

Procedury epidemiologiczne w placówce opieki długoterminowej

Anna Bernaszuk
26 Listopad 2019

Prawne podstawy



Art. 14. 1. Kierownicy podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne są obowiązani do wdrożenia i zapewnienia funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, obejmującego:

- 1) **powołanie i nadzór nad działalnością zespołu i komitetu kontroli zakażeń szpitalnych;**
- 2) (...)

Zakażenia Szpitalne



nr 1/2015 ISSN 2354-0117



PZWL

www.wydawnictwopzwł.pl

Redakcja naukowa
Małgorzata Bulanda, Jadwiga Wójkowska-Mach

Zakażenia szpitalne w jednostkach opieki zdrowotnej



Nowoczesne rozwiązania
w zapobieganiu zakażeniom
szpitalnym

Zapobieganie zakażeniom
krwiopochodnym

Ocena skuteczności
mikrobiologicznej preparatów
dezynfekcyjnych

USTAWA

z dnia 5 grudnia 2008 r.

o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi

Zakażenia szpitalne

Podręcznik dla zespołów
kontroli zakażeń



Redakcja naukowa
Piotr B. Heczko
Jadwiga Wójkowska-Mach



Wydawnictwo Lekarskie PZWL

ZALECENIA IZOLACJI CHORYCH W TRAKCIE HOSPITALIZACJI 2017



Stowarzyszenie Epidemiologii Szpitalnej
Polskie Stowarzyszenie
Pielęgniarek Epidemiologicznych



SYSTEM KONTROLI ZAKAŻEŃ ZWIĄZANYCH Z OPIEKĄ ZDROWOTNĄ W POLSCE

2016

Stowarzyszenie Epidemiologii Szpitalnej
Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych
Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych
Małopolskie Stowarzyszenie Komitetów i Zespołów ds. Zakażeń Szpitalnych

Irena Roszczyńska

Gospodarowanie odpadami medycznymi

Charakterystyka, postępowanie, unieszkodliwianie

Służba zdrowia



VERLAG DASHÖFER Wydawnictwo VERLAG DASHÖFER Świat profesjonalny

OGÓLNE WYTYCZNE

dla wszystkich podmiotów wykonujących procesy dekontaminacji, w tym sterylizacji wyrobów medycznych i innych przedmiotów wielorazowego użytku wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz innych czynności, podczas których może dojść do przeniesienia choroby zakaźnej lub zakażenia



EKSPOZYCJA ZAWODOWA W PRAKTYCE

Redakcja naukowa
Dorota Kłafkowska i Aneta Trzosińska



ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 22 kwietnia 2005 r.

w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki²⁾



ODPADY MEDYCZNE

OBOWIĄZKOWE INSTRUKCJE I PROCEDURY POSTĘPOWANIA

Segregowanie, zbieranie i przechowywanie



FORUM



www.antybiotyki.edu.pl



Zasady postępowania w przypadku identyfikacji szczepów Enterobacteriaceae produkujących karbapenemazy

(CPE – ang. Carbapenemase Producing Enterobacteriaceae)

Dotyczy w szczególności *Klebsiella pneumoniae* wytwarzających karbapenemazy NDM, KPC, OXA-48

Definicje zakażeń związanych z opieką zdrowotną (HAI) obowiązujące od 1 stycznia 2016 r.



Tłumaczenie i druk sfinansowane ze środków będących w dyspozycji Ministerstwa Zdrowia w ramach programu zaradkowego „Narodowy Program Ochrony Antybiotyków na lata 2011-2015”

Tłumaczenie: dr n. med. Aleksander Deptuła, Katedra i Zakład Mikrobiologii Collegium Medicum Im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikolaja Kopernika w Toruniu

Strony Internetowe dotyczące zakażeń związanych z zakładami opieki zdrowotnej

- Narodowy Program Ochrony Antybiotyków www.antybiotyki.edu.pl
- Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych www.pspe.pl
- Stowarzyszenie Epidemiologii Szpitalnej www.ses.edu.pl
- Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych www.ptzs.org.pl
- Stowarzyszenie Higieny Lecznictwa www.shl.org.pl
- Małopolskie Stowarzyszenie Komitetów i Zespołów ds. Zakażeń Szpitalnych www.malopolskie-zakazenia.pl

Schematy/wytyczne/rekomendacje

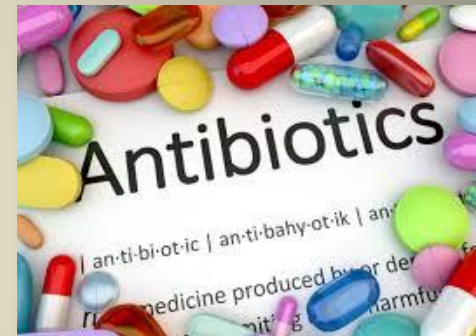
Jakie powinny być:

- **Wartościowe**- powinny prowadzić do osiągnięcia oczekiwanych wyników
- **Praktyczne**- pisane przez „praktyków” różne grupy zawodowe (lekarzy, pielęgniarki, diagnostów)
- **Wykonalne**- możliwe do zastosowania w codziennej praktyce personelu medycznego
- **Jednoznaczne**- nie budzić wątpliwości odbiorcy
- **Zrozumiałe**- stosując prosty styl pisania, logicznego zapisu, jasnej terminologii
- **Dydaktyczne**- możliwość wykorzystania w edukacji
- **Udokumentowane**

Schematy/wytyczne/rekomendacje

W zakresie:

- Profilaktyki zakażeń i chorób zakaźnych
- Antybiotykoterapii
- Sterylizacji
- Higieny powierzchni, sprzętu
- Kuchni
- Pralni
- Gospodarki odpadami



Mieszkańcy DPS-ów szczególnie zagrożeni superbakterią New Delhi

ZDROWIE Autor: [gazeta.pl/Rynek Seniora](http://gazeta.pl/Rynek_Seniora) 09 maja 2016 14:10

W placówkach ZOL / DPS istnieje duże ryzyko rozprzestrzenienia zakażeń

Pacjenci / klienci

- często są w podeszłym wieku
- często nie są samodzielni w czynnościach higienicznych
- często korzystają z pomocy szpitali

Definicja przypadku CPE

Klasy karbapenemaz

KLASA A (KPC)	KLASA B (MBL)	KLASA D (CHDL)
Typy np.: KPC-2, KPC-13	Typy np.: SPM, GIM, VIM, NDM, IPM	Typy: OXA-23, OXA-48, OXA-58, OXA-181, OXA-204

Zakażenie objawowe:

stwierdzenie szczepu CPE z materiału istotnego klinicznie i równoczesnym występowaniu objawów klinicznych zakażenia powodowanych przez ten drobnoustrój.

Nosicielstwo / kolonizacja:

stwierdzenie szczepu CPE w materiałach biologicznych od pacjenta bez objawów klinicznych zakażenia.

Przypadek CPE jest stwierdzany niezależnie od diagnozy klinicznej (nosicielstwo, objawowe zakażenie) i wymaga realizacji działań zapobiegających rozprzestrzenianiu się drobnoustrojów

Ograniczanie rozprzestrzeniania CPE

Zmniejszenie zużycia antybiotyków:

- Audyty
- Edukacja



PRZEZIĘBIENIE? GRYPA?
ZDROWIEJ BEZ ANTYBIOTYKÓW!



Identyfikacja nosicieli:

- Badania przesiewowe
- Wpis do epikryzy

Zatrzymanie transmisji:

- Izolacja
- Higiena rąk
- Higiena powierzchni



Badania przesiewowe

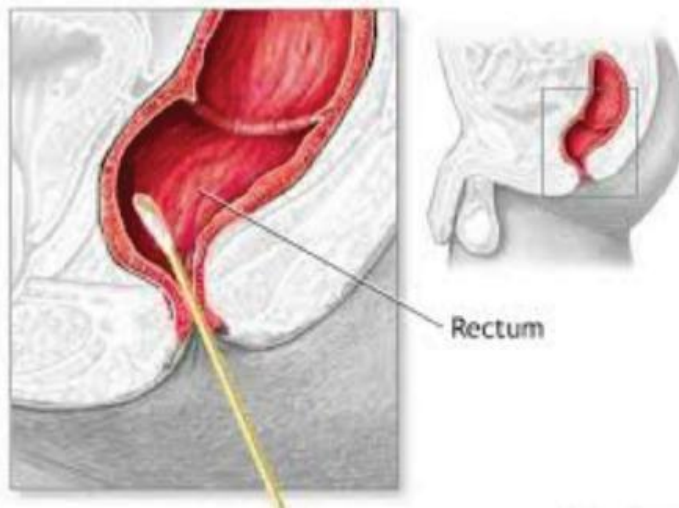
- Głęboki wymaz z odbytu ze śladem kału
- Jeśli pacjent ma kolostomię lub ileostomię – wymaz należy pobrać z tych miejsc

Schemat – zasady pobierania wymazu z odbytu

Przed pobraniem wymazu z odbytu należy wytłumaczyć pacjentowi procedurę i uzyskać werbalną zgodę oraz udokumentować to w dokumentacji pielęgniarstwa.

Jeśli pacjenta ma kolostomię lub ileostomię, wymaz powinien być pobrany z tych miejsc.

Wymaz należy pobrać wymazówką na podłoże transportowe i prawidłowo wypełnić skierowanie na badanie mikrobiologiczne.



Identyfikacja nosicieli

Badania przesiewowe pacjentów

Kontakt z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego.

ZOZ, DPS, ZOL, sanatorium

Nawet do 12 miesięcy wstecz

Wpis w epikryzie

**Colonisation
Alert**

Postępowanie z pacjentami z potwierdzonym zakażeniem / nosicielstwem szczepu CPE, przenoszonymi do innego ośrodka ochrony zdrowia

- Przekazanie informacji o zakażeniu / nosicielstwie do placówki ochrony zdrowia, do której pacjent jest przenoszony
- Informacja o stwierdzeniu CPE jest umieszczana w karcie Informacyjnej
- Rozmowa z pacjentem i/lub rodziną

PAŁECZKI JELITOWE ENTEROBACTERIACEAE WYTWARZAJĄCE KARBAPENEMAZY (CPE)

(CPE – ang. Carbapenemase Producing Enterobacteriaceae)

W SZCZEGÓLNOŚCI KLEBSIELLA PNEUMONIAE NDM, KPC, OXA-48

INFORMACJA DLA PACJENTA

Skuteczne mycie, a przede wszystkim dezynfekcja rąk to podstawowy, prosty i najważniejszy sposób ograniczania rozprzestrzeniania się zakażeń.



Bezpieczeństwo pacjentów jest w Twoich rękach



1

Wewnętrzными powierzchniami dłoni pocierać ręką o rękę. Dłonie powinny być wilgotne w trakcie całego procesu dezynfekcji.



2

Wewnętrzną stroną prawej dłoni pocierać o zewnętrzną stronę lewej dłoni. Czynność powtórzyć zmieniając ręce.



3

Wewnętrzными powierzchniami dłoni z palcami wyprostowanymi i lekko rozchylonymi pocierać ręką o rękę.



4

Zgięte palce obu dłoni spleść tak, aby palce były otulone przez wewnętrzną część dłoni. Pocierać dłońmi o siebie.



5

Okrężnym ruchem pocierać prawą zamkniętą dłonią lewy kciuk i na odwrót.



6

Okrężnym ruchem pocierać palcami lewej dłoni wewnętrzną część prawej dłoni i na odwrót.

Pacjent z CPE w jednostkach opieki długoterminowej (ZOL / DPS)

- W jednostce opieki długoterminowej / sanatorium, osoba która jest skolonizowana, a nie jest w grupie wysokiego ryzyka, nie musi być izolowana.
- Standardowe środki ostrożności powinny być zawsze stosowane przez opiekunów, a rezydenci z kolonizacją CPE powinni być nauczeni przestrzegania higieny rąk, zwłaszcza podczas korzystania z toalety.
- Nie ma zaleceń do wykonywania badań kontrolnych u takiego pacjenta.
- Jeśli jest to możliwe, rezydent powinien przebywać w pojedynczym pokoju z własną łazienką.
- Jeśli nie jest to możliwe, nie powinien on dzielić pokoju z innym rezydentem z niedoborami odporności.

Pacjent z CPE w jednostkach opieki długoterminowej (ZOL / DPS)

Do czynników zwiększających ryzyko rozprzestrzeniania się infekcji w opiece długoterminowej należą:

Czynniki indywidualne:

- mieszkanie w środowisku współdzielenia opieki, gdzie rezydenci są skumulowani, a ich opiekunowie nie posiadają jeszcze wiedzy na temat jak najlepiej zapobiegać rozprzestrzenianiu się zakażeń
- pacjenci z sączącą się raną lub wysiękiem z innej zainfekowanej okolicy
- pacjenci z biegunką lub nietrzymaniem stolca
- pacjenci zdezorientowani lub z demencją
- pacjenci wymagający rehabilitacji fizycznej lub pomocy przy codziennych czynnościach tj.: mycie, ubieranie, pójście do łazienki / użycie przenośnej toalety.

Czynniki instytucjonalne:

- nieprzestrzeganie obowiązujących wytycznych i standardów dotyczących profilaktyki zakażeń w opiece długoterminowej,
- nieprzestrzeganie standardów mycia/dezynfekcji sprzętów i powierzchni oraz komunikacji z personelem i rezydentami.

Pacjent z CPE w jednostkach opieki długoterminowej (ZOL / DPS)

- Pacjent niesamodzielny, zależny od personelu medycznego (obłożnie chory, nietrzymanie stolca, rozległe zmiany skórne)
 - Izolacja kontaktowa
- Pacjent samodzielny
 - Bez izolacji
 - Edukacja
 - Higiena rąk

IZOLACJA

- Przed **każdym** wejściem na salę wymagane jest założenie fartucha ochronnego, jednorazowego użycia i rękawiczek
- Tuż przed opuszczeniem sali chorego należy najpierw otworzyć drzwi, następnie zdjąć fartuch ochronny i rękawice, wyrzucić do pojemnika na odpady medyczne, na końcu zdezynfekować ręce.
- W przypadku personelu, który prowadzi badanie/pielęgnację chorego i korzysta z kart zleceń lub przygotowuje leki, zalecane jest następujące postępowanie:
 1. Założenie fartucha ochronnego jednorazowego przed wejściem na salę
 2. Założenie rękawiczek przy kontakcie z chorym lub jego sprzętem
 3. Ściągnięcie rękawiczek i dezynfekcja rąk niezwłocznie po kontakcie z chorym
 4. Zdjęcie fartucha ochronnego tuż przed wyjściem z sali
 5. Dezynfekcja rąk w śluzie
- Śluza jest miejscem czystym, ubranie ochronne jest zakładane przed przejściem ze śluzy do sali chorego
- Podczas pobytu w sali chorego personel nie może używać osobistych przedmiotów jak telefon komórkowy, klucze, które nie są potrzebne do wykonywania pracy
- Długopisy przyporządkowane są do sali
- Dokumentacja chorego nie jest wynoszona z sali do końca hospitalizacji
- Stetoskop należy przyporządkować do chorego. Jeżeli stetoskop nie jest przyporządkowany należy dezynfekować go bezpośrednio przed badaniem oraz po zdjęciu fartucha ochronnego i rękawic, a przed wykonaniem dezynfekcji rąk. Należy zdezynfekować cały stetoskop, a nie tylko koniec dotykający chorego.
- Nie należy wjeżdżać na salę wózkiem do wymiany opatrunków
- Sprzęt medyczny (np. mankiet do mierzenia ciśnienia) przyporządkowany jest do chorego
- Naczynia kuchenne są jednorazowe
- Należy ograniczyć do niezbędnego minimum liczbę osób wchodzących na salę chorego.
- Personel szkolący się spoza oddziału nie powinien wchodzić do izolacji







Higiena powierzchni



Dekontaminacja sali izolacyjnej po wypisaniu pacjenta z CPE

- Skrupulanta dezynfekcja pomieszczenia
- Bez preferencji co do wyboru środka dezynfekcyjnego
- Należy przeprowadzić dezynfekcję ujść wody/spływów wody



Vergara-Lopez Clin Microbiol Infect 2013;19:E490-ognisko K.oxytoca MBL
Tofteland PlosOne 2013;8:1, K.pneumoniae KPC, sporadyczne izolacje
Starlander J Hosp Infect 2012;82:122 ognisko K.pneumoniae ESBL
Roux D J Hosp Infect 2013; 85 106 30% zlewów K.pneumoniae ESBL



Higiena powierzchni

Okres przeżywalności istotnych klinicznie bakterii na suchych powierzchniach nieożywionych.

Typ bakterii	Czas przeżycia (zakres)
<i>Acinetobacter</i> spp.	3 dni do 5 miesięcy
<i>Bordetella pertussis</i>	3-5 dni
<i>Campylobacter jejuni</i>	do 6 dni
<i>Clostridium difficile</i> (spory)	5 miesięcy
<i>Chlamydia pneumoniae</i> , <i>C. trachomatis</i>	≤ 30 godzin
<i>Chlamydia psittaci</i>	15 dni
<i>Corynebacterium diphtheriae</i>	7 dni – 6 miesięcy
<i>Corynebacterium pseudotuberculosis</i>	1-8 dni
<i>Escherichia coli</i>	1,5 godz. – 16 miesięcy
Enterococcus spp. w tym VRE i VSE	5 dni – 4 miesiące
<i>Haemophilus influenzae</i>	12 dni
<i>Helicobacter pylori</i>	≤ 90 minut
<i>Klebsiella</i> spp.	2 godziny do > 30 miesięcy

CPE – co nas gubi?

- Bagatelizowanie procedur:
 - Higiena rąk
 - Higiena powierzchni
 - Zasady izolacji
- Odzież robocza pracowników:
 - Długi rękaw
 - Bizuteria
 - Zbyt rzadka zmiana odzieży roboczej
- Przedmioty podręczne pracowników

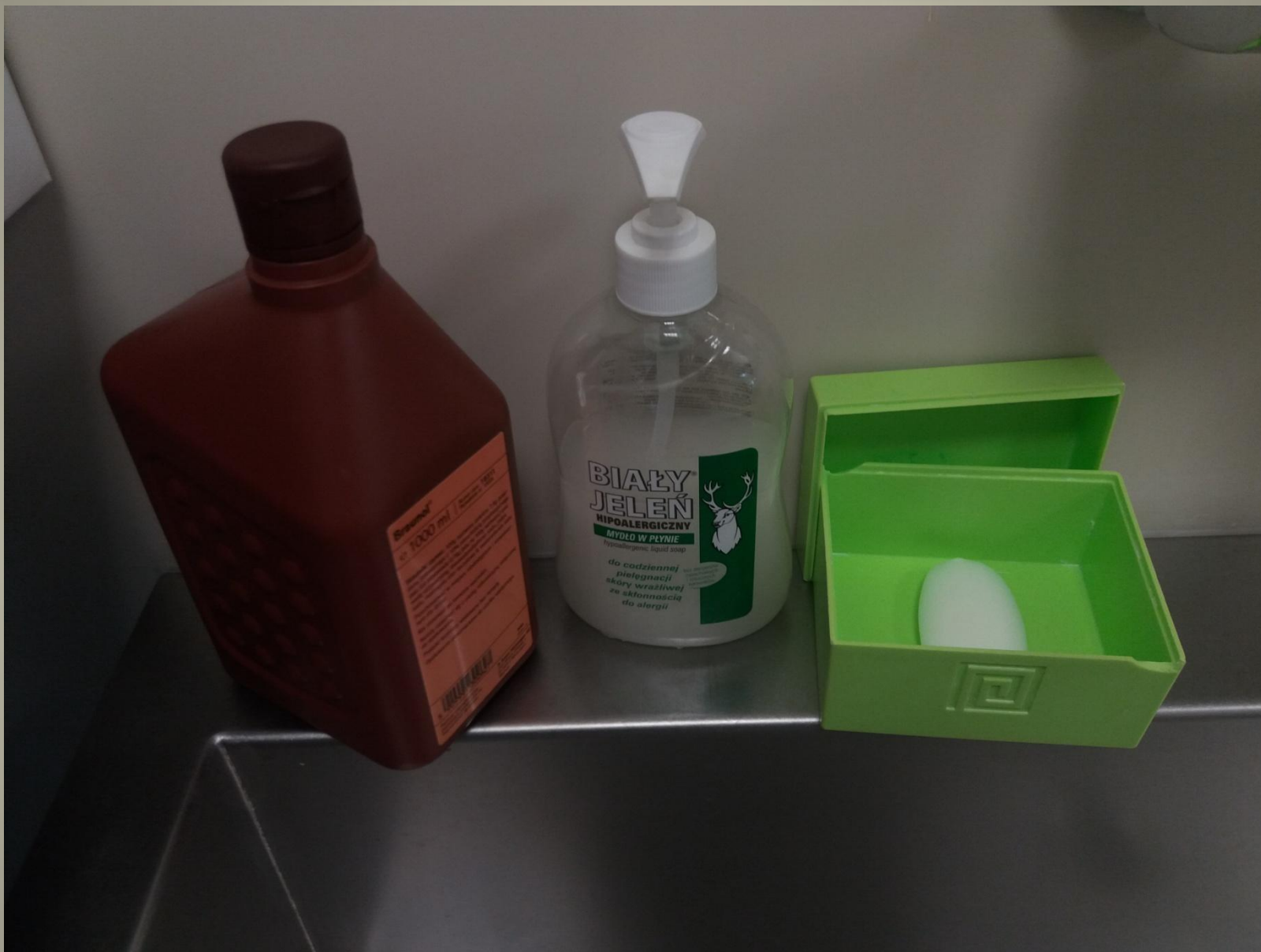


© Magdalena Szumska / Medical Maestro

Utrzymanie porządku na stanowisku pracy



Zabezpieczenie brudnej pościeli



Właściwy dobór preparatów do mycia i dezynfekcji rąk







Podczas wykonywania procedur inwazyjnych nie można nosić biżuterii



Osuszanie rąk po myciu wyłącznie przy użyciu ręczników papierowych



Przedmioty podręczne



Ważne jest zaangażowanie we wspólnym działaniu

Dziękuję 😊



Anna Bernaszuk
anber@op.pl