

KRYTERIA ROZPOZNANIA W SZPITALU/PLACÓWCE OCHRONY ZDROWIA* OGNISKA EPIDEMICZNEGO POWODOWANEGO PRZEZ SZCZEPY PAŁECZEK JELITOWYCH ENTEROBACTERIACEAE PRODUKUJĄCE KARBAPENEMAZY (CPE)

(CPE – ang. Carbapenemase Producing Enterobacteriaceae)

- Ognisko epidemiczne potwierdzone jest rozpoznawane, gdy wykryto obecność szczepów CPE tego samego gatunku (i tej samej karbapenemazy) z materiału istotnego klinicznie ¹ u co najmniej dwóch pacjentów w danym oddziale w odstępie do 1 miesiąca, z których co najmniej jeden został rozpoznany w badaniu wykonanym w trakcie hospitalizacji, a nie przy przyjęciu do szpitala (> 48 godz. od przyjęcia).
- Podejrzenie ogniska epidemicznego jest rozpoznawane niezależnie od obrazu klinicznego pacjentów, dotyczy zarówno pacjentów z objawowym zakażeniem, jak i z kolonizacją w przewodzie pokarmowym.
- Ognisko nie zostaje rozpoznawane, gdy szczepy CPE zostały stwierdzone jedynie w materiale pobranym ≤ 48 godz. od przyjęcia.
- Zgodnie z ustawą z 5 grudnia 2008 r. i rozporządzeniem z 23.12.2011 r. zgłoszeniu do właściwego państwowego inspektora sanitarnego podlega na formularzu „Raport wstępny o podejrzeniu ogniska epidemicznego” już podejrzenie wystąpienia ogniska epidemicznego.
- Wszelkie niezbędne działania zmierzające do ograniczenia rozprzestrzeniania się pałeczek jelitowych CPE w oddziale/szpitalu należy podjąć niezwłocznie, niezależnie od formalnej kwalifikacji ogniska.

POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU PODEJRZENIA/WYSTĄPIENIA OGNISKA EPIDEMICZNEGO POWODOWANEGO PRZEZ SZCZEPY PAŁECZEK JELITOWYCH ENTEROBACTERIACEAE PRODUKUJĄCE KARBAPENEMAZY (CPE)

Postępowanie w ognisku epidemicznym obejmuje następujące procedury:

1. Higiena rąk

Weryfikowany jest szpitalny program higieny rąk w oparciu o zalecenia WHO (tzw. 5 momentów higieny rąk), w szczególności wdrożone zostaje:

- monitorowanie przestrzegania wskazań do higieny rąk metodą bezpośrednich obserwacji
- szkolenia personelu, pacjentów i osób odwiedzających pacjentów objętych ogniskiem

- dokładna analiza zużycia preparatów dezynfekcyjnych w komórkach organizacyjnych objętych ogniskiem (zużycie w przeliczeniu na pacjenta/dobę z uwzględnieniem analizy liczby wykonywanych procedur u poszczególnych pacjentów).

2. Izolacja kontaktowa/kohortacja pacjentów

Wdrażana jest izolacja kontaktowa² wobec wszystkich pacjentów, u których stwierdzono szczep CPE.

W sytuacji wystąpienia większej liczby pacjentów ze szczepem CPE dopuszczalna jest ich kohortacja na wspólnych salach z węzłem sanitarnym.

W przypadku występowania szczepów CPE u wielu pacjentów na oddziale lub na wielu oddziałach należy rozważyć przekształcenie jednego z oddziałów dla pacjentów ze szczepem CPE lub wydzielenia części oddziału, w obrębie którego będą kohortowani pacjenci ze szczepem CPE.

Przestrzeganie zasad izolacji kontaktowej jest poddawane bieżącej weryfikacji przez ZKZSz w ramach prowadzonych kontroli wewnętrznych i raportowane 1 x mies. do właściwego państwowego inspektora sanitarnego.

Prowadzona jest kontrola wewnętrzna w zakresie przestrzegania procedur/listy kontrolne potwierdzające wykonanie procedur (dekontaminacja powierzchni dotykowych i sprzętów, m.in. basenów i kacek, toalet, higiena rąk, stosowanie środków ochrony osobistej, postępowanie z odpadami, postępowanie z bielizną, wydzielenie sprzętu do sprzątnięcia sal i dezynfekcja tego sprzętu).

3. Wydzielenie personelu

W przypadku wystąpienia ≥ 2 pacjentów ze szczepem CPE zalecane jest wydzielenie osobnego personelu pielęgniarstwa wyłącznie dla pacjentów ze szczepem CPE.

4. Badania przesiewowe pacjentów

Badania przesiewowe prowadzone są nie rzadziej niż raz w tygodniu w oddziale objętym ogniskiem epidemicznym i są prowadzone u wszystkich pacjentów oddziału hospitalizowanych > 48 godz.

5. Zaplecze diagnostyczne

Zapewniony zostaje dostęp do laboratorium mikrobiologicznego, dysponującego testami Nordmann-Poirel (Carba NP), z czasem uzyskania wyniku badania przesiewowego do 24 godz.

Wykaz laboratoriów dostępny jest na stronach:

- WSSE w Warszawie: www.wsse.waw.pl
- PSSE w m.st. Warszawie: www.pssewarszawa.pis.gov.pl
- Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków: www.antybiotyki.edu.pl.

6. Szkolenia personelu

Personel medyczny szkolony jest w zakresie przerywania dróg transmisji szczepów CPE, w szczególności zasad izolacji standardowej, zasad izolacji kontaktowej.

7. Przerywanie innych dróg transmisji szczepów CPE

Do opieki nad pacjentami z ogniska epidemicznego należy zapewnić dostępny sprzęt jednorazowego użytku lub wydzielić dedykowane przedmioty.

W oddziale należy wdrożyć zasady korzystania z przedmiotów podręcznych, m.in. ograniczenia noszenia przedmiotów do tych niezbędnych do wykonywania pracy, określenie sposobu dekontaminacji przedmiotów podręcznych, w tym stetoskopów, telefonów komórkowych, długopisów.

W oddziale należy określić zasady polityki ubraniowej uwzględniające noszenie krótkich rękawów, częstego prania ubrań roboczych lub stosowanych jako ubrania jednodżyzurowe.

Szczególną uwagę należy zwrócić także na dekontaminację powierzchni dotykowych i sprzętów, takich jak baseny i kaczki, dezynfekcję toalet, wydzielenie sprzętu do sprzątnięcia sal i dezynfekcję tego sprzętu oraz postępowanie z bielizną pościelową i z odpadami.

8. Promocja racjonalnej antybiotykoterapii

W oddziale wprowadzane są zasady racjonalnej antybiotykoterapii obejmujące 1) identyfikację sytuacji, w których dochodzi do nadużywania antybiotyków; 2) opracowanie i przestrzeganie szpitalnych zaleceń diagnostyki i terapii zakażeń; 3) stosowanie jeżeli to możliwe antybiotyków o węższym spektrum działania.

9. System wczesnego ostrzegania

W szpitalu zostaje wprowadzony system szybkiej identyfikacji przy przyjęciu pacjenta, u którego wcześniej stwierdzony był szczep CPE, najlepiej niezwłocznie po wprowadzeniu do systemu informatycznego szpitala.

10. Analiza sytuacji epidemiologicznej w innych oddziałach

Należy rozważyć przeprowadzanie punktowych badań przesiewowych w oddziałach, do których byli lub są przekazywani pacjenci z oddziału, w którym rozpoznano ognisko epidemiczne.

* placówka ochrony zdrowia – inny niż Szpital podmiot, np. Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy, Zakład Opiekuńczo-Lecznicy/Dom Pomocy Społecznej

¹ zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, za materiały istotne klinicznie uznaje się:

- krew od pacjenta z zakażeniem inwazyjnym,
- jałowe płyny z jam ciała (mózgowo-rdzeniowy, otrzewnowy, stawowy, opłucnowy) od pacjenta z zakażeniem inwazyjnym,
- materiał ze świeżo zakażonej rany (z wyłączeniem materiału m.in. z odleżyn, owrzodzeń, oparzeń pobieranego jako powierzchniowy wymaz),
- aspirat tchawiczy lub materiał bronchoskopowy od chorego z zapaleniem płuc,
- mocz od chorego z zakażeniem układu moczowego
- materiał śródoperacyjny od pacjenta z zakażeniem w obrębie operowanego narządu/okolicy.

² prawidłowa izolacja kontaktowa obejmuje:

- Odrębna sala z węzłem sanitarnym (wskazana śluza umywalkowo-fartuchowa wyposażona zgodnie z par. 22 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26.06.2012 r. w sprawie *szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz.U. 2012, poz. 739) w: umywalkę z baterią uruchamianą bez kontaktu z dłonią; dozownik z mydłem w płynie; dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamiany bez kontaktu z dłonią; pojemnik z ręcznikami jednorazowego

użycia i pojemnik na zużyte ręczniki; zamykany pojemnik na brudną bieliznę; miejsca na ubrania z zachowaniem rozdziału ubrań czystych i brudnych)

- Stosowanie środków ochrony osobistej – rękawice, fartuch jednorazowy
- Wydzielenie drobnego sprzętu dla każdego pacjenta.