



# Modalitati de prevenire si control al IAAM in cadrul Spitalului Municipal de Urgenta Moinesti

Dr. Popescu Raluca Gabriela  
Medic specialist Epidemiologie  
Spitalul Municipal de Urgenta Moinesti

# Date generale



## Structura organizatorica:

- o 414 paturi spitalizare continua si 20 de paturi spitalizare de zi;
- o 5 sectii;
- o 36 compartimente;
- o 36 cabinete ambulatoriu integrat si de specialitate.

## Resurse umane:

- o 89 medici;
- o 26 biologi, chimisti, fizicieni si alt personal sanitar superior;
- o 220 asistenti medicali;
- o 110 personal sanitar auxiliar.

# Activitatea SPIAAM

- ✓ Reglementarea activitatilor de curatenie si dezinfectie, izolare a pacientilor, prevenirea si controlul IAAM etc. prin proceduri operationale/protocoale de lucru/instructiuni de lucru;
- ✓ Instruirea periodica a personalului cu privire la procedurile existente, metodologiile INSP, modificarile legislative;
- ✓ Verificarea modului de implementare a reglementarilor in vigoare si analiza periodica a acestora, in scopul imbunatatirii activitatii;
- ✓ Asigurarea functionarii Comitetului de Prevenire IAAM, infiintat prin decizia managerului - comunicarea periodica a cazurilor IAAM depistate, analiza acestora, stabilirea masurilor care se impun, analiza consumului de antibiotice etc.
- ✓ Elaborarea planului anual DDD;
- ✓ Elaborarea planului anual de monitorizare a calitatii apei;
- ✓ Elaborarea planului de activitati pentru supraveghere si control IAAM;
- ✓ Elaborarea planului anual de instruire a personalului;
- ✓ Verificarea periodica a apelor sterile;
- ✓ Intocmirea hartilor de risc si actualizarea lor in caz de necesitate;
- ✓ Fundamentarea nevoii de biocide si materiale necesare prevenirii IAAM;
- ✓ Monitorizarea implementarii Registrului electronic IAAM la nivelul fiecărei structuri;
- ✓ Monitorizarea AES;
- ✓ Verificarea starii de portaj a angajatilor

# Incidenta IAAM in Spitalul Municipal de Urgenta Moinesti 2021

## NUMARUL INFECTIILOR INTERIOARE PE LOCALIZARE

NR.	LUNA	TOTAL	septicemii	respirator	digestiv	urinar	organe	cutanate	injectii	plaga	Alte
1.	Ianuarie	13	3	2	7	1					
2.	Februarie	9		5	1					3	
3.	Martie	11	2	4	1	2				2	
4.	Aprilie	12	2	4	4	1				1	
5.	Mai	8	2	1	1	2				2	
6.	Iunie	6	2		2					2	
7.	Iulie	12	4	1	5	2					
8.	August	5	0	1	3					1	
9.	Septembrie	9	1	3		1		1		3	
10.	Octombrie	7		1	3					3	
11.	Noiembrie	9	1	2	3					3	
12.	Decembrie	8	1		6					1	
	<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>18</b>	<b>24</b>	<b>36</b>	<b>9</b>		<b>1</b>		<b>21</b>	

## NUMARUL INFECTII INTERIOARE PE SECTII

Nr.	Luna	TOTAL	PEDIATRIE	NOU NASCUTI	OBSTETRICA GINECO	CHIRURGIE	ATI	DIALIZA	UROLOGIE	NEUROLOGIE	ALTE
1.	Ianuarie	13	0	0	0	5	1	0	0	0	7
2.	Februarie	9	0	0	0	4	1	0	0	0	4
3.	Martie	11	0	0	0	3	1	0	0	1	6
4.	Aprilie	12	0	0	0	2	3	0	1	0	6
5.	Mai	8	0	0	0	2	2	0	0	1	3
6.	Iunie	6	0	1	0	2	1	0	0	0	2
7.	Iulie	12	0	0	0	3	2	0	1	1	5
8.	August	5	0	0	0	3	0	0	0	0	2
9.	Septembrie	9	0	1	0	2	2	0	0	0	4
10.	Octombrie	7	0	0	0	4	1	0	0	0	2
11.	Noiembrie	9	0	0	0	1	0	0	0	1	7
12.	Decembrie	8	0	0	0	1	0	0	0	1	6
	<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>32</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>54</b>

# Probleme identificate

- ✓ Nerespectarea procedurilor operationale/PROTOCOALELOR SI INSTRUCIUNILOR DE LUCRU;
- ✓ Prescrierea excesiva/nemotivata de antibiotice;
- ✓ Deficiente in intelegerea tehnicilor de asepsie/antisepsie;
- ✓ Dificultati in aplicarea procedurilor de curatenie si dezinfectie;
- ✓ Comunicare deficitara intre angajatii diferitelor sectoare de activitate;

# Probleme identificate

- ✓ Complianta scazuta a medicilor privind raportarea infectiilor;
- ✓ Deficit de personal in anumite categorii profesionale;
- ✓ Lipsa de echipamente de dezinfectie automatizate;
- ✓ Cresterea numarului de probe autocontrol neconforme

# Masuri adoptate

- ✓ Revizuirea permanenta a protocoalelor si instructiunilor de lucru, in functie de situatiile aparute in spital (schimbare produse biocide, cresterea incidentei IAAM intr-un sector de activitate etc);
- ✓ Comunicarea catre personalul din sectii si compartimente a analizei reglementarilor existente si a modificarilor aduse acestora;
- ✓ Comunicarea neconformitatilor constatate catre persoanele vizate si reinstruirea acestora

# Masuri adoptate

- ✓ Efectuarea unui audit baseline, prin Programul *EnCompass*™ - ofera posibilitatea imbunatatirii activitatii de curatenie prin colectarea si analiza unor date:
  - Cresterea sigurantei si a compliantei in spitale
  - Imbunatatirea rezultatelor curateniei si dezinfectiei prin standardizarea procedurilor si a protocoalelor de lucru
  - Reducerea timpului de pregatire a salii de operatie





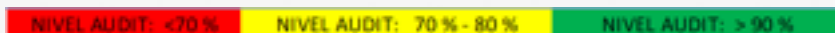
# Nivel Complianta BO – 66%



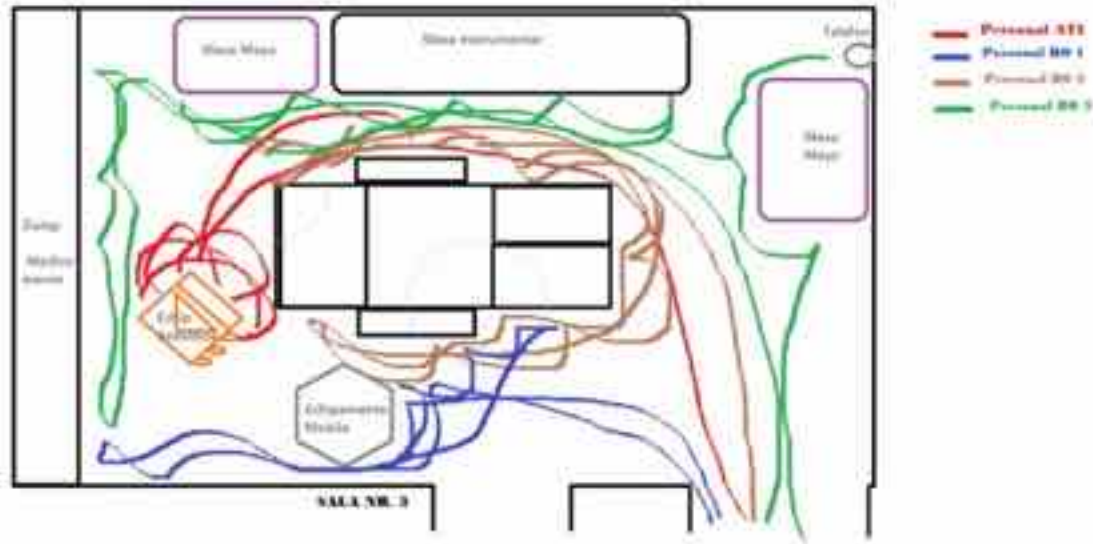
Rezultate Curatenie – BLOC OPERATOR

OFA		SCOR	AUDITURI
		Baseline	Baseline
1	Suport Maini Masa Operatie	100.0%	3
2	Scaun	100.0%	3
3	Computer keyboard/mouse	100.0%	3
4	Pardoseala	100.0%	3
5	Cos deseuri	100.0%	3
6	Intrerupator	100.0%	3
7	Masa Mayo	100.0%	3
8	Maner Lampa Scialitica	100.0%	3
9	Suport Perfuzor	66.7%	3
10	Manere Dulap Medicamente	66.7%	3
11	Echipamente Mobile	66.7%	3
12	Maner usa sala Operatie	66.7%	3
13	Saltea Masa Operatie	66.7%	3
14	Lampa scialitica	66.7%	3
15	Curele Masa de Operatie	66.7%	3
16	Telefon	66.7%	3
17	Mese Instrumentar	50.0%	3
18	Echipament de Anestezie	33.3%	3
19	Telecomanda Masa de Operatie	33.3%	3
20	Sist de prindere Masa de Operatie	33.3%	3

Suprafete auditate – BLOC OPERATOR



## Cartografierea si miscarea personalului in Sala de Operatie nr. 3



- ✓ Miscare in-out pentru diferite materiale de curatenie si dezinfectie prin care se pierde timp si eficienta
- ✓ Curatare excesiva in conditiile unei curatenii intermediare a suprafetelor si echipamentelor inclusiv pe spatele si pe zonele inferioare ale acestora.
- ✓ Folosirea unei lavete neadecvat pe toate cele 8 fete si fara tehnica corecta de stergere cu miscari in forma de S cu actiune mecanica (cu apasarea pe suprafata).
- ✓ Atingerea diferitelor suprafete din sala, concomitent cu utilizarea sacilor de colectare a produselor infectioase si a produselor si echipamentelor de curatenie fara schimbarea manusilor sau dezinfectia manii.
- ✓ Pulverizare excesiva in aer a produselor RTU peste suprafetele ce urmeaza a fi dezinfectate creand vapori si miros puternic de dezinfectant in sala de operatie ce necesita ulterior ventilatie.

# Nivel Complianta SALON PACIENTI 51,3%



rezultate curatenie – salon de pacienti

## Nivel Complianta SALON PACIENTI 51,3%

OFA		SCOR	AUDITURI
OBIECTE FRECVENT ATINSE		Baseline	Baseline
1	Intrerupator Baie	67.7%	107
2	Intrerupator Salon	67.6%	107
3	Suport perfuzie	64.9%	107
4	Scaun	61.7%	107
5	Chiuvea salon	60.0%	107
6	Toilet Bedpan Cleaner	59.4%	107
7	Maner interior Usa salon	53.3%	107
8	Buton alarma	53.3%	107
9	Capac Vas WC	50.5%	107
10	Tablia pat / laterale pat	48.6%	107
11	Chiuvea Grup Sanitar	47.3%	107
12	Masa pat Pacient	46.2%	107
13	Controale pat	44.4%	107
14	Telefon	41.2%	107
15	Buton actionare vas toaleta	35.5%	107
16	Maner sustinere toaleta	25.0%	107
17	Maner usa baie	22.6%	107

Suprafete auditate – SALON PACIENTI

NIVEL AUDIT: <70 %

NIVEL AUDIT: 70 % - 80 %

NIVEL AUDIT: > 90 %

# Masuri adoptate

- ✓ Analiza lunara a consumului de antibiotice in spital;
- ✓ Implementarea “Ghidului pentru prevenirea si limitarea fenomenului de rezistenta la antimicrobiene si a infectiilor asociate asistentei medicale”;
- ✓ Elaborarea de ghiduri de antibioterapie profilactica perioperatorie;

# Masuri adoptate

- ✓ Respectarea protocoalelor privind screeningul pacientilor la internarea/admisia in sectii cu risc (OG, neonatologie, ATI);
  - Cultura germeni continut vaginal (OG)
  - Cultura secretie tegument (OG,ATI,NN)
  - Exudat nazal si faringian (OG,ATI,NN)
  - Hemocultura, urocultura - in functie de diagnosticul suspicionat
- ✓ Extinderea protocolului de screening si la pacientii internati in Compartimentul Oncologie;
- ✓ Cresterea numarului de probe screening recoltate - >90% din pacientii admisi in sectiile cu risc;

# Masuri adoptate

- ✓ Intensificarea controalelor efectuate in sectoarele de activitate de catre echipa SPIAAM/ Director de ingrijiri;
- ✓ Instituirea de masuri corective (comisia de disciplina) in situatiile in care au fost constatate abateri grave de la procedurile operationale/protocoale de lucru;
- ✓ Monitorizarea activa a pacientilor cu patologie infectioasa – colaborare intre SPIAAM si Compartimentul Microbiologie;
- ✓ Monitorizarea pasiva a IAAM;
- ✓ Asigurarea unor rezerve destinate izolarii la nivelul fiecarei sectii, pentru pacientii a caror stare nu permite transferul in Compartimentul Boli infectioase;

# Masuri adoptate

- ✓ Izolarea pacientilor suspectati a fi contagiosi de la internare, dar si izolarea pacientilor cu IAAM de la ridicarea suspiciunii;
  
- ✓ Incurajarea colaborarii dintre clinicieni si SPIAAM/ compartiment Microbiologie;
  
- ✓ Responsabilizarea personalului din toate categoriile profesionale, in privinta pacientilor cu patologie infectioasa, pentru:
  - colaborarea cu medicul infectionist pentru instituirea tratamentului specific;
  - respectarea procedurii de izolare;
  - cunoasterea protocoalelor de tratament in vigoare;
  - respectarea precautiunilor standard si specifice



# Masuri adoptate

- ✓ Implementarea sistemului de trasabilitate al sterilizarii – de la statia de sterilizare centrala pana la documentele medicale ale pacientului;
- ✓ Introducerea in Planul Anual de Autocontrol al observarii directe pe baza de checklist, control al eficientei procedurilor de curatenie si dezinfectie folosind lanterna UV si gel fluorescent;
- ✓ Actualizarea Planului Anual de Autocontrol Microbiologic in functie de rezultatele obtinute anterior

# Masuri adoptate

## Utilizarea de:

- ✓ Teste rapide tegumente;
- ✓ Lanterna UV si gel fluorescent;
- ✓ Nebulizatoare;
- ✓ Roboti UV cu sistem de programare pentru dezinfectia spatiilor cu risc crescut;
- ✓ Dotarea sectiilor cu lampi UV cu filtru protectie umana si lampi UV fixe
- ✓ Asigurarea stocului de biocide necesar pentru buna desfasurare a activitatii;
- ✓ Asigurarea stocului de echipamente de protectie de unica folosinta

# Masuri adoptate

- ✓ Reabilitarea Blocului Operator pentru a corespunde standardelor europene – pereti antibacterieni, sistem de presiune negativa in salile de operatie;
- ✓ Sistem de filtrare a aerului – HEPA in blocul operator



# Masuri adoptate

## ✓ Investitii realizate:

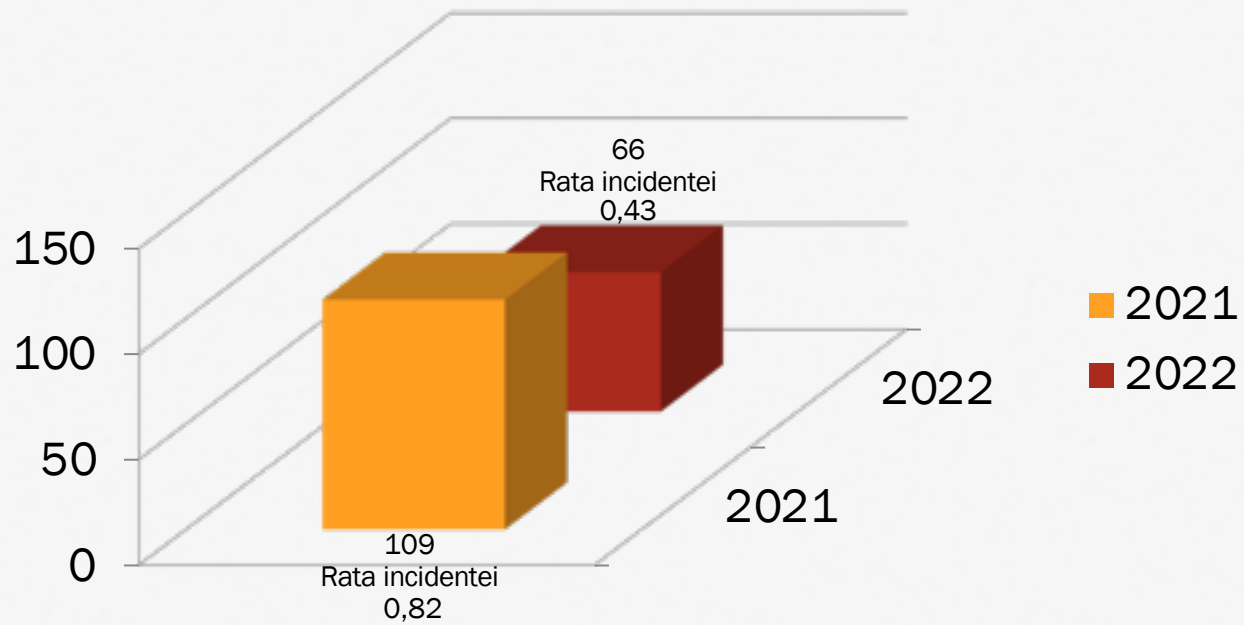
- Reabilitare bloc operator aseptice al SMU Moinesti, finantat de Consiliul Judetean Bacau si Consiliul Local Moinesti - valoare totala de 3.982.513 lei;
- Dotarea cu echipamente si sisteme medicale pentru gestionarea crizei sanitare de catre Spitalul Municipal de Urgenta Moinesti -Cod SMIS 2014+: 141270 POIM 2014-2020 - valoare totala de 17.627.901,75 lei

## ✓ Propuneri de investitii:

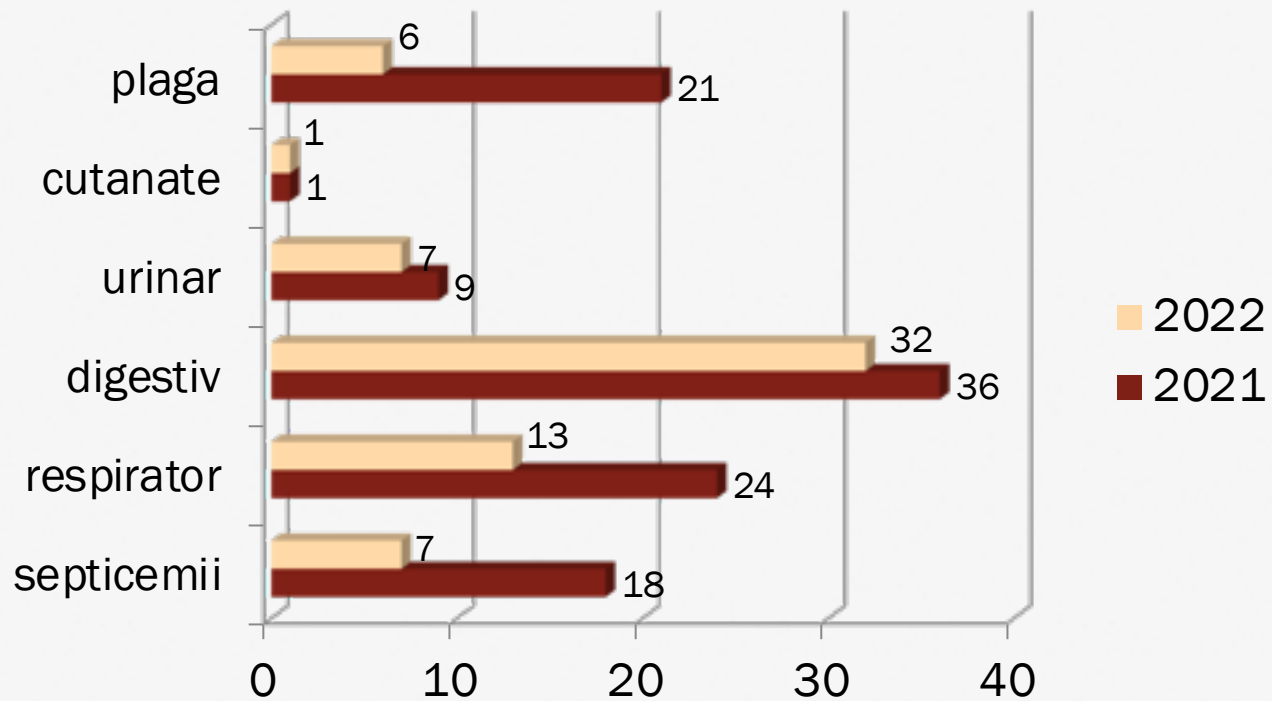
- Dotarea Spitalului Municipal de Urgenta Moinesti cu echipamente destinate reducerii infectiilor nosocomiale, PNRR – valoare totala de 16.295.349,37 lei – proiect aflat pe lista de investitii de rezerva.

# Rezultate obtinute

## Situatia IAAM 2021-2022

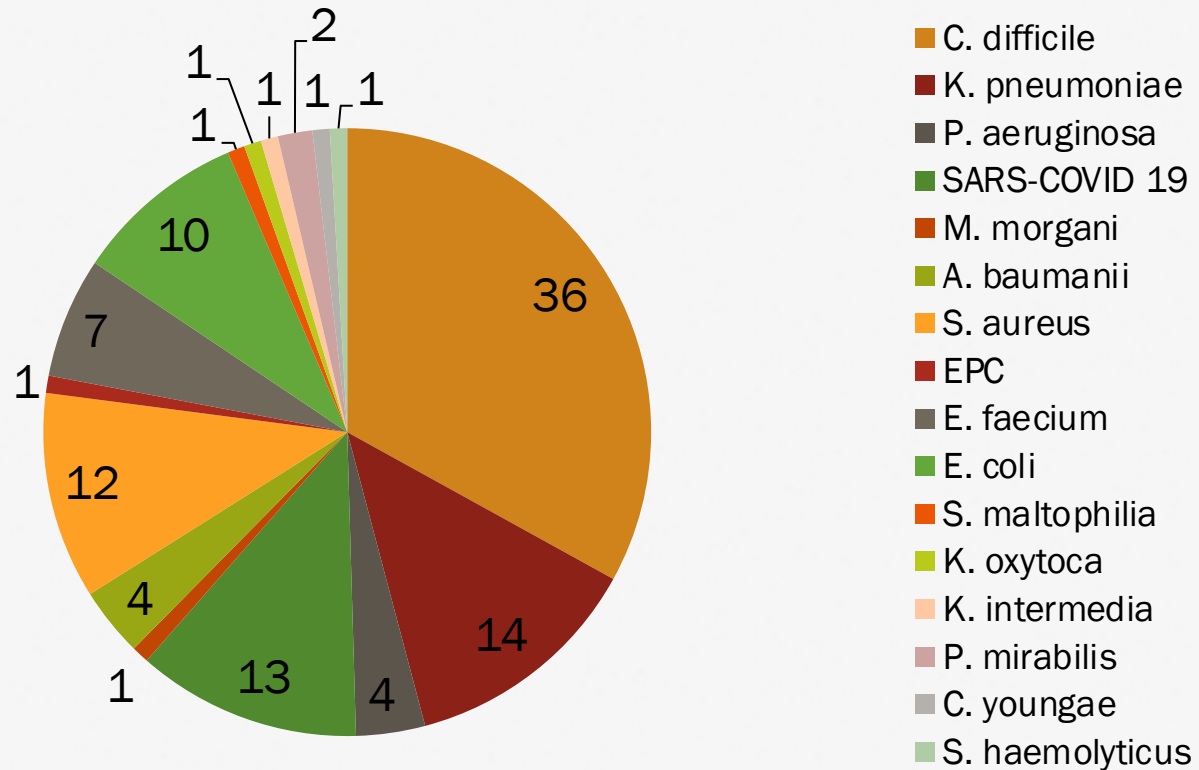


# Situatia IAAM 2021-2022



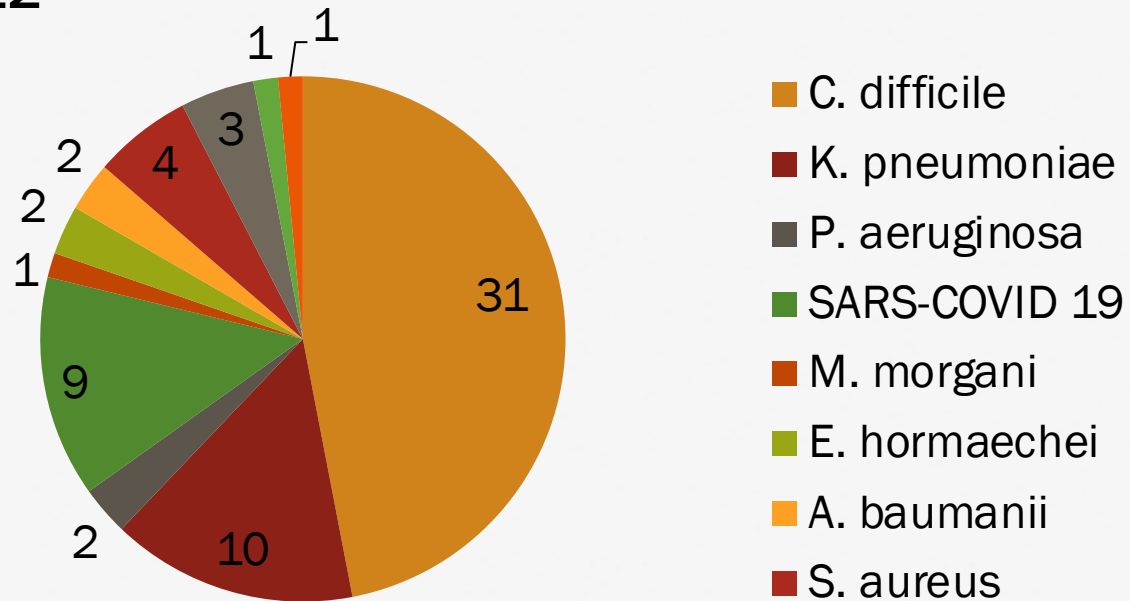
# Situatia IAAM - agenti etiologici

2021



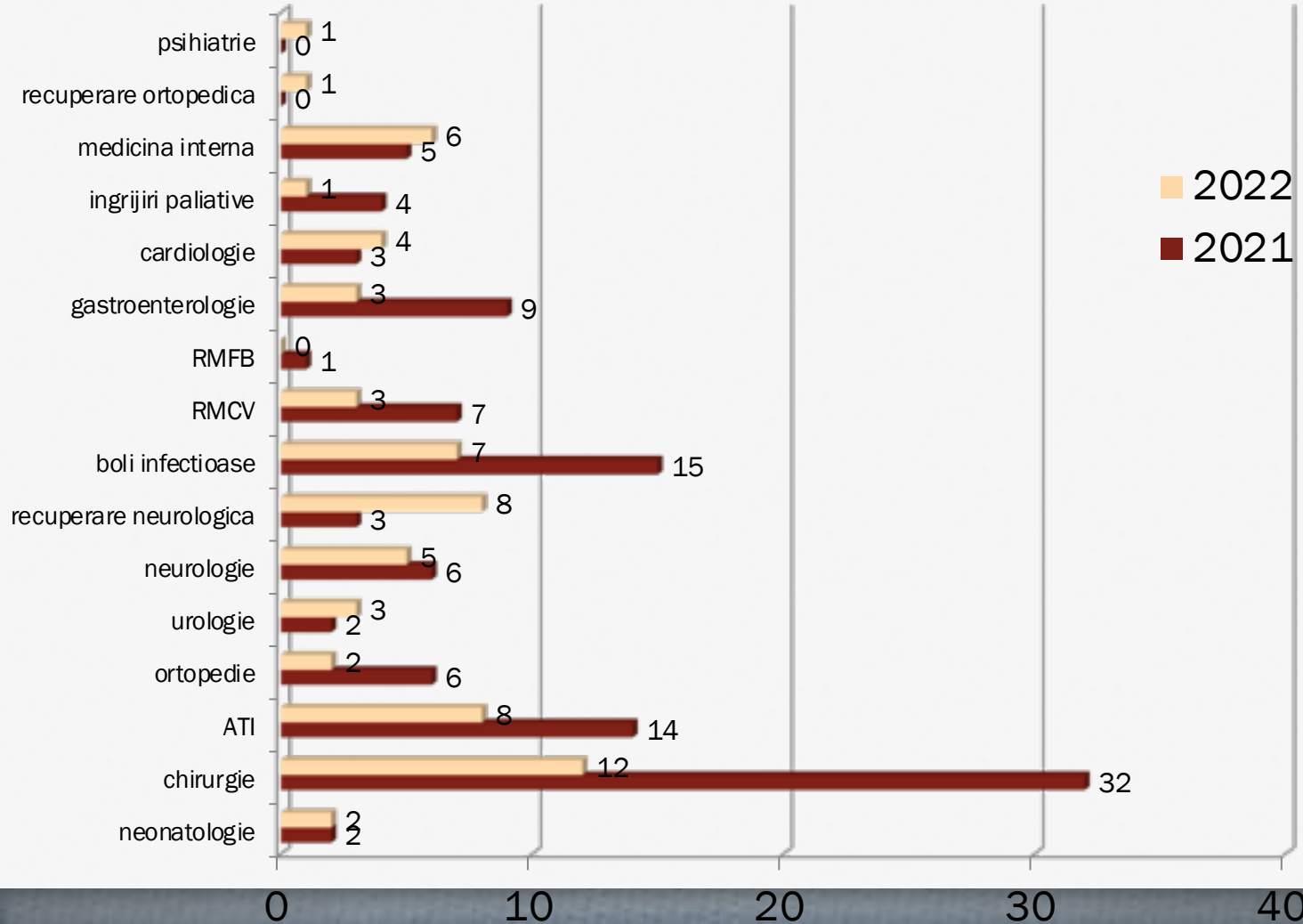
# Situatia IAAM - agenti etiologici

2022





# Situatia IAAM pe specialitati



# Educatie continua

- ✓ Desfasurarea unor activitati educative, atat in randul personalului, cat si in randul pacientilor:
  - Ziua Mondiala a Sigurantei Pacientului – 17 septembrie



- Ziua Mondiala a Igienei Mainilor – 5 mai



- Ziua Mondiala a Igienei Mainilor – 5 mai



# Concluzii

- ✓ Comunicarea este **cheia**;
- ✓ Este necesara dotarea cu echipamente si dispozitive medicale, dar si cu echipamente destinate curateniei si dezinfectiei;
- ✓ **Preventia** este principalul “pion” in controlul IAAM;
- ✓ Formarea profesionala continua = primordiala in asigurarea unui mediu sigur si curat pentru personal si pacienti

Va multumesc!

