

ÖRNEK E-POSTER 1:

Son Kullanma Tarihi Geçmiş İnvazif Aletlerin Yeniden Sterilizasyonu

Yazar(lar)

Kurum(lar)

SORU(N)

Son kullanma tarihi geçmiş ancak hiç kullanılmamış invazif aletleri yeniden sterilize edip kullanabilir miyiz?

OLAY/OLGU

Kardiyoloji servisinde koroner anjiyoplasti sırasında kullanılacak kateterlerin son kullanma tarihinin geçmesi ve ünite tarafından yeniden sterilizasyonu istemi üzerine sterilizasyon ünitesinin Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nden görüş istemesi.

NE YAPILDI?/NE YAPILMIŞ?

Sağlık Bakanlığının konuyla ilgili yasal bir düzenlemesi bulunmadığından Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin bu sorumluluğu almayacağı belirtildi.

YORUM/ÖNERİ/TARTIŞILMASI İSTENEN KONU

Tek kullanımlık aletlerin yeniden kullanılmasını engelleyen yasal bir düzenleme bulunmaktadır. Uzun süre kullanılmadan depolarda bekleyen aletlerde kuruma, nem, ısı vb fiziksel koşullarla ortaya çıkabilecek fonksiyon kayıplarının ölçümünün yapılamayacağı, bu nedenle sterilizasyon yapılamayacağı kanaatine varılmıştır. Ancak maliyet, erişilebilirlik ve ilgili bölümün ısrarı gibi nedenlerle kimi komitelerce ilgili bölüm sorumluluğu aldığı takdirde kullanılabilir kararı alınabilmektedir. Bu konunun tartışılması istenmektedir.

ÖRNEK E-POSTER 2:

Ventilatör İlişkili Pnömonide Kolistinin Empirik Kullanımı

Yazar(lar)

Kurum(lar)

SORU(N)

Kolistinin empirik kullanım endikasyonunun olmayışının hasta bakımına olumsuz etkisi

OLAY/OLGU

İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi'nde Kasım 2013'te KOAH + DM + ABY nedeniyle takip edilen hasta YBÜ'ye yatışının 5. gününde solunum sıkıntısının artması, O₂ saturasyonunda düşme ve asidoz gelişmesi üzerine mekanik ventilatöre bağlanmış. Yatışının 8. gününde ateşi 38.5°C, BK: 14.000/mm³, CRP: 128 mg/dL, prokalsitonin değeri 2.5 ng/mL olan hasta danışıldı. Hastanın pürülan sekresyonu olması ve çekilen akciğer grafisinde sağ akciğer alt zonda pnömonik infiltrasyon saptaması üzerine ventilatör ilişkili pnömoni tanısı kondu. Ünite de *Acinetobacter baumannii* salgını mevcut. Son 1 ayda 3 hastada çok ilaca dirençli *A. baumannii* ile gelişen VİP olgusu saptanmıştı. Antibiyotik duyarlılık sonuçlarına göre etken sadece kolistine duyarlı idi.

NE YAPILDI?/NE YAPILMIŞ?

Endotrakeal aspirat örneğinden kültür ve Gram boyama yapıldı. Gram boyamada gram-negatif kok görülmesi üzerine *A. baumannii* olabileceği düşünülerek kültür sonucu beklenirken empirik olarak kolistin ve sulbaktam tedavisi başlandı. Kolistin için endikasyon dışı ilaç kullanım formu dolduruldu.

YORUM/TARTIŞILMASI İSTENEN KONU

VİP'te erken ve uygun empirik antibiyotik tedavisinin başlanması hayat kurtarıcıdır. Empirik antibiyotik tedavisinin planlanmasında ise ünite de ki sürveyans ve lokal direnç durumlarının göz önüne alınması gerekmektedir. Çoklu dirençli *Acinetobacter* türlerinin neden olduğu infeksiyonların tedavisinde halihazırda tek seçenek olan kolistinin sınırlı kullanımı direnç gelişimini önlemede etkili olmasına rağmen endikasyon dışı ilaç kullanım talebine yanıtın beklenmesi tedavide gecikmeye yol açabilir. Bu konunun tartışılması istenmektedir.

ÖRNEK E-POSTER 3:

Cerrahi Alan İnfeksiyonlarının Kontrolünde Zorluklar

Yazar(lar)

Kurum(lar)

SORU(N)

Son iki ayda genel cerrahi tarafından gerçekleştirilen kolisistektomi sonrası gelişen cerrahi alan infeksiyon oranlarında artış saptanması.

OLAY/OLGU

Son iki aydır genel cerrahi tarafından gerçekleştirilen ameliyatlardan süveyansı yapılan kolisistektomi operasyonundan sonra gelişen derin cerrahi alan infeksiyonlarında önceki döneme göre artış saptanmıştır. Bunun üzerine enfeksiyon kontrol ekibi toplanmıştır.

NE YAPILDI?/NE YAPILMIŞ?

İlgili kliniğin cerrahlarının da davet edildiği toplantıda cerrahi alan infeksiyonlarının önlenmesine yönelik stratejiler adım adım gözden geçirildi. Cerrahların bu konudaki gözlem yakınma ve önerileri kayda alındı. Öncelikli olarak sterilizasyon ünitesinin faaliyetlerinden memnun olmadıklarını ve olayın nedeni olarak sterilizasyon ile ilgili bir sorun olabileceğini düşündükleri öğrenildi. Sterilizasyon sikluslarının geriye dönük olarak değerlendirilmesi planlandı. Herhangi bir aksaklık saptanmadı. Ameliyathane temizliği denetlendi. Vaka aralarında uygun temizliğin yapılmadığı, ameliyat sırasında oda kapısının açık olduğu, asepsi kurallarına tam olarak uyulmadığı belirlendi.

YORUM/ÖNERİ/TARTIŞILMASI İSTENEN KONU

İlgili klinik yöneticisi tarafından; tespit edilen soruna yönelik olarak hasta sirkülasyonunun fazla ve personel sayısının yetersiz olduğu belirtildi. Bu tür durumlarda infeksiyon kontrol ekibi belirlediği sorunları yazılı olarak hastane yönetimine bildirmekte ancak çözümle ilgili bir inisiyatif olmamaktadır. Bu konunun tartışılması istenmektedir.

ÖRNEK E-POSTER 4:

Bir Kronik Hepatit C Nüks Tedavisinde Rapor Düzenleme Sorunu

Yazar(lar)

Kurum(lar)

SORU(N)

Kronik Hepatit C tanılı hastada ikinci PEG interferon + ribavirin tedavisi sırasında rapor çıkarılmasında sorun yaşanması.

OLAY/OLGU

Kronik Hepatit C tanılı (genotip 1b) hastaya bir yıl PEG interferon + ribavirin tedavisi uygulanmış. Tedavi sonu HCV RNA'sının negatif olduğu saptanmış. Takibinde 7. ayda HCV RNA pozitifleşince hastaya tekrar ikili tedavi başlanmış. Raporu 6 ay olarak çıkarılmış. Hastanın ikinci ikili tedavisinin 12. haftasında ve 6. ay sonunda HCV RNA negatif olarak saptanmış ve bu aşamada hasta danışıldı. Rapor süresi dolunca tedavinin bir yıla tamamlanması planlandı ve rapor süresi uzatılmaya çalışıldı. Ancak sistem 3. rapor uyarısı ile rapor düzenlenmesini reddetti.

NE YAPILDI?/NE YAPILMIŞ?

İnfeksiyon Dünyası Ortak Pano'da sorun paylaşılarak tartışma ve öneriye açıldı.

YORUM/ÖNERİ/TARTIŞILMASI İSTENEN KONU

Rapor 48 hafta üzerinden çıkarıldığı için ve 2 defa 6 aylık rapor 52 hafta ettiğinden Sosyal Güvenlik Sistemi'nin raporu onaylamıyor olabileceği, ikinci rapor süresinin 5 ay olarak girilmesi önerildi.

ÖRNEK E-POSTER 5:

Antibiyotik Onayı

Yazar(lar)

Kurum(lar)

SORU(N)

Cerrahi sonrası antibiyotik profilaksisinin devamı istenirse ne yapılmalı?

OLAY/OLGU

Bir meslektaşım tarafından yaşadığı bir durumla ilgili görüş soruldu. Hastanesinde beyin cerrahi doktoru tarafından yapılan lomber disk hernisi ameliyatlarında preoperatif dönemde anestezi indüksiyonu ile birlikte sefazolin uygulandığı, ameliyat sonrası dönemde ise hasta taburcu olana dek seftriakson + metronidazol kullanmayı talep ettiği belirtildi. Söz konusu beyin cerrahi aynı zamanda hastanenin başhekimi olup bu yaklaşımla hiçbir hastasında infeksiyon sorunu yaşamadığını iddia etmekteymiş.

NE YAPILDI?/NE YAPILMIŞ?

Beyin cerrahi ameliyatlarındaki profilaksi önerileri rehberler eşliğinde gözden geçirilerek beyin cerrahi doktoruna bilgi verilmiş. Cerrahi sonrası profilaksinin neden rasyonel olmadığı anlatılmış. Ancak uygun olmamasına rağmen idari baskı nedeniyle, postoperatif antibiyotik kullanım 14 gün için onaylanmış.

YORUM/ÖNERİ/TARTIŞILMASI İSTENEN KONU

Cerrahide postoperatif uzun süreli profilaksi önerilmemektedir. Ancak cerrahların yaklaşımı yalancı güven hissi sağlaması nedeniyle antibiyotik tedavisine devam etmek yönündedir. Bu noktada özellikle üniversite ve eğitim araştırma hastanesi dışındaki hastanelerde çalışan infeksiyon hastalıkları uzmanları çeşitli baskılarla karşılaşabilmektedir. Bu olaydaki yaklaşımın tartışılması istenmektedir.

ÖRNEK E-POSTER 6:

Temas Sonrası HIV Profilaksisi

Yazar(lar)

Kurum(lar)

SORU(N)

HIV pozitif hastanın kanı ile bulaşmış kesici-delici alet ile yaralanan sağlık çalışanında temas sonrası profilaksi yaklaşımı nasıl olmalıdır?

OLAY/OLGU

Bir meslektaşım tarafından yaşadığı bir durumla ilgili görüşüm soruldu. Çalıştığı hastanede bir hemşire, bayram tatilindeki nöbetinde serviste yatan bir hastadan kan aldıktan sonra iğneyi kendi eline batırmış. İğnenin üzerinde gözle görülür kan lekesi varmış. Hastanın HIV pozitif olduğunu olaydan 6 gün sonra öğrenmişler.

NE YAPILDI?/NE YAPILMIŞ?

Temas sonrası profilaksi için önerilen süre geçmiş olmasına rağmen hemşireye antiretroviral tedavi başlama kararı almışlar. Ancak HIV hastası takip edilmeyen bir hastane olduğu için hastane eczanesinde ilaç bulamamışlar, ayrıca reçete ile dışarıdan temin edememişler.

YORUM/ÖNERİ/TARTIŞILMASI İSTENEN KONU

HIV teması olan sağlık çalışanlarında mümkün olan en kısa süre içinde ve en fazla 72 saat içinde profilaksi başlanması önerilmektedir. Bu olayda önerilen süre geçmiş olmasına rağmen antiretroviral ilaç başlamanın bilimsel bir dayanağı bulunmamaktadır. Ancak benzer çoğu durumda bu yaklaşım uygulanmaktadır. Ayrıca önerilen kısıtlı sürede antiretroviral ilaç temininde de sorun yaşanmaktadır. Profilaksi gereken sağlık personelinde risk değerlendirmesi ve izlem nasıl planlanmalıdır? Bu konunun tartışılması istenmektedir.

ÖRNEK E-POSTER 7:

Mayaların Tür Düzeyinde Tanımlanması

Yazar(lar)

Kurum(lar)

SORU(N)

Kan kültüründe üreyen mayaların tanımlanmasında nasıl bir yol izlenmelidir?

OLAY/OLGU

Bir meslektaşım tarafından yaşadığı bir durumla ilgili görüşüm soruldu. Çalıştığı hastanede kan kültüründe veya steril vücut bölgelerinden alınan örneklerde bir maya mantarı ürediği zaman isimlendirmede sorunlar yaşadığını belirtti. Otomatik cihazların bu alanda ne kadar güvenilir olduğunu, otomatik cihaz alamayacak ise hangi konvansiyonel yöntemleri kullanabileceğini sordu.

NE YAPILDI?/NE YAPILMIŞ?

Çeşitli üniversitelerin öğretim üyeleri ile sözlü temasa geçilmiş. Bazıları örnekleri kendilerinin tanımlayabileceğini söylemiş. Bazıları otomatik sistem önerisinde bulunmuş. Bazıları *Candida* ve *Candida* dışı diye ayırmanın yeterli olacağını söylemiş. Meslektaşım bunun yeterli olup olmadığı konusunda kararsız. *Candida* cinsi içinde antifungal ilaçlara farklı duyarlılık düzeyi olan türler olduğunu bildiği için, tür düzeyinde tanımlama yapmak istiyor.

YORUM/ÖNERİ/TARTIŞILMASI İSTENEN KONU

Maya mantarları rutin laboratuvarında nasıl isimlendirilir? Mikrobiyoloji laboratuvarında neler yapılabilir? Doğru isimlendirme için hangi yöntemler kullanılmalıdır? Hangi otomatize sistem veya sistemler daha güvenilir sonuç verebilir? Antifungal duyarlılık yapılmalı mıdır? Hangi durumlarda yapılmalıdır?