



Szpitalna polityka antybiotykowa

Agnieszka Misiewska Kaczur
Szpital Śląski w Cieszynie



- Niezwłoczne zdiagnozowanie zakażenia
- Dobór antybiotykoterapii wstępnej-empirycznej
- Optymalizacji parametrów farmakokinetycznych i farmakodynamicznych
- Zastosowanie de-eskalacji
- Skracanie czasu leczenia
- Organizacja zespołu ds. antybiotykoterapii



Identyfikacja chorego z zakażeniem

- Ocena objawów klinicznych
- Analiza badań DODATKOWYCH (CRP,PCT etc)
- Różnicowanie etiologii infekcji
- Zastosowanie badań antygenowych (legionella, grzyby)



Zalecenia SSC



Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock

- Zabezpieczenie materiału biologicznego na badania mikrobiologiczne
- Rozpoczęcie antybiotykoterapii do godziny od rozpoznania ciężkiej sepsy lub wstrząsu septycznego
- Kontrola chirurgiczna miejsca zakażenia do 12 godzin.





Antybiotykoterapia

- Zalecamy, aby nie stosować leków przeciwdrobnoustrojowych u chorych z ciężkim stanem zapalnym, jeżeli ustalono, że przyczyną nie jest zakażenie

Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012. *Crit Care Med* 2013, 41:580–637.



Optymalna terapia empiryczna

- Różnicowanie zakażeń w zależności od „pochodzenia
- Zastosowanie zaleceń do antybiotykoterapii zakażeń poza-szpitalnych
- Znajomość własnej sytuacji epidemiologicznej



Najważniejsze dokumenty

- Szpitelna polityka antybiotykowa
- Rekomendacje diagnostyki i terapii zakażeń
- Zakażenia szpitalne
- Zakażenia w szpitalach intensywnej terapii
- Badania PPE

Aktualności

Informacje o Programie

Biuletyn NPOA

Dla Specjalisty

Dla Pacjenta

Pytania, odpowiedzi, zadania

Archiwum

Europejski Dzień Medycyny Antybiotyków

O ANTYBIOTYKACH
zobacz wystawę plakatów

ZDROWIEJ BEZ ANTYBIOTYKÓW!
materiały graficzne do pobrania

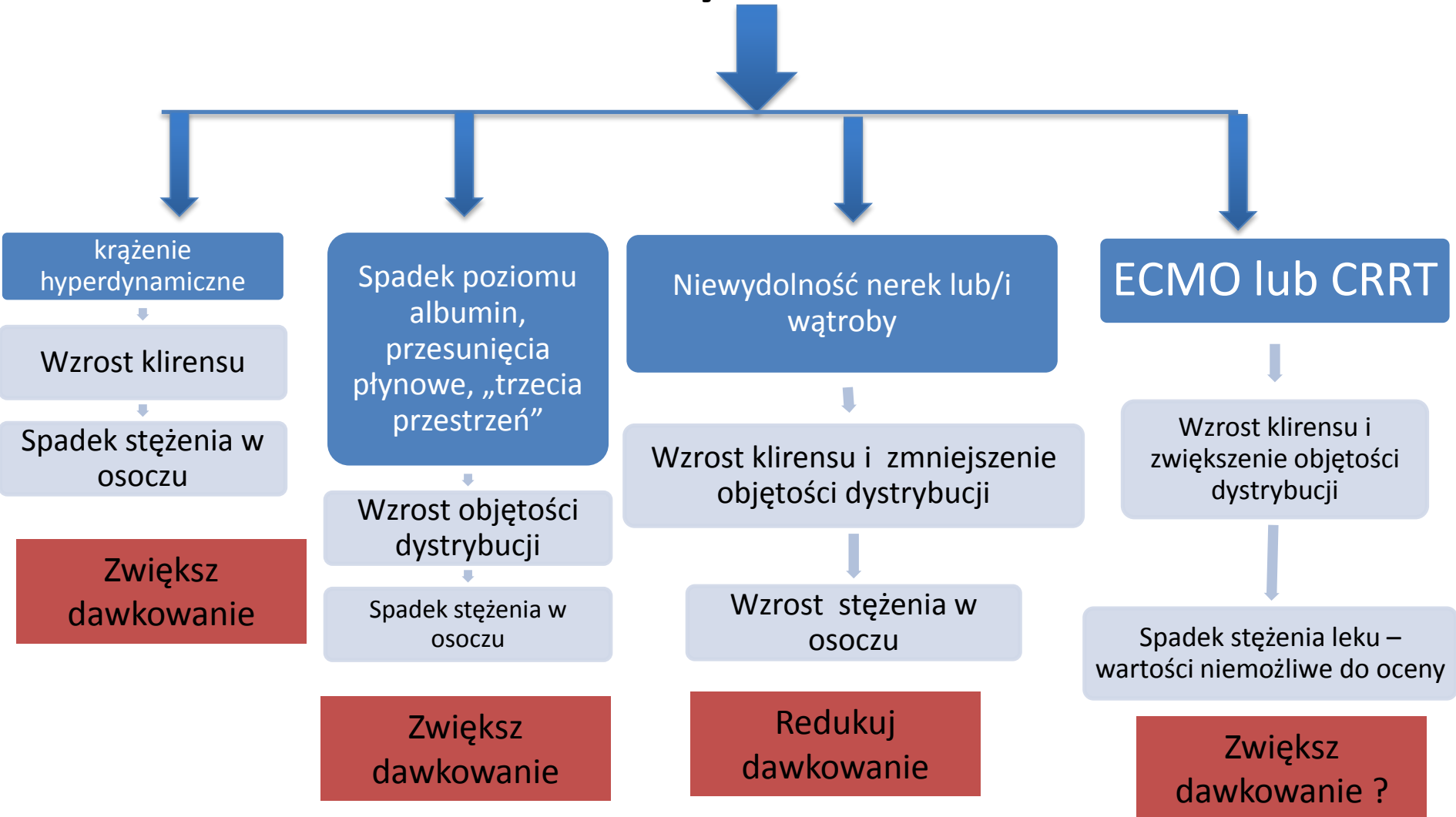
EUROPEJSKI DZIEŃ MEDYCYNY O ANTYBIOTYKACH
16 listopada
Zobacz więcej

REKOMENDACJE DO DIAGNOSTYKI I TERAPII ZAKAŻEN W SZPITALU

- Wskazania do wykonywania badań mikrobiologicznych w pacjentów hospitalizowanych
- Postępowanie z pacjentem z podejrzeniem ciężkiego zakażenia w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym
- Rekomendacje diagnostyki i terapii włośni zapalenia otrzewnej maj 2014
- Rekomendacje stosowania antybiotyków w ostrym miedzyuszupnym zapaleniu trzustki maj 2014
- Profilaktyka, diagnostyka i terapia zakażeń w ortopedii listopad 2013
- Stosowanie antybiotyków w wybranych zakażeniach skóry i tkanek miękkich czerwiec 2012
- Rekomendacje postępowania w zakażeniach bakteryjnych ośrodkowego układu nerwowego luty 2012
- Stosowanie antybiotyków w profilaktyce okołoperacyjnej październik 2011
- Zakażenia Clostridium difficile: diagnostyka, terapia, profilaktyka czerwiec 2011
- Rekomendacje postępowania w zakażeniach układu oddechowego maj 2010
- Rekomendacje diagnostyki i terapii zakażeń u noworodka
- Rekomendacje diagnostyki i terapii zakażeń układu moczowego



Chory w OIT





Zastosowanie de-eskalacji

- Zmiana leczenia niezwłocznie po uzyskaniu wyniku badania mikrobiologicznego
- Dostosowanie dawkowania do wartości MIC
- Rozważenie innej drogi podania leku
- Jeżeli przyczyną zachorowania nie jest infekcja zakończenie antybiotykoterapii



Skracanie czasu leczenia

- Skuteczność leczenia oceniamy na podstawie parametrów klinicznych
- Spadek wartości CRP i PTC stanowią dobry wskaźnik terapeutyczny w leczeniu
- Zaleca się zmianę antybiotykoterapii na celowaną po uzyskaniu wyniku badania mikrobiologicznego



MONITORING ZAKA! E" SZPITALNYCH - RAPORT ZWROTNY

DLA ODDZIA! U ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

RAPORT ZA OKRES: I pół#ocze 2014 r.

Liczba zaka " e# szpitalnych (ogó \$m)	16 4 – VAP, 1 – ZMO, 5 – GI, 1 – ZAK.KRWI, 3 – UTI, 2 - SKÓRA
Zachorowalno%& skumulowana – wska ' nik procentowy zaka " e# szpitalnych	12,31%
Nat(" enie zastosowania linii naczyniowej obwodowej	99,92%
Nat(" enie zastosowania linii naczyniowej centralnej	69,78%
Nat(" enie zastosowania cewnika moczowego	97,92%
Nat(" enie stosowania sztucznej wentylacji	70,98%
G(sto%& zach. z wentylacji) mech. (VAP)	4,17
Liczba bada# bakteriologicznych (w tym posiewy dodatnie)	1028 (w tym 651 dodatnie, tj. 63%0
Liczba bada# bakteriologicznych na \$" ko	93
Rodzaj i liczba czynników alarmowych	Klebsiella pneumoniae ESBL(+) 17 Enterobacter cloacae ESBL(+) 1 Escherichia coli ESBL+ 7 Clostridium difficilea 6 Acinetobacter baumannii wielooporny 6 Staphylococcus aureus MRSA 3 Pseudomonas aeruginosa wielooporny 3 Candida dublinensis 1 Candida glabrata 1 Proteus mirabilis 1 Serratia marcescens ESBL(+) 1 Kolonizacja 56
Ilo%& dezynfekcji r) k na pacjentodni	54
Ilo%& dezynfekcji r) k na pracownikodni	13
Zu" ycie r(kawiczek niesterylnych na pacjentodni	26
Koszt antybiotykoterapii	201 688,54 z#

Opis

1. Zachorowalno!" skumulowana oznacza prawdopodobie!stwo nabycia zaka "enia (np 2% oznacza, "e na 100 hospitalizowanych zaka "eniu szpitalnemu ulegn # 2 osoby). Wska \$nik wyra "any jest w procentach (licznik mno "ony razy 100).
2. G#\$to!" zachorowania okre#a nara "enie pacjenta na wyst#pienie zaka "enia zwi#zane z zastosowaniem procedury wysokiego ryzyka (np. mechanicznej wentylacji, cewnikowania naczy!, cewnikowania p&cherza moczowego, zabiegu operacyjnego).
3. Nat#\$enie oznacza stopie! nara "enia na okre#ony czynnik / procedur & , która mo "e by' zwi#zana z wyst#pieniem zaka "enia.
4. Liczba bada#wskazuje na nadzór mikrobiologiczny w oddziale. Zgodnie z wytycznymi CDC na jedno (ó "ko powinno by' wykonanych 100 bada! mikrobiologicznych w ci #gu roku.
5. Ilo!" dezynfekcji r &k na pacjentodni okre#a ile razy dezynfekowano r &ce wobec jednego pacjenta w jednym dniu.
6. Ilo!" dezynfekcji r &k na pracownikodni okre#a ile razy jeden pracownik dezynfekowa (r &ce w ci#gu jednego dnia pracy.
7. Zu"ycie r &kawiczek: ilo% par zu"ytych u jednego pacjenta w ci #gu doby.

Data opracowania: 16.07.2014 r.



W długofalowej perspektywie redukcja konsumpcji antybiotyków w oddziale zaowocuje zmniejszeniem występowania zakażeń szczepami MDR

- Niezwłoczne zdiagnozowanie zakażenia
- Dobór antybiotykoterapii wstępnej-empirycznej
- Optymalizacji parametrów farmakokinetycznych i farmakodynamicznych
- Zastosowanie de-eskalacji
- Skracanie czasu leczenia
- Organizacja zespołu ds. Antybiotykoterapii
- ZAPOBIEGANIE SZERZENIU SIĘ ZAKAŻEŃ KRZYŻOWYCH



HIGIENA RĄK

Przeprowadzać dekontaminację dłoni poprzez umycie ich mydłem antybakteryjnym i wodą lub mydłem pozbawionym właściwości antybakteryjnych i wodą (jeśli są one widocznie zabrudzone lub skażone materiałem białkowym, krwią bądź innymi płynami ustrojowymi) bądź przy użyciu środka antyseptycznego na bazie alkoholu (np. do wcierania), w przypadku gdy nie są widocznie zabrudzone po kontakcie ze śluzówkami, wydzieliną układu oddechowego lub przedmiotami mającymi kontakt z w/w, niezależnie od stosowania rękawiczek ochronnych. W sposób opisany powyżej przeprowadzać dekontaminację dłoni przed i po kontakcie z pacjentem zaintubowanym za pomocą rurki dotchawiczej lub tracheostomii oraz przed i po kontakcie z dowolnymi akcesoriami oddechowymi stosowanymi u takich pacjentów, niezależnie od stosowania rękawiczek ochronnych

IA

