



PROTOKOLL PER KONTROLLIN DHE PARANDALIMIN E INFEKSIONEVE SPITALORE

Publikimi: Mars 2012

Rishikimi: Sipas Nevojave

Grupi i Punes i ngritur me urdhër të Ministrit të Shëndetësisë Nr. 39, Dt. 23.01.2012 për përgatitjen e Protokollit Klinik, të Kontrollit të Infeksioneve Spitalore përbëhet:

Petro MERSINI	MSH	Kryetar
Silva NOVI	MSH	Anëtar
Vjollca DURRO	MSH	Anëtar
Gjergj KOJA	ISHP	Anëtar
Mirela ÇELA	QKCSA-ISH	Anëtar
Yllka LLANAJ	QKCSA-ISH	Anëtar
Ariel ÇOMO	QSUT	Anëtar
Svetllana BITINCKA	QSUT	Anëtar
Albana ADHAMI	ISKSH	Anëtar
Kristo HUTA	Spitali Durrës	Anëtar
Ines ARGJIRI	QKCSA-ISH	Koordinator

Pasqyra e Lendes

Parathenie

Hyrje

Perkufizime dhe Rendesia e Problemit

Objektivi I protokollit

Perdoruesit e protokollit

I. Njohja e Infeksioneve Spitalore

II. Protokoll per Higjenen Optimale te Duareve

Teknikat elarjes se duareve

Rekomandimet permbledhese per higjenen e duareve

III. Protokoll per Dezinfektimin dhe Sterilizimin

Dezinfektimi i pajisjeve

Dezinfektimi i Endoskopit si një nga pajisjet invazive më të përdorshme

Sterilizimi

IV. Protokoll per Masat Parandaluese te Infeksioneve tek personeli dhe Pacientet

Masat standarde mbrojtëse për pacientin dhe personelin

Përdorimi I Dorezave

Teknika te sigurta injeksioni

Izolim i plotë (strikt) për pacientët me sëmundje infektive

V. Protokoll per Parandalimin e Infeksioneve Spitalore me te Shpeshta

5.1 Parandalimi I Infeksioneve te traktit urinar

5.2 Parandalimi I Infeksioneve te Plagëve Kirurgjikale

5.3 Parandalimi I Infeksioneve te traktit te poshtem respirator

5.4 Infeksionet me anë të rrugëve vaskulare

VI. Protokoll per Parimet e Përdorimit te Antibiotikëve

Profilaksia me Antibiotikë

Rezistenca ndaj antibiotikeve

VII. Protokoll per Masat Parandaluese ne Rastet e Ekspozimit Profesional

Masa te përgjithshme parandaluese

Masat per parandalimine e HBV, HCV, HIV

Infeksioni me Neisseria Meningitis

Mykobakterium tuberkulozis

VIII. Protokoll per Marrjen e Mostrave ne Mjediset Spitalore

Rregullat themelore te mostrimit

IX. Protokoll mbi Sistemin e Raportimit te Infeksioneve Spitalore

X. Indikatoret e Monitorimit te Protokollit

XI. Bibliografia

XII. Shtojca te Protokollit

Shtojca Nr.1. Kërkesat minimale për mbrojtjen e personelit dhe të të sëmurëve

Shtojca Nr. 2. Llojet e dezinfektanteve, karakteristikat e tyre dhe Aktiviteti anti mikrobik

Shtojca Nr.3. Politikat administrative për kontroll të infeksioneve

AKRONIMET:

HBV: Hepatitis B Virus

CJD: Creutzfeldt-Jacob Disease

AIDS: Accuired Immunodeficiency Sindrom

HIV: Human Immunodeficiency Virus

VZV: Varicela Zoster Virus

TBC: Tuberkulozi

R.C.S :Reuter-Centrifugal-Sampler

T.S.A : Triptikaze-Soje-Agar

PERKUFIZIME DHE RENDESIA E PROBLEMIT

Infeksionet spitalore ose të quajtura ndryshe infeksione nosokomiale mund të perkufizohen si më poshtë:

“ Një infektion qe pacienti e merr gjate kohës qe është i shtruar në spital për aresye ose gjendje te tjera”. Pra ky infektion nuk ishte prezent në momentin e shtrimit të pacientit në spital.

Infeksionet spitalore përfshijnë infeksionet e marra në spital, të cilat mund të shfaqen edhe pas daljes së pacientit nga spitali si dhe ato që prekin stafin mjekësor që punon në spital.

Infeksionet spitalore janë nder shkaktaret kryesor të vdekjeve ose të rritjes së morbozitetit tek pacientët e shtruar në spital. Ato janë shumë problematike si për pacientet ashtu dhe për shëndetin publik. Infeksionet spitalore e ulin shume cilësinë e jetës së pacientëve dhe gjithashtu janë një kosto shumë e lartë për shërbimin shëndetësor për shkak te zgjatjes se qëndrimit te pacienteve në spital. Qëndrimi për një kohe të gjatë në spital nuk ka vetëm kosto direkte për pacientin ose për atë qe paguan për shërbimin shëndetësor, por ka gjithashtu dhe kosto indirekte që lidhen me ditët e humbura të punës etj.

OBJEKTIVI

Qëllimi i kontrollit të infeksionit është ulja e rrezikut për shfaqjen e infeksioneve

nozokomiale te të sëmurët dhe punonjësit e shëndetësisë, që vijnë si rrjedhojë e

përkujdesjes mjekësore . Në këtë protokoll janë përshkruar metodat

më të rëndësishme për të arritur dy pikësynime:

- Ulja në minimum e shkallës së infeksioneve nozokomiale, dhe
- Mbrojtja e personelit shëndetësor dhe vizitorëve nga rreziqet eventuale të

Infektimit

PERDORUESIT: Ky protokoll është hartuar për të shërbyer si një mjet praktik për të gjithë subjektet që ofrojnë kujdes shëndetësor , personelit të kontrollit të infeksioneve dhe punonjësve të shëndetit.

Hyrje

I . Njohja e Infeksioneve Spitalore

Kush quhet Infeksion Spitalor?

1. Infeksionet spitalore jane te gjitha infeksionet qe merren 48 ore deri ne 72 ore pas shtrimit te pacjentit ne spital dhe klinikisht shfaqet me rritjen e temperatures ditën e trete pas shtrimit, ketu nuk hyjne semundjet qe kane qene ne periudhe inkubacioni para shtrimit.
2. Pra Infeksionet Spitalore jane marrja e nje infeksioni tjeter plus gjate qendrimit ne spital.

Llojet e Infeksioneve Spitalore jane :

- Infeksione te kryqezuara (ekzogjene) qe shkaktohen nga kontaminimet.
- Infeksione (endogene) qe shkaktohen nga mikroorganizma qe pacienti rrit normalisht ne trupin e tij.

- Infeksione te (pershtatura) te shkaktuara nga mikroorganizma ne paciente me rezistence te ulur .

Pika kyce per marrjen dhe perhapjen e infeksioneve jane:

- Mos larja e duareve para dhe pas cdo manipulimi me uje dhe sapun.
- Mos respektimi i rregullave te asepsise gjate manipulimeve intra muskulare dhe intravenoze.
- Mosperdorimi i mjeteve mbrojtese si doreza dhe dezinfektante.
- Mos heqja e bizhuterive gjate procesit te punes.
- Perdorimi i marterjaleve pa garanci steriliteti.
- Ngarkesa mikrobiale e vendeve te punes qe paraqesin rrisk per infeksion.

Përkufizimi i rrugëve të përhapjes së infeksionit:

Kontakti: Përfshin kontaktin e drejtpërdrejtë personi me person (p.sh. gjaku i të sëmurit drejtpërdrejt në plagën e hapur të personelit shëndetësor) dhe kontakti i tërthortë (bartja nga një person në tjetrin përmes objektit ndërmjetës, siç janë duart e personelit apo pajisjet e ndryshme, p.sh. gjilpërat).

Spërklat: Përhapja e infeksionit përmes spërklave mund të ndodhë nëse i sëmuri është i larguar nga personi i ndieshëm në distancë rreth 1 metër. Sekretet e gojës dhe ato respiratore mund të barten në drejtim të syve apo të mukozave përmes kollitjes, qoftë me përhapjen e drejtpërdrejtë të spërklave, apo tërthorazi përmes kontaminimit të sipërfaqeve, të cilat pastaj preken nga personi tjetër.

Ajri: Bëhet përmes shpërndarjes së bërthamazave të spërklave (grimcat me madhësi < 5 mikronë), të cilat mund të mbesin të shpërndara në ajër gjatë një periudhe të gjatë kohore.

Përhapja përmes artikujve të përdorimit të gjerë: Mikroorganizmat mund të Perhapen përmes artikujve të ndryshëm siç janë: ushqimi, uji, barnat dhe pajisjet e ndryshme.

Përhapja përmes vektorëve: mushkonjat, mizat, minjtë dhe bartësit e tjerë që

përhapin mikroorganizma.

II. Protokoll mbi Higjienën Optimale të Duareve

Për larjen e duarve duhet:

- Ujë i rrjedhshëm
- Produktet e duhura : sapun ose antiseptik në varësi të procedurës
- Mjetet e duhura të pakontaminuara për fshirjen dhe tharjen e duarëve

Për dezinfektimin e duarve : Dezinfektant specifik

Kur duhet të lahen duart :

1. Kur mjekojmë apo kryejmë manipulime të vogla.
2. Kur ndihmojmë , pastrojmë dhe rregullojmë pacientin në krevat.
3. Para marrjes së ushqimit
4. Para shfrytëzimit të tualetit.
5. Para kryerjes së procedurave invazive .
6. Para dhe pas punimit të plageve, katetereve urinare dhe pajisjeve të tjera .
7. Para dhe pas mbartjes së dorezave.

8. Pas kontaktit me te semure qe jane te kolonizuar me mikroorganizma patogene spitalore si ; Staph.aureus, Klebsjelle.

Teknikat e larjes se duarëve

Procedurat e thjeshta të higjienës kufizohen vetëm për duart dhe kyçin e dorës dhe ato kirurgjikale duhet të përfshijnë duart dhe parakrahun.

Procedurat ndryshojnë në varësi të vlerësimit të riskut .

- *Kujdesi Rutinë*
 - Higjiena e duarve me sapun jo dezinfektant ose
 - Dezinfektim higjienik i shpejte i duarve me solucion alkoolik
- *Pastrim antiseptik i duarve- kujdes aseptik i pacientëve të infektuar*
 - Higjiena e duarëve me sapun antiseptik (duke ndjekur instruksionet e prodhuesit (p.sh 1 minute)
 - Ose higjienë e shpejtë dezinfektuese : si më parë

LARJA E DUAREVE PARA OPERACIONEVE.

Pastrimi kirurgjikal i duarëve

1. Hiqen bizhuteritë dhe ora
2. Pervishen menget deri në brryl
3. Lahen duart dhe parakrahet
4. Perdoret ujë i rrjedhshem i ngrohtë
5. Perdoret sapun , mundesisht antibakterial
6. Lani te gjitha siperfaqet me kujdes , duke filluar nga kycet, kurrizin e dores, gishtat,
7. Per siperfaqen nën thonj mundësisht të përdoret furcë thonjsh kirurgjikale
8. Fërkohen duart me njëra-tjetrën deri ne 10-15 minuta, me 0,5 % chlorhexidine glukonate, ose povidon - jod ne 70 %, 60 % izopropanol, ose 70 % etanol
- 9.Të bëhet dezinfektimi me solucion betadine 0,5 % duke u ndihmuar nga një person tjetër

10.Me kompresë sterile fshihen duart qe fillohet nga parakrahet , vazhdon me duart deri në mollëzat e gishtërinjve

11. Me kryerjen e këtyre procedurave , duart janë sterile.

Përmbledhje e çështjeve kyce lidhur me higjenën e duarëve

1. Duart duhet të dekontaminohen menjëherë para dhe pas cdo kontakti direkt me pacientin dhe pas cdo situatë që mund të rezultojë me kontaminim të tyre.
2. Duart të cilat janë dukshëm të ndotura ose të kontaminuara me materiale organike duhet të lahen me ujë dhe sapun.
3. Në rastet kur duart nuk janë dukshëm të pista, preferohet që duart të dekontaminohen me një solucion me permbajtje alkooli para se të kalohet nga një pacient tek tjetri dhe midis dy aktiviteteve të ndryshme tek i njejti pacient.
4. Perpara se të filloj pastrimi i duarve, duhet që të hiqen të gjitha bizhuterite që mbahen në dore. Thonjtë duhet të mbahen të shkurtër, të pastër dhe pa manikyr.
5. Që pastrimi i duarëve të jetë i efektshëm duhen ndjekur 3 hapat e mëposhtëme: përgatitja, larja , shplarja, dhe tharja e duarve. Përgatitja kërkon që duart të lagen me ujë të vakt përpara se të aplikohet sapuni i lëngshëm ose ndonjë preparat anti-mikrobe. Solucioni që përdoret duhet të ketë kontakt me cdo pjesë të sipërfaqes së dorës. Duart duhet të fërkohen mire për rreth 10-15 sekonda, duke u siguruar që janë pastruar dhe majat e gishtërinjve, gishtat e mëdhenj dhe zonat midis gishtërinjve. Duart duhet të shplahen me ujë të bollshëm përpara se të thahen me letra të një kualiteti të mirë.
6. Kur duart pastrohen me anë të një solucionit me permbajtje alkooli , ato nuk duhet të kenë ndotje të dukshme ose materiale organike. Solucioni duhet të preket të gjithë sipërfaqen e dorës. Duart duhet të fërkohen mire deri sa solucionit të avullojë, duke u siguruar që janë pastruar sic duhet dhe majat e gishtërinjve, gishtat e mëdhenj dhe zonat midis gishtërinjve.
7. Një krem zbutës duhet të përdoret rregullisht për të mbrojtur lekuren nga tharja që mund të shkaktojë larja e shpeshtë e duarëve.

Teknika e pastrimit te duarve
(Të përsëritet nga pesë herë çdo lëvizje)



Shuplake mbi shuplake



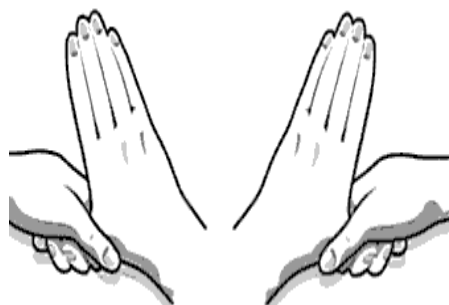
shuplaka e djathtë mbi dorsumin e majtë



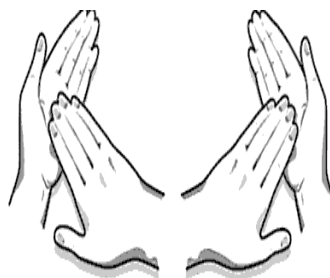
Shuplaka e majtë mbi dorsumin e djathtë



gërshetimi i gishtrinjëve



fërkimi rrotullues i gishtit të madh



Fërkimi rrotullues i shuplakave

III. Protokoll mbi Dezinfektimin dhe Sterilizimin

Për të pakësuar transmetimin e mikroorganizmave nëpërmjet ambientit dhe pajisjeve duhet të zbatohen metodat e dezinfektimit dhe sterilizimit .

DEZINFEKTIMI

Dezinfektimi është proces i zvogëlimit të numrit të mikroorganizmave patogjenë, por jo i sporeve të baktereve, nga objektet e ndryshme apo nga lëkura, deri në atë shkallë që nuk e dëmton shëndetin.

Dezinfektimi largon mikroorganizmat pa sterilizim të plotë për të ulur kështu transmetimin e mikroorganizmave ndërmjet pacientëve

Instrumentat pas operacioneve purulente, operacioneve të sëmureve me sëmundje ngjitëse si dhe sistemet e transfuzionit që përdoren të sëmurët me sëmundje ngjitëse , vecanërisht me hepatit B, (në repartet apo spitalet infektive) , është e nevojshme që para pastrimit të nënshtrohen dezinfektimit ,

Të gjitha pajisjet kirurgjiale duhet të zhyten në solucion Kloramine 0,5 % për 30 minuta, ose detergjent, pra në 1 liter ujë të hidhet 5 gr Kloramine ose detergjent.

Në përdorimin e një dezinfektanti duhet të ndiqen dhe rekomandimet e përdoruesit.

Produkte dhe procese të ndryshme sigurojnë nivele të ndryshme dezinfektimi.

Desinfektantët janë klasifikuar si të fortë, - me nivel mesatar- ose me nivel të ulët dezinfektimi.

Dezinfektim me nivel të lartë (kritik)- Kjo shkatërron të gjithë mikroorganizmat me përjashtim të kontaminimit të lartë me spore bakteriale.

Dezinfektim mesatar (gjysëmkritik)- Kjo inaktivizon mykobakterium tuberculosis, bakteret vegetative, shumicën e viruseve dhe myqeve (fungi) por nuk vret sporet bakteriale.

Dezinfektim i nivelit të ulët (jo kritik)- Mund të vrasë shumicën e baktereve, disa viruse, dhe disa myqe por nuk është i aftë për të vrarë baktere rezistente si M. Tuberculosis, ose sporet bakteriale.

Këto nivele të dezinfektimit arrihen duke përdorur produktet kimike të përshtatshme në mënyrën e duhur dhe për nivelin e duhur të dezinfektimit.

Testimi bakteriologjik i ambientit nuk rekomandohet vetëm në rrethana të përcaktuara qartë si:

- Mbikëqyrje epidemike kur suspektohet si burim infeksioni faktori ambiental
- Monitorim i ujit të dializës për shkallën bakteriale siç kërkohet nga standardet.
- Për kontroll cilësie kur ndërrohet teknika e pastrimit.

PASTRIMI

1. Të gjitha instrumentet që përdoren në operacione duhet të nënshtrohen Dezinfektimit dhe më pas Sterilizimit

2. Instrumentet e tjera të papërdorura përpara sterilizimit nënshtrohen vetëm procesit të pastrimit.

PASTRIMI përfshin këto procese:

1. **Shpërlahen me ujë të rrjedhshëm** për 30 sekonda me furçe kirurgjiale, instrumentat duhet fillimisht të zberthehen në pjesët përberëse të tyre, ky veprim kryhet në pavijon apo sallë operacioni pas përdorimit të tyre.
2. **Njomja me solucion larës**, ky solucion përgatitet në një enë të madhe sipas numrit të instrumentave, këto instrumenta futen në solucion dhe lihen për 15 minuta.
3. **Larja**. Në këtë solucion instrumentat ferkohen me furçe. Për 1-2 minuta.
4. **Shpërlarja me ujë të rrjedhshëm të bollshëm cezme për 1-2 minuta**, pastaj shpërlahen me ujë të ftohtë për 4-5 minuta.
5. **Tharja**. Instrumentat dhe të tjerat artikujt pas shpërlarjes thahen për eliminimin e plotë të lagështirës, për tharje përdoren në aerosteril në 80 °C.
6. **Paketimi, të tëra materialet pas larjes dhe tharjes** duhet të pakëtohen, ku futen në kuti metalike, e cila gjatë kohës së sterilizimit është e hapur dhe menjëherë pas sterilizimit kapaku i kutisë mbyllet, afati i ruajtjes së instrumentave me këtë mënyrë paketimi është brenda ditës.

7.

Përdorimi i ujit të nxehtë si teknike dezinfektimi

Një alternativë për dezinfektimin e disa pajisjeve të ambientit është uji i nxehtë (tabela 4)

Tabela 4. Dezinfektimi me ujë të nxehtë

	Temperatura	Kohëzgjatja
1. Pajisjet sanitare	80 °c	45-65 sekonda
2. Pajisjet e gatimit	80 °c	1 minutë
3. Teshat	70 °c	25 minuta
	95 °c	10 minuta

Produktet që përdoren për metoden kimike të dezinfektimit.

Sapun

Detergjent

Komponimet e amonit kuaternare

Fenolet

Aldehidet

Halogens

Klori dhe komponimet e klorit

Alkoolet

Komponimet Peroxygen

Oksid etileni

PERZGJEDHJA E NJE DEZINFEKTANTI

Zgjedhja e një dezinfektanti varet nga faktorë të ndryshëm, ndër të cilët:

1. Niveli i kërkuar i dezinfektimit (i lartë, i mesëm, i ulët); (shih tabelen tek aneksi perkates)

2. Lloji i mikroorganizmave -Rezistenca ndaj dezinfektantëve varet sipas llojit të mikroorganizmit :
Një dezinfektant aktiv kundër bakterieve mund të mos jetë efikas kundër viruseve dhe fungjeve.

Nje substancë dezinfektuese duhet të përmbushë kriteret :

Të shkrihet shpejt dhe plotesisht ne uje,duke formuar perzierje te qendrueshme,

Tëmbysë mikrobet ne perqendrimet te vogla dhe ne afate sa me te shkurtera,

Të tregojë efekt të mirë edhe në prani të substancave organike,

Mos të humbasë vetitë baktericide dhe veti te tjera dezinfektuese gjatë ruajtjes.

RREGULLAT E PERGATITJES SE SOLUCIONEVE DEZINFEKTUESE

- Substancat dezinfektuese duhet të maten ose të peshohen, në përputhje me % e duhur, p.sh. 50gr, 100gr, 250gr, 500gr,
- Pas hedhjes në ujë të dezinfektantit (pluhur ose sol) bëhet një përzierje energjike, rekomandohet spatul druri.
- Për tretjen e dezinfektantëve rekomandohet ujë i ngrohtë (30-50°C)
- Gjate përdorimit të substancës dezinfektuese që kanë veti të avullohen (hipokloritet, kloramina) mbas përgatitjes duhet të mbulohen me kapak.
- Solucionet që kanë veti të zberthehen nën veprimin e dritës (hipokloritet, kloramina e formalina) duhet të ruhen në enë të errëta qelqi.

Dezinfektimi i Endoskopit si një nga pajisjet invazive më të përdorshme

Sterilizimi i Endoskopit si instrument invaziv minimal dhe pajisjeve të tjera aksesore të ngjashme është i nevojshëm por është i vështirë për arsye të strukturës së ndërlikuar të ndërtimit të këtyre instrumenteve.

Për të ulur transmetimin e infeksioneve spitalore nëpërmjet endoskopit duhet të zbatohet një procedurë standarde sistematike .

Hapat :

1. Menjëherë pas përdorimit duhet të pastrohet kanali i ajrit dhe ujit duke pompuar me force ajër dhe ujë ose detergjentë në kanalin e biopsisë dheme pas aspirim për të larguar mbeturinat organike.

2. Të gjitha pjesët e ndashme (kapakët dhe valvulet) duhet të hiqen dhe të futen në një enë me solucion pastrues dhe pjesa e jashtme e endoskopit duhet të fshihet me kujdes.

3. Të gjitha pjesët e arritshme duhet të shpëlahen me ujë të rrjedhshëm ose solucion pastrues, (duke përdorur një furçe sterile ose një përdorimshe) .

Pas pastrimit mekanik endoskopi duhet të dezinfektohet qoftë mekanikisht qoftë automatikisht. Në të dyja rastet procesi i plotë përfshin disa hapa.

4. Pastrimi duke përdorur një detergjent pastrues të aprovuar në të cilin zhysim endoskopin (ky detergjent nuk duhet të ripërdoret). *Para zhytjes në solucion endoskopi duhet të testohet për ndonjë dëmtim*

5. Shpëlarje dhe fshirje e pajisjes(ujë i rrjedhshëm është i mjaftueshëm në këtë fazë).

6. **Dezinfektimi** duke përdorur një dezinfektant të aprovuar të nivelit të lartë .

Procedura dhe kohezgjatja është sipas llojit të dezinfektantit që do të përdoret

Përsa i përket rrishtit të Creutzfeldt-Jakob disease (CJD) nuk duhet të përdoret një dezinfektant që ka aftësi fiksuese të proteinave . Duhet të zgjidhet një dezinfektant jo fiksues i proteinave.

7. Shpëlarja : Niveli i pastërtisë bakteriale të ujit të përdorur për shpëlarje do të varet nga përdorimi i mëtejshëm i endoskopit (ujë i kontrolluar bakteriologjikisht ose i sterilizuar).

8. Tharja : Nëse endoskopi do të përdoret përsëri kjo fazë duhet të përfshijë vetëm tharjen me anë të futjes së ajrit për të larguar ujin e mbetur.

Sterilizimi

Sterilizimi është procedurë e shkatërrimit të të gjithë mikroorganizmave të gjallë, përfshirë edhe sporet e baktereve.

Metodat Kryesore të Sterilizimit

Sterilizimi Termal

Sterilizim i Njome: Ekspozim ndaj avujve të lagësht në temp 121°C për 30 min ose

134°C për 13 minuta në autoklave

Sterilizim i thate: Ekspozim në 160°C për 120 minuta ose 170°C për 60 minuta; ky

sterilizim konsiderohet më pak i sigurtë se metoda e parë veçanërisht

për disa pajisje me shumë tuba, gropa etj

Sterilizimi Kimik

Oksidi i etilenit dhe formaldehida janë nxjerrë nga përdorimi për arsye të sigurisë në lidhje me emëtimin e gazrave

Acidi Paracetik përdoret gjerësisht në SHBA dhe disa shtete të tjera në proceset e sistemit automatik të sterilizimit

IV. Protokoll per Masat parandaluese te Infeksioneve tek Personeli dhe Pacientet

Mikroorganizmat që shkaktojnë infeksione spitalore, mund të barten prej të sëmurëve të infektuar apo të kolonizuar të sëmurët e tjerë si dhe të personeli mjekësor.

Te gjithë punonjësit në shëndetësi duhet të jenë të kujdesshëm për veten e tyre dhe për pacientet, duhet të punojnë me mjete mbrojtëse, të mos harrojnë larjen e duarve pas çdo manipulimi dhe veshjen e dorezave me qëllim që të parandalojnë ekspozimin kutan në mënyrë aksidentale me lëngjet biologjike dhe gjakun e pacientëve.

Masat përkatëse parandaluese për të gjithë të sëmurët, si të infektuar ashtu edhe të kolonizuar, e ulin rrezikun e përhapjes.

Përhapja e infeksionit

Ekzistojnë disa rrugë të përhapjes së infeksionit.

Këto rrugë përfshijnë :

- 1.Kontaktin e drejtpërdrejtë nga personi në person,
2. Kontaktin e tërthortë përmes objekteve ndërmjetësuese dhe
- 3.Përhapja përmes thërmizave të ajrit.

Mënyra kryesore e përhapjes së infeksionit konsiderohet përhapja nga një i sëmurë në tjetrin përmes duarve të pastra të personelit shëndetësor.

Prandaj, higjena e rregullt e duarëve është mënyra kryesore e parandalimit të përhapjes së infeksioneve në spital (për informata më të hollësishme, shih protokollin për higjenën e duarëve).

Masat standarde mbrojtëse për pacientin dhe personelin

Gjatë përkujdesjes për të sëmurin, duhet shmangur përcjellja e mikroorganizmave patogjenë ndërmjet të sëmurëve dhe personelit. Prandaj, zbatohen këto masa të përgjithshme mbrojtëse:

- Të mbahen dorëza të pastra gjatë kontaktit me mukozat dhe lëkurën e të sëmurëve;
- Të dekontaminohen duart, para dhe pas çdo kontakti me të sëmurin;

- Të dekontaminohen duart menjëherë pas prekjes së materialit infektiv (si p.sh. gjaku, lëngjet trupore, sekretet dhe ekskretet), pas prekjes së të sëmurit infektiv apo mjedisit ku ata qëndrojnë dhe gjësendet e kontaminuara të cilat shfrytëzohen në përkujdesjen e të sëmurit. Dekontaminimi bëhet me alkool antiseptik që vepron mirë në rastet kur duart nuk janë shumë të ndyera; përndryshe, së pari lahen me ujë (shih kapitullin mbi higjenën e duarve);
 - Sa herë që është e mundshme, të aplikohet teknika e mosprekjes për të shmangur kontaktin me materialin infektiv;
 - Gjithmonë të mbahen dorezat gjatë kontaktit me gjak, lëngjet trupore, sekretet, ekskretet dhe gjësendet e kontaminuara.
 - Të lahen duart menjëherë pas heqjes së dorëzave. Nëse dorëzat nuk janë në dispozicion, duart duhet të lahen mirë.
 - Fecet, urina dhe sekretet e tjera të të sëmurit të hidhen në vendet e caktuara.
 - Enët për urinim dhe kontejnerët e tjerë duhet të pastrohen dhe të dezinfektohen në mënyrë adekuate (shih kapitullin mbi pastrimin, dezinfektimin dhe sterilizim).
 - Vendi ku është derdhur materiali infektiv duhet të pastrohet menjëherë (shih kapitullin mbi pastrimin, dezinfektimin dhe sterilizimin).
- Në këto raste, nuk ka nevojë për dezinfektim të përgjithshëm të dyshemeve dhe mureve.
- Të gjitha pajisjet që shfrytëzohen në përkujdesjen e të sëmurit, dhe veshmbathja e kontaminuar me material infektiv, duhet të dezinfektohen dhe të sterilizohen para çdo përdorimi (shih kapitullin mbi pastrimin, dezinfektimin dhe sterilizimin).
- Nëse nuk ka makina për larjen e rrobave, veshmbathja e kontaminuar me material infektiv duhet të zihet në ujë valë.*
- Fashat e përdorura dhe mbeturinat e tjera mjekësore duhet të vihen në qese plastike të shënuara dhe të mbyllura mirë. Ato parimisht duhet ose të digjen, ose të groposen

Përdorimi i maskes për mbrojtjen e pacientit:

Personeli mjekësor duhet të përdori maskat:

- Në sallat e operacionit,
- Në kujdesin për pacientë me imunitet të kompromentuar,
- Në procedurat e punkturës së kavitetëve të ndryshme- në këtë rast rekomandohet maskë kirurgjikale.

Përdorimi i maskes për mbrojtjen e Personelit Shëndetësor:

Personeli duhet të vendosi maskë kur:

- Kujdeset për pacientët me infeksione që transmetohen me rrugë ajrore ose
- Kur kryejnë procedurën e bronkoskopisë ose procedura të ngjashme. Në këto raste rekomandohet një maskë me eficiencë të lartë.
- ❖ Pacientët me infeksione që transmetohen me rrugë ajrore duhet të përdorin maskë kur dalin jashtë dhomës së tyre të izolimit.

Përdorimi i Dorezave

Dorezat për **Mbrojtjen e pacientit** duhet të përdoren :

- Në rast ndërhyrjesh kirurgjikale,
- Në kujdesin për paciente me imunitet të kompromentuar,
- Në rast të procedurave invazive që hyjnë në kavitetet e organizmit.

Dorezat jo sterile vishen në të gjitha rastet e kontaktit me pacientët dhe kur duart mund të kontaminohen , ose për ndonjë kontakt me membranat mukoze.

Per **mbrojtjen e personelit** duhet të përdoren doreza jo sterile :

- Gjatë kujdesit për pacientet me sëmundje që transmetohen me kontakt të drejtpërdrejtë ,
- Kur kryen ekzaminimin e bronkoskopisë ose ndonjë procedure ose ekzaminim tjetër të ngjashëm.
- Mbasi dorezat hiqen ose ndërrohen duart duhet të lahen.

- Dorezat e hedhura nuk duhet të ripërdoren.

osen thellë në dhe.

Masa të tjera parandaluese më specifike për llojin e transmetimit

1. Infeksionet nga ajri ku partiklat infektuese kanë një diameter më të vogël se 5 µm si psh tuberkulozi, lia e dhenve, fruthi

Për keto infeksione nevojiten të ndërmerren masat e mëposhtme:

- Të përdoren dhoma të vecanta ku të ketë një ventilim sipas parametrave të duhur
- I gjithë stafi që hyn në dhomë duhet të mbaje maska të posacme
- Pacientët duhet të qëndrojnë në dhomë

2. Infeksionet nga spërklat ku partiklat infektuese kanë një diameter më të madh se 5 µm si psh meningjiti bakterial, difteria

Për keto infeksione nevojiten të ndërmerren masat e mëposhtme:

- Nëse ka dhoma të lira, pacienti të qëndrojnë vetëm në dhomë
- Stafi mjekësor duhet të vesh doreza para se të hyjë në dhomë dhe perparese të posacme nëse do të ketë kontakt me pacientin ose me objekte të kontaminuara
- Të laj duart para dhe pas kontaktit me pacientin dhe pas daljes nga dhoma
- Dalja e pacientit nga dhoma të jetë e kufizuar
- Objektet dhe mjedisi përreth të pastrohet, dizinfektohet dhe sterilizohet

3. Izolim i plotë (strikt) për pacientët me sëmundje infektive (si psh ethe hemoragjike, S. Aureus- rezistent ndaj vankomicines)

Një izolim i tillë është i nevojshëm kur ka një risk për infeksion nga një agjent unik dhe tepër virulent, i cili mund të transmetohet me anë të disa rrugëve. Në keto raste duhet të ndërmerren masat e mëposhtme:

- Një dhomë individuale, në një pavion të izoluar nëse është e mundur
- Të gjithë personat që hyjnë në dhomë duhet të mbajnë maskë, doreza, përparëse të posacme dhe syze plastike
- Pastrim higjienik i duarëve para hyrjes dhe pas daljes nga dhoma
- Djegie e mbetjeve mjeksore si gjilpërat dhe shiringat
- Dezinfektim i pajisjeve mjekësore
- Djegie e lëngjeve trupore dhe sekrecioneve nazofaringeale
- Dezinfektim i ndërresave dhe carcafëve
- Vizitat duhet të jenë të kufizuara
- Dezinfektim ditore dhe dezinfektim përfundimtar pas daljes së pacientit nga spitali
- Përdorimi i pajisjeve njëpërdorimshe
- Kulturat e marra nga pacienti të transportohen dhe menaxhohen në laborator me shumë kujdes

Lateksi ose klorid polivinili janë materialet që përdoren me shpesh për doreza. Mund të ndodh sensitivitet ndaj lateksit ndaj është e rëndësishme krijimi i një programi me një linjë veprimi të përcaktuar për të menaxhuar këtë problem.

Permbledhje në lidhje me masat prandaluese për personelin dhe pacientet

1. Përzgjedhja e pajisjeve mbrojtëse duhet të bazohet në vlerësimin e riskut të transmetimit të mikroorganizmave të pacientit, si dhe në riskun që ka personeli mjekësor për tu kontaminuar nga gjaku, lëngjet trupore dhe sekrecionet e pacientit.
2. Për çdo procedurë invasive dhe për çdo procedurë që mendohet se ka një risk për tu ekspozuar me gjak, lëngje trupore, sekrecione ose mjete pune të kontaminuara duhet të vishen doreza.
3. Dorezat duhet të jenë me një përdorim. Ato duhet të vishen menjëherë para një situatë ku do të ketë kontakt me pacientin dhe të hiqen menjëherë pasi të përfundojë kontakti me pacientin. (
4. Dorezat duhet të hidhen në vendin ku hidhen mbetjet mjekësore dhe duart duhet të pastrohen pas heqjes së dorezave.
5. Nuk duhet të përdoren doreza me përmbajtje pudre ose polieteni.
6. Në rastet kur ekziston risku që veshjet të ekspozohen ndaj gjakut, lëngjeve trupore ose sekrecioneve duhet të vishen përparëse mbrojtëse plastike një përdorimshe. Pas përdorimit ato duhet të hidhen në vendin e mbetjeve mjekësore.
7. Në rastet kur ekziston risku që fytyra të spërkatet me gjak, lëngje trupore ose sekrecione duhet të përdoren maska në fytyrë dhe mbrojtje për sytë.

V. Protokoll për Parandalimin e Infeksioneve Nosokomiale më të Shpeshta

Katër infeksionet nosokomiale më të shpeshta janë: Infeksionet e traktit urinar, Infeksionet e plagëve kirurgjikale, Pnemonia dhe Infeksionet me rrugë vaskulare.

5.1 Infeksionet e traktit urinar

Shumica e infeksioneve të traktit urinar te të sëmurët e hospitalizuar janë rrjedhojë e përdorimit të pajisjeve drenuese të urinës, siç janë kateterët urinarë.

Portat e Hyrjes së Mikroorganizmave në Sistemin e Drenazhit Urinar janë:

1. Junksioni meatusit të uretrës me kateterin;
2. Junksioni i kateterit me tubin e drenazhit;
3. Dalja që shkarkon urinën nga qesja

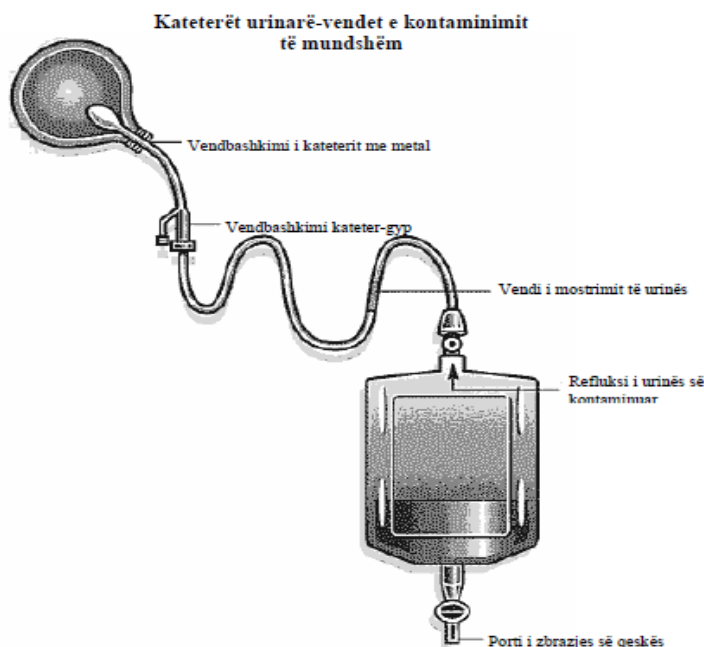
Masat për parandalimin e infeksioneve në pacientet me kateter

Masat për Vendosjen e Kateterit

1. Personeli shëndetësor i kujdesit primar dhe spitalor duhet të trajnohet për mënyrën e vendosjes së kateterit përfshirë dhe vendosjen e kateterit suprapubik dhe mirëmbajtjes së kateterit.
2. Vazhdimi i trajnimit dhe veprimet mbështetëse ndaj pacientit dhe personelit që kujdeset për ta duhet të jenë të mundshme gjatë gjithë periudhës së kateterizimit.
3. Të gjitha kateterizimet që kryhen nga personeli shëndetësor duhet të jenë procedura aseptike
4. Vendosja e kateterit urinar do të zbatohet vetëm pasi alternativat e tjera të trajtimit janë marrë në konsideratë.
5. Nevoja e pacientit për kateterizim duhet të vlerësohet rregullisht në mënyrë që kateteri të hiqet sa më shpejt të jetë e mundur.
6. Vendosja e kateterit ndryshimet e hasura dhe kujdesi duhen dokumentuar.
7. Vazhdimi i vlerësimit për zgjedhjen e rrugës më të mirë të kateterizimit për uljen e kohëzgjatjes së kateterizimit, preferencës së pacientit dhe riskut më të vogël.
8. Duhet të përdoret kateterizim intermitent në vend të një kateteri të qëndrueshëm nëse ai është i përshtatshëm klinikisht dhe nëse është një opsion praktik për pacientin.
9. Në përgjithësi balloni i kateterit duhet të hapet me 10 ml ujë të distiluar për të rriturit dhe 3-5 ml për fëmijët.

10. Duhet të përdoret një lubrifikant (singel dose) për kateterin jo të lubrifikuar.

11. Për kateterizimin uretral meatusi duhet të pastrohet përpara futjes së kateterit në përputhje me udhërrëfyesin lokal



Masat për Mirëmbajtjen e kateterit

1. Kateterët e përhershëm duhet të lidhen me një system drenazhi urinar të mbyllur dhe steril ose valvul kateteri.

2. Personeli shëndetësor duhet të sigurohet që lidhja ndërmjet kateterit dhe sistemit të drenazhit nuk është ndërprerë vetëm për arsye të mira klinike (p.sh ndryshimi i qeses në përputhje me rekomandimet e prodhuesit).

3. Personeli shëndetësor duhet të desinfektojë duart dhe të veshi një palë doreza të pastra jo sterile para manipulimit të kateterit të pacientit, dhe duhet të dezinfektojë duart pas heqjes së dorezave.

4. Personat që kujdesen për pacientët dhe pacientet që menaxhojnë vetë kateterin duhet të lajnë duart para dhe pas manipulimit të kateterit në përputhje me rekomandimet kryesore.

5. Kampioni urinar duhet të merret duke përdorur një teknike aseptike
6. Qesja e drenazhit urinar duhet të pozicionohet nën nivelin e fshikzes së urinës dhe nuk duhet të bjerë në kontakt me dyshe-menë.
7. Duhet aplikuar lidhja me një system për të bërë të mundur lehtësimin e drenazhit gjatë natës për ta mbajtur sistemin aktual të pa prekur.
8. Qesja e drenazhit urinar duhet të zbrazet periodikisht për të siguruar rrjedhjen urinare dhe parandaluar refluksin urinar dhe duhet ndërruar sipas indikacionit klinik.
9. Meatusi duhet të pastrohet cdo ditë me ujë e sapun.
10. Cdo pacient duhet të ketë një regjim individual kujdesi për të minimizuar probemet e bllokimit. Tendencë për bllokim duhet të jetë e dokumentuar për cdo pacient të ri të kateterizuar .
11. Kateteri duhet të ndryshohet vetëm kur është e nevojshme nga ana klinike ose në përshtatje me rekomandimet e prodhuesit të tij.
12. Profilaksia me antibiotikë kur ndërrohet kateteri duhet të përdoret vetëm për pacientët me histori për infeksion të traktit urinar, në pacientet me kateter gjatë ndërrimit të kateterit ose për pacientët që kanë lëzime të valvulave kardiake, defekt të septumit ose valvula protestike.
13. Kateteri i përkohshëm(intermitent) i ripërdorshëm duhet të pastrohet me ujë dhe të ruhet i thatë në përputhje me instruksionet e prodhuesit.

5.2 Infeksionet e Plagëve Kirurgjikale

Infeksionet pasoperative të plagëve ose infeksionet spitalore të plagëve :

- Vonojnë mjekimin e të sëmurit,
- Zgjasin kohën e qëndrimit në spital dhe
- Shoqërohen me rritje të shkallës së sëmundshmërisë dhe të vdekshmërisë.

Zgjatja e kohës së qëndrimit në spital , shtimi i kërkesave për hulumtime plotësuese diagnostike-terapeutike dhe përkujdesja e shtuar e infermiereve për këto infeksione janë faktorë që rrisin shpenzimet e mbrojtjes shëndetësore.

Prandaj, parandalimi dhe reduktimi i infeksioneve spitalore të plagëve është objektiv i përkujdesjes cilësore për të sëmurin.

Përqindja e ulët e infeksioneve spitalore të plagëve përputhet drejtpërdrejt me edukimin, vetëdijësimin për shkaktarët e infeksionit dhe me zbatimin e procedurave klinike që ulin rrezikun e infektimit.

Kontribut të jashtëzakonshëm në parandalimin e infeksioneve jep edhe mbikëqyrja aktive e infeksioneve të plagëve dhe raportimet e rregullta të rezultateve tek kirurgët. Në këtë mënyrë, këto veprime mundësojnë identifikimin dhe eliminimin e faktorëve të rrezikut për infektim.

Për parandalimin e infeksioneve të plagës operatorë duhet :

- Të zbatohen rregullat e duhura të higjienës së sallës operatorë dhe
- Të marri pjesë personeli mjekësor brenda të gjitha rregullave të përcaktuara të higjienës dhe me uniformen e përcaktuar të sallës,
- Të përdoren pajisje sterile, të bëhet përgatitja e duhur paraoperatorë
- Të bëhet përgatitja e duhur e pacientit,
- Përdorim i terapisë parandaluese antimikrobike
- Zbatohet programi i mbikëqyrjes së plagës operatorë.

Higjena e sallës së operacionit

Një skemë e rekomanduar për pastrim dhe dezinfektim të sallës së operacionit është:

- *Çdo mëngjes para ndërhyrjeve:* Pastrim i të gjitha sipërfaqeve horizontale
- *Midis ndërhyrjeve :* Pastrim dhe dezinfektim i të gjitha sipërfaqeve dhe sendeve kirurgjike (si p.sh tavolina etj).
- *Në fund te dites :* Pastrim komplet i sallës me anë të një desinfektanti të rekomanduar.
- *Një herë në javë:* Pastrim komplet i sallës së operacionit , përfshirë këtu të gjithë anekset si dhomën e veshjes ,dhomën teknike, dhomën e rafteve etj.

Normat e ngarkeses mikrobike ne sallat operatore dhe menyrat e kontrollit te tyre periodik

Sektori i Kontrollit te Infeksionit, ne ISHP, periodikisht kryen:

1. Sondazhe mbi qarkullimin e mikrobeve patogene ne sallën operatore
2. Marrja e mostrave mbi efikasitetin e solucioneve dezinfektante.
3. Ekzaminime mikrobiologjike te qarqeve te intubimit dhe te aspirimit dhe te tubave te oksigjenit.
4. Ekzaminime te menyres se larjes se duarve te infermieres para perdorimit te dezinfektantit dhe pas larjes me dezinfektant.
5. Ekzaminime te materialeve qe perdoren per anestezine.
6. Ekzaminime te ambienteve te Reanimacionit dhe te dhomes se zgjimit.
7. Ekzaminime mikrobiologjike te personelit per hunde dhe gryke.
8. Ekzaminime mikrobiologjike te plageve operatore.
9. Kontrollat te kryhen periodikisht nje here ne muaj nga njesia.

Normat e ngarkeses mikrobike dhe metodologjia qe perdoret ne nje ambient spitalor dhe jo vetem, jane si me poshte vijon:

1. Ekzaminimet e ajrit kryhen me metoden e sedimentimit me aparatin R.C.S (reuter-centrifugal-sampler) i cili tregon shkallen e kontaminimit te ambientit me anen e sasise se partikulave qe bien mbi pjatat rodak ne terrenin agar-gjak,saboro, ku masat e lejuara jane 100-500 mikrobe/1m³ajer.**(Izolimi dhe identifikimi i mikrobit mbi keto vlera, konsiderohet kontaminim).**
2. Ekzaminimet e siperfaqeve kryhen me metoden standarte te pjatave Rodak ne terrenin T.S.A (triptikaze-soje-agar) dhe bujon te thjeshte ku masat e lejuara jane 500-1000

mikrobe/100cm². **(Izolimi i gram-negativeve mbi keto vlera, konsiderohet kontaminim).**

3. Ekzaminimet e materialeve me nje perdorim, plage operatore, cistinave sterile, paketave kirurgjikale, behen me bujon te thjeshte, inkubimi ne 37⁰C dhe kalimi ne terrenet Agar-gjak, DC, MC. **(Izolimi dhe identifikimi i mikrobeve gram-pozitive dhe gram-negative, konsiderohen kontaminime)**

Masat ndëshkuese ndaj ndotjes mikrobike ne sallat operatore

1. Ne rastet kur evidentohen shkelje te parametrave te ngarkeses mikrobike te parashtruara me siper, gjate kontrollit periodik rutine te sallave operatore, u lihet nje interval kohor 10 ditor personave pergjegjes (kryeinfermiere, shefit te klinikes) per rikuperimin/permiresimin e situates. (Ky hap mund te vleresohet si nje paralajmerim per mbylljen e perkohshme te ambientit operator dhe nderprerjen e nderhyrjeve kirurgjikale).
2. Nese pas afatit qe u eshte lene per permiresimin e gjendjes te ngarkeses mikrobike te ambienteve operatore, ne rikontrollin pasardhes, nuk jane arritur parametrat dhe normat e lejuara, rekomandohet mbyllja e aktivitetit dhe ambienteve te salles operatore. Kjo mase mund te shoqerohet edhe me gjobe ndaj personave pergjegjes ose institucionit perkates.
3. Infeksioni spitalor eshte nje nga cilesite dhe standartet per akreditimin e Spitalor, mos arritja e ketij standarti sjell mosakreditim te tij.

Ventilimi i sallave të operimit

- Në kushtet ideale, ajri i sallave të operimit duhet të filtrohet për të redukuar përqëndrimin e baktereve të ajrit (sidomos *S.aureus*) që vjen nga personeli.
- Nëse dritaret duhet të mbesin të hapura, atëherë ato duhet të mbulohen me një rrjetë të papërshkueshme për mizat dhe insektet.
- Sistemi i kondicionimit të ajrit duhet të sigurojë së paku 15 shkëmbime ajri për një orë të ajrit të filtruar. Me një dizajnim të mirë dhe lëvizje të kufizuar të personelit, shkalla e kontaminimit me thërmiza ajrore do të jetë nën 100 cfu/ m³ (colony forming units=njësi koloni formuese) gjatë operimit.
- Ajri ultra i pastër (<10 cfu/m³) redukton rrezikun e infeksionit në ndërhyrjet kirurgjike të implantimeve. Për këtë qëllim duhet të përdoren sisteme të rrjedhjes laminare, me qarkullim ajror prej 0.5 µm/sekondë ose ventilim special i kombinuar me rrobe të papërshkueshme për bakteret.
- Filterët e ventilimit duhet të mirëmbahen dhe të kontrollohen rregullisht.
- Ekzaminimi bakteriologjik rutinor i sallave të operimit është i panevojshëm.
- Ai duhet të bëhet vetëm në rastet e dhënies së lejes për hapjen e sallës së re të operimit ose pas shpërthimit të ndonjë epidemie të infeksionit.

Higjena e personelit

- Para operimit personeli duhet të ndërrohet me rroba të pastra në dhomë të veçantë.
- Për të shmangur bartjen e mikroorganizmave patogjenë në sallën e operimit, rrobat e dedikuara për punë në sallë nuk duhet të barten jashtë sallës.
- Ekipi operator duhet të bartë mantela dhe doreza sterile.
- Për pastrimin kirurgjik të duarve shih në kapitullin e higjienës së duarve.

Pergatitja e duhur e pacientit

Rruajtja

- Rruajtja nuk rekomandohet më para operimit, sepse mund të gjërryjë lëkurën dhe rritë rrezikun e kolonizimit dhe infektimit me mikroorganizma.
- Nëse shtrohet nevoja, flokët duhet të hiqen me gërshërë ose me krema depilatore.

Dezinfektimi i lëkurës

Rëndësi qenësore ka dezinfektimi i vendit të operimit para incizionit.

Para operimit nevojitet ulje rapide e florës së lëkurës. Veprim efikas dezinfektues kanë etanoli 70%ose izopropanoli.

Por, preferohet përdorimi i tretjeve alkoolike që përmbajnë edhe dezinfektantë lëkurorë me veprim të gjatë kohor, siç janë klorheksidina ose povidon jodi.

Antiseptiku duhet të aplikohet me frikcion përreth vendit të operimit në kohëzgjatje prej 3-4 minutash. Para ndërhyrjes fusha operative duhet të lihet të thahet.

Profilaksia me antibiotikë

Antibiotikët që mbulojnë mikroorganizmat që mund ta prekin plagën, duhet të jepen në kohën e duhur, d.m.th. në momentin e dhënies së anestezise ose 1 orë para incizionit.

Ata nuk duhet të jepen në kohëzgjatje mbi 24 orë.

Mbikëqyrja e plagës operative

Për procedura të veçanta duhet të ndërmerren masa mbikëqyrëse të plagës operative.

- Shkalla e infeksionit të plagës duhet të klasifikohet në bazë të shtirjes së kontaminimit bakterial endogjen në kirurgji : e pastër , e pastër e kontaminuar dhe e ndotur
- Shkalla e infeksionit të plagës operative do të varet gjithashtu nga kohëzgjatja e ndërhyrjes dhe nga gjendja e përgjithshme e pacientit.

- Kirurgët duhet të raportojnë shkallen e infeksioneve të ndërhyrjeve të tyre kirurgjikale në mënyrë konfidenciale dhe duhet të krahasojnë atë me shkallen e infeksioneve të kolegeve të zonës përreth.

5.3 Parandalimi i infeksioneve të traktit të poshtëm respirator

Pneumonia nozokomiale është infektion i traktit të poshtëm respirator që shfaqet gjatë apo pas hospitalizimit të të sëmurët që nuk kanë pasur fazë të inkubimit të infeksionit në momentin e pranimit në spital. Diagnoza e kësaj sëmundjeje bazohet në : shenjat klinike, temperaturën e ngritur, sekrecionet qelbëzuese, ndryshimet relevante në radiografi dhe diagnozën mikrobiologjike prej mostrave të lavazhës bronkiale, aspiratit transtrakeal apo kulturës së fuqës mostruese.

Masat për të parandaluar këto infeksione përfshijnë:

Në pavionin e kujdesit ndaj pacienteve duhet të zbatohet:

- Kufizimi i medikamenteve që dobësojnë vetëdijen e pacientit (sedativet, narkotiket)
- Pozicioni si të pacienteve në gjendje kome për të minimizuar rrezikun e aspirimit.
- Mënjanimi i ushqyerjes nga goja në pacientet me çrregullime të gëlltitjes .
- Parandalim i ekspozimit të pacienteve neutropenik dhe atyre me transplant ndaj sporeve fungale (sporeve mykotike ose kërpudhore).

Pneumonia që shoqëron pacientet me ventilim mekanik në kujdesin e terapisë intensive

- Nuk duhet të ndryshohet (në mënyrë rutine) tubi i respirimit.
- Shmangia e antiacideve dhe H2 bllokuesit

- Aspirim trakeal steril
- Koka duhet të mbahet në pozicion lartë për të minimizuar riskun e pneumonisë aspirative.

Në pavjonin kirurgjikal

- Të gjitha pajisjet mjekesore të përdorura për ndërhyrje invazive gjatë fazës anestetike duhet të jenë sterile.
- Anestezistet duhet të përdorin doreza dhe maska gjatë procedurave invazive endotrakeale, vaskulare ose epidurale. Duhet të përdoret një filtër për përdorim individual (një përdorimesh) për përdorimin endotrakeal në mënyrë që të parandalohet transmetimi i mikroorganizmave midis pacientëve në rasti e ventilimit mekanik.
- Fizioterapia paraoperative parandalon pneumoninë postoperative në pacientet me sëmundje respiratore kronike.

Pacientet neurologjik me trakeostomi (me ose pa ventilim mekanik).

- Aspirim steril me shpeshtësinë e duhur.
- Pastrim dhe dezinfektim i duhur i pajisjeve respiratore
- Fizioterapi për të ndihmuar drenimin e sekrecioneve.

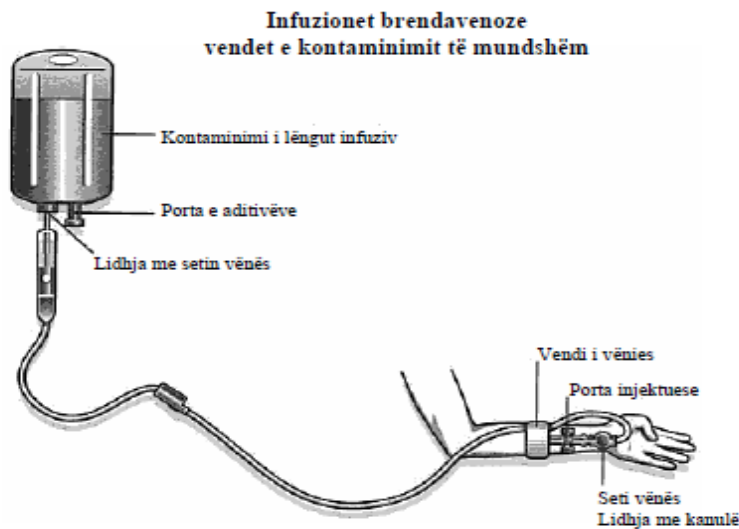
Infeksionet me anë të rrugëve vaskulare

Infuzionet brendavenoze janë ndër procedurat më të shpeshta invazive të cilat kryhen në spital. Këto infuzione jepen përmes venave periferike dhe atyre qendrore.

Infeksionet e shkaktuara si rrjedhojë e përdorimit të këtyre pajisjeve janë të shpeshta, dhe në shumë shtete kateterët brendavenozë janë burimi më i shpeshtë i bakteremive nozokomiale. Parimet që përdoren për parandalimin e infeksioneve janë të ngjashme si për kateterët periferikë, ashtu edhe për ata qendrorë.

Mund të ndodhin infeksione lokale dhe sistemike. Ato janë me të shpeshta ne kujdesin e terapisë intensive.

Figura2. Porta e hyrjes së mikroorganizmave në sistemin IV



Masat parandaluese kryesore për të gjithë llojet e katetereve vaskulare përfshijnë:

1. Shmangia e kateterizimit dhe vendosja e tij vetëm në rast të indikacionit mjekësor
2. Mbajtja e një niveli të lartë asepsie gjatë vendosjes së kateterit
3. Mbajtjen e kateterit për një kohe sa me të shkurtër që të jetë mundur
4. Përgatitja aseptike dhe e menjëhershme e lëngjeve para përdorimit.

Masat Per Kateteret Periferik Vaskular

- Duart duhet të lahen me tekniken e duhur higjienike para çdo procedure .
- Pastrim dhe dezinfektim i lëkurës në zonën e vendosjes së kateterit me një solucion antiseptik.
- Ndryshimi i venave bëhet jo aq shpesh sa ndryshimi i kateterave përveç rasteve të transfuzionit të gjakut ose intralipidive dhe në rastet e ndërprerjes së perfuzionit.
- Ndryshimi i veshjes nuk është i nevojshëm.
- Në se kemi shfaqje të infeksionit lokal dhe të flebitit atëherë kateteri duhet të hiqet menjëherë.

Masat per Kateterizimin Venoz Qendror

- Pastrimi zonës me një solucion antiseptik.
- Nuk duhet të aplikohet pomade antimikrobiale në vendin e hyrjes së kateterit.
- Respektimi i veshjes se duhur gjatë procedurës se vendosjes së kateterit (maske ,kapuç doreza sterile,përparëse)
- Procedura e vendosjes së kateterit kërkon zbatimin e metodës se larjes kirurgjikale te duarve.(Shih Protokollin e higjenes se duareve)
- Vazhdimi i kujdesit aseptik gjatë vendosjes se sistemit te kateterit duke përfshirë dezinfektimin e zonës përreth hyrjes se kateterit.
- Ndryshimi i venave nuk duhet të behet me tepër se një here në tre dite, ndryshimi i venave është i nevojshëm në rastin e transfuzionit të gjakut . derivateve te tij, intralipideve, dhe ne rastin e ndërprerjes se transfuzionit.
- Ndryshimi i veshjes dhe ndjekja e rregullave të asepsisë gjatë ndryshimit të venave.
- Të përdoret një garze sterile ose transparente për të mbuluar vendin e kateterit.
- Mos rivendos kateterin në vendin ku suspektohet infeksioni.
- Numri i madh i vendeve të vendosjes së kateterit rrit rrezikun për infeksione
- Preferohet një lumen i vetëm nëse është e mundur.
- Kateterat të mbushur me antimikrobiale mund të ulin rrezikun për infeksione në rastin e kateterizimit për kohe të shkurtër(<10 dite).
- Preferohet vena subklavia në vend të asaj jugulare dhe femorale.

- Përdorimi i kateterizimit periferik në vend të atij qendror në se është e mundur.

Vendosja e Kateterit Venoz Qendror për kohe të gjate (>30 dite).

Masat parandaluese për këto paciente përfshijnë:

- Bërja e banjës paraoperative dhe vendosja e kateterit në kushte kirurgjikale në sallën e operacionit
- Përgatitja lokale përfshin larjen dhe antisepsinë me një solucion antiseptik të gradës së lartë si për të gjithë procedurat e tjera kirurgjikale.
- Duhet të vishen Maska , kapuçi, dorezat sterile dhe veshja e posaçme. Kontakti me kateterin kërkon zbatimin e procedurës së larjes kirurgjikale të duarve.
- Mbajtja mbyllur e sistemit gjatë kohës kur aparati është në përdorim; ndryshimi i linjës vaskulare mund të bëhet një herë në 5 ditë në rastin e kateterizimit të vazhdueshëm dhe pas çdo ndërhyrjeje në rastin e përdorimit intermitent; ndryshimi i linjës vaskulare është i nevojshëm në rast të transfuzionit të gjakut dhe në rastet e ndërprerjes së perfuzionit.

Masat ndahen në tre kategori:

1. Asepsia e përgjithshme
2. Kujdesi për vendosjen e kateterit
3. Principet kryesore për menaxhimin e kateterit.

1. Asepsia e Përgjithshme

- 1.1 Për vendosjen e sistemit të kateterit dhe kujdesin për vendin e vendosjes së kateterit duhet të përdoret një teknikë aseptike .

1.2 Duhet të bëhet dekontaminimi i duarëve para vendosjes së kateterit duke bërë larjen e tyre me sapun të lengshëm antimikrobial ose duke përdorur një pastrues me përmbajtje alkooli .

1.3 Duart që janë tepër të ndotura dhe që duken me sy të lire ose që janë të kontaminuara me materiale organike duhet të lahen me ujë e sapun para përdorimit të solucionit alkoholik .

1.4 Në rastin e manipulimeve në vendin e hyrjes së kateterit duhet të ndiqen teknikat e duhura të antisepsise së duarve , dorezave të pastra ose dorezave sterile .

2 Kujdesi për Vendin e Kateterit

2.1 Për të mbuluar vendin e kateterit është e preferueshme të përdoret fasho poliuretane sterile, transparente, gjysëmpërshkuese .

2.2 Nëse pacienti në vendin e kateterit ka djersitje profuse ose gjakrrjedhje duhet të përdoret një garze pambuku jo transparente .

2.3 Garza duhet të nderrohet kur ajo laget , lirohet , ndotet dhe nevoja për nderrimin e garzave duhet të vlerësohet çdo ditë . Garza sterile duhet të zëvendësohet me atë transparente sa më shpejt të jetë e mundur .

2.4 Garza transparente duhet të nderrohet pas 7 ditësh ose më shpejt kur ajo nuk është intakte dhe është ndotur ose kur janë grumbulluar mbeturina në të.

2.5 Duhet të përdoret një solucion alkoolik glukonat klorheksidine për të pastruar vendin e kateterit gjatë nderrimit të garzave . Në rast të ndalimit nga ana e prodhuesve të kateterit për përdorimin e solucionit alkoolik përdoret një solucion ujor glukonat klorheksidine .

2.6 Duhet të përdoret një pakete individuale e materialeve dhe solucionit dizinfektues për procedurën e dizinfektimit të vendit të hyrjes së kateterit.

2.7 Personeli shëndetësor duhet të sigurohet që kujdesi për vendin e kateterit është në përputhshmeri me materialet e kateterit dhe në përputhshmeri me rekomandimet e prodhuesit.

3. Principet kryesore për menaxhimin e kateterit

3.1 Pjesa hyrëse e kateterit duhet të dekontaminohet duke përdorur një solucion alkoolik ose një solucion alkoolik glukonat klorheksidine para dhe pas vendosjes së sistemit.

3.2 Filtrat e brendshëm nuk mund të përdoren në formë rutine për parandalimin e infeksionit

4.3 Blloku me solucion antiobitiku për parandalimin e infeksioneve të gjakut të lidhura me kateterin nuk duhet të përdoret rutine

3.4 Profilaksia sistemike me antimikrobale për parandalimin e kolonizimit të kateterit nuk duhet përdorur rutine por vetëm para vendosjes së kateterit dhe gjatë përdorimit të kateterit venoz qendror

3.5 Kur rekomandohet nga prodhuesi, në kateter në lumenin e tij në pjesën e fundit mund të hidhet solucion heparine.

3.6 Antikoagulantët sistematik nuk duhet të përdoren rutinë.

VI. Protokoll për Përdorimin e Antibiotikëve

Në ditët e sotme mjaft mikroorganizma kanë zhvilluar rezistencë ndaj antibiotikëve të ndryshëm dhe në disa raste ndaj pothuajse të gjithë antibiotikëve. Bakteriet që zhvillojnë

rezistence mund të jene teper të rrezikshme dhe mund të rrisin shkallen e morbozitetit dhe mortalitetit, vecanërisht tek pacientet me semundje të tjera ose që janë me imunitet të kompromentuar. Rezistenca ndaj antibiotikeve është një problem dhe në popullate por në spitale transmetimi i këtyre bakterieve amplifikohet pasi pacientët ketu janë me vulnerabël.

Përdorimi i duhur i antibiotikëve

Cdo institucion shendetësor duhet të ketë një udhëzues për përdorimin e antibiotikëve. Qëllimi është që të përshkruhet në mënyre efektive duke minimizuar kostot dhe duke ulur rezistencen ndaj antibiotikëve.

- Përdorimi i cdo antibiotiku duhet të justifikohet nga diagnoza klinike dhe nga mikroorganizmi infektues
- Perpara se të fillohet kura me antibiotike nevojitet marrja e kulturave për të kryer një ekzaminim bakteriologjik, në mënyrë që të konfirmohet se trajtimi eshte ai i duhuri
- Mjeku duhet të përditësohet mbi prevalencën e rezistencës në spital
- Duhet të përdoret antibiotiku që ka spektrumin me të ngushte
- Kombinimi i antibiotikëve duhet të evitohet nëse është e mundur
- Duhet të përdoret doza e duhur pasi dozat e ulëta mund të mos jenë efektive për trajtimin e infeksionit dhe cojnë në këtë menyrë në zhvillimin e rezistencës.

Nga ana tjetër dozat më të larta mund ti shkaktojnë pacientit efekte anesore të padëshirueshme dhe mund të mos parandalojnë zhvillimin e rezistencës.

Profilaksia me Antibiotikë

Profilaksia me antibiotike përdoret vetem në rastet kur eshte dokumentuar se sjell me shumë të mira se rreziqe. Disa perdorime të profilaksise me antibiotike përfshijne rastet e mëposhtme:

- Profilaksi për nderhyrje kirurgjikale specifike
- Profilaksi për endokarditin

Per profilaksi per nderhyrjet kirurgjikale trajtimi me antibiotike me rrugë intravenoze duhet të fillohet një ore para nderhyrjes ose në momentin e dhënies së anestezise

dhe të vazhdohet për maksimum 24 orë.

Në pjesën me të madhe të rasteve profilaksia me një dozë të vetme para operacionit është e mjaftueshme.

Regjimi i trajtimit zgjidhet në bazë të patogjeneve, prevalences se rezistencës ne sherbimin kirurgjikal, llojit të ndërhyrjes kirurgjikale, gjysme jetës biologjike të antibiotikut dhe kostos së medikamentit.

Administrimi i antibiotikëve për profilaksi për një periudhe më të gjatë nuk është e rekomandueshme pasi ka një risk për infeksion nga një patogjen rezistent.

Perdorimi i profilaksise nuk duhet të jetë kurresesi një zëvendësues i praktikës së duhur aseptike kirurgjikale.

Rezistenca ndaj antibiotikeve

Infeksionet nozokomiale zakonisht shkaktohen nga mikroorganizma që janë rezistent ndaj antibiotikeve. Masat që duhen ndërmarr për të parandaluar përhapjen e mëtejshme të shpërthimeve të infeksioneve me patogjen që janë rezistent ndaj antibiotikeve, janë paraqitur në tabelën e mëposhtme

Tabela 3. Masat parandaluese ndaj përhapjes së infeksioneve me patogjen rezistent ndaj antibiotikëve

1.Të identifikohet burimi i infeksionit

Pacientët e infektuar

Kontaminimi mjedisor

2.Ndalim i përhapjes së infeksionit

Të përmirësohet dezinfektimi dhe larja e duarve

Të izolohehen pacientët e infektuar/mbartës

Të mos bëhen shtrime të reja në atë pavijon

3.Të zvogëlohet risku i mbartësit

Të kontrollohet përdorimi i antibiotikëve (të kufizohet ose të ndërpritet)

4.Praktikat e mira

Shqyrtimi analitik nëse ka nevojë apo jo i sëmuri për antibiotikë;

Shmangia e trajtimit të të sëmurëve të kolonizuar që nuk kanë infeksion;

Në përgjithësi, nëse gjendja klinike është në përmirësim e sipër, nuk duhet të ndërrohet terapia me antibiotikë;

Nëse brenda 72 orësh nuk ka përgjigje klinike, atëherë duhet të rimerret në konsideratë diagnoza klinike, përzgjedhja e antibiotikut dhe mundësia e infeksionit sekondar;

Antibiotikët jepen për minimumin e kohës që do të jetë efektive në trajtim;

Pas pesë ditësh me terapi, të shqyrtohet kohëzgjatja e terapisë me antibiotikë;

Të aplikohet “ndalesa” e përdorimit të antibiotikëve, në rastet kur ata janë përshkruar për periudhë të caktuar; vazhdimi i terapisë të bëhet vetëm me përshkrim të ri;

Roli i laboratorit mikrobiologjik

Laboratori mikrobiologjik luan një rol të rëndësishëm në rezistencën ndaj antibiotikëve. Këto përfshijnë:

- Laboratori duhet të kryejë testet mbi ndjeshmërinë e mikrobeve të izoluara ndaj antibiotikëve
- Duhet të kryejë teste të tjera plus sipas kërkesës, për mikroorganizma që janë rezistente

- Duhet te Monitooje dhe raportoje tendencën e prevalencës së rezistencës ndaj antibiotikëve
- Lajmëron me shpejtësi në rastet kur vihet re ndonjë tendencë e çuditshme në rezistencën ndaj antibiotikëve

Qëllimi kryesor i laboratorit mikrobiologjik është që të ndihmojë mjekun në përzgjedhjen e antibiotikut të duhur, duke kryer më parë testet mbi ndjeshmërinë e mikroorganizmave ndaj antibiotikëve.

Monitorimi i përdorimit të antibiotikëve

Përdorimi i antibiotikëve në institucionet shëndetësore duhet të monitorohet. Zakonisht ky monitorim kryhet nga departamenti i farmacisë dhe duhet ti raportohet në kohë Ekipit për përdorimin e antibiotikëve. Monitorimi duhet të përfshijë sasinë e antibiotikëve të ndryshëm që përdoren gjatë një kohe të caktuar si dhe trendin e përdorimit të antibiotikëve në kohë. Gjithashtu duhet të analizohet përdorimi i antibiotikëve në fusha specifike si: pavijoni onkologjisë/hematologjisë, reanimacion etj..

VII. Protokoll per Masat Parandaluese ne rastet e Ekspozimit Profesional

Personeli shëndetësor është në risk të lartë për marrjen e infeksioneve nëpërmjet ekspozimit profesional. Punonjësit e spitalit mund gjithashtu të transmetojnë infeksionet tek pacientët dhe personeli.

Parandalimi i infeksionit- Masa te përgjithshme parandaluese

1. Të mbahen shënime të sakta me qasje të shpejtë për ekspozimet profesionale;
2. Çdo punëtori të ri t'i merret anamneza për sëmundjet infektive dhe te vaksinohen kundër sëmundjeve që mund të parandalohen me vakcina;

3. Të bëhet vlerësimi dhe t'u jepet pushim mjekësor punonjësve që lëngojnë nga sëmundje ngjitëse apo janë të ekspozuar ndaj infeksionit;
4. Zbatimi i protokolleve perkatese per pastrimin e ambienteve te punes ne rastet e ndotjes me materilale infective (si gjak,plazem, mostra te ndryshme per egzaminime laboratorike etj)
5. Kontrolli periodik te pakten nje here ne vit i te gjith stafit per hepatitin B,C dhe HIV dhe dokumentimi i rezultateve te tyre.
6. Kurre mos vendos kapucin e ages kur mbaron manipulimet me age. Agia duhet te vendoset ne kuti kartoni apo kuti te posacme per mjete te mprehta e cpuese.
7. Ne rast cpimi me nje age apo mjet tjeter potencilaisht te ndotur me material potencialisht infektues(si gjak ose plazem) shrtydhet fort gishti apo vendi i cpimit per rrrjedhjen e gjakut dhe shpelahe me uje te rjedhshem dhe sapun. Mos e bej me alkool sepse alkooli ka veti fiksuese.
8. Të mundësohet që çdo punëtor shëndetësor ta mbulojë lëndimin në lëkurë me lidhëse nga materiali që i reziston ujit.
9. Lajmerohet shefi i repartit dhe kryeinfermieri ose kryelaboranti per cdo infektim te mundshem te stafit dhe aksidenti shenohet ne nje regjister te vecante qe duhet te kete cdo sherbim per gjendjen shendetesore te stafit(si rezultatet e testimeve laboratoike, kalendari i vaksinimit , dozen e vaksinimt).
10. Të mbahen shënime në “librin e aksidenteve” për secilin rast aksidental të shpimit me gjilpërë në vendin e punës dhe për lëndimet e tjera; të dhënat epidemiologjike për ekspozimin ndaj prodhimeve të gjakut duhet te analizohen periodikisht për të kontrolluar praktikrat e punës dhe për identifikimin e rreziqeve që mund të parandalohen
11. Te kryhet kontrolli per infeksonet te trnsmetueshme me ane te cpimit si hep B,C HIV te personit ne momentin e cpimit dhe dhe nje kontroll i dyte pas nje periudhe kohore prej dy-3 muajsh.
12. Vaksinimi i stafit per hepatitin B sipas protokollit perkates me 3 doza. Perpara vaksinimit duhet detyrimisht te behet testimi per HBsAg per te percaktuar nese individi duhet te vaksionohet ose jo. Kalendari i vaksinimit per stafin mbahet nga shefi i repartit ose kryelab/kryeinfermieri.

Masat per parandalimine e HBV, HCV, HIV

Faktorët që shoqërohen me një mundësi të lartë të marrjes së infeksionit e HBV, HCV, HIV nga personeli shëndetësor përfshijnë:

- Dëmtimet e thella (intramuskulare)
- Gjak i dukshëm ne pajisjen dëmtuese
- Pajisje dëmtuese që është përdorur për injeksion
- Pacientët me ngarkese të larta virale
- Shpimet me aq

Për të ulur riskun për të gjithë patogjenet që përhapen me anë të gjakut duhet:

- Zbatimi i masave parandaluese rutinë me përdorimin e barrierave mbrojtëse të përcaktuara.
- Përdorimi i pajisjeve të sigurt dhe sistemeve të posaçme për hedhjen e mjeteve të mprehta për të limituar ekspozimin ndaj tyre.
- Vazhdimin e trajnimit të personelit shëndetësor në lidhje me sigurinë ndaj mjeteve të mprehta.

Ekspozimi ndaj Hepatitit B

Infeksioni i personelit shëndetësor me infektion të hepatitit B mund të ndodhë në rastet e pacienteve me HBsAg ose HBeAg pozitive.

Në rast të dëmtimit me mjete të mprehta masat parandaluese për hepatitin B janë:

1. Testimi në kohën e ekspozimit për të identifikuar nëse personi është i infektuar apo jo.
2. Për imunizimet e mëparshme me antikorpet anti HBs me titer $\geq 10 \text{ mIU/ml}$ nuk rekomandohet trajtim i mëtejshëm.
3. Për të tjerët rekomandohet profilaksia që konsiston në injektimin intramuskular të imunoglobulinave për Hepatitin B dhe kursin e plotë të vaksinimit për hepatitin B.

Imunoglobulinat për Hepatitin B duhet të administrohen sa më shpejt të jetë e mundur brenda 48 orësh dhe jo më larg se 1 javë pas ekspozimit.

4. Serologjia pas ekspozimit duhet të merret për të identifikuar një përgjigje serologjike adekuate. Hepatiti D ndodh vetëm në personat e infektuar me hepatitin B dhe transmetohet me të njëjtën rrugë. Masat parandaluese për sa i përket hepatitit janë gjithashtu efektive për agjentin delta.

Ekspozimi ndaj Hepatit C

Rruga e infektimit është e njëjte me atë të hepatitit B.

1. Nuk është i mundshëm trajtimi pas ekspozimit por mund të bëhet serokonvertimi.

2. Si në rast të hepatitit B duhet të bëhet testimi për hepatitin C për pacientin që mendohet se mund të ketë qenë burimi.

Infeksioni me Neisseria Meningitis

N. Meningitis mund të transmetohet me ane të rrugëve respiratore.

1. Infeksionet spitalore janë të rralla por agresiviteti i këtyre patologjive justifikon kemoprofilaksin e përshtatshme për kontaktet e ngushta midis pacientesh dhe personelit shëndetësor.

2. Kontakti i ngushtë është përkufizuar si kontakt goje me goje siç është në rastin e tentativës për ringjallje.

Profilaksia e rekomanduar përfshin:

1. Rifampin (600mg 2 here në ditë për dy ditë) dhe një dozë e vetme ciprofloksacinë (500mg) ose një dozë e vetme ceftriaksoni (250mg) IM

Mykobakterium tuberkulozis

Transmetimi tek stafi i spitalit bëhet nëpërmjet rrugëve respiratore nga piklat e vogla dhe zakonisht nga pacientet me tuberkuloz pulmonar.

Në rastet e ekspozimit të stafit personat me mantoux pozitiv(>10mm skuqje lokale e lëkurës) duhet të bëjmë profilaksi me izoniazid kjo do të jete në përshtatje me rekomandimet lokale.

VIII. Protokoll per Marrjen e Mostrave ne mjediset Spitalore

Mostrimi i drejtë i materialit për analizë mikrobiologjike është hapi më i rëndësishëm në diagnozën e saktë të një infeksioni. Diagnostika mikrobiologjike klinike përfshin veçimin dhe

identifikimin e mikroorganizmave që shkaktojnë sëmundje ngjitëse. Diagnoza e saktë mikrobiologjike ndikon drejtpërdrejt në trajtimin dhe ecurinë e sëmundjes për pacientin.

Diagnostika mikrobiologjike përfshin:

1. Marrjen e mostrës;
2. Transportin e mostrës;
3. Përpunimin e mostrës me veçimin e shkaktarit të infeksionit, identifikimin e tij si dhe përcaktimin e ndjeshmërisë ndaj antimikrobikëve;
4. Raportimin dhe interpretimin e rezultatit të ekzaminimit mikrobiologjik.

Për analizë mikrobiologjike ne ambjentet e spitalit merren mostra nga të gjitha pajisjet, që ndodhen ne spital , duke u specifikuar ne ambjentet e salles operatore, reanimacion , ne dhomat e pacjenteve dhe tek dhoma e mjekimit.

Rregullat themelore të mostrimit:

1. Sasia e materialit duhet të jetë e mjaftueshme. Sasia e pakët e mostrës mund të japë rezultat fals negativ. Sa më e madhe të jetë sasia e mostrës, aq më të mëdha janë gjasat për izolimin e shkaktarit të infeksionit.

4. Mostrimi duhet bërë me mjete sterile dhe nën masa rigoroze të asepsis. Kjo është e rëndësishme për t'u mbrojtur si personeli që punon ne salle , ashtu edhe personi i cili merr mostrën.

5. Mostra duhet të merret me pajisje përkatëse sterile dhe pa gjurmë të dezinfektantëve. Preferohet që ato të jenë për një përdorim.

SHËNIM

Të gjitha mostrat duhet të shoqërohen me fletëpërcjellësen përkatëse.

Në të duhet të shënohen qartë këto të dhëna:

- Vendi ku është marrë ekzaminimi,
- Numri i protokollit,
- Koha e mostrimit,
- Përshkrimi i saktë i llojit të mostrës dhe vendit ku është marrë,
- Reakordimin e nr. të ekzaminimit (në pjatë Rodak, ose tub bujon,)
me nr. e protokollit të regjistrimit.

TRANSPORTI I MOSTRAVE.

Shumë mikroorganizma janë të ndjeshëm në ndryshimet e temperaturës , lagështisë dhe në vonesën e përpunimit të mostrës. Mostrat mikrobiologjike dallojnë nga mostrimet e tjera klinike.

Mikroorganizmat janë qenie të gjalla. Ato shumohen dhe vdesin shumë shpejt. Nëse ato shumohen ose vdesin gjatë mostrimit, transportit ose deponimit, mostra nuk do të jetë më reprezentative për procesin e sëmundjes të pacientit të mostruar.

Transporti i materialit përfshin intervalin kohor prej marrjes së mostrës e deri të dërgimi në laboratorin mikrobiologjik. Gjatë transportit është me rëndësi të ruhet vitaliteti i mikroorganizmave.

Rregullat themelore të transportit të mostrave:

1. Materiali i mostruar klinik duhet të transportohet menjëherë në laborator. Kufiri i preferuar i transportit në laborator për shumicën e mikroorganizmave është 2 orë;
2. Nëse mostra nuk mund të transportohet shpejt në laborator, atëherë ndërmerren masa për mbrojtjen e saj deri në momentin e përpunimit në laborator. Preferohet që materiali menjëherë të mbillet në terrenet ushqyese. Nëse kjo nuk është e mundur për shkaqe të ndryshme, atëherë mostra duhet të merret dhe të transportohet me terrene transportuese. Përmes terreneve transportuese pengohet tharja e mikroorganizmave, mbahet pH neutrale si dhe ulet në minimum shumimi i tyre. Këto terrene përmbajnë buferë dhe sasi minimale të materieve ushqyese.
3. Materjali i marre nga Ajri në pjatë rodak, nga sipërfaqet në bujon dhe të tjerë materialet sterile duhet të dërgohen në laboratorin tonë në Institutin e Shëndetit Publik.

IX. Protokoll mbi Sistemin e Raportimit të Infeksioneve Spitalore

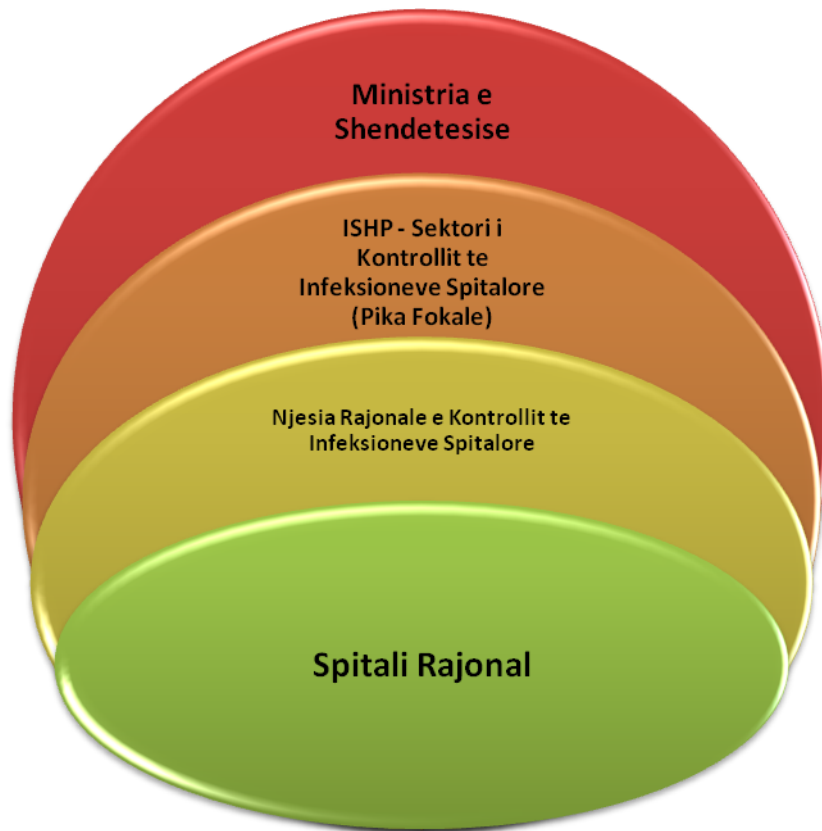
SKEMA E RAPORTIMIT TË DETYRUESHM TË INFEKSIONEVE NOZOKOMIALE .

Ne rastin e infeksioneve nozokomiale të ndodhura në një ambient spitalor apo sallë operatore, skema e raportimit dhe feedback-ut është si më poshtë:

1. Rasti i evidentuar raportohet në njësinë e kontrollit të infeksioneve spitalore, i cila gjendet pranë çdo Spitali Rajonal në vend, sipas formularit bashkëngjitur.
2. Njësia e kontrollit të infeksioneve spitalore raporton në pikën fokale të infeksioneve spitalore në Institutin e Shëndetit Publik.
3. Sektori i Kontrollit të Infeksioneve Spitalore pranë ISHP-së (pika fokale), raporton në Ministrinë e Shëndetësisë pranë Drejtorisë së Përgjithshme të Politikave Shëndetësore dhe Drejtorisë Spitalore, dhe QKSCA.

4. Cdo Njesi e Kontrollit te Infeksioneve Spitalore duhet te raportoje ne menyre periodike, cdo 3 muaj, prane pikes fokale ne ISHP, ne lidhje me rastet e evidentuara, tipin e infeksionit dhe sallen/pavionin ne Spitalet perkatese Rajonale. Kjo behet pas kontrolleve rutine sistematike sipas planit te paracaktuar nga vete njesia per kontrollin e matjes se ngarkeses mikrobike ne ambientet spitalore.

**Raportimi eshte i detyrueshem edhe per 0 raste te evidentuara.*



Formulari i raportimit te infeksioneve spitalore

Formulari Nr.1 Për infeksionet spitalore ne pavione te ndryshme

Data (dd/mm/vv)

Emri i Spitalit

Pavijoni

Specialiteti

Pacienti

Identifikimi i Pacientit

Mosha

Gjinia

☐ Mashkull

☐ Femër

Data e shtrimit në spital (dd,mm,vv)

Ekspozimi i pacientit

Procedurë kirurgjikale (gjatë muajit të fundit) ☐ PO ☐ JO

Kateter Urinar ☐ PO ☐ JO

Ventilim Mekanik ☐ PO ☐ JO

Kateter Intravaskular ☐ PO ☐ JO

Antibiotik ☐ PO ☐ JO

Nëse janë përdorur antibiotik, ato janë përshkruar për:

☐ Profilaksi ☐ Trajtim ☐ Tjetër/Nuk dihet

Infeksion Nozomial☐ PO☐ JO

Nëse po plotëso pjesët e mëposhtme:

Infeksion në vendin e ndërhyrjes kirurgjikale

☐ PO☐ JO

Infeksion Urinar

☐ PO☐ JO

Infeksion sistemik

☐ PO☐ JO

Pneumoni

☐ PO☐ JO

Infeksione të tjera respiratore

☐ PO☐ JO

Infeksione nga kateterët

☐ PO☐ JO

Infeksione të tjera nozokomiale

☐ PO☐ JO

Formular Nr. 2 Për mbledhjen e të dhënave për mbikëqyrjen e infeksioneve në vendin e ndërhyrjes kirurgjikale

Emri i Spitalit

Pavijoni**Pacienti**

Identifikimi i Pacientit

Mosha

Gjinia ☐ Mashkull ☐ Femër

Data e shtrimit në spital (dd,mm,vv)

Data e daljes nga pavijoni (dd,mm,vv)

Operacioni

Data e operimit (dd,mm,vv)

Procedura kryesore (kodi)

Klasifikimi i plagës ☐ E pastër ☐ E kontaminuar
☐ E pastër/kontaminuar ☐ E pisët/infektuar

Probabiliteti për infeksion ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Kohëzgjatja e Operacionit

Urgjente	☐ PO	☐ JO
Protezë/Implant	☐ PO	☐ JO
Procedura të shumëfishta	☐ PO	☐ JO
Laparoskopi	☐ PO	☐ JO

Antibiotikët

Profilaksi me Antibiotikë ☐ PO ☐ JO

Data e fillimit të antibiotikëve

Kohëzgjatja e antibiotikëve

Infeksioni në vendin e ndërhyrjes kirurgjikale

Infeksion në vendin e ndërhyrjes kirurgjikale

☐ PO

☐ JO

Data e fillimit të infeksionit

Vendi i infeksionit

☐ Sipërfaqësor

☐ I thellë

☐ Prek organin

Mikroorganizmi 1

Mikroorganizmi 2

Data e kontaktit të fundit

X.Indikatore të monitorimit të Protokollit:

1. Diteqendrimi i pacienteve në spital
2. Sasia e Konsumit të Antibiotikeve

XI. Bibliografia:

Udhërrefyesi për Parandalimin dhe Kontrollin e Infeksioneve Spitalore

XII.Shtojcat e Protokollit

Shtojca 3. Kërkesat minimale për mbrojtjen e personelit dhe të të sëmurëve

Parandalimi i përhapjes së infeksionit shpesh kërkon “ndërprerjen e zinxhirit të infeksionit”, d. m. th. ndërpritet rruga normale e përhapjes së infeksionit.

Kontakti: Të pastrohen duart rregullisht pas kontaminimit të mundshëm si dhe para fillimit të përkujdesjes për të sëmurin. Nëse duart nuk janë shumë të papastrat, atëherë për pastrim mund të përdoren edhe antiseptikët. Çdo herë që kontaktohet mukoza apo lëkura e dëmtuar, duhet mbajtur dorëza, të cilat duhet të jenë të pastra në momentin e përdorimit. Gjatë kontaktit me lokacione sterile të organizmit duhet përdorur dorëza sterile. Nëse ka nevojë, duhet përdorur edhe pajisjet e tjera plotësuese për mbrojtje në punë: syzet mbrojtëse të gjitha procedurat që mund të shoqërohen me stërpikje dhe dorëzat adekuate gjatë kontaktit me substancat trupore të lëngshme. Para procedurave të punës ndërmjet dy të sëmurëve të njëpasnjëshëm, duhet dezinfektuar të gjitha pajisjet. Të gjitha mostrat klinike duhet të përpunohen asisoj që të konsiderohen si të infektuara. Gjatë manipulimit me rroba të ndyera dhe mbeturina duhet shmangur kontaktin me lëkurë.

Ajri: Kufizimi i personelit të ndieshëm ndaj ekspozimit është strategjia parandaluese më e dobishme, e shpesh edhe e vetmja kundrejt sëmundjeve të cilat përcillen pjesërisht apo plotësisht përmes ajrit. Maskat kirurgjike të rëndomta ofrojnë mbrojtje minimale. Maskat respiratore të efikasitetit të lartë, mund të ofrojnë njëfarë mbrojtjeje të personelit që ka kontakt të ngushtë me të sëmurët nga tuberkulozi. Mirëpo, maskat e tilla janë të shtrenjta dhe nuk janë çdo herë në dispozicion. Nuk është sqaruar ende efikasiteti i tyre në mbrojtjen e personelit gjatë përhapjes masive të virusëve të morbillit dhe variçellës.

Gjaku: Për shkak të mundësisë së ekspozimit ndaj virusit të hepatitit B nga gjaku i të

sëmurëve, rekomandohet imunizimi i gjithë personelit shëndetësor të ekspozuar ndaj gjakut dhe lëngjeve trupore. Mirëpo, imunizimi nuk e pakëson nevojën për procedura të sigurta praktike, të cilat reduktojnë lëndimet me mjete të mprehta dhe ekspozimet e tjera ndaj gjakut. P.sh. vendosja e kapakut në gjilpërë, pas përdorimit duke shfrytëzuar teknikën me një dorë. Mjetet e mprehta pas përdorimit dhe para dispozimit, duhet të vendosen në kuti që i rezistojnë shpuarjeve. Gjatë manipulimit me gjak apo me material të kontaminuar me gjak duhet të përdoret teknika e mosprekjes (pinceta ose dorëza). Gjatë punës me mjete të mprehta, duhet doemos të barten dorëzat; dorëzat nga lateksi njëstresor dukshëm e reduktojnë inokulumin e gjakut .

Njëkohësisht, duhet të përpilohet rregullorja për paraqitjen e rasteve të ekspozimit të gjakut në Departamentin e Mjekësisë së Punës, si dhe për masat të cilat duhen ndërmarrë në këto raste. Mbikqyrja e ekspozimit profesional ndaj gjakut mund të japë të dhëna të cilat çojnë në masat parandaluese. Raportimi rutinor i rasteve aksidentale është i pamjaftueshëm dhe i pasaktë në udhëzimin e strategjive parandaluese; prandaj, në këto raste nevojiten hulumtime të fokusuara. Studimet te tilla të kryera nëpër reparte me rrezik të lartë profesional të ekspozimit ndaj gjakut, kanë dëshmuar se personeli ka arritur ta zvogëlojë përgjysmë shpeshtësinë e ekspozimit përmes ndryshimit të praktikave të punës dhe forcimit të masave mbrojtëse.

Shtojca Nr 2.

Llojet e dezinfektanteve , Karakteristikat dhe Aktiviteti anti mikrobik I tyre

Niveli i dezinfektimit te kerkuar	Spektri i aktivitetit te dezinfektantit	Perberesit aktive potenciale qe arrijne kete spekter aktiviteti	Faktoret qe ndikojne ne efikasitetin e dezinfektantit
I larte	• Mykobaktericid • Virucid • Fungicid • Baktericid	Acidi Peracetik • Dioksidi i klorines • Formaldehyded • Glutaraldehyde • Hipokloriti i Na • Peroxidi i hidrogjenit i stabilizuar • Sucinaldehyd (aldehid sucinik)	Pergendrimi • Kohezgjatja e kontaktit • Temperatura • Prezenca e mases organike • pH • Prezenca e kalciumit te magnezit ose hekurit
I mesem	Tuberkulocid • Virucid • Fungicid • Baktericid	Derivatet e fenolit • Alkooli etilik dhe izopropili	
I ulet	Baktericid	Amoniumi katersh • Ampfiprotic • Amino acide	

Aktiviteti antimikrobik i dezinfektanteve.

Dezinfektanti	Sporet	Myko bakteret	Bakteret e tjera	Viruse me mbeshtj.	Viruset pa mbeshtj.
Gluteraldehidi 2% (3-10 min)	+	+	+	+	+
Acidi paraacetik 0,2-035 % (10 min)	+	+	+	+	+/-
Alkoli 60-70 % (1-10 min)	-	+/-	+	+	+/-
Komponimet e peroksigjenit 3-6 % (20 min)	-	-	+	+	+/-
Komponimet e clorit Clor aktiv 5 % (15-60 min)	+	+	+	+	+
Fenolet 1-2 %	-	+	+	-	-
Komponimet kuaternare te amonit 01-05 %	-	+/-	+/-	+/-	-

Karakteristika te tjera te dezinfektanteve

Dezinfektuesi	Stabiliteti	Inaktivimi me mat.organike	Veprimi korrodues	Veprimi irritues
Gluteraldehidi	14-28 dite	Jo efikas	-	-
Acidi paraacetik	< 1 dite	-	+/-	+/-
Alkoli	Te plote	efikas	-	Jo (Ndizet)

Komponimet e peroksigjenit	7 dite	efikas	+/-	-
Komponimet e clorit	Jostabel <1 dite	+	+	+
Fenilet	+	-	+/-	+
Komponimet kuaternare te amonit	+	+	-	-

METODIKA PER EKZAMINIMIN E SOLUCIONEVE DEZINFEKTANTE .

Ekzaminimi i **solucioneve dezinfektante** behet per pranine e mikrobeve në enët e këtyre solucioneve .

Me pipete sterile merret 1 ml nga solucioni ne perdorim qe eshte ne ene (legen , bacele).

Mostra prej 1 ml hidhet ne nje tub qe permban **9 ml bujon** me ose pa neutralizant.

Inkubohet per 24 ore ne 37oC, dhe me nje pipete pasteri me maje te holle merret 5-6 ml solucion dezinfektanti + bujon dhe nga ajo pikohet 10 pika te vecuara ne sejcilen prej dy pjatave te thara me **agar te thjeshte**.

Te dy pjatat inkubohen , njera per 3 dite ne 37oC.

Tjetra mbahet 7 dite ne temperaturen e dhomes.

Pas inkubimit ,pjatat kontrollohen per izolim mikrobi.

- Nese ne pjate jane rritur nje ose dy koloni,nuk ka rendesi.
- Nese ne pjate jane rritur mbi 5 koloni ose me shume ngjall dyshim, per kontaminim,gje qe tregon se procesi i dezinfektimit nuk eshte i kenaqshem.
- Nese rritja e kolonive eshte me e madhe ne cdo pike te pikimit eshte paralajmerim se dezinfektanti ka deshtuar ku shkaqet mund te jene :
 1. Kujdesi i keq per enet me dezinfektant
 2. Pakujdesia ne matjen e solucionit dezinfektant
 3. Prania e shume lendeve organike
 4. Mbajtja gjate e solucionit dezinfektant pa u nderruar.

Llojet e Patogjenve të implikuar në rradhë sipas forcës në rritje të rezistencës:

1. Format vegetative të bakterieve (p.sh. *Salmonella*, *Staphylococcus*, *Pseudomonas*);

2. Viruset me veshje lipide (p.sh. HIV, HBV*, Herpes simplex, Cytomegalovirus, RSV);
3. Fungjet (p.sh. Trichophyton, Cryptococcus, Candida);
4. Viruset pa veshje lipide (p.sh. Poliovirus, Coxsackievirus, Rhinovirus);
5. Mykobakteriet (p.sh. Mycobacterium tuberculosis, M. bovis);
6. Sporet bakteriale (Bacillus, Clostridium);

Shtojca Nr.3

Politikat Administrative për Kontroll të Infeksioneve

Kujdesi për pacientë, furnizimi dhe pajisja

Larja e duarve

1. Larja e mire e duarve është esenciale për kujdesin e sigurt, efektiv, infermier (shih "Procedurat, Rutina dhe Fërkimi gjatë larjes së duarve").
2. Mjetet për larjen e duarve (lavamani, sapuni dhe shishet me prej për sapun dhe peshqirët për një përdorim) janë në dispozicion në secilën dhomë të pacientëve dhe/ose në secilin vend për kujdesin për pacientë.
3. Secila njësi për kujdesin e pacientëve ka një rutinë specifike të shkruar për larjen e duarve.

Mirëmbajtja

1. Shërbimet e mirëmbajtjes janë në dispozicion në secilën hapësirë për pacientë.
2. Dyshemetë pastrohen me thithëse elektrike dhe me tretje gjermicidale (amonium kurternar) për çdo ditë.
3. Të gjitha dhomave të pacientëve u pastrohet pluhuri për çdo ditë duke shfrytëzuar tretësirë gjermicidale.
4. Gjërat e derdhura pastrohen menjëherë.
5. Karrocet e barnave dhe hapësirat për deponim pastrohen sipas nevojës me detergjent gjermicidal.
6. Infermiera ndanë përgjegjësinë për mirëmbajtjen e një mjedisi të pastër dhe të sigurt për pacientin.

Vizitorët

7. Me qëllim të promovimit të komfortit dhe mirëqenies së pacientëve, vizitorët do të duhej t'i mbanin vizitat sa më të shkurta; do të duhej imponuar një limit prej dy vizitorëve për pacient.

8. Vizitorët duhet të jenë të moshës së paku 12 vjeç, me përjashtim të hapësirave për kujdesin akut dhe të njësive psikiatrike (shih politikat për njësi specifike).

9. Vizitorët të cilët tregojnë shenja të dukshme të sëmundjes luten të mos vijnë në vizitë.

Personeli

1.. Të punësuarit të cilët i ekspozohen apo fitojnë ndonjë sëmundje ngjitëse referohen (udhëzohen) për shërbimet për shëndetin e të punësuarve.

2.Në vendet me pacientë të rrezikut të lartë, masa të posaçme kujdesi ndërmerren për mbrojtjen e pacientëve dhe të personelit aty ku ekziston ndonjë gjendje infektive (shih politikat dhe procedurat e njësisë).

3.. Pacientët me sëmundje ngjitëse vendosen në masa të kujdesit izolues adekuat

4.. Dhomat izoluese (nga një për çdo njësi) janë në dispozicion në disa hapësira.

5.. Karocat furnizuese të izolimit janë vënë në dispozicion nga ana e menaxhmentit të materialeve për të ndihmuar (lehtësuar) kujdesin për pacientë. Furnizimet e izolimit janë në dispozicion përmes sistemit kompjuterike.

6.Mjeku i pacientit është përgjegjës për urdhërimin e masave të kujdesit izolues, por është përgjegjësi e infermierisë, informimi i mjekut kur dyshohet për ndonjë infektion.

7. Nëse mjeku nuk fillon me masat e izolimit sipas indikacionit, mbikëqyrësi infermier duhet të lajmërohet për këtë.

8. Është përgjegjësi e menaxherit infermier apo të emëruarit të tij apo saj që të sigurojë që i gjithë personeli t'u përmbahet procedurave adekuate dhe që pacientët dhe vizitorët të udhëzohen si duhet.

9. Pacientët infektiv të transportuar prej dhomave të tyre në repart/departament tjetër do të duhej t'u përmbahen masave mbrojtëse adekuate.

10. Etiketat e kuqe “gjak/lëng trupor” emërtojnë pacientët infektiv dhe në rreshtin e më sipërm të informacionit në adrese shkruhet: “N/BF PREC.” (Kujdes, gjak apo lëng trupor)

Konsiderata mbi furnizimet dhe pajisjet

Shfrytëzimi i karrocave transportuese dhe karrocave invalidore

1. Të shfrytëzohen petka të pastra për secilin pacient.
2. Kur kontaminohen leset/karrocat invalidore (p.sh: me drenazh), atëherë vendi pastrohet rrënjësisht me detergjent gjermicidal para ndërrimit të petkave më të pastërta.
3. Caktohet pastrimi si proces rutinë i karrocave invalidore dhe leseve pranë repartit/departamentit adekuat (shërbimet mjedisore, dyqane zanati për ndërrimin e rrotës dhe për vajosje).

Përdorimi i tretësirave shpëlarëse sterile (tretësitat për përdorim të jashtëm)

1. Kur hapet ena me tretësirë shpëlarëse sterile, të shënohet koha dhe data në enë. Asnjëherë të mos supozohet steriliteti i një ene të hapur.
2. Rekomandohet shfrytëzimi vetëm për një pacient.
3. Nëse tretësira shpëlarëse shfrytëzohet për shumë pacientë, ena nuk duhet të futet brenda dhomave të pacientëve. Pjatat sterile për tretësira shfrytëzohen për bartjen e tretësirave prej enës deri pranë shtratit të pacientit. Të kihet kujdes i madh gjatë bartjes së tretësirave për t'i ikur kontaminimit të kryqëzuar.
4. Kurrësi nuk është e pranueshme tërheqja e tretësirave shpëlarëse sterile drejtpërdrejtë nga ena deri te shtrati i pacientit. Kjo rezulton me kontaminimin e të gjithë tretësirës dhe inkurajon zhvillimin e mikroorganizmave.
5. Tretësitat sterile të hapura duhet të shfrytëzohen brenda ndërrimit tetë deri në dymbëdhjetë orësh. Tretësitat eventuale të mbetura duhet hedhur.
6. Tretësitat sterile të shfrytëzuara për kujdesin e trakeotomisë duhet ndërruar për çdo ndërrim.

7. Pjatat për tretësira sterile të mbetura pranë shtratit të mbulohen si duhet për të parandaluar kontaminimin gjatë ndërrimit. Në steriliteti është në pyetje, e gjithë përmbajtja të hedhet dhe të zëvendësohet me një pjatë tjetër dhe tretësirë sterile.

8. Tretësirat e dekstrozës mbështesin rritjen e mikroorganizmave; prandaj, këto tretësira të ndërrohen çdo 24 orë.

Përgatitja e pajisjes nga dhomat e izolimit

1. Pajisjet e lëvizshme (portable), për shumë përdorime (si, njësitë për hipotermi, rregullatorët e aspirimit, etj.) që janë përdorur në dhomën e pacientit dhe duhet të kthehen në përpunimin Steril/Menaxhmentin e Materialeve duhet të inspektohen nga personeli infermier. Nëse pajisja është e kontaminuar dukshëm me gjak, sputum apo lëngje të tjera trupore, ajo duhet fshirë me tretje dezinfektuese nga ana e personelit infermier para se të dërgohet për riparime apo përpunim.

2. Pajisja bartëse me shumë përdorime të shfrytëzuara në dhomë të pacientit i cili ka qenë në izolim për shkak të sëmundjes infektive duhet të manipulohen ngjajshëm; p.sh: pajisja duhet të pastrohet me tretje dezinfektuese adekuate nga ana e personelit infermier nëse është kontaminuar dukshëm.

3. Gjithashtu, pajisja prej dhomave të izolimit duhet futur në qese (thasë) për “artikuj të kontaminuar” para se të dërgohet në përpunim.

4. Artikujt tepër të mëdhenj për t’u futur në qese thjesht mund të mbulohen aq sa mundet me një thes për “artikuj të kontaminuar” pas inspektimit dhe/ose pastrimit nga ana e personelit infermier.

5. Me largimin e kontaminimit nga lëngjet trupore para se pajisja të largohet nga dhoma e pacientit, mundësia e përhapjes së mikroorganizmave patogjene në mjedisin e spitalit është më e vogël. Gjithashtu, me futjen në thasë të pajisjes nga dhomat e izolimit, personeli i përpunimit sterilizues do të jenë të paralajmëruar mbi shfrytëzimin e pajisjes së tillë në vendet për izolim dhe do të përdorin protokolle adekuate të pastrimit.

Vini re: Kjo politikë nuk vlen për pajisjen e përdorur në procedurat invazive mbi pacientë (endoskopët, gjilpërat për biopsi, etj.).

Artikujt/pajisja për shumë përdorime për kujdesin për pacientë

1. Të gjitha artikujt për shumë përdorime (stetoskopët, otoskopët, çekanët për refleks, etj.) të fshihen pastër pas secilit pacient me alkool apo detergjent gjermicid.
2. Shishet thithëse të zbrazen çdo tetë orë përveç nëse urdhërohet ndryshe dhe të pastrohen shishet me detergjent gjermicid çdo 24 orë. Kanistrat thithës dhe rregullatorët të kthehen në Menaxhment të Materialeve për ri-sterilizim vetëm atëherë kur të jenë kontaminuara apo kur pacienti është në izolim.
3. Karroat për barna të pastrohen sipas nevojës me detergjent gjermicid.
4. Të largohen të gjitha ilaçet nga raftet e depos së njësisë së paku çdo tre muaj dhe raftet të pastrohen me detergjent gjermicid.

Petkat (çarçafët)

1. Petkat e pastra të deponohen në depo të pastër, të mbyllur dhe të jenë të ndara nga petkat e ndyta.
2. Me të futur petkat në një dhomë pacienti, nuk duhet kthyer në raft të petkave të pastra.
3. Të hedhen në shportë për petka të ndyta petkat e pastra që janë lëshuar në dysHEME.
4. Shportat për petka të pastra mos të futen në dhomë të pacientit.
5. Petkat e ndyta të barten larg trupit për t'i ikur kontaminimit të personelit dhe atij të kryqëzuar.
6. Petkat të ndërrohen pas shfrytëzimit për secilin pacient.
7. Petkat të palosen nga brenda pasi të largohen nga shtrati.
8. Jastëkët të mbulohen me mbulesë antibakteriale dhe i qëndrueshëm ndaj ujit dhe mbulesa të pastrohet me tretësirë gjermicidale për secilin pacient.

Gjilpërat dhe shiringat

1. Gjilpërat e shfrytëzuara të depozitohen në enë adekuate.
2. Kur ena për hedhjen e gjilpërave dhe shiringave është e mbushur plot, atëherë të vendoset në dhomën për deponimin e gjërave të ndyta. Enët plastike do të barten nga personeli për menaxhimin e hedhurinave për mënjanim.

Hedhja e furnizimeve nga dhomat e izolimit

1. Të gjitha furnizimet e mbështjella nuk konsiderohen si burim i

kontaminimit dhe nuk duhet hedhur.

2. Të gjitha furnizimet e hapura për një përdorim të cilat janë shfrytëzuar për kujdesin e drejtpërdrejt të pacientit dhe të gjitha furnizimet të cilat janë të hapura duhet hedhur në mënyrë rutine.

3. Vetëm furnizimet e domosdoshme duhet të deponohen (ruhen) në dhomat për izolim.