



MINISTERUL TRANSPORTURILOR
SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI

Iași, Cod 700506, Str. Garabet Ibrăileanu, Nr. 1, C.I.F.: 4981239, E-mail: spitalcfiasi@yahoo.com
Tel.: 0232/216422 Secretariat Tel./Fax: 0232/264013 Web: www.spitaluniversitarcfiasi.ro

Nr. 42 / 15 04 2025

APROBAT MANAGER, DR. MIHAI GLOD

RAPORT DE ACTIVITATE **TRIMESTRUL I 2025** PRIVIND PREVENIREA INFECȚIILOR ASOCIATE ASISTENȚEI MEDICALE

**Catre: Comitetul Director
Consiliul Medical**

În cadrul CPIAAM au fost desfășurate următoarele activități de prevenire a IAAM în trimestrul analizat:

- Analizarea periodică trimestrială a antibioticoresistenței în spital în funcție de germeii MDR identificați de laborator.
- Se analizează sensibilitatea la antibiotice a florei microbiene identificate la testele de sanitație pozitive.
- Se analizează sensibilitatea la ATB a florei microbiene identificate în urma operațiunilor de curățenie/spălare și sterilizare a lenjeriei.
- Se analizează rezultatul autocontrolului microbiologic al lenjeriei.
- Se analizează rezultatul autocontrolului microbiologic din sectorul alimentar.
- Se analizează cazurile suspecte de IAAM și cazurile diagnosticate cu infecții de plagă.
- Se analizează rezultatele la controlul prin teste de sanitație rapidă privind curățenia mâinilor la personal.
- Se analizează și se actualizează, dacă e cazul, lista cu antibioticele de rezervă în funcție de antibiotico-rezistență, lista cu antibiotice pentru profilaxie și evidența antibioticelor oprite temporar de la utilizare.
- Se analizează modul în care se respectă procedurile și protocoalele de prevenire și limitare a IAAM.
- Se analizează Programul implementat de îmbunătățire a igienei mâinilor în spital și pe baza rezultatelor testelor de sanitație bacteriologică și rapidă a igienei mâinilor.
- Evaluarea factoriilor de risc în vederea propunerii măsurilor de limitare a riscului infecțios în spital și limitarea riscului rezidual: 1 caz de EAAAM din secția RMFB (AE și Raport)
- Analiza stadiului pregătirii personalului medical în controlul și siguranța infecțiilor din spital.
- Îmbunătățirea colaborării cu alte echipe multidisciplinare care funcționează în spital: Comisia de biocide, comisia de restricționare a antibioticoterapiei nejustificate, responsabilii în managementul calității din secții, personalul implicat în bunele practici ale utilizării antibioticelor atât în profilaxie cât și terapie, personalul responsabil de la UTS, etc.

- Îmbunătățirea circuitelor epidemiologice din secții și spital.
- Monitorizarea triajului epidemiologic la pacienți și personal.

CONSTATĂRI

În **TRIM I 2025**, CPIAAM din cadrul Spitalului Clinic C.F.Iași și-a desfășurat activitatea în condiții corespunzătoare.

1. SUPRAVEGHEREA INFECTIILOR ASOCIATE ASISTENȚEI MEDICALE

În **TRIM I 2025** au fost identificate și declarate 3 **cazuri de IAAM**; toate cazurile au fost de tip infecții respiratorii la pacienți, în context epidemiologic de sezon; au fost introduse datele în sistemul informatic INFOWORD.

Analiză și concluzii:

Odată cu difuzarea acestui Raport se analizează evoluția și istoricul IAAM pe secții și pe Spital:

- Incidența IAAM a fost de 0,1 % la cazurile rezolvate în acest trimestru; ca și în trimestrul anterior;
- În ultimii 5 ani evoluția trimestrială a incidenței IAAM a fost subunitară cu o singură excepție când a fost >1 în anul de maximă incidență a cazurilor COVID19 (2021).

Se anexează tabel cu incidența IAAM pe secții și cauze - TRIM I 2025.

2. DINAMICA CIRCULAȚIEI GERMENILOR PATOGENI - MDR, UTILIZAREA ATB CURATIV ȘI PROFILACTIC ÎN SPITAL

- este o preocupare constantă a serviciului de epidemiologie;
- în acest trimestru nu s-au identificat IAAM cu germeni MDR;
- se remarcă densitate crescută a MRSA la cazurile internate în Secția Dermatologie;
- nu a fost cazul de restricționare a unor ATB;
- în sectorul alimentar și serviciul spălătorie nu au fost identificați germeni patogeni la testele de sanitație;
- în toate situațiile în care la autocontrol au fost identificați germeni patogeni se efectuează antibiograma pentru a depista germeni MDR.

I. Utilizarea antibioticelor și carbapenemelor

II. Rezistența la ATB

III. Proceduri invazive urologice implicate în IAAM, tratamente la sondatii urinari (cateterism vezical, cistoscopie, biopsii urologice, etc).

IV. Screenig-ul la pacienții cu risc de infecție

I. Utilizarea antibioticelor și carbapenemelor

- Farmacia cu circuit închis monitorizează utilizarea antibioticelor și informează operativ CPIAAM și secțiile.
- Consumul de carbapeneme: în acest trimestru s-a utilizat imipenem/cilastatină la un pacient urologic cu ridicare din Farmacie cu fișă tip de aprobare pentru utilizarea unui ATB de rezervă.

II. Rezistența la ATB:

- Produsele patologice din care s-au izolat tulpini microbiene responsabile de infecții au fost:

- urina
- secreții plăgi operate / neoperate
- secreții din ulceratii
- exudate faringiene, nazale
- secreții conjunctivale
- secreții otice
- puroi abces

Pentru efectuarea antibiogramelor s-a folosit o gamă largă de bacterii de antibiotice (ex. florochinolone, cefalosporine, carbapeneme, ampicilinozide, etc.).

Luna Ianuarie :

- În luna aceasta au fost efectuate un număr de 114 antibiogramme din prelevatele biologice de la pacienți (față de 65 în luna ianuarie 2024);
 - din cei 206 de pacienti care au primit ATB 55 % au avut prelevări microbiologice;
 - 8 % din pacienți cu antibiogramă efectuată au primit ATB conform antibiogrammei
- Statistic germeni MDR pe tot spitalul: au predominat Staf. auriu - MRSA s-a izolat la 25 prelevate (19 - la Dermato și 5 la Chirurgie);

Luna Februarie

- În luna aceasta au fost efectuate un număr de 115 antibiogramme din prelevatele biologice de la pacienți (față de 65 în luna februarie 2024);
 - din cei 202 de pacienti care au primit ATB 57 % au avut prelevări microbiologice (115 pacienti)
 - 6 % din pacienți cu antibiogramă efectuată au primit ATB conform antibiogrammei ; restul au primit antibiotic după criterii clinice
- Statistic germeni MDR pe tot spitalul: au predominat Staf. auriu - MRSA s-a izolat la 25 prelevate (19 - la Dermato și 6 la Chirurgie);

Luna Martie

- În luna aceasta au fost efectuate un număr de 101 antibiogramme din prelevatele biologice de la pacienți (față de 115 în luna februarie 2025);
- din cei 186 de pacienti care au primit ATB 54 % au avut prelevări microbiologice (101 pacienti)
- 12 % din pacienți cu antibiogramă efectuată au primit ATB conform antibiogrammei ; restul au primit antibiotic după criterii clinice.
- Statistic germeni MDR pe tot spitalul: au predominat : Staf. auriu - MRSA (s-a izolat la 5 prelevate - toate 5 la Dermato), Pseudomonas , Acinetobacter; și 5 cazuri de bacterii de enterobacterii ESBL +.

TOTAL TRIMESTRUL I : în această trimestru au fost efectuate un număr de 330 antibiograme din prelevatele de la pacienți; în spital au primit antibiotice un număr de 594 pacienți iar 56 % din pacienți au avut antibiograme efectuate ; tratament conform antibiogramei s-a administrat pe perioada spitalizării doar la 9 % dintre cei cu antibiogramă efectuată.

III. Proceduri invazive urologice implicate în IAAM, tratamente la sondatii urinari (cateterism vezical, cistoscopie, biopsii urologice, etc). – nu au fost depistate

- În luna ianuarie : au fost efectuate 36 proceduri invazive urologice;
- În luna februarie : au fost efectuate 29 proceduri invazive urologice ;
- În luna martie : au fost efectuate 27 proceduri invazive urologice .

Total intervenții urologice invazive Trim I : 92. Nu au fost identificate IAAM în legătură cu intervenții urologice efectuate pe perioada spitalizării din spitalul nostru.

IV. Situația screening-ului la pacienții cu risc ; implementat la sfârșitul lunii decembrie 2024 :
Ianuarie : total 86 de probe : Chirurgie = 63; Urologie =21; Ortopedie =2 ; predomină MRSA; E. coli ESBL+ , ERV, K.pneum –carb+.

Februarie : total 66 de probe : Chirurgie = 58; Urologie =4; Ortopedie =4 ; predomină MRSA;

Martie : total 67 de probe : Chirurgie = 53; Urologie =10; Ortopedie=4; fără MDR.

Total : 219 testări

3. CIRCUITELE FUNCTIONALE :

- starea de igiena interioară de tip observațional este corespunzătoare din punct de vedere al calitatii serviciilor de curatenie/dezinfecție în toate sectoarele de activitate;
- se gestionează corespunzător deșeurile spitalicești infecțioase prin circuitul separat organizat pentru deșeurile biologice.
- analiza circuitelor pentru alimente și lenjerie nu relevă deficiențe.

4. EVALUAREA INCARCATURII MICROBIENE – monitorizarea circulației germenilor

- Laboratorul de Microbiologie al Spitalului a contribuit la realizarea Programului de autocontrol aprobat pe Spital :

5. Total Trim I 2025 : 362 teste bacteriologice ; cu 2 % pozitive ; situație comparabilă trimestrială; MAF este constant necorespunzătoare ; sistemele de ventilație fie nu există / nu sunt funcționale și defapt cele existente nu au prevăzute filtre HEPA, deci nu asigură o reținere corectă de microparticole încărcate microbian;

6. ACTIVITATEA DE EVALUARE A ACHIZIȚIILOR DE PRODUSE SPECIFICE PROCESULUI DE IGIENIZARE DECONTAMINARE ȘI PROTECȚIE SANITARĂ

a) material de protecție:

- săpun lichid de mâini, prosop de hârtie: - corespunzător

b) produse pentru igienizare și dezinfecție :

- materiale pentru curățare și igienizare: în limite corespunzătoare (diverși detergenți de suprafețe, detartrant, praf de curatat);
 - substanțe clorigene – corespunzător ;
- b) **substanțe dezinfectante:** - achiziția acoperă necesarul lunar și repartitia dezinfectantelor s-a făcut conform solicitărilor

7. ANALIZA EPIDEMIOLOGICĂ A FUNCȚIONĂRII SECȚIILOR / SERVICIILOR

- Lucrările de reabilitare din corpul A afectează BO Chirurgie și ATI și sunt în derulare; intervențiile operatorii ale Secțiilor Chirurgie și ORL se fac temporar în săli diferite ale BO ORL; au fost stabilite circuite separate și monitorizarea sterilizării și condițiilor de sanitație a igienei mediului se face susținut pentru a preveni evenimentele adverse de tip IAAM.
- Se respectă Procedurile și Protocoalele de prevenire IAAM .

6. FORMAREA SI INFORMAREA PERSONALULUI MEDICAL SI DE INGRIJIRE

În Trim. I au fost susținute sesiuni de instruire și evaluarea cunoștințelor conform cu Programul de formare profesională pentru asistentele medicale și infirmiere insistându-se pe următoarele teme :

- igienei mâinilor
- principalele proceduri de prevenție implementate în spital și ambulatoriu
- circuite funcționale
- dezinfectie, sterilizare, deseuri, lenjerie, alimente, etc

7. ACTIVITATEA DE INFORMARE PRIVIND ACTIVITATEA DE MONITORIZARE A MEDIULUI DE SPITAL – a decurs operativ din punct de vedere al controalelor igienico-sanitare, analiza sterilizării și sanitației, raportarea săptămânală a cazurilor către DSP Iași ; raportarea deșeurilor generate în spital către DMT; lunar Raport activitate epidemiologică către Conducere și informare către secții ; trimestrial către Consiliul Medical, Comitet Director și secții.

Se utilizează sistemul informatic – Registrul electronic pentru înregistrarea informațiilor epidemiologice ale Comp. de Prev. IAAM.

8. ACTIVITATEA DE PROTECȚIE SPECIFICĂ A PERSONALULUI SI DE SUPRAVEGHERE A CONTAMINĂRIILOR ACCIDENTALE PROFESIONALE - nu au fost raportate EAS.

8. EVENIMENTE EPIDEMIOLOGICE DEOSEBITE – un EAAAM în luna martie: focar de ploșnițe de pat la un salon din secția BFTR

ANCHETA EPIDEMIOLOGICĂ – FOCAR INFESTAȚIE CU PLOȘNITE DE PAT SECȚIA BFTR

În data de 18.03.2025 un pacient din Secția BFTR, et. 1, salonul 5, a semnalat un eveniment advers : reacție alergică extinsă (confirmată de de ex. dermatologic) la o înțepătură de insectă (capturată vie de pacient) care ulterior la analiza microscopică s-a dovedit a fi ploșniță de pat : Cimex lectularius.

În data de 19 03 2025 s-a demarat acțiunea de combatere a focarului:

- a) transferul imediat al pacienților, după deparazitare – doi - în alt salon - Salonul 8 ;

- b) în salonul afectat de focar, saltelele/pernele au fost evacuate parțial;
- c) apoi s-au efectuat o serie de acțiuni de detecție ploșnițe și dezinsecție cu mijloace proprii ;
- d) în paralel s-a demarat procedura de achiziție servicii profesionale de dezinsecție în focar (cele 2 saloane) .
- e) în data de 4 04 2025 s-au aplicat măsuri de dezinsecție cu aparatul POLTICIMEX ERADICATOR și hpMED-Detergent (Reg. CE648/2004) care conține <5% tensioactivi non-ionici. de firmă confirmat cu Proces Verbal.
- f) la expertiza profesională a celor 2 saloane s-au găsit ploșnițe în toate stadiile de dezvoltare (dovezi foto) ; ceea ce indică faptul că acțiunea trebuie repetată din nou după aprox. 2 sept.
- g) probabilitate mare să existe și în restul saloanelor și încăperilor

Cauzele probabile ale infestării : 2 ipoteze

1. ploșnițele au fost aduse în salon din exteriorul spitalului
2. colonizarea cu insecte a saltelelor/pernelor /paturi/ alte obiecte de inventar în timpul depozitării în subsolul tehnic al spitalului pe perioada lucrărilor de termoreabilitare (la aprox 3 luni de la mutare – decembrie 2024) .

Măsuri de combatere în focar :

1. Evacuarea imediată și totală a obiectelor de inventar (mobilier, cazarmament) din cadrul secției; evacuare printr-o firmă specializată
2. Asigurarea serviciilor de dezinsecție printr-o firmă specializată care să asigure periodicitatea dezinsecțiilor conform cu ciclurile de dezvoltare a ploșnițelor
3. Prelucrarea păturilor și pernelor (nu au husă impertmeabilă de protecție) printr-o unitate exterioară de profil (Spălătoria spitalului nu are posibilități tehnice de prelucrare a cazarmamentului)

Măsuri profilactice :

1. Achiziția de mobilier/cazarmament nou în Secția Clinică Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie
2. Triajul epidemiologic și prelucrarea sanitară la internare a pacienților, conform procedurii interne și depozitarea hainelor pacienților în huse de protecție înafara saloanelor
3. Identificarea unei soluții tehnice pentru amenajarea unui spațiu în cadrul Secției Clinice Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie în vederea prelucrării sanitare a pacienților la internare
4. Continuarea supravegherii pe termen lung a locației (minim trei luni de zile – saloane, etaj, clădire) : monitorizare prin teste de detecție a prezenței acestora
5. Achiziția de echipamente profesionale noi (sau repararea celor existente) pentru Spălătoria spitalului care să asigure ciclurile de predenzifecție / dezinfecție și călcare conform procedurii ; în prezent nu se atinge temperatura de 90⁰ la spălare și nu se calcă deoarece calandru este defect (de mai bine de 3 luni) .

Focarul se va declara lichidat după un interval de 3 luni de zile (1 ciclu de dezvoltare durează aprox. 11 sept , 1 femelă poate depune aprox 200 de ouă într-un interval de câteva zile) dacă nu vor fi detectate alte exemplare și /sau numai apare semnalată de o persoană o altă înțepătură.

În caz de eșec a acțiunilor de dezinsecție : consecințe dezastruase

1. Extinderea focarului în întreaga secție (3 nivele)

2. Extinderea și la Secția Dermatologie
3. Inchiderea spațiilor pentru măsuri radicale privind obiectele de inventar și dezinsecția suprafețelor.

9. RECOMANDARI

I. Aspecte epidemiologice :

1. Spălătoria spitalului : calandru nu a functionat nici în luna martie; masina de spălat profesională a început să funcționeze din 8 aprilie; lenjeria nu se spală la temperaturi conform Procedurii: 90 °C; risc infecțios de transmitere încrucișată a germenilor patogeni.
2. Secțiile Dermatologie și RMFB recent relocate au deficiențe neremediate complet așa cum s-a precizat în PV întocmit cu ocazia expertizării epidemiologice.
3. Depistarea unui focar de infestație cu ploșnițe la un salon din secția RMFB. Se anexează Ancheta epidemiologică.

II. Intervenții tehnice care necesită rezolvare pentru realizarea indicatorilor de calitate pentru acreditare (indicatori critici și sensibili) - același prezentate din 2022;

1. Achiziționarea unui sistem (dispozitiv, stație, instalație) care să realizeze dezinsecția continuă a apelor menajere înainte de evacuarea în canalizarea stradală;
2. Instalarea unui sistem de acces securizat pentru personalul din spital în următoarele departamente: Laborator clinic, Sterilizare, Bloc alimentar, Spălătorie, Depozit deseuri medicale biologice.
3. La Spălătorie:
 - instalarea unui sistem de exhaustare către exterior a vaporilor rezultați din camera masinilor de spălare lenjerie;
 - ușa de acces la camera de triere rufe murdare trebuie să fie prevăzută cu ghiseu pentru a permite predarea rufelor murdare fără accesul personalului din secție în Spălătorie;
 - ușă despartitoare între grupul sanitar și anticamera folosită ca vestiar ;
 - refacerea decopertarilor interioare și protejarea cu mască de protecție a tevilor și conductelor;
 - eliminarea prelungitoarelor și protejarea tuturor cablurilor electrice (valabil și pentru tot spitalul);
 - finisaje interioare refacute, eliminarea scurgerilor de apă și mușcăiului;
 - securizarea tabloului electric (valabil și pentru tot spitalul).
4. La Stația de sterilizare :
 - Completarea igienizării (refacere trotuar paviment).
 - Ușă cu ghiseu la intrare.

Dr. Drugociu Petruta