

EVALUAREA RISCULUI INFECTIOS IN CURSUL MANEVRELOR MEDICO- CHIRURGICALE INVAZIVE

Dr.Mihaela Prelipcean

Dr.Mihaela Fochi

Spitalul Clinic Județean de Urgență “Sf.Spiridon” Iași



București, 7 – 9 aprilie 2017

Managementul riscului clinic

Cadru: Un ansamblu de acțiuni complexe care vizează:
Îmbunătățirea calității asistenței medicale
Garantarea siguranței pacienților în sistemul de sanatate.

Siguranța pacientului

Cadru: Totalitatea măsurilor și procedurilor de identificare, analiză și management al riscurilor sau incidentelor pe care o organizație de sănătate le adoptă, pentru a furniza servicii mai sigure și a minimiza riscul de afectare (vătămare) al pacienților.

Calitatea îngrijirilor


Cadru OMS: Demersul care trebuie să garanteze fiecărui pacient corelarea actelor diagnostice și terapeutice care să-i asigure cel mai bun rezultat, conform stadiului actual al științelor medicale, la cel mai bun cost pentru un același rezultat, cu *cel mai mic risc iatrogen* și pentru *deplina satisfacție, privind procedurile, rezultatele și contactele umane în interiorul sistemului de sănătate*”.

Dispozitiv medical

Cadru:În temeiul Directivei 93/42/CEE, prin dispozitiv medical se înțelege *“orice instrument, aparat, echipament, material sau alt articol, utilizat separat sau în combinație, inclusiv software-ul necesar funcționării sale corespunzătoare, destinat de către producător să fie folosit pentru om în scop de diagnosticare, prevenire, monitorizare, tratament sau ameliorare a unei afecțiuni”*.

Legislația națională legiferează în acord cu Directivele UE, înregistrarea și introducerea pe piață a dispozitivelor / echipamentelor medicale, inclusiv a accesoriilor acestora.


OMS estimează că la nivel mondial, **5 - 12%** dintre pacienții spitalizați dezvoltă o infecție asociată asistenței medicale (IAAM), dintre care **mai mult de 60%** sunt asociate implantării unui dispozitiv medical sau chirurgical.



Orice dispozitiv medical implantat, cu titlu provizoriu sau permanent, poate deveni sediul unei eventuale IAAM (sonda urinară, canulă de intubație, valvă cardiacă, proteză vasculară sau ortopedică, dispozitiv intrauterin, etc).

Programul de gestiune a riscurilor asociate asistenței medicale nu este unic pentru toate unitățile și nici fixat în timp. Fiecare unitate sanitară are specificitățile sale, istoria sa, puncte tari/puncte slabe, o imagine de menținut (misiune), planuri pentru viitor (viziune).

Parcursul pacientului spitalizat, ca și activitatea personalului medico – sanitar, comportă o serie de evenimente care vor interveni cu o probabilitate necunoscută dar posibil de evaluat.



Un eveniment este caracterizat prin consecințele sale, care pot fi :
Favorabile (dorite) Exemple: reluarea apetitului, recuperare fizică
Defavorabile(nedorite) Exemplu:accident cu expunere la produse biologice

Eveniment advers - o vătămare prevenibilă, neintenționată și nedorită a pacientului, apărută în cursul îngrijirilor medicale, datorită performanței slabe sau a absenței unui furnizor sau serviciu medical.

Erorile medicale si *evenimentele adverse* se pot produce oriunde, oricand, in activitatea oricarui profesionist din sanatate.

Sub-eveniment - un eveniment advers care are capacitatea de a produce vătămări, dar care nu are consecințe pentru că au fost luate la timp măsuri adecvate de corectare a potențialelor consecințe negative pentru pacient. Interesul pentru cunoașterea și raportarea sub-evenimentelor indică o cultură de siguranță avansată.

Se acceptă mai ușor raportarea și analiza sub-evenimentelor (nu implică învinuire și pedepsire, sunt mai puțin frustrante).

Referitor la evenimentele adverse, este esențial să:

Acceptăm că se întâmplă



Odată întâmplate, să le analizăm



Analiza să se adreseze proceselor și sistemelor, și nu persoanelor



Să existe transparență în comunicarea rezultatelor analizelor și a deciziilor luate.

Gestiunea riscurilor

Cadru: un ansamblu de acțiuni care au ca obiectiv stăpânirea / reducerea riscurilor , după identificare, analiză și evaluare.


Importanța evaluării riscurilor

Asigurarea siguranței pacienților .

Creșterea capacității de identificare și reducere/eliminare a riscurilor in cadrul procesului de asistență medicală

Identificare puncte slabe și vulnerabilități ale practicilor /procedurilor.

Planificarea rezolvării incertitudinilor și gestionarea apariției de evenimente neobișnuite/neașteptate.



Evaluarea nivelului de risc infecțios, a riscului de transfer a microorganismelor, care va stabili și modul de procesare al dispozitivului medical / echipamentului, va avea în vedere:

- prezența microorganismelor, numărul, virulența;
- tipul de procedură care urmează să fie îndeplinită (invazivă sau non-invazivă);
- situs-ul unde va fi folosit dispozitivul / echipamentul medical.

= **1968- Earle H. Spaulding – Schema inițială de evaluare:**


- Schemă de clasificare clară și logică,
 - Definește categoriile de risc, terminologie însușită cu succes de toți profesioniștii
- = **1985, CDC Atlanta folosește clasificarea pentru primele ghiduri de practică.**

- *Dispozitivele medicale critice*, vin în contact cu țesuturi ale corpului uman, inclusiv sistemul vascular, în mod normal sterile.
- *Dispozitivele medicale semicritice*, vin în contact cu mucoase intacte sau tegument cu soluții de continuitate.
- *Dispozitivele medicale noncritice* vin în contact cu pielea intactă.

In identificarea activităților cu risc infecțios, pe lângă caracteristicile de invazivitate ale prestației, este esențială aprecierea gradului de receptivitate a persoanelor asistate (imunodeficiențe, malnutriție, boli metabolice, zone de minimă rezistență induse patologic, stări fiziologice cu rezistență redusă).

Nivelul riscului de apariție a infecțiilor, după contagiozitatea și susceptibilitatea persoanelor asistate și a tipului de intervenție

| Nivelul de risc | Particularitățile pacienților | Caracteristicile intervenției |
|-----------------|---|--|
| Redus | - fără imunodeficiență - fără patologie asociată | -neinvazive -lipsa expunerii la fluide biologice |
| Mediu | -infecții preexistente -factori de risc individuali (vârsta, boli asociate) | -proceduri invazive non chirurgicale (cateter venos periferic, sonda urinară, etc) -expunere la fluide biologice |
| Crescut | -imunodeficiență gravă -politraumatisme, arsuri, grefe și transplant de organe | -intervenții de tip chirurgical -proceduri invazive cu risc crescut: cateter venos central, intubare traheală, etc. |



Unele sectoare ale unităților sanitare întrunesc toți factorii declanșatori ai unui eveniment advers, necesitând o atenție deosebită pentru o funcționare corectă:

- tarele pacientului
- îngrijirile diverse, unele dintre acestea traumatizante
- mediul de spital

În astfel de sectoare vor fi înregistrate cele mai numeroase IAAM, obligând structurile responsabile la o maximă exigență în aplicarea normelor de prevenție și supraveghere.

Serviciile de terapie intensivă (medicală, chirurgicală, polivalentă/mixtă, postoperatorie sau specializată) sunt structuri complexe, cu o echipă medicală și paramedicală relativ numeroasă, *competentă în activități tehnice diagnostice și terapeutice invazive pentru corectarea insuficiențelor viscerale și funcționale ale pacienților.*

Prin definiție, unitățile de terapie intensivă primesc pacienți a căror supraviețuire este amenințată prin dezechilibrul funcțiilor esențiale (respiratorie, cardiacă, renală, metabolică..).

ORIGINEA AGENȚILOR PATOGENI

ENDOGENĂ

După *contaminarea*, apoi *colonizarea* unui situs normal steril, după distrugerea barierelor de apărare (este aproape imposibil de evitat colonizarea, modificarea florei fiind consecința tratamentului cu antibiotice).

Pentru *infecțiile endogene*, *prevenția* este complexă, este fundamentală:

- ✓ reducerea duratei de expunere la risc, prin ablația cât mai precoce posibil a dispozitivelor medicale (corpuri străine) care scurtecircuitează mijloacele de apărare
- ✓ diminuarea presiunii de selecție în favoarea germenilor multirezistenți prin: antibioterapie restrictivă, limitată, justificată și aplicarea corectă a politicii de antibioprofilaxie .

EXOGENĂ

Sursa : alți pacienți, mediul spitalicesc

Cale de transmitere: indirectă (mâini, aer, materiale sanitare)


Servicii medicale afectate: TI / ATI (prin densitatea îngrijirilor și a procedurilor medico – chirurgicale)

Contaminarea pe cale exogenă poate fi evitată prin :

- ✓ Respectarea igienei mâinilor, numărul de gesturi medicale care necesită obligativitatea igienizării mâinilor, poate fi superior de 20/oră. Nerespectarea strictă a Precauțiunilor Standard (igiena mâinilor, purtarea mănușilor), influențează negativ obținerea rezultatelor favorabile ale măsurilor de prevenție.
- ✓ Întreținerea corectă a mediului și a materialelor sanitare ,
- ✓ Personal suficient, regrupat eficient,
- ✓ Izolarea pacienților colonizați și/sau infectați.

Pacienții contaminați/colonizați (fără să treacă în stadiul de infecție) pot sta la originea unei noi transmiteri încrucișate sau pot dezvolta infecții secundare la intervale mai mari de timp după externare.

Transmiterea încrucișată în cadrul secției de terapie intensivă este documentată ca fiind datorată mâinilor contaminate ale personalului, în timpul îngrijirilor sau în urma contactului cu mediul imediat înconjurător pacientului.




Cele mai frecvente localizări ale procesului infecțios sunt în ordine descrescătoare după statisticile europene: *infecțiile urinare (40 %)*, *infecțiile respiratorii (20 %)*, *infecțiile de cateter (18 – 25%)* și *infecțiile de plagă operatorie (15 %)*.

Pentru secția de terapie intensivă, caracteristica importantă a infecțiilor este aceea că ***sunt în legătură directă sau indirectă cu tehnicile invazive*** care suplează o funcție vitală, necesită utilizarea unui corp străin (dispozitiv invaziv) care scurtcircuitează mijloacele de apărare fiziologice (piele, mucoase, sfinctere).

Tehnicile sau dispozitivele încriminate sunt: ventilația artificială, sondajul urinar, cateterele intravasculare și actul chirurgical.

Afecțiunea inițială, acută, gravă, sau existența unei infecții tratate cu antibiotice, contribuie la diminuarea capacității de apărare naturală și cresc riscul de infecție secundară.



Abordul vascular, drenajul urinar sau ventilația asistată sunt acte medicale invazive indispensabile stadiului actual al asistenței medicale moderne.

Fiziopatologia acestor infecții este legată inițial de constituirea unui biofilm la nivelul acestor corpuri străine reprezentate de dispozitivele medicale.

✓ *Biofilmul* este reprezentat de o aglomerare plurimicrobiană fixată pe suprafața inertă sau vie și menținută pe această suprafață de secreția unei matrici adezive, protectoare, structură vie, dinamică, în permanentă remaniere.

✓ Chiar dacă tehnicile aseptice sunt respectate în timpul implantării / folosirii dispozitivului medical, dezvoltarea biofilmului este rapidă la nivelul majorității materialelor utilizate în medicina umană.

Consecințele medicale după constituirea biofilmului sunt majore: limitarea reacției imunitare locale (anticorpi, fagocite), scăderea sensibilității diagnosticului microbiologic și nu în ultimul rând, apariția antibioticorezistenței.

Riscul infecțios asociat cateterizării vasculare

Insertia unui cateter vascular permite realizarea rapidă:

- ✓ expansiune volemică,
- ✓ administrare medicație,
- ✓ administrare nutriție parenterală, produse sanguine,
- ✓ supraveghere cardio-vasculară,
- ✓ menținerea unui abord venos în situații de urgență.

Factorii de risc pot fi:

Factori intrinseci (țin de pacient—dificil de controlat (vârste extreme, sexul masculin, imunodepresia, denutriția, neutropenia, leziuni cutanate, infecții la distanță).

Factori extrinseci (experiența personalului, lipsa de igienă, alegerea locului de inserție, ignorarea factorilor intrinseci, tipul cateterului, condițiile de inserție, soluția perfuzată, debitul, durata menținerii, întreținerea cateterului).

Colonizarea este posibilă prin următoarele mecanisme:

✓ *Cale extraluminală* - mecanismul cel mai frecvent.

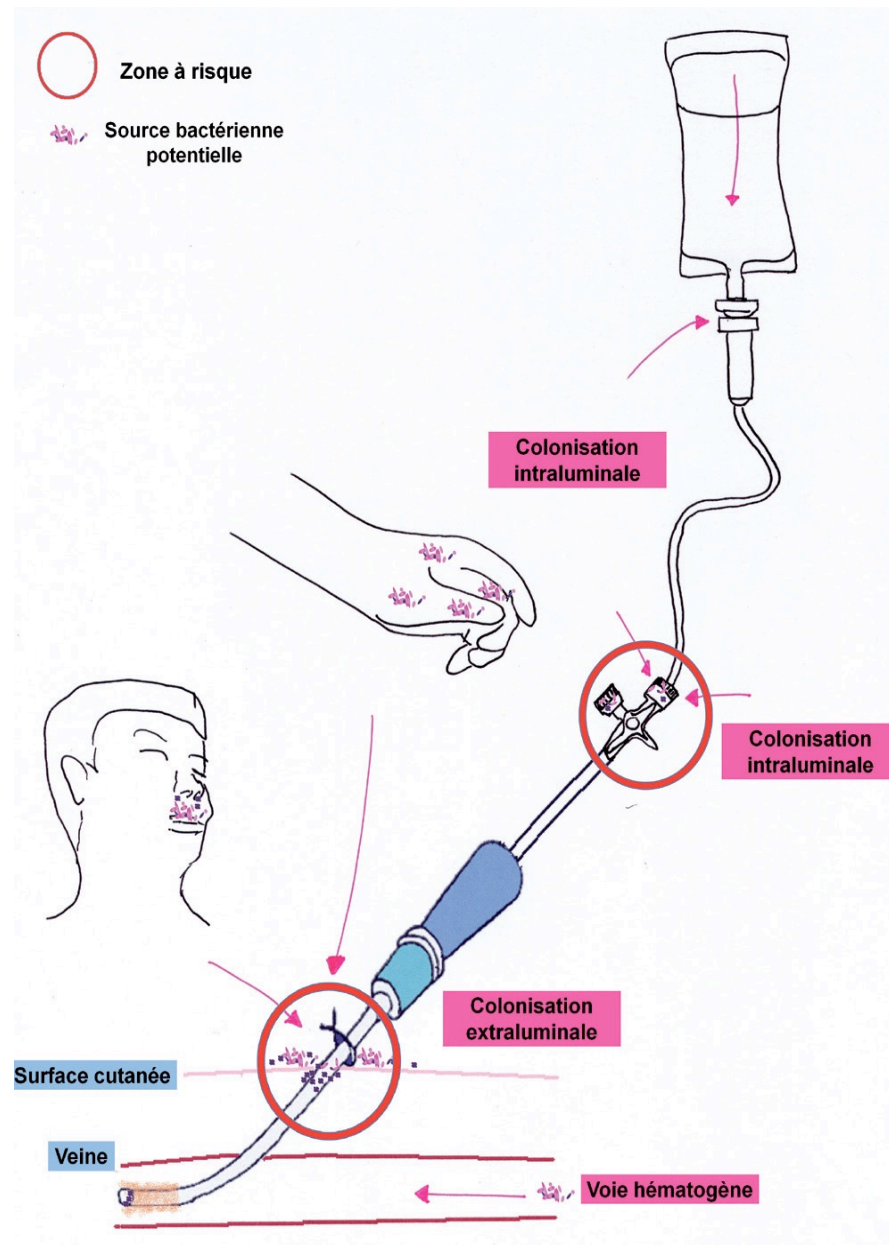
Poate apare din primele zile de la montare, la nivelul urgenței cutanate. Flora bacteriană cutanată sau nazofaringiană a pacientului, flora bacteriană a personalului sau flora provenită de la utilizarea unui antiseptic contaminat, migrează de la situs-ul de inserție pe suprafața externă a cateterului, pe traiectul subcutanat.

✓ *Cale intraluminală* - introducerea luminală a microorganismelor în timpul manipulării racordurilor sau administrarea unui preparat injectabil contaminat. Durata estimată colonizării: pentru catetere periferice (4 zile), catetere centrale și camerele implantabile (7 – 10 zile).

✓ *Colonizarea părții intravasculare* a cateterului, pe cale hematogenă, secundară unei bacteriemii determinate de un focar infecțios la distanță (urinar, pulmonar, chirurgical, digestiv).

ETIOLOGIE

Genul *Staphylococcus*, bacili Gram – negativi, genul *Acinetobacter*, *Bacillus*, *Corynebacterium*, *Micrococcus*.



- ✓ Prolungirea duratei sejurului în terapie intensivă legată de apariția unei bacteriemii asociate unei cateterizări venoase centrale (CVC), variază după unii autori între 4 și 19 zile, cu o mortalitate atribuabilă estimată între 10 și 20 %.
(Tacconelli E, Smith: G J Hosp Infect 2009;72(2):97-103)
- ✓ Franța, estimează costurile suplimentare atribuite unei bacteriemii nosocomiale asociată CVC, între 7.730 și 11.300 Euro/caz, sau între 100 și 130 milioane Euro / an.
- ✓ În studii comparative, riscul de infecție sistemică asociată unui cateter venos periferic (CVP), variază între 0,5 și 0,7 pentru 1.000 zile CVP.

MĂSURI DE PREVENȚIE IAAM CVP/CVC

Personal medico-sanitar format corespunzător dpdv profesional!

CATETER PERIFERIC

- ✓ *Alegerea sitului de insertie cu cel mai mic risc de complicații(situs femural-risc!!!)*
- ✓ *Protocol stabilit cu timpi de funcționare și pauze (durata menținerii dispozitivului)*
- ✓ *Tipul cateterului (preferabil material metalic/teflon, multiluminal)*
- ✓ *Asepsia riguroasă la inserție și pentru întreținere (pregătirea cutanată)*
- ✓ *Pansament ocluziv steril*
- ✓ *Schimbarea liniilor de perfuzie după recomandările în vigoare, în funcție de soluția perfuzată).*

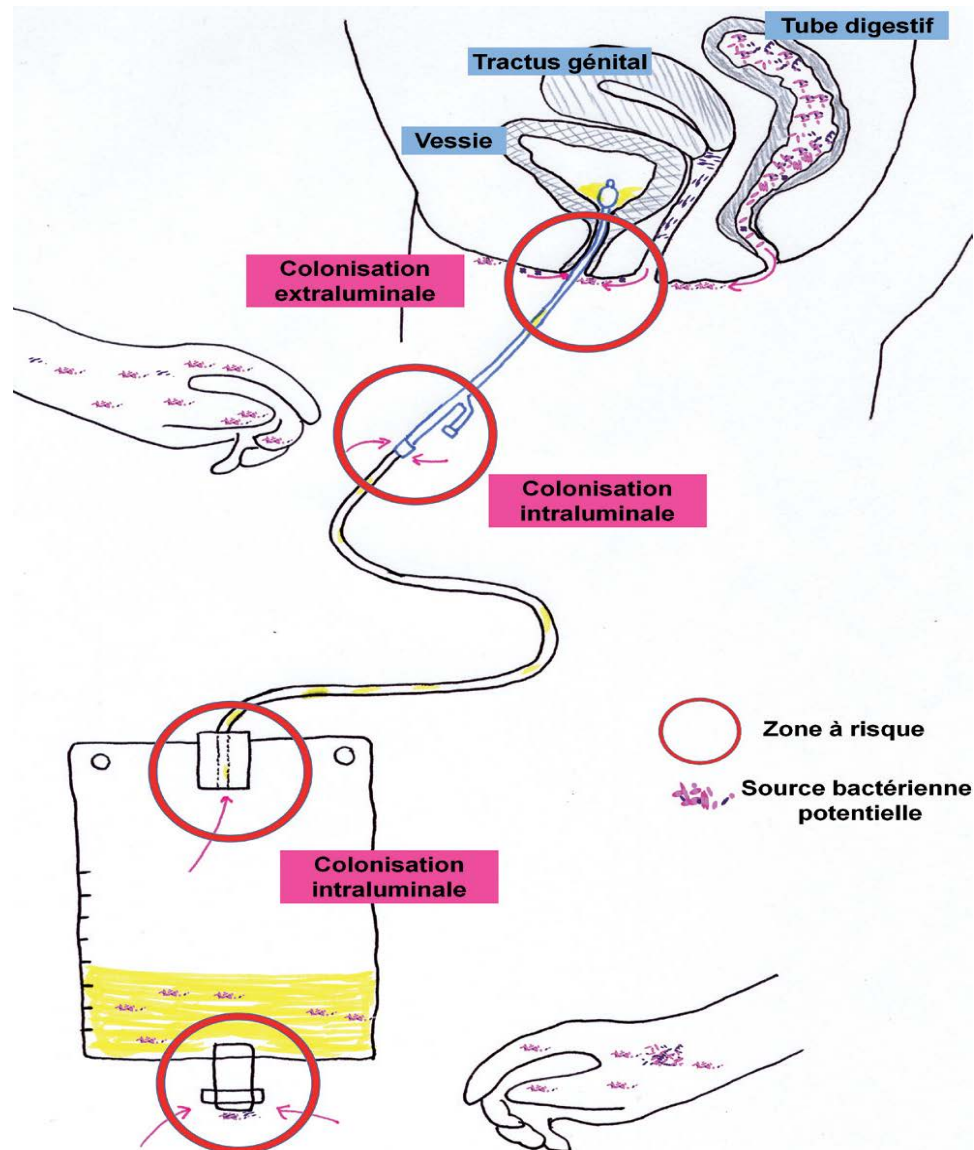
CATETER VENOS CENTRAL

- ✓ *Limitarea indicațiilor*
- ✓ *Protocol stabilit cu timpi de funcționare și pauze*
- ✓ *Perioadă de pauză programată de operator experimentat*
- ✓ *Asepsia timpilor operatori*
- ✓ *Abord subclavicular față de cel jugular*
- ✓ *Decontaminare cu polividone-iodat 10%, clorhexidină 2%(pregătirea cutanată)*
- ✓ *Fixarea eficientă a cateterului*
- ✓ *Pansament ocluziv steril*
- ✓ *Preparate aseptice de perfuzie*
- ✓ *Schimbarea totală a tubulaturii de perfuzie la fiecare 48-72 h în caz de alimentație parenterală.*

RISCU INFECTIOS ASOCIAT DISPOZITIVELOR VEZICALE DE DRENAJ

Infecțiile urinare, cu o frecvență generală de 40 % (12% în secția de terapie intensivă și 40 % în unități de reabilitare vârstnici), sunt asociate unui act de îngrijire terapeutică sau diagnostică în sfera urogenitală. Se estimează că între 1 și 5 pacienți sunt expuși unui sondaj vezical în timpul spitalizării.

- ✓ Mecanisme multiple de apărare, împiedică pătrunderea microorganismelor în vezica urinară (lungimea uretrei, caracteristicile fizico- chimice ale urinei normale).
- ✓ Sondajul vezical sau orice altă manoperă invazivă alterează mecanismele fiziologice de apărare și facilitează colonizarea microbiană, prima etapă de dezvoltare a unei infecții urinare.



În afara de rarele cazuri când infecția se dezvoltă pe cale hematogenă sau limfatică, din sursă endogenă, sunt descrise două modalități de colonizare, pe cale ascendentă:

- ✓ migrare extraluminală în biofilmul care se dezvoltă pe suprafața externă a sondei, de cauză endogenă (pornind de la meatul urinar) sau introducere în timpul manevrei invazive.
- ✓ migrare intraluminală prin pătrunderea în interiorul « sistemului închis », refluxul urinei spre vezică la mobilizarea pacientului, manevre la nivelul sondă - colector sau golirea colectorului (transmisie încrucișată – manuportată).

Biofilmul microbial se instalează la 24-72 ore de la introducerea dispozitivului invaziv.

Considerând bacteriuria ca precursor a unei IAAM urinare simptomatice, factorii de risc asociați manoperei invazive sunt *majoritatea accesibili acțiunii metodelor de prevenție*.

| Factori de risc - sondaj urinar | Factori de risc - pacient |
|---|--|
| Durata sondajului peste 6 zile | Sex feminin |
| Nerespectarea condițiilor aseptice | Alte infecții existente |
| Spitalizare secții urologie/ortopedie | Denutriția |
| Colector deasupra nivelului vezicii | Diabet zaharat |
| Sondaj doar pentru măsurarea diurezei | Insuficiența renală |
| Desolidarizare sac colector – sondă | Stent ureteral |
| Administrare antibiotic în timpul manoperei | Patologie urologică (retenție, litiaza, incontinența) |
| Nerespectarea măsurilor de asepsie adaptate manoperei | Bacteriurie asimptomatică în momentul gestului invaziv |
| | Vârsta peste 50 ani |
| | Veziica neurologică |

MĂSURI DE PREVENȚIE INFECȚII ASOCIATE CATETERULUI VEZICAL

Personal medico-sanitar format corespunzător dpdv profesional!

Limitarea indicațiilor de cateterizare urinară.

Evitarea sondajului urinar abuziv.

Alegerea alternativelor (măsurarea reziduuului vezical ecografic, sondaj evacuator intermitent, cateter suprapubian).

Ablația precoce a cateterului urinar.

Consum crescut de lichide.

Respectarea protocolului de inserție, menținere și întreținere a sondei

- *Condiții de igienă*
- *Sistem închis de drenaj*
- *Examen clinic periodic (local și general)*

Atenție!! Schimbarea sistematică a cateterului urinar nu este o măsură de prevenție, nefiind recomandată.

PNEUMONII ASOCIATE VENTILAȚIEI MECANICE - PAVM


Pneumoniile asociate asistenței medicale înregistrează o incidență care variază între 0,5 și 1 la 100 de admisii și crește de până la 20 ori pentru pacienții, adulți sau copii, ventilați mecanic.

Pneumoniile asociate ventilației mecanice ocupă primul loc între IAAM în secția de terapie intensivă cu o incidență între 1 și 4 episoade pentru 1000 zile de ventilație mecanică.

Pacienții diagnosticați cu PAVM necesită ventilație mecanică în sejur prelungit, antibioterapie susținută, costuri crescute.

Mortalitatea atribuabilă poate ajunge la 10%.

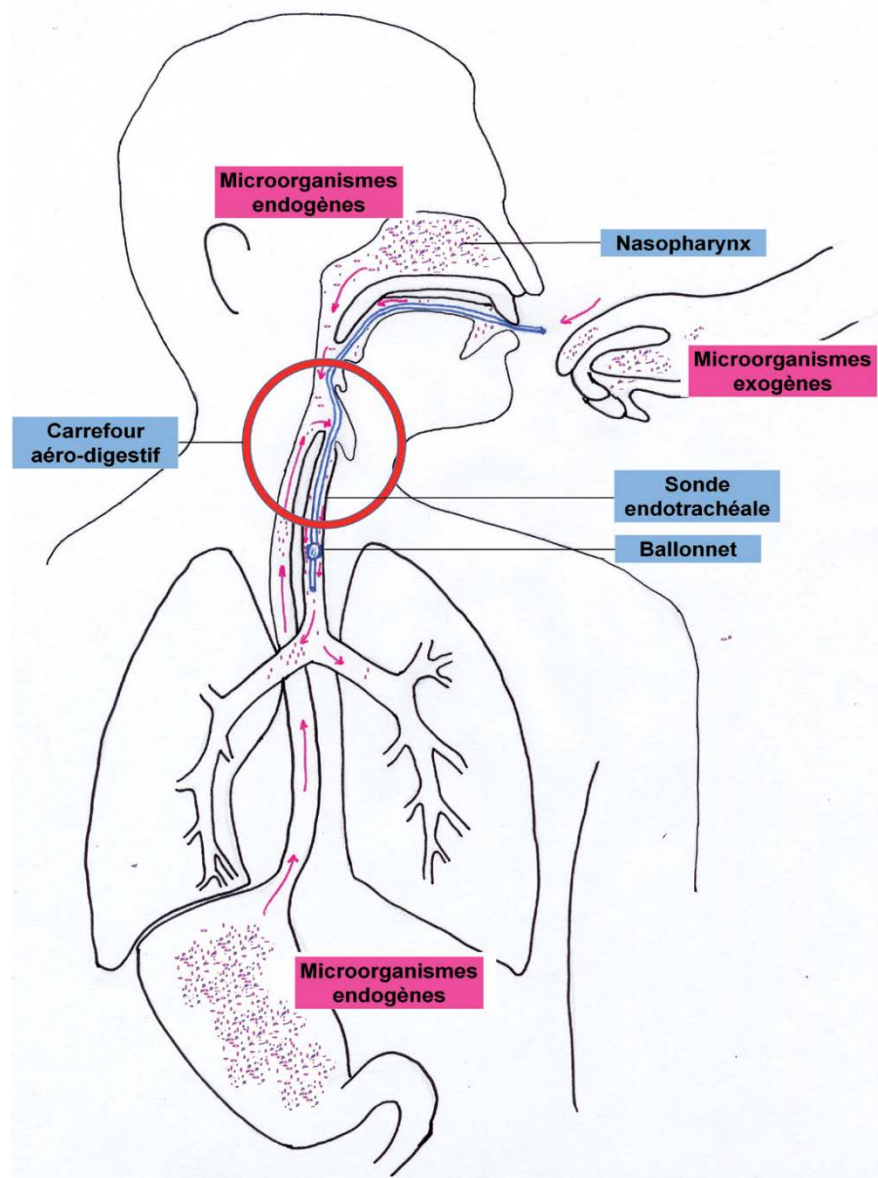
PAVM trebuie diferențiată de colonizarea traheală – traheobronșita sau de modificările stării clinice prin alte mecanisme patologice.



La subiectul sănătos, căile aeriene inferioare și alveolele pulmonare sunt supuse unei contaminări microbiene căreia i se opun mecanisme de apărare:

- ✓ Activitatea mucociliară,
- ✓ Secreția locală de imunoglobuline,
- ✓ Activitatea macrofagică alveolară.

În cazul alterării mecanismelor de apărare, situație frecventă la pacienții spitalizați, invazia bacteriană, virală sau fungică a căilor respiratorii inferioare și a parenchimului pulmonar normal steril, conduce la apariția pneumopatiei.



- ✓ Mecanismul principal de apariție a PAVM, este micro- inhalarea de secreții conținând microorganisme patogene, endogene sau exogene, care colonizează căile aeriene superioare și digestive. Colonizarea este favorizată de prezența sondei endotraheale, care scurtcircuitează bariera naturală între orofaringe și trahee, alterează activitatea muciliară și inhibă reflexul de tuse.
- ✓ Colonizarea căilor respiratorii inferioare neprotejate poate avea origine în contaminarea materialului de ventilație, nebulizare sau fibroscopie, a aerului ambiant sau a apei de rețea.
- ✓ Infecția prin continuitate (pleurezie purulentă, mediastinită) sau de la un focar la distanță, prin constituirea de embolii pulmonare septice – în septicemiile cu *Staphylococcus aureus* sau *Pseudomonas aeruginosa*.



Factori de risc care contribuie la alterarea mecanismelor de apărare :
FACTORI INTRINSECI (care țin de pacient - nemodificabil):

- ✓ Vârstele extreme,
- ✓ Comorbidități asociate (patologie pulmonară cronică, tabagismul, obezitatea),
- ✓ Tulburările de conștiență,
- ✓ Denutriția,
- ✓ Refluxul gastro- esofagian,
- ✓ Imunodepresia,
- ✓ Spitalizările frecvente sau prelungite

FACTORI EXTRINSECI (factori modificabili):

- ✓ Sonda endotraheală și nasogastrică
- ✓ Sedarea și poziția declivă a pacientului
- ✓ Folosirea de echipamente incorect prelucrate
- ✓ Alcalinizarea gastrică,
- ✓ Antibioterapia prelungită,
- ✓ Agravarea stării de denutriție,
- ✓ Necunoașterea măsurilor de prevenție pentru transmiterea încrucișată.

MĂSURI DE PREVENȚIE INFECȚII ASOCIATE VENTILAȚIEI MECANICE

Personal medico-sanitar format corespunzător dpdv profesional!


Pe lângă respectarea Precauțiunilor Standard, prevenția poate fi dirijată pe 3 axe majore:

- ✓ Limitarea expunerii la risc privilegiind ventilația non invazivă și reducând/limitând ventilația mecanică, cu evitarea extubărilor neprogramate și/sau a reintubărilor.
- ✓ Limitarea colonizării bacteriene a căilor aeriene superioare și a celor digestive, efectuând riguros îngrijiri antiseptice orofaringiene și rezervând profilaxia antiulceroasă pacienților cu risc înalt de ulcer de stress.
- ✓ Prevenirea inhalării de secreții prin instalarea pacientului în poziție semișezândă, verificarea presiunii balonului sondei endotraheale, aspirarea secrețiilor subglotice, utilizare barbotoare cu apă sterilă, evitarea sedării prelungite/energice (pentru a păstra reflexul de tuse).

De peste 50 de ani *endoscopia* nu a încetat să se dezvolte constituind un act diagnostic sau terapeutic, cu caracter invaziv și risc de transmitere a unei infecții. Complexitatea structurii dispozitivului, face posibilă acumularea de material organic sau mineral, implicit multiplicarea microorganismelor.

Dispozitive medicale și nivelul de tratament în actul medical endoscopic


| Dispozitive medicale | Clasificarea dispozitivului/ destinație | Nivelul de risc infecțios | Tratamentul necesar |
|--|---|---------------------------|--|
| Coledoscop transparietal Celioscop Uretrocistoscop Artroscop | Critic / introducere , în cavitate/ țesut, indiferent de calea de abord | Risc înalt | Unica folosință steril sau sterilizare autoclav sau dezinfecție de nivel înalt |
| Gastro-duodenoscop Gastrosop Duodenoscop Colonoscop Bronhofibroscop Nazofibroscop | Semicritic / în contact cu mucoase, piele lezată | Risc intermediar | Sterilizare Dezinfecție de nivel înalt |



După evaluarea factorilor de risc identificați, în legătură cu procedurile invazive, trebuie elaborate programe de măsuri în funcție de scorul gradelor de risc stabilite pentru:

- ✓ fiecare zonă / secție / compartiment de activitate,
- ✓ fiecare profil de activitate profesională,
- ✓ fiecare categorie de pacienți,
- ✓ *fiecare manoperă / terapie de îngrijire, diagnostica sau de tratament, în corelație cu condițiile concrete de organizare spațială,*
- ✓ profilul de competențe acreditate,
- ✓ resursele umane disponibile pentru îngrijire,
- ✓ dotarea tehnico-materială existentă,
- ✓ nivelul de solicitare și disponibilitate pentru servicii.

Pe baza grilelor de apreciere a gradului de risc întocmite pentru fiecare secție/sector în parte, se poate întocmi “**harta punctelor și zonelor de risc**”, oglinda permanentă a situației existente în unitate.



Demersul de gestiune a riscului infectios al unei organizații are ca scop asigurarea siguranței pacientului, a îngrijirilor acordate, diminuarea riscului declanșării unui eveniment advers. Acest demers necesită:

- ✓ organizarea unei acțiuni multidisciplinare, *gestiunea riscului infectios asociat procedurilor invazive* va fi integrat în cotidianul guvernantei (gestiunii) întregii structuri în care activează personalul interesat;
- ✓ identificarea riscurilor de declanșare a evenimentelor adverse în cadrul asistenței medicale;
- ✓ analiza riscurilor identificate, evaluarea gravității și frecvenței, căutarea cauzelor latente și luarea deciziei de includere sau nu în registrul de evidență;
- ✓ tratarea riscurilor neacceptabile, imaginarea de soluții, bariere de securitate care pot împiedica apariția evenimentului advers sau limitarea consecințelor;
- ✓ monitoriarea acțiunilor pentru aprecierea riscurilor reziduale, feedback-ul către toți profesioniștii interesați.

CONCLUZII (1)

Unitățile sanitare sunt sisteme complexe și instabile necesitând capacități de adaptare, astfel controlul riscului asociat asistenței medicale devenind un *demers global, colectiv, organizat și eficient*.

Riscul infecțios este minimizat prin asigurarea proceselor de curățare, dezinfecție și sterilizare a tuturor dispozitivelor/echipamentelor folosite pentru îngrijirea pacientului, în cursul tehnicilor invazive sau non-invazive.

Tratamentul dispozitivelor medicale trebuie să fie obligatoriu integrat în politica instituțională de prevenire și limitare a riscurilor și frecvenței infecțiilor asociate asistenței medicale.

Alegerea dezinfectanților adaptați nevoilor este o etapă strategică importantă. Un produs incorect selectat poate induce o dezinfecție ineficace și generarea unui risc infecțios, patologii profesionale sau degradarea materialelor. Este un demers colectiv al instituției, de care depinde siguranța pacienților îngrijiți, tratați.

CONCLUZII (2)

Infecțiile asociate dispozitivelor medicale invazive, necesita programe de supraveghere riguroasă, cu recomandări precise și standardizate.

Cunoașterea incidenței acestor infecții “evitabile” este indispensabilă în evaluarea respectării și impactului măsurilor de prevenție.

Factorul de risc major al acestor infecții fiind durata de expunere, obținerea unui consens pentru indicații pertinente și supravegherea menținerii dispozitivului, constituie axa principală pentru prevenirea infecțiilor asociate dispozitivelor invazive.

Dispozitivul medical nu poate fi păstrat doar “în caz că” ele ar fi necesar, deoarece cu fiecare oră sau zi în care sunt lăsate nejustificat, crește riscul de infecție pentru pacient.

Necesitatea clinică continuă, pentru fiecare tip de dispozitiv trebuie revăzută cel puțin zilnic, pentru a reduce riscul infecției.



