



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Министерство на здравеопазването

Министър на здравеопазването

ЗАПОВЕД

X

На основание чл. 25, ал. 4 от Закона за администрацията, чл. 5, ал. 1, т. 1 от Закона за здравето, чл. 5, т. 17 от Устройствения правилник на Министерството на здравеопазването и във връзка с т. V от Приложението към член единствен на Наредба № 3 от 2013 г. за утвърждаване на медицински стандарт по превенция и контрол на вътреболничните инфекции

НАРЕЖДАМ:

I. Утвърждавам Методическо указание за пакетни мерки за медицински грижи при пациенти на инвазивни процедури, съгласно Приложението.

II. Заповедта да се съобщи на директорите на Регионалните здравни инспекции и директора на Националния център по заразни и паразитни болести за сведение и изпълнение.

Контрола по изпълнението на заповедта възлагам на д-р Тома Томов, заместник-министър на здравеопазването.

X

Д-Р АСЕН МЕДЖИДИЕВ

Министър на здравеопазването

МЕТОДИЧЕСКО УКАЗАНИЕ

за приложение на подхода „Пакетни мерки“ при медицински грижи за пациенти на инвазивни процедури

Методическото указание е предназначено за ползване от медицинския персонал в лечебните заведения за болнична помощ.

Статистиките в световен мащаб показват, че инфекциите, свързани с медицинското обслужване, представляват тежък медицински и икономически проблем, който продължава да компрометира болничното здравеопазване и при най-развитите нации. От преките наблюдения и анализите на целенасочено събирана информация се установява, че в своята ежедневна практика медицинският персонал непрекъснато допуска пропуски и не спазва в пълен обем правилата и указанията, за които се знае, че доказано редуцират риска от инфекция при грижите за пациентите, особено когато се прилагат инвазивни лечебно-диагностични процедури.

Подходът „Пакетни мерки“ е иновативна стратегия за приложение на цялостен пакет от мерки при медицинските грижи за пациент на определена инвазивна процедура, основава се на доказателствената медицина и осигурява най-добрата практика при съответната процедура.

Приложението на подхода „Пакетни мерки“ осигурява установяването на надеждна и последователна система за медицински грижи в болничната практика, тъй като мерките в пакета са кратко, ясно и достъпно формулирани.

Пакетът от мерки представлява:

- набор от основаващи се на доказателствената медицина мерки/правила (обикновено 3-5) за изпълнение на определена процедура при грижите за пациента;
- средство, чрез което се осигурява приложението на целия набор от основни мерки/правила за медицински грижи при дадена процедура, всеки път и при всички пациенти, с краен резултат подобряване на превенцията в сравнение с изолираното прилагане на отделните мерки.

Видът и съдържанието на мерките не са строго фиксирани и могат да се променят, за да се съобразят с вида на грижите и процедурите, които са най-чести и най-рискови в дадена болнична структура или с преценката на специалистите за по-приоритетното значение на

някои от включените мерки. По тяхна преценка в набора могат да се включат още мерки/правила (задължителни или с избран характер) или да се разработи пакет от мерки, насочен към нови, проблемни за практиката инфекции, напр. причинените от *Clostridioides difficile*.

1. Пакетни мерки при превенция на катетър-свързан сепсис:

С въвеждане на пакетните мерки се цели подобряване на изхода за пациента чрез предотвратяване на катетър-свързана инфекция. Важно изискване е наличието на начално и продължаващо обучение на медицинския персонал, поставящ и манипулиращ периферни и централни венозни катетри според изискванията на Наредба № 3 от 2013 г. за утвърждаване на медицински стандарт по превенция и контрол на вътреболничните инфекции (обн., ДВ, бр. 43 от 2013 г.).

Пътищата за контаминация на катетрите са основно четири:

- Миграция на кожната флора от мястото на въвеждане навътре в кожата по хода на катетъра и по продължение на неговата повърхност с колонизиране на върха; това е най-честият механизъм при краткотрайно катетеризиране;
- Директно контаминиране от ръцете на персонала при въвеждането или контаминиране на свързващото отворстие (hub);
- Хематогенно разпространение от отдалечено огнище на инфекция (не е често);
- С контаминирани течности за инфузия (рядко).

Потенциалните източници на контаминация, изискващи особено внимание, са следните:

- Капачките на шишенцата с медикаменти не са стерилни!;
- Капачките/гумените тапи са покрити с прах “dust cover”;
- Почисти енергично с алкохол, преди да въведеш иглата!

1.1. Пакетни мерки при периферен венозен катетър (ПВК):

1.1.1. Пакетни мерки „Грижи за пациент при поставяне на ПВК“:

1.1.1.1. При пациента има клинични показания за поставяне на ПВК;

1.1.1.2. Хигиена на ръцете се извършва непосредствено преди поставянето на ПВК;

1.1.1.3. Преди поставяне на ПВК участъкът от кожата на пациента се обработва със 70% изопропилов алкохол и се оставя да изсъхне;

1.1.1.4. Поддържа се асептична техника през цялото време на поставянето на ПВК, като „критичните точки не се докосват“;

1.1.1.5. Върху мястото на въвеждане на ПВК се поставя стерилна прозрачна полупропусклива превръзка.

1.1.2. **Пакетни мерки „Грижи при поддържане на ПВК“:**

1.1.2.1. Клиничните показания за ПВК се проверяват и записват ежедневно; медицинският персонал уточнява ежедневно нуждата от i.v. терапия и възможността да се премине към перорален прием, напр. на антибиотици;

1.1.2.2. Хигиена на ръцете се извършва непосредствено преди контакт с елементите на системата и мястото на поставяне на ПВК;

1.1.2.3. Отстраняването на ПВК се обсъжда, когато индикацията отпадне;

1.1.2.4. Мястото на поставяне на ПВК се преглежда ежедневно - при флебит и възпаление катетърът се отстранява веднага;

1.1.2.5. Преглед на превръзката върху ПВК за нарушена цялост;

1.1.2.6. При достъп до мястото за въвеждане на лекарства се извършва дезинфекция със 70% изопропилов алкохол за най-малко 15 секунди (scrub the hub).

1.2. **Пакетни мерки при централен венозен катетър (ЦВК):**

1.2.1. **Пакетни мерки „Грижи за пациент при поставяне на ЦВК“:**

1.2.1.1. Хигиенна дезинфекция на ръцете преди поставяне;

1.2.1.2. Пълен комплект бариерни предпазни мерки:

1.2.1.2.1. стерилни ЛПС (лични предпазни средства) за оператора;

1.2.1.2.2. стерилен операционен чаршаф за пациента.

1.2.1.3. Приложение на кожен дезинфектант, съдържащ хлорхексидин, повидон-йод (напр. браунол) и др.;

1.2.1.4. Оптимален избор на място за поставяне (избягва се v. femoralis, предпочита се v. subclavia или v. jugularis interna);

1.2.1.5. Няма рутинна смяна на катетъра. Ежедневна оценка на необходимостта от катетъра; отстраняване на катетъра веднага след като отпаднат индикациите; върхът на катетъра се изпраща за микробиологично изследване;

При дълготрайна употреба на ЦВК е препоръчително приложение на прозрачна полупропусклива, филм превръзка, която съдържа вещество с антисептично действие (например подложка с гел, съдържащ хлорхексидин глюконат), с цел превенция на растежа на микроорганизми на мястото на въвеждане на катетъра (напр. превръзка TegadermTM CHG с годност до 7 дни).

1.3. **Поддържащи компоненти на пакета мерки:**

1.3.1. Поддържащ компонент на мерките за ЦВК и ПВК (Scrub the Hub) – почистване на свързващото отворстие (hub) с дезинфектант на алкохолна основа за не по-малко от 15

секунди, преди достъп до него; ако тази стъпка се пропусне, пациентът се инокулира с микроорганизми от околната среда!:

1.3.1.1. Необходимо е енергично обтриване, за да се отстранят патогенните микроорганизми;

1.3.1.2. Научно е доказано, че 5 сек. не са достатъчни, тъй като 67% от патогените остават;

1.3.1.3. Научно е доказано, че 15 сек. са достатъчни - осигуряват 100% ефективна дезинфекция.

1.3.2. Поддържащ компонент на мерките за ЦВК и ПВК - ежедневна рутинна оценка на покритието/превръзката на мястото на въвеждане:

1.3.2.1. Превръзката да се пази суха и интактна!;

1.3.2.2. Разхлабената и мокра превръзка е място на потенциална инфекция. СМЕНИ Я!;

1.3.2.3. При душ покрий превръзката и конекторите.

2. Пакетни мерки за превенция на вентилация - асоциирана пневмония:

Вентилация - асоциираната пневмония (ВАП) е най-честата нозокомиална инфекция в отделенията за интензивно лечение (за възрастни пациенти); свързана е с удължен престой на пациентите и висок леталитет. Главният патогенетичен фактор за развитие на ВАП е образуването на биофилм в трахеалната тръба (ТТ) и микроаспирация на орофарингеални секрети. Честотата на ВАП може да бъде редуцирана чрез приложение на множество превантивни мерки, вкл. правила за медицински грижи и иновативни медицински устройства - модифицирани ТТ.

2.1. Основни превантивни мерки:

2.1.1. Използване на ендотрахеална тръба с лумен, пригоден за постоянна аспирация на субглотичните секрети, особено при пациенти с очаквана ≥ 48 часа механична вентилация (непрекъснато отстраняване на „резервоара“ от контаминирани секрети над балона/маншета на тръбата, които мигрират към белите дробове, дори при поддържане на необходимото налягане). Аспирацията на субглотичните секрети при интубационните тръби и трахеостомни канюли може да намали честотата на ВАП с около 50%;

2.1.2. Поддържане на леглото повдигнато на 35-40° откъм главата; използване на специален уред за измерване на ъгъла, тъй като само преценката на сестрата не е достатъчно надеждна. Спазването на това изискване може да намали честотата на ВАП със 75%;

2.1.3. Изпълнение на протокол за устна хигиена с подходящ антисептик (съдържащ хлорхексидин или друго антисептично вещество, напр. пронторал); тази мярка помага да се редуцира колонизацията на орофаринкса и горните дихателни пътища, както и денталната

плака (които заедно представляват бактериален резервоар); най-прилаганата концентрация на хлорхексидиновия разтвор е 0,12%;

2.1.4. Смяна на дихателния кръг, използван индивидуално от даден пациент, само при видимо замърсяване (когато се използват филтри). Недопустимо е използването едновременно на филтри и овлажняване с каскада "Бенет" - избира се едното от тях, като се препоръчва употреба на филтрите:

2.1.4.1. Филтърът TME TwinStar 55 се поставя в близост до тръбата или трахеостомната канюла - овлажнява и затопля, премахва кондензната течност по тръбите, която е благоприятна среда за развитие на микроорганизми;

2.1.4.2. Филтърът SafeStar 60A се поставя на извеждащия шланг до апарата - предотвратява замърсяването на околната среда с бактерии и вируси.

2.2. Пакетни мерки „Превантивни грижи при ВАП“:

2.2.1. Поддържане на главата на пациента повдигната на поне 30°;

2.2.2. Ежедневна преценка на готовността за екстубация и прекъсване на седативната терапия;

2.2.3. Профилактика на дълбоката венозна тромбоза, ако няма контраиндикации;

2.2.4. Рутинна ежедневна хигиена на устната кухина с антисептичен разтвор, съдържащ хлорхексидин или друго антисептично вещество (напр. пронторал);

2.2.5. Аспирация на субглотичните секрети при пациенти на вентилация повече от 48 часа.

3. Пакетни мерки за превенция на катетър-свързани уроинфекции:

Инфекциите на уринарния тракт (ИУТ) са често срещана и значима патология, проявяваща се под формата на инфекции, придобити в обществото или като инфекции, свързани с медицинско обслужване (ИСМО). От своя страна нозокомиалните ИУТ в около 80-90% от случаите са асоциирани с приложение на дренажни устройства за катетеризация на пикочния мехур, основно уретрални катетри (УК). Уретралната катетеризация е често срещана манипулация, особено в урологични, хирургични и интензивни отделения/сектори.

Два важни момента трябва да бъдат отбелязани във връзка с прилагането на УК:

- около 40-50% от катетеризираните пациенти не са били показани за катетеризация, т.е. ненужно използване без подходяща медицинска индикация;

- от друга страна КАИУТ са най-лесно предотвратимия вид инфекции, свързани с медицинското обслужване.

3.1. Основни препоръчани стратегии за превенция на катетър-свързани инфекции на уретралния тракт (обособени от CDC като правило на „Седемте П“):

3.1.1. Поставяне на катетър само при точно определени индикации (инконтиненцията не е показание - урокатетърът не трябва да замества памперсите!);

3.1.2. Прецизиране престоя на катетъра - колкото престоят е по-продължителен, толкова е по-голяма възможността от инфектиране;

Смяната на уретралния катетър се съобразява с материала, от който е направен - при продължителна катетеризация се препоръчват силиконови катетри с престой до 60 дни, при другите (поливинилхлоридни и латексови) катетри престоят се ограничава от 7 до 14 дни, поради колонизацията на катетъра и инфектиране на урината;

3.1.3. Поставяне и поддържане на катетъра да се извършва само от преминали обучение лица;

3.1.4. Поставяне на катетъра – прилагане само на асептична техника и стерилно оборудване;

3.1.5. Поддържане на затворена дренажна система;

3.1.6. Поддържане на безпрепятствен поток на урината;

3.1.7. Прилагане на стандартни предпазни мерки и стриктна хигиена на ръцете на медицинския персонал (хигиенна дезинфекция с антисептик на алкохолна основа);

3.1.8. За целите на ежедневната практика основните стратегии/правила могат да бъдат редуцирани до 4-5 най-важни.

3.2. Пакетни мерки „Грижи при пациент с УК“:

3.2.1. Ежедневна преценка на необходимостта от катетъра;

3.2.2. Използва се само стерилна затворена система за отвеждане на урината, катетърът и дренажната тръба не се разединяват;

3.2.3. Изпразване когато торбата е пълна до 3/4 от обема, всеки път използване на чист контейнер за всеки пациент;

3.2.4. Ежедневен тоалет на перинеалната област, без добавка на антисептици;

3.2.5. Лични предпазни средства и хигиена на ръцете преди и след грижи за катетъра.

4. Пакетни мерки при инфекции на хирургичното място:

Инфекциите на хирургичното място (ИХМ) са едни от основните инфекции, свързани с медицинското обслужване с относителен дял между 4 и 16%. Основните мерки за превенция на ИХМ се разделят условно на предоперативни, интраоперативни и постоперативни.

4.1. Пакетни мерки „Грижи за пациент в хирургично отделение преди и след операцията“:

4.1.1. Преди операцията:

4.1.1.1. Предприема се клинична оценка на риска с оглед необходимост от скрининг за метицилинрезистентни *Staphylococcus aureus* (MRSA);

4.1.1.2. Обезкосмяването се избягва! При наложително обезкосмяване то се извършва непосредствено преди операцията, не се използва бърснене!;

4.1.1.3. Пациентът е изкъпан (или измит, ако не може да се къпе) в същия ден или деня преди операцията, с помощта на обикновен или антисептичен сапун.

4.1.2. След операцията:

4.1.2.1. Превръзката на раната остава непокътната в продължение на 48 часа след операцията, освен ако не е клинично показано отстраняването ѝ;

4.1.2.2. Прилага се асептична техника, ако има обилно секретирание от раната и необходимост от смяна на превръзката;

4.1.2.3. Хигиена на ръцете се осъществява преди всяка асептична смяна на превръзка.

4.2. Пакетни мерки „Грижи за пациент в хирургично отделение в операционната зала:

4.2.1. Антибиотичната профилактика е съобразена с локалната антибиотична политика;

4.2.2. Подходящият за профилактика антибиотик се прилага до 60 минути преди операцията (разреза на кожата);

4.2.3. Разтвор на 2% хлорхексидин диглюконат в 70% изопропилов алкохол или друг продукт за оперативно поле се използва за подготовка на кожата (повидонйод се използва при чувствителност);

4.2.4. Температурата на пациентите се поддържа над 36°C в периоперативния период (изключение сърдечна хирургия);

4.2.5. При диабетици нивото на глюкозата се поддържа <11 ммол/л по време на операцията;

4.2.6. Сатурацията на хемоглобина на пациента се поддържа над 95% (или на максимално възможното ниво при дихателна недостатъчност);

4.2.7. Раната се покрива със стерилна превръзка в края на операцията.