outros residentes que implica o feito de que no centro haxa un **abrocho**, nesta circunstancia o aviso de traslado xeneralízase a todos os residentes do centro<sup>10</sup>. En concreto, ademais do dito para o traslado de residentes con EPC, cando **no centro residencial hai un abrocho** e:

- un residente do que **non se sabe se ten EPC** é trasladado a un **hospital**. De cara ao traslado, o centro ten que actuar como se o doente tivese EPC.
- un residente que **non se sabe se ten EPC** vai ser trasladado a outro **centro residencial**. De cara ao traslado, o centro de orixe ten que actuar como se o residente tivese EPC, e o centro de destino actuará tamén como se o residente tivese EPC mentres non se coñezan os resultados da mostra (frotis rectal) que se lle tomará á chegar ao novo dentro residencial.

**Notificación a saúde pública.** Como xa se comentou no apartado “Cando máis de un residente está infectado ou colonizado con EPC”, sempre que ocorra un abrocho, a dirección do centro ten que notificalo a Saúde Pública. A finalidade da notificación destes abrochos é dobre. Pon unha banda, servirá para vixiar o alcance e a evolución xeográfica e temporal dos que se poden considerar puntos quentes da transmisión da EPC. Por outra, servirá para mellor

---

8 Ambulancia convencional é a que se mobiliza por unha urxencia. O traslado en ambulancia programada ou colectiva considérase unha situación particular de mobilidade, e aplícanse as mesmas recomendacións.

9 No traslado en ambulancia seguiranse as precaucións de contacto.

10 En centros grandes, con espazos ben diferenciados que non comparten, ou a penas comparten, persoal, esta xeneralización pode quedar restrinxida aos residentes do espazo no que ocorre o abrocho, sempre que a distribución dos residentes con EPC non indique o contrario.

implementar as medidas de control das EPC noutros centros; en concreto, a GUÍA EPC-H indica que se debe realizar cribado EPC ao ingreso, en todo paciente que “nos últimos 12 meses (...) viviu nun centro residencial [do] que se sabe que [ten] un abrocho de EPC”.

A notificación será telefónica á sección de epidemioloxía da Xefatura territorial da provincia na que fica o centro (ver o cadro que fica nesta páxina), no mesmo momento no que saiba que no centro hai un abrocho. Xa no intre da notificación, o centro terá recollidos, de todos os residentes con EPC que nela residen, os datos que se amosan no Anexo 4.

Posteriormente, cada vez que se detecte un novo residente con EPC o centro notificará esta circunstancia á sección de epidemioloxía cos datos do Anexo 4 e, de ser o caso, outros máis específicos do abrocho concreto de que se trate.

Este proceso continuará ata que se dea por rematado o abrocho, que ocorrerá cando no centro non haxa residentes con EPC; é dicir, cando teñan pasado seis meses sen ningún caso novo de EPC no centro residencial.

**Teléfonos das seccións de epidemioloxía das Xefaturas territoriais da Consellería de Sanidade:**

A Coruña: 981.15.58.35 - Lugo: 982.29.21.14 - Ourense: 988.06.63.38 - Pontevedra: 986.88.58.72

*Repositorio de abrochos.* Coas notificacións recibidas, a dirección xeral de Saúde Pública manterá un repositorio no que consten os centros residenciais (e os hospitais) que teñen un abrocho activo, repositorio do que serán dadas de baixa unha vez que pase un ano do remate do abrocho. O acceso ao repositorio será restrinxido, de tal xeito que a el só poderán acceder, co debido compromiso de confidencialidade, as persoas de hospitais implicadas no control das EPC (ver GUÍA EPC-H).

Para rematar, compre salientar que este repositorio parece innecesario se as medidas de coordinación entre centros propostas antes funcionan axeitadamente, mais a trascendencia do problema que supoñen as EPC recomenda que se manteña esta redundancia.



## ANEXO 1: PRECAUCIÓN ESTÁNDAR

As precaucións estándar consisten en:

**Hixiene de mans:** É a medida máis importante, e debe realizarse nos 5 momentos seguintes:

- antes de entrar en contacto físico co residente
- antes de realizar unha tarefa ou técnica aséptica
- despois dunha exposición a fluídos corporais do residente
- despois entrar en contacto físico co residente
- despois entrar en contacto físico co entorno do paciente (obxectos, materiais, etc)

A forma correcta de facer a hixiene de mans amósase ao final deste anexo.

O uso de luvas NON suple esta medida.

**Uso de luvas:** Débense usar luvas limpas (non necesariamente estériles) na hixiene do residente, en manobras que supoñan contacto con sangue, fluídos corporais ou secrecións, material contaminado, ou antes de tocar pel non intacta ou mucosas. Débense cambiar as luvas entre residentes e entre diferentes procedementos sobre o mesmo residente. Hai que quitálas inmediatamente despois do seu uso e realizar hixiene de mans.

**Uso de bata:** Empregarase bata para os cuidados que para o persoal supoñan un risco de exposición ao sangue ou fluídos do residente e sempre que o teña feridas de grande extensión ou supuración. A bata manchada cambiarase o antes posible e realizarase hixiene de mans inmediatamente despois.

**Etiqueta respiratoria:** Cubrise a boca e o nariz ao tusir ou esbirrar, e realizar hixiene de mans se houbo contacto con secrecións respiratorias.

**Uso de máscaras e gafas.** O seu emprego será excepcional, xa que son necesarias só con procedementos que podan xerar salpicaduras de sangue, fluídos corporais, secrecións e excrecións.

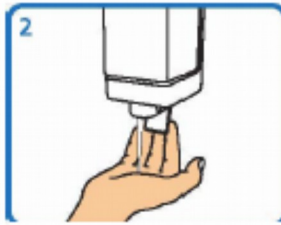
**Pratos, vasos e outros utensilios:** A auga quente e os deterxentes usados habitualmente aseguran unha adecuada limpeza dos utensilios.

**Lencería e lavandería:** Manexar, transportar e procesar a lencería usada-manchada, de xeito que se protexan a pel e as membranas mucosas de exposicións e contaminacións. A roupa, unha vez retirada, debe colocarse directamente na bolsa específica da roupa sucia sen que que poda entrar en contacto con outras superficies (chan...), e despois transportarse coa bolsa axeitadamente pechada e evitando arrastrala.

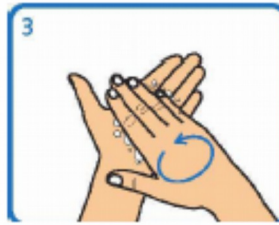
# Técnica do lavado de mans con auga e xabón



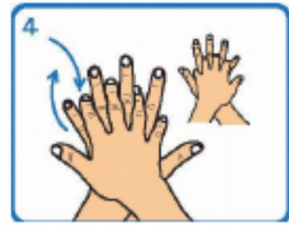
1 Humedeceer as mans



2 Aplicar suficiente xabón



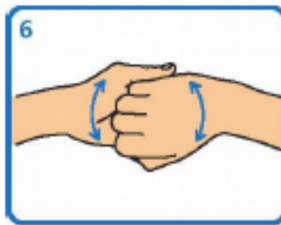
3 Fregar palma sobre palma



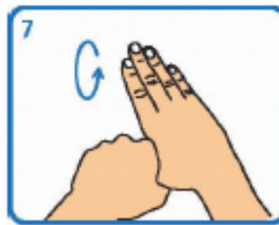
4 Fregar palma sobre dorso cos dedos entrelazados e viceversa



5 Fregar palma sobre palma cos dedos entrelazados



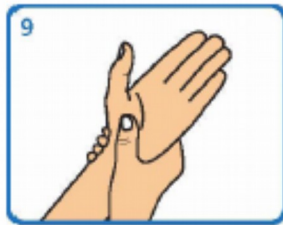
6 Fregar o dorso dos dedos sobre a palma oposta



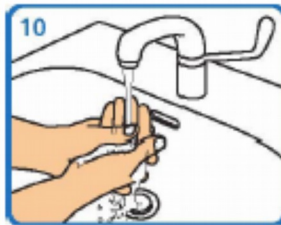
7 Fregar os polgares mediante un movemento rotatorio



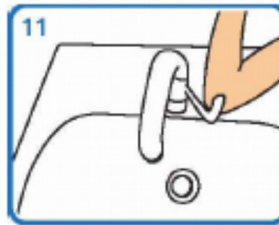
8 Fregar as xemas dos dedos sobre a palma da man contraria cun movemento circular



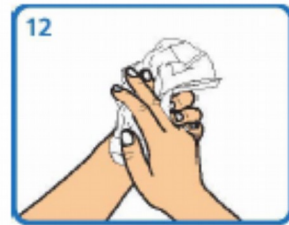
9 Fregar cada pulso coa man oposta



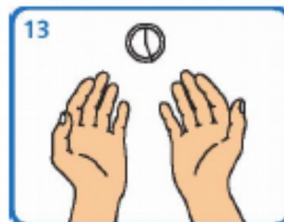
10 Aclarar con auga



11 Pechar a billa co cõbado ou ben cunha toalla desbotable



12 Secar cunha toalla de papel desbotable



13 Este proceso debe levar entre 40 e 60 seg

Adaptado de NHS e World Health Organization Guidelines on Hand Hygiene in Health Care



XUNTA DE GALICIA  
CONSELLERÍA DE SANIDADE  
Dirección Xeral de Saúde Pública

## ANEXO 2: LIMPEZA

*Neste Anexo trátase da limpeza habitual dos cuartos dos residentes, e de certas particularidades que ten cando o cuarto o ocupa un residente con EPC. Para rematar, trátanse certos aspectos da técnica de limpeza e da periodicidade coa que se ten que facer nos cuartos de residentes con EPC.*

### LIMPEZA DE RUTINA DE TODOS OS CUARTOS

A limpeza das habitacións realizarase despois da hixiene dos pacientes, e será diaria. Os pasos a dar son:

1. Preparación do material.
2. Preparar a solución de deterxente e desinfectante (DD) respectando a dilución<sup>11</sup>.
3. Dispoñer o material, tendo en conta a zona limpa e sucia sobre o carro.
4. Ventilar a habitación, se é posible.
5. Desprazar os elementos (mesa, cadeira, etc ) para limpar as superficies que quedan libres e despois volvelos cara o seu lugar de orixe.
6. Quitar os refugallos.
7. Proceder a realizar o varrido con mopas, para non levantar pó.
8. Limpar co pano azul (ver despois) impregnado coa solución DD, sempre da parte máis limpa á máis sucia, e sempre de arriba a abaixo, pondo especial atención ás superficies que se tocan con maior frecuencia.  
Ao finalizar a limpeza do cuarto o pano azul deberá desbotarse para lavallo na lavadora.
9. Limpeza do mobiliario: segundo o descrito no apartado Técnicas de limpeza.
10. Limpeza do servizo/aseo: segundo o descrito no apartado Técnicas de limpeza.
11. Fregado do chan: segundo o descrito no apartado Técnicas de limpeza.

**Limpeza terminal** (cando o residente abandona o cuarto): Haberá que retirar todo o material utilizado que non é propio da habitación; ventilar a habitación e realizar unha limpeza profunda que incluírá armarios, facendo fincapé no mobiliario de uso exclusivo do paciente.

### LIMPEZA DE RUTINA PARA O CUARTO DO PACIENTE CON EPC:

A limpeza farase seguindo as recomendacións previas, e a maiores compre considerar:

- O material de limpeza utilizado será de uso exclusivo de cada cuarto.
- A dilución de DD é maior que na limpeza habitual. En concreto, para produtos con concentracións de 40-60 gramos/litro de derivado clorado, a dilución é 1:10; é dicir, 1L de derivado clorado por cada 9L de auga fría.

---

11 Para produtos con concentracións de 40-60 gramos/litro de derivado clorado, a dilución é 1:50; é dicir, 200 mL de derivado clorado por cada 9.800 mL de **auga fría**.

- Empregaranse luvas e bata desbotables. As luvas e a bata poñeranse antes de entrar no cuarto e sacaranse, dentro del, ao saír. Luvas e bata desbotaranse nun recipiente pechado destinado a tal fin no cuarto, e despois realizaráse hixiene de mans.
- O recipiente do cuarto para eliminar a protección será baleirado trala limpeza do cuarto.
- Na limpeza con mopa seguirase o sistema de preimpregnación (é dicir, a mopa só entrará en contacto coa solución DD antes de comezar a limpeza<sup>12</sup>).
- A limpeza destes cuartos deixarase sempre para o final.

**Limpeza terminal.** Farase seguindo as recomendacións previas, e a maiores compre considerar que na maioría dos casos non se precisa manter o cuarto pechado antes de limpalo; non é necesario deixar tempo de espera para empezar a limpeza. Se a habitación conta cun sistema de ventilación propio, debe manterse funcionando mentres se realiza a limpeza, evitando abrir fiestras e portas; en caso de non dispoñer del, procederase á ventilación da habitación coa porta pechada.

Trala finalización da limpeza non se require un tempo de espera maior que o rutineiro para ocupar de novo o cuarto, é dicir ata que todas as superficies estean ben secas.

## TÉCNICAS DE LIMPEZA

Nota previa: código de cor para os distintos usos dos panos de microfibra<sup>13</sup>:

- cor azul: utilizarase para limpar todo obxecto ou superficie que non sexa nin sanitarios nin retretes.
- cor amarela: utilizarase para limpar os sanitarios que non sexan retrete.
- cor vermella: utilizarase para limpar os retretes.

**Limpeza de mobiliario (incluída a cadeira de rodas):** Imprégñase o pano de cor azul coa solución DD, tendo en conta que a limpeza debe comezar dende as zonas mías altas ás mías baixas, e de dereita a esquerda ou viceversa. Se existen manchas, pulverízalas directamente e aclarar posteriormente, sempre tendo en conta o material do que está composto o mobiliario.

**Limpeza de servizos / aseos:** Baleirar o cubo do lixo e repoñer as bolsas plásticas, e fregar con estropallo se existen manchas ou óxido.

**Aseos:** Limpalos co pano amarelo impregnado con solución DD, seguindo a secuencia seguinte:

- Espello
- Repisa ou estante
- Billas
- Lavabo
- Ducha/baño
- Dispensador do papel hixiénico e de xabón

---

12 Se fose necesaria máis impregnación, ou se colle outra mopa o se escorre, directamente no chan, un pano limpo que previamente se impregnou na solución DD.

13 A cor concreta do pano é indiferente. O que se pretende co código é que se empreguen panos distintos para funcións distintas.

- Interruptores
- Ferrollo da porta
- Se existen manchas ou óxido fregar co estropallo.
- Aclarar as billas, o lavabo e a ducha/baño.
- Secar as billas, o espello, a repisa con papel dun só uso.

**Limpeza dos retretes:** Limpalos co pano vermello.

- Baleirar a solución do soporte da vasoira no retrete e tirar da cadea.
- Pulverizar coa solución DD o inodoro por dentro e por fóra e os azulexos que rodean o urinario, deixando actuar polo menos 5 minutos.
- Limpar o retrete dende o exterior ao depósito, cara á tapa, enriba e debaixo.
- Pulverizar o interior da cubeta con solución DD e limpala coa vasoira.
- Encher o soporte da vasoira coas solución DD.
- Repoñer os dispensadores e o papel e xabón.

**Limpeza do chan:**

- Recollida de restos mediante arrastre co haragán.
- O fregado farase utilizando a técnica de zigzag, comezando polo perímetro da área que está pegada ao zócolo ou á parede.
- Nos corredores limparase primeiro unha metade e despois a outra, seguindo o percorrido en zigzag, comezando polo perímetro da área que está pegada ao zócolo ou parede.
- Sinalaranse sempre as superficies molladas (sinais amarelos de perigo chan mollado).
- En todos os corredores e escaleiras utilizados como vías de circulación, utilizarase na limpeza rutineira un deterxente neutro e unha vez por semana unha solución DD.
- Renovarase o tratamento de base dos chans sempre que o seu aspecto indique a súa falta de homoxeneidade. Este tratamento consiste na aplicación dun produto que será antiescorregadizo, autobrillante e lavable. A frecuencia desta operación esta' en relación directa en cada zona, coa intesidade do tráfico.

**Limpeza de paredes e teito:** Farase de forma horizontal, de esquerda a dereita ou viceversa e sempre de arriba a abaixo.

**Limpeza de cristais:** Os cristais limparanse sempre que teñan manchas visibles.

**Limpeza de ascensores:** A limpeza consistirá nun mantemento continuo.

**Limpeza e desinfección do material de traballo:** Todos os días ao finalizar a limpeza de cada unha das áreas, o material de traballo débese limpar; os panos e mopas van a lavadora (Programa longo, a 60°C con deterxente e blanqueante clorado), despois deben secarse e almacenar.

**Hixiene de mans:** Ao iniciar e finalizar a limpeza de cada zona realizarase un lavado de mans e secado, independentemente do uso de luvas.

## PERIODICIDADE

Periodicidade da limpeza dós cuartos con residentes con EPC					
FRECUENCIA	diaria		semanal	mensual	trimestral
	mañá	tarde			
Superficies	X	X			
Chan	X	X			
Paredes	(1)			X	
Aseos	X	X			
Fiestras	(1)		X		
Portas: contactos mans (2)	X	X			
Portas: toda a porta			X		
Sáidas aire acondicionado				X	
Teitos	(1)				X
(1) Sempre que haxa manchas visibles					
(2) Pomos e áreas que teñan máis contacto coas mans.					

**ANEXO 3:**  
**MODELO DE FOLLA DE INFORMACIÓN PARA O RESIDENTE VAI A UN DOMICILIO**

**FOLLA DE INFORMACIÓN PARA O RESIDENTE**  
**CON ENTEROBACTERIAS PRODUTORAS DE CARBAPENEMASAS**

*(versión en galego)*

**Que son as enterobacterias produtoras de carbapenemasas (EPC)?**

Son un tipo de xermes (bacterias) moi resistentes aos antibióticos, ata aos chamados carbapenemes, que son antibióticos de uso hospitalario moi potentes.

A maioría destas bacterias viven no intestino das persoas e dos animais sen causar ningún dano, axudando a dixerir os alimentos. Con todo, poden producir infeccións si alcanzan a corrente sanguínea ou a vexiga urinaria.

**Que significa ser portador ou estar colonizado por estas enterobacterias?**

Significa que estas bacterias están presentes no intestino sen causar enfermidade, polo que non necesita ningún tratamento. A miúdo desaparecen co tempo. Pode facer vida totalmente normal.

O problema podería presentarse no caso de que causen unha infección, porque, se isto ocorre, son bacterias moi difíciles de tratar e, por iso, é moi importante evitar que alguén se poida contaxiar.

**Como podemos evitar contaxiar a outros?**

Se vai de alta con algún aparello como sonda urinaria, catéter, etc , pola súa seguridade, debe evitar tocalos.

Estas bacterias transmítense persoa a persoa, por vía feco-oral (a bacteria está presente nas feces), por iso é especialmente importante o lavado de mans, sobre todo logo de usar o inodoro.

A medida máis importante é o lavado de mans. As medidas hixiénicas persoais e do fogar serán a base fundamental para evitar un posible contaxio, especialmente no cuarto de baño, que debería manterse limpo. A limpeza do cuarto de baño deberase facer con lixivia e auga.

Non se debería compartir as toallas de baño, cepillos de dentes, esponxas, etc.

Ademais, sempre que acuda a un centro de saúde ou a un hospital en busca de atención sanitaria, debe informar de que é portador desta bacteria e, si conserva esta folla, ensínea.

**Que implica para a miña parella sexual e/ou o resto de convivintes da casa ?**

O único que han de ter en conta é que, sempre que acudan a un centro de saúde ou a un hospital en busca de atención sanitaria, deben informar de que son *contactos estreitos* dun portador da bacteria.

**Si ten calquera dúbida, coméntea co seu médico de cabeceira**

## HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL RESIDENTE CON ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS

*(versión en castellano)*

### ***¿Qué son las enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC)?***

Son un tipo de gérmenes (bacterias) muy resistentes a los antibióticos, incluso a los llamados carbapenemes, que son antibióticos de uso hospitalario muy potentes.

La mayoría de estas bacterias viven en el intestino de las personas y de los animales sin causar ningún daño, ayudando a digerir los alimentos. Sin embargo, pueden producir infecciones si alcanzan la corriente sanguínea o la vejiga urinaria.

### ***¿Qué significa ser portador o estar colonizado por estas enterobacterias?***

Significa que estas bacterias están presentes en el intestino sin causar enfermedad, por lo que no necesita ningún tratamiento. A menudo desaparecen con el tiempo. Puede hacer vida totalmente normal.

El problema podría presentarse en el caso de que causen una infección, porque, si esto ocurre, son bacterias muy difíciles de tratar y, por eso, es muy importante evitar que alguien se pueda contagiar.

### ***¿Cómo podemos evitar contagiar a otros?***

Si se va de alta con algún instrumento, como sonda urinaria, catéter, etc , por su seguridad, debe evitar tocarlos.

Estas bacterias se transmiten persona a persona, por vía feco-oral (la bacteria está presente en las heces), por eso es especialmente importante el lavado de manos, sobre todo después de usar el inodoro.

La medida más importante es el lavado de manos. Las medidas higiénicas personales y del hogar serán la base fundamental para evitar un posible contagio, especialmente en el cuarto de baño, que debería mantenerse limpio. La limpieza del cuarto de baño debe hacerse con lejía y agua.

No se debería compartir las toallas de baño, cepillos de dientes, esponjas, etc.

Además, siempre que acuda a un centro de salud o a un hospital en busca de atención sanitaria, debe informar de que es portador de esta bacteria y, si conserva esta hoja, enséñela.

### ***¿Qué implica para mi pareja sexual y/o el resto de convivientes de la casa ?***

Lo único que han de tener en cuenta es que, siempre que acudan a un centro de salud o a un hospital en busca de atención sanitaria, deben informar de que son *contactos estrechos* de un portador de la bacteria.

***Si tiene cualquier duda, coméntela con su médico de cabecera.***



#### ANEXO 4:

### DATOS BÁSICOS DOS RESIDENTES CON EPC NO CENTRO CUN ABROCHO

Os datos seguintes recolleranse de **TODOS** residente con EPC que hai no centro:

- De filiación: Nome e apelidos, idade, cuarto que ocupa no centro.
- Data de entrada no centro e procedencia (domicilio, outro centro residencial, hospital).
- Data da primeira mostra positiva e lugar no que se tomou.
- Microorganismo.
- Estatus EPC: infectado/colonizado.
- Risco de transmisión: alto/baixo.
- Cualificación de caso pola súa relación co centro:
  - Caso non relacionado co centro. Xa era caso cando entrou no centro.
  - Caso relacionado co centro.
  - Caso con relación dubidosa co centro:
    - ingreso previo (→ nome do hospital).
    - hemodiálise (→ lugar onde a recibiu)
    - recibiu medicación intravenosa (→ lugar onde a recibiu).
    - cirurxía maior ambulatoria (→ lugar onde a efectuou)
    - outros coidados ambulatorios (→ Tipo de coidados e o lugar onde os recibiu).
    - viviu noutro centro residencial (→ nome do centro).
    - Outras. Especificar: \_\_\_\_\_ (→ nome do lugar)
- Se abandona o centro: data e destino.

## APÉNDICE: GRUPO DE TRABAJO QUE ELABOROU A GUÍA

### GRUPO DE TRABAJO

Alvarez Rocha, Luis	Servizo de UCI	CHUAC
Barbeito Castiñeiras, Gema	Servizo de Microbioloxía	CHUS
Cenoz Osinaga, Jose Ignacio	Servizo de UCI	CHOPO
Fandiño Orgeira, Jose Manuel	Servizo de Urxencias	CHUAC
Fernández Pérez, María Begoña	Servizo de Microbioloxía	CHUAC
García Novio, Manuel	Servizo de Urxencias	HULA
González Novoa, María del Carmen	Servizo de Medicina Preventiva	CHUVI
Gutiérrez Urbón, Jose María	Servizo de Farmacia	CHUAC
Hervada Vidal, Xurxo	Dirección Xeral de Saúde Pública	DXSP
Malvar Pintos, Alberto	Servizo de epidemioloxía	DXSP
Martín Rodríguez, María Dolores	S. de sistemas de calidade e mellora continua	SERGAS
País Iglesias, Beatriz	SX de Atención ao cidadán e Calidade	SERGAS
Pérez Rodríguez, María Teresa	Servizo de Medicina Interna	CHUVI
Purriños Hermida, María Jesús	Servizo de epidemioloxía	DXSP
Suárez lorenzo, José Manuel	Servizo de Medicina Preventiva	CHUAC