

Szczecin, 14 październik 2019 r.

W ciągu ostatnich lat najważniejsze organizacje zdrowotne takie jak Światowa Organizacja Zdrowia, Europejskie Centrum Kontroli i Prewencji Chorób, Centrum Kontroli Chorób w Atlancie opublikowały raporty o poważnych zagrożeniach zdrowotnych związanych z zakażeniami powodowanymi przez odporne na antybiotyki drobnoustroje. Do najważniejszych należą Enterobacterales wytwarzające karbapenemazy (CPE), *Pseudomonas aeruginosa* oraz *Acinetobacter baumannii* odporne na karbapenemy.

Ograniczanie rozprzestrzeniania tych drobnoustrojów, w szczególności CPE, stanowi szczególne wyzwanie dla polskich szpitali, które są istotnie niedofinansowane, a w których jest brak wystarczającej kadry medycznej i warunków do izolacji chorych.

Opracowanie wspólnych wytycznych przez sześć stowarzyszeń zaangażowanych w epidemiologię szpitalną jest ważnym krokiem w kierunku ograniczania ryzyka zakażeń wywołanych przez drobnoustroje o skrajnej oporności na antybiotyki. Stowarzyszenie Epidemiologii Szpitalnej zaakceptowało wytyczne opracowane w toku uzgodnień i kompromisów. Zarząd SES uznał, że korzyści płynące z wytycznych przeważają aspekty, na które członkowie zarządu nie znaleźli potwierdzenia w aktualnej wiedzy medycznej (EBM) lub też inaczej interpretują dostępne piśmiennictwo. Najistotniejsze elementy, które według naszej opinii są niezgodne z EBM, a zostały zaakceptowane przez większość uczestników Porozumienia Stowarzyszeń przedstawiamy w załączonym protokole rozbieżności. Protokół zawiera priorytetowe propozycje zmian zapisów przedstawionych przez SES, a które nie uzyskały akceptacji innych Stowarzyszeń. Realizacja działań wymienionych w protokole rozbieżności może narażać szpitale na nieuzasadnione wydatki.

W naszej opinii opracowywanie przez stowarzyszenia wytycznych powinno wynikać przede wszystkim z zasad medycyny opartej na faktach, a tam gdzie nie ma badań i doświadczeń dopiero przyjmować stanowisko oparte na dobrej praktyce klinicznej. Uważamy, że prace nad kształtem programu kontroli zakażeń szpitalnych w Polsce powinny wynikać z przeglądu piśmiennictwa, analizy skutecznych rozwiązań funkcjonujących w innych krajach a przed ostatecznym wydaniem rekomendacji były one przedmiotem publicznych konsultacji.

Z wyrazami podziękowań dla osób pracujących nad wytycznymi i szacunkiem dla ich odbiorców

Zarząd Stowarzyszenia Epidemiologii Szpitalnej

# PROTOKÓŁ ROZBIEŻNOŚCI STOWARZYSZENIA EPIDEMIOLOGII SZPITALNEJ

## DOTYCZĄCY

### WYTYCZNYCH ZAPOBIEGANIA TRANSMISJI BIOLOGICZNYCH CZYNNIKÓW CHOROBOTWÓRCZYCH O SZCZEGÓLNEJ ZJADLIWOŚCI LUB OPORNOŚCI (BCA) W PODMIOTACH WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ, UDZIELAJĄCYCH STACJONARNYCH I CAŁODOBOWYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Zapis wytycznych	Propozycja SES	Uzasadnienie	Materiał źródłowy
<b>PUNKT 2.1 KRYTERIA ROZPOZNAWANIA OGNISK EPIDEMICZNYCH</b>	<p>Ognisko epidemiczne jest rozpoznawane gdy</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Wzrost liczby zakażeń szpitalnych (HAI) powodowanych przez ten sam lub prawdopodobnie ten sam BCA wśród pacjentów lub personelu powyżej spodziewanej liczby przypadków. Oczekiwana liczba przypadków określana jest na podstawie monitorowania zakażeń</li><li>• dwa powiązane czasowo i przestrzennie przypadki zakażeń wywołanych przez niespotykany dotychczas na oddziale ten sam lub prawdopodobnie ten sam BCA</li><li>• pokrewieństwo BCA określana jest na podstawie badań genetycznych lub charakterystycznych cech fenotypowych</li><li>• w przypadku CPE jako przypadki liczone są zakażenia oraz kolonizacje</li><li>• w przypadku <i>C. difficile</i> ognisko rozpoznawane jest na podstawie wzrostu</li></ul>	<p>Kryteria rozpoznawania ogniska epidemicznego nie zostały określone w polskim ustawodawstwie. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi definiuje jedynie epidemię jako wystąpienie na danym obszarze zakażeń lub zachorowań na chorobę zakaźną w liczbie wyraźnie większej niż we wcześniejszym okresie albo wystąpienie zakażeń lub chorób zakaźnych dotychczas niewystępujących. W piśmiennictwie angielskim dotyczącym epidemiologii zakażeń szpitalnych używane jest słowo <i>outbreak</i>, które należy traktować równoważnie do polskiego określenia ognisko epidemiczne. Ognisko epidemiczne (ang. outbreak) jest w słownikach epidemiologicznych</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Tacconelli E., Cataldo M., Dancer J., i wsp.: ESCMID guidelines for the management of infection control measures to reduce transmission of multidrug-resistant Gram-negative bacteria in hospitalized patients, Clin Microbiol Infect 2014;20:suppl 1:1-55.</li><li>2. W. R. Jarvis: Investigation of outbreak in: C. G. Mayhall: Hospital epidemiology and infection control, Fourth edition, Wolters Kluwer 2012.</li><li>3. W. R. Jarvis: Investigating endemic and epidemic healthcare-associated infections in: W. R. Jarvis: Bennett &amp; Brachman's Hospital infections, Sixth edition, Wolters Kluwer</li></ol>

liczby zachorowań ponad tło endemiczne, bez oceny pokrewieństwa; wlicza się do ogniska pacjentów, u których objawy wystąpiły w okresie 28 dni od wypisania ze szpitala

określane jako epidemia ograniczona do zlokalizowanego (np. w obrębie miasta, instytucji, szpitala) wzrostu zapadalności na daną chorobę. W związku powyższym rozpoznawanie ognisk drobnoustrojów spotykanych do tej pory musi uwzględniać tło endemiczne. Dwa powiązane z sobą przypadki zakażeń BCA mogą stanowić ognisko, jeżeli do tej pory drobnoustrój nie był stwierdzony na oddziale i znajdujący się jest związek epidemiologiczny.

Przy przyjętych kryteriach rozpoznawana ognisk epidemicznych prawdopodobnie większość dużych oddziałów intensywnej terapii będzie w permanentnym stanie rozpoznawania ognisk epidemicznych powodowanych przez Gram-ujemne pałeczki BCA (głównie *Klebsiella pneumoniae* ESBL), a *Clostridioides difficile* w wielu dużych oddziałach chorób wewnętrznych. Należy zwrócić uwagę na niezgodność zapisu z wytycznym Państwowej Inspekcji Sanitarnej i Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków w zakresie rozpoznawania ogniska epidemicznego Enterobacteriales wytwarzających karbapenmazy. W przypadku tego drobnoustroju należy przywiązywać takie samo znaczenie epidemiologiczne dla nosicielstwa jak i

2012.

4. Archibald LK, Jarvis WR.: Health care-associated infection outbreak investigations by the Centers for Disease Control and Prevention, 1946-2005. Am J Epidemiol 2011;174(11 Suppl):S47-64.
5. Porta M.: A dictionary of Epidemiology 5 th ed. New York , Oxford University Press, 2008
6. WHO Prevention of hospital-acquired infections: a practical guide, 2<sup>nd</sup>ed, 2002.
7. Rassian S.: Outbreak management. Chapter 5 in Basic Book Concept, International Federation of Infection Control , 3-rd edition, 2016.
8. Jarvis W.: Investigation of outbreak in: C. G. Mayhall: Hospital epidemiology and infection control, Fourth edition, Wolters Kluwer 2012.
9. Jarvis W.: Investigating endemic and epidemic healthcare-associated infections in: W. R. Jarvis: Bennett & Brachman's Hospital infections, Sixth edition, Wolters Kluwer 2012.
10. Lautnebach E., Malani P., Woeltje K., i wsp.: Practical healthcare epidemiology, 4-th

		zakażeńobjawowych.	<p>edition, Cambridge University Press, 2018.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Rhinehart E., Walker S., Murphy D., I wsp.: Frequency of outbreak investigations in US hospitals: results of a national survey of infection preventionists, Am J Infect Control 2012;40:2-8.</li> <li>12. Archibald LK, Jarvis WR.: Health care-associated infection outbreak investigations by the Centers for Disease Control and Prevention, 1946-2005, Am J Epidemiol 2011;174; (11 Suppl):S47-64.</li> </ol>
<b>III. BADANIA PRZESIEWOWE W PODMIOCIE WYKONUJĄCYM DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ</b>	<p>Badanie przesiewowe w kierunku CPE wykonywane u następujących pacjentów przyjmowanych do szpitala:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• przyjmowanych do szpitala bezpośrednio z innych szpitali lub placówek opieki długoterminowej w kraju lub za granicą na pobyt powyżej 48 godz.</li> <li>• hospitalizowanych lub przebywających w placówkach opieki długoterminowej w kraju lub za granicą w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy poprzedzających obecną hospitalizację – z wyłączeniem oddziałów okulistycznych, położnictwa, fizjologii noworodka, pediatrycznych, psychiatrycznych</li> <li>• przyjmowanych do szpitala poddawanych cyklicznie świadczeniom</li> </ul>	<p>W myśl wytycznych ESCMID 2018, IDSA 2018, WSES 2019, nie należy prowadzić badań przesiewowych w kierunku <i>C. difficile</i>.</p> <p>Wymaz z nosa w kierunku MRSA przed planowanym zabiegami jest wykonywany ambulatoryjnie w kierunku MRSA i MSSA, tak aby pacjenta poddać eradykacji przed zabiegiem. Nie jest to sposób zapobiegania transmisji BCA a zmniejszanie ryzyka zakażeń miejsca operowanego. Identyfikacja i eradykacja nosicielstwa gronkowców złocistego została wykazana jedynie w bardzo jasno określonych grupach chorych tj. przed artroplastyką oraz przed zabiegami kardiochirurgicznymi</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Clinical practice guidelines for Clostridium difficile infection in adults and children: 2017 update by the IDSA and SHEA, Clin Infect Dis 2018;66:e1-e48</li> <li>2. ESCMID guidance document for prevention of Clostridium difficile infection in acute healthcare settings, Clin Microbiol Infect 2018;24;1051-54.</li> <li>3. Sarteli M., I wsp.: 2019 update of the WSES guidelines for management of Clostridioides (Clostridium) difficile infection in surgical patients, World J Emerg Surg 2019;14:8</li> <li>4. WHO Global guidelines for the</li> </ol>

	<p>zdrowotnym wykonywanym w ramach opieki całodniowej (np. dializom, rehabilitacji) w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy przed aktualną hospitalizacją;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• u pacjentów, u których stwierdzono wcześniejsze nosicielstwo lub zakażenie CPE</li> <li>• Badania przesiewowe w kierunku CPE wykonywane są w przypadku stwierdzenia ogniska epidemicznego CPE oraz u osób z kontaktu z pacjentem z CPE definiowanych jako przebywających na tej samej sali, korzystających z tej samej toalety, pod opieką tego samego personelu medycznego</li> <li>• Badania przesiewowe w kierunku innych BCA wykonywane są w przypadku ogniska epidemicznego gdy rezerwuarem BCA może być pacjent, w zależności od aktualnej sytuacji epidemiologicznej i decyzji zespołu ds. kontroli zakażeń szpitalnych</li> </ul>		<p>prevention of surgical site infections, 2016.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Anderson D., Podgorny K., Berrios-Torres S., i wsp.: Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals:2014 update, Infect Control Hosp Epidemiol 2014;35:605-27</li> <li>6. NPOA: Zalecenia prowadzenia mikrobiologicznych badań przesiewowych u hospitalizowanych pacjentów, Warszawa 2017</li> <li>7. Parvizi J. Gehrke T., Mont M., I wsp.: Proceedings of International Consensus on Orthopedic Infections, J Arthroplasty 2019;34;suppl 2</li> </ol>
<p><b>VIII. POSTĘPOWANIE Z BIELIZNĄ SZPITALNĄ W STREFIE PACJENTA IZOLOWANEGO</b></p>	<p>Pacjenci stosują do osuszania ciała ręczniki tekstylne dedykowane dla pacjenta, wymieniane co 48 godzin lub w przypadku wizualnego zabrudzenia/zanieczyszczenia. zamiennie można stosować ręczniki jednorazowe wyrzucane po użyciu.</p>	<p>Brak w światowych wytycznych rekomendacji dotyczących stosowania ręczników wymienianych po każdorazowym użyciu. Brak publikacji świadczących, że ręczniki pacjenta są źródłem transmisji MDRO na innych pacjentów. Zapis nieuzasadniony ze względów ekonomicznych.</p> <p>Niezgodność zapisu z punktem 5.</p>	<p>CDC 2007 Guidelines for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings, update 2018</p>

	<p>Po wypisie pacjenta poduszka, koc podlegają dekontaminacji (pranie albo komora dezynfekcyjna) niezależnie od zabezpieczenia pokrowcami. Usunięcie z zapisu materaca.</p>	<p>W przypadku zabezpieczenia materaca woododpornym pokrowcem należy zdezynfekować materac zgodnie z zaleceniami producenta oraz sprawdzić czy pokrowiec materaca nie jest uszkodzony. Może być to być wizualna ocena lub wykonanie tzw. „leak test”. Producenci materaców powinni przedstawić badania potwierdzające, że pokrowiec stanowi (także pod wpływem ucisku) barierę dla drobnoustrojów. Większość firm posiada takie badania.</p>	
<p><b>IX. DEKONTAMINACJA ŚRODOWISKAW STREFIE PACJENTA IZOLOWANEGO</b></p>	<p>Usunąć zapis o uzupełnianie procesu dekontaminacji pomieszczeń metodami dezynfekcji bezdotykowej Usunąć prowadzenie kontroli w trakcie trwania izolacji. Należy prowadzić kontrole procesów dekontaminacji jedynie po zakończeniu izolacji pacjenta. Usunąć zapis o kontroli mikrobiologicznej skażenia powietrza</p>	<p>Nie wykazano przewagi metod dezynfekcji bezdotykowej nad innymi metodami przy zastosowaniu środków sporobójczych. Nie uwzględniono konieczności stosowania fumigacji czy innej metody bezdotykowej w wytycznych IDSA, ESCMID dla C. difficile. Wyniki metaanaliz wskazują na zmniejszenie ryzyka rozprzestrzeniania C. difficile oraz VRE natomiast brak wpływu na MRSA i pałeczki Gram ujemne</p> <p>W Polsce do dezynfekcji bezdotykowej powszechnie stosowany jest sprzęt, który nie ma wystarczających badań potwierdzających skuteczność.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Marra i wsp. Infect Control Hosp Epidemiol 2018;39:20-31</li> <li>2. Weber I wsp.: Am J Infect Control 2016;44:e77-e84</li> <li>3. Best practices for environmental cleaning for prevention and control of infections in all health care settings, S-rd edition, 2018, Public Health Ontario</li> <li>4. Clinical practice guidelines for Clostridium difficile infection in adults and children: 2017 update by the IDSA and SHEA, Clin Infect Dis 2018;66:e1-e48</li> <li>5. ESCMID guidance document for prevention of Clostridium difficile infection in acute healthcare settings, Clin Microbiol Infect 2018;24;1051-</li> </ol>

		<p>Badanie powietrza w środowisko szpitalnym może być prowadzone jedynie w ściśle określonych sytuacjach gdy znane są normy interpretacyjne dla uzyskanych wyników. Żadna z tych sytuacji nie dotyczy kontroli BCA</p>	<p>54</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC), 2013, updated: July 2019</li> <li>7. Marra A., I wsp.: No-Touch Disinfection Methods to Decrease Multidrug-Resistant Organism Infections: A Systematic Review and Meta-analysis, Infect Control Hosp Epidemiol 2018;39:20-31</li> <li>8. Anderson D., I wsp.: Effectiveness of targeted enhanced terminal room disinfection on hospital-wide acquisition and infection with multidrug-resistant organisms and Clostridium difficile: a secondary analysis of a multicentre cluster randomized controlled trial with crossover design (BETR Disinfection), Lancet Infect Dis 2018;18:845-53</li> </ol>
<p><b>XV. DOKUMENTOWANIE I NADZÓR ZESPOŁU KONTROLI ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH W ZAKRESIE</b></p>	<p>Zespół kontroli zakażeń szpitalnych określa ryzyko rozprzestrzeniania BCA, proponuje metody ich ograniczania i przedstawia je zarządowi szpitala. Zespół ocenia efekty działań zmierzających</p>	<p>Najważniejszym zadaniem zespołu jest ocena aktualniej sytuacji występowania BCA, opracowanie propozycji ograniczenia ich rozprzestrzeniania oraz</p>	

## WYSTĘPOWANIA BCA

do ograniczania rozprzestrzeniania BCA  
Zespół przeprowadza w każdym przypadku podejrzenia ogniska epidemicznego wywołanego przez BCA dochodzenie epidemiologiczne z uwzględnieniem określenia mechanizmu i przyczyn szerzenia się zakażenia;

monitorowanie efektu  
Wielokrotnie zwracaliśmy się z prośbą o nieumieszczanie zapisów o konieczności dokumentowania działań, co prowadzi do dalszych biurokratycznych obciążeń zespołu.