ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ 2014
ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΠΕΡΙΘΩΡΙΑ ΓΙΑ ΑΝΟΧΗ;

ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ
ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ
Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»

7ο Πανελλήνιο Συνέδριο
Ελληνικής Εταιρείας Ελέγχου Λοιμώξεων
«Έλεγχος Λοιμώξεων - Ασφάλεια ασθενών: γεφυρώνοντας το χάσμα»
Ξενοδοχείο «Royal Olympic» Αθήνα
6-7 Νοεμβρίου 2014

Rx
No conflict of interest

Κάποιοι θα σκέπτονται …
…Άλλη μια παρουσίαση για την αποστείρωση!

ConsumerReports®

Correction to: How safe is your hospital?

Published in the August 2012 issue

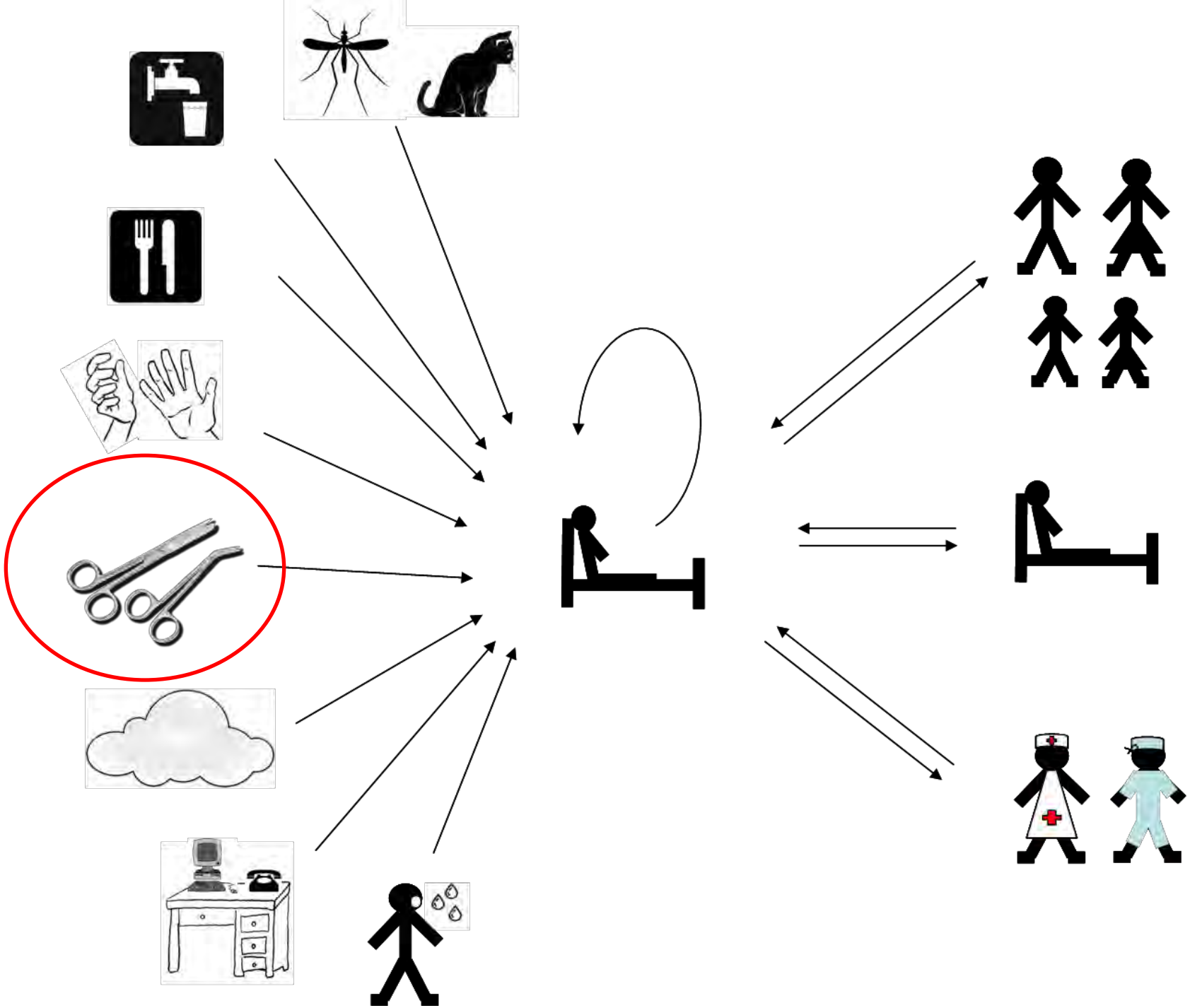
The Ratings table with August's "How Safe Is your Hospital" showed an incorrect infections Rating for certain hospitals, though the error does not affect any of the hospitals' Safety scores nor their overall ranking. Specifically, 128 of the 1,159 hospitals were shown as having a better infections Rating than they actually had; five others were listed as having a worse Rating than they had. (Your copy of the magazine carried fewer than the 1,159 total because the table was split into four regional editions.) All changes were limited to one-step moves in our five-point scale. We do not believe the changes should affect your choice of hospital since, as the article said, you should pay attention to differences in Safety score, and those were all calculated correctly. Below is a complete list of hospitals affected and their original and corrected infections Ratings and unchanged Safety scores. The table is listed in alphabetical order by state. For those who downloaded the issue on an iPad, the file has been updated and may be downloaded through the iTunes App Store.

Hospitals with corrected infections Ratings

In alphabetical order, within state.

Better ← → Worse

Hospital, City	Original Infections Rating	Corrected Infections Rating	Safety Score (Unchanged) 0–100
ALABAMA			
Providence Hospital, Mobile	●	◓	51
Shelby Baptist Medical Center, Alabaster	●	◓	53
ARIZONA			
Banner Baywood Medical Center, Mesa	●	◓	63
Banner Thunderbird Medical Center, Glendale	●	◓	60
Mayo Clinic Hospital, Phoenix	●	◓	70
CALIFORNIA			
Bakersfield Memorial Hospital, Bakersfield	●	◓	57
Community Hospital of San Bernardino, San Bernardino	●	◓	46
Community Regional Medical Center, Fresno	◒	○	36
Glendale Memorial Hospital and Health Center, Glendale	●	◓	52
Memorial Medical Center, Modesto	●	◓	62
Mercy San Juan Medical Center, Carmichael	●	◓	55
Parkview Community Hospital Medical Center, Riverside	●	◓	33
Presbyterian Intercommunity Hospital, Whittier	●	◓	50
Santa Clara Valley Medical Center, San Jose	●	◓	51
CALIFORNIA continued			
Santa Rosa Memorial Hospital, Santa Rosa	●	◓	61
Scripps Green Hospital, La Jolla	●	◓	53
Sharp Grossmont Hospital, La Mesa	●	◓	45
Sharp Memorial Hospital, San Diego	●	◓	49
Shasta Regional Medical Center, Redding	●	◓	65
St. Mary Medical Center, Apple Valley	●	◓	53
Sutter Medical Center, Sacramento, Sacramento	●	◓	64
COLORADO			
Medical Center of the Rockies, Loveland	●	◓	62
Platte Valley Medical Center, Brighton	●	◓	59
Poudre Valley Hospital, Fort Collins	●	◓	62
Presbyterian-St. Luke's Medical Center, Denver	●	◓	59
Vail Valley Medical Center, Vail	●	◓	61
FLORIDA			
Central Florida Regional Hospital, Sanford	●	◓	35
Hialeah Hospital, Hialeah	●	◓	48



Αποστείρωση και Ποιότητα Υπηρεσιών

Νέα έννοια ?

"The main objective of the nursing staff in any operating room should be providing quality nursing care to each individual patient."

Sterilization -- it has a role in quality care

Ann M. Cahill, RN, MS

The main objective of the nursing staff in any operating room should be providing quality nursing care to each individual patient. This quality nursing care is administered by the application of the knowledge, principles and expertise of the staff educated in each person's specific clinical fields.

The patient in surgery has the right to expect competence from those who are most qualified to carry out this specialized component of nursing care — the operating room nursing staff.

The professional competence demonstrated in operating rooms today is the result of a gradual development of technics and principles. This evolution of technic now ensures each and every patient a sterile and safe environment while he is undergoing surgery.

Foremost in this evolution of modern surgical technic is the broad spectrum of sterilization. How wonderful it would be if we could toss a pill in water, use instant sprays on instruments or immerse them in some magical formula to render an article sterile and ready for use.

With the technological advances being developed in our scientific laboratories — developed at such a pace that it is almost humanly impossible to remain current — instant sprays or immersion fluids may be a reality in the "Exotic Eighties." For us in these "Unsettled Seventies" however, we must utilize the methods available here and now.

It is important that we are in agreement in our use of terminology. One might say, "What is an Irish Catholic 'girl' from Boston doing writing on sterilization?" It is all in the definition of the term — the word *sterilization*.

In our connotation of the term, the universally accepted definition of steri-

Ann M. Cahill, RN, MS, is operating room clinical instructor at the Massachusetts General Hospital School of Nursing, where she received her nurse's training and was previously employed as staff nurse head nurse, and OR supervisor.

Miss Cahill was awarded her bachelor's and master's degrees at Boston College, Chestnut Hill, Mass, and was employed as a staff nurse at the Stanford-Low Hospital in San Francisco.

This article was adapted from a speech made by Miss Cahill at the May 15-16 Paraurological Seminar in Philadelphia.

AORN Journal

Ορισμοί

- **Απορρύπανση-Καθαρισμός**
  - Η απομάκρυνση των ρύπων από μια επιφάνεια.Περιλαμβάνει την απομάκρυνση οργανικών και ανόργανων ουσιών και έμμεσα των μικροργανισμών
- **Απολύμανση**
  - Η διαδικασία τα απομείωσης του αριθμού των μικροργανισμών σε προκαθορισμένο επιθυμητό επίπεδο.Ιδανικά εξάλειψη όλων ή σχέδόν όλων των μικροργανισμών με εξαίρεση τους σπόρους (4-6 log cfu)
  - Διαφορετικά «επίπεδα» απολύμανσης :Υψηλή, Ενδιάμεση, Χαμηλή.
- **Αποστείρωση**
  - Πιστοποιημένη και ελεγχόμενη διαδικασία η οποία καθιστά ένα αντικείμενο ελεύθερο μικροργανισμών περιλαμβανομένων και των σπόρων (μείωση > 6 log cfu)

Η αποστείρωση είναι ΑΠΟΛΥΤΗ και όχι ΣΧΕΤΙΚΗ έννοια και δεν υπάρχουν επίπεδα όπως στην απολύμανση.

Ένα αντικείμενο είτε είναι στείρο είτε μη στείρο.

Σχετική στειρότητα υλικών δεν υπάρχει … ακόμα

"You can clean without disinfecting, but you cannot disinfect without cleaning"

Dr Earle Spaulding

"But in this world nothing is certain but death and taxes."

Benjamin Franklin

Επειδή δεν υπάρχει εξασφάλιση 100% το Ευρωπαϊκό Πρότυπο EN 556 καθορίζει βαθμίδα ασφάλειας

Sterility Assurance Level – SAL 10^6

Δηλαδή η διαδικασία αποστείρωσης είναι αποδεκτή εφόσον υπάρχει ένα μη στείρο αντικείμενο σε 1 εκατομμύριο.

Πως προέκυψαν τα standards της αποστείρωσης και απολύμανσης όπως:

Μείωση log 10^6 ?
Θερμοκρασία 121° C, 132° C, 134° C ?

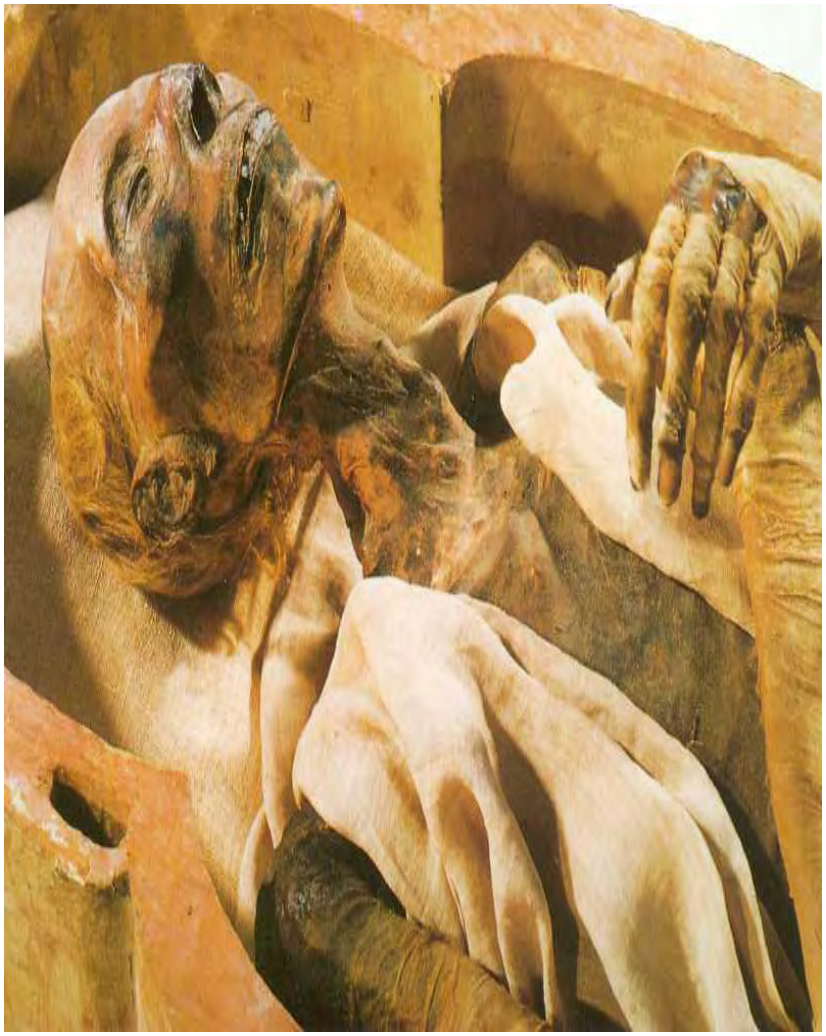
Απάντηση :
Από τη βιομηχανία τροφίμων (κυρίως κονσερβοποιεία) μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο.

Αλλωστε FDA σημαίνει <u>FOOD</u> and DRUG Agency

HISTORY

Αρχαία Αίγυπτος (3000 π.Χ.)

Οι τεχνικές της μουμιοποίησης εκείνης της εποχής απαιτούσαν την χρήση υλικών με αντισηπτικές ιδιότητες όπως πίσσα, ρητίνες, νίτρο, αλάτι



Παλαιά Διαθήκη (~ 1450 π.Χ.)

Στην Παλαιά Διαθήκη (Μωσαϊκή Νομοθεσία) περιγράφεται σύστημα «εξαγνισμού» από μίανση-μόλυνση με φωτιά.
Στο Λευιτικόν, τους Αριθμούς και το Δευτερονόμιο υπάρχουν «υγειονομικοί κανόνες» :
Κατανάλωση τροφών
Επαφή με αίμα
Καθαριότητα
Ασθενείς

Πρακτικά απετέλεσε τη βάση για τους Υγειονομικούς Κανόνες που εφαρμόστηκαν για χιλιάδες χρόνια από πολλούς πολιτισμούς

Ομήρου Οδύσσεια (~ 710 π.Χ.)

Ραψωδία χ 480

αὐτὰρ ὅ γε προσέειπε φίλην τροφὸν Εὐρύκλειαν:
«οἶσε θέειον, γρηῦ, κακῶν ἄκος, οἶσε δέ μοι πῦρ,
ὄφρα θεειώσω μέγαρον: σὺ δὲ Πηνελόπειαν
ἐλθεῖν ἐνθάδ᾽ ἄνωχθι σὺν ἀμφιπόλοισι γυναιξί:
πάσας δ᾽ ὄτρυνον δμῳὰς κατὰ δῶμα νέεσθαι.»

Κι εκείνος στην Ευρύκλεια μίλησε, την μπιστεμένη βάγια:
«Φέρε μου θειάφι εδώ, γερόντισσα, που το κακό ξορκίζει,
και φέρε και φωτιά, την κάμαρα τρογύρα να θειαφίσω.
Καί συ την Πηνελόπη φώναξε να 'ρθεϊ, μαζί κι οι βάγιες,
κι όλες τις δούλες στο παλάτι μου ξεσήκωσε τις να 'ρθουν.»

Αρχαία Ελλάδα (~ 550 π.Χ.)

Οι οπλίτες στη μάχη δεν φορούσαν ρούχα εάν δεν μπορούσαν να φέρουν θωράκιση (εάν δεν μπορούσαν να αγοράσουν)

Είχαν παρατηρήσει ότι τα τραύματα στα οποία είχαν εισχωρήσει κομμάτια από υφάσματα μολύνονταν συχνότερα από τραύματα σε γυμνό δέρμα

Ιπποκράτης ο Κώος (460-377 π.Χ.)

Διαχώρισε την Ιατρική από τη Φιλοσοφία

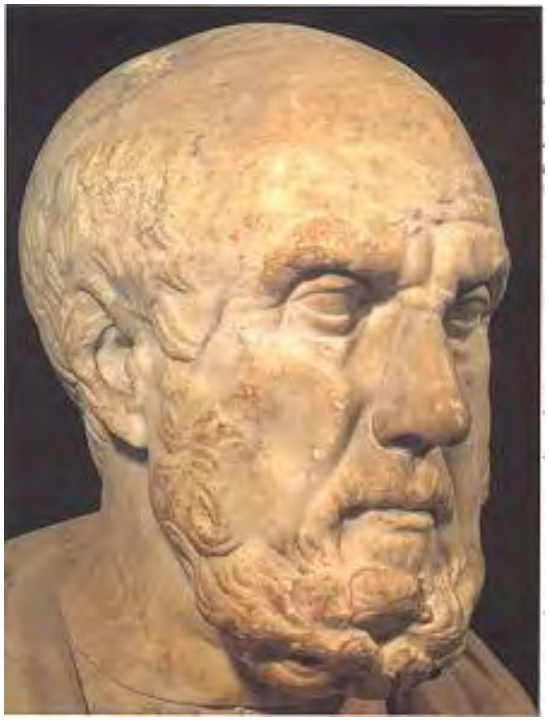
Λογικά αίτια των ασθενειών και όχι Θεϊκή παρέμβαση

Απέρριψε τις δεισιδαιμονίες

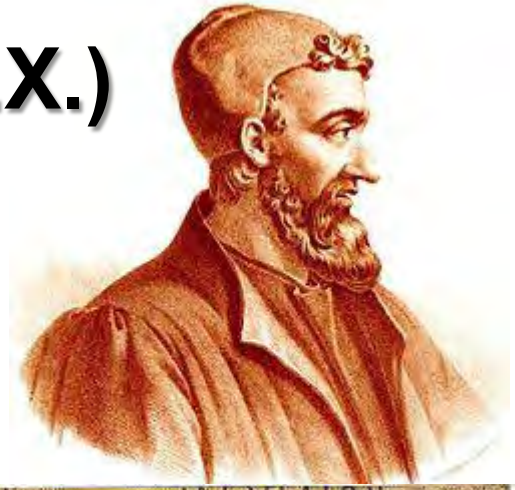
Τόνισε την καθημερινή καθαριότητα και υγιεινή

Ασηψία και αντισηψία

Καθαρισμός τραυμάτων με κρασί
και ζεστό νερό



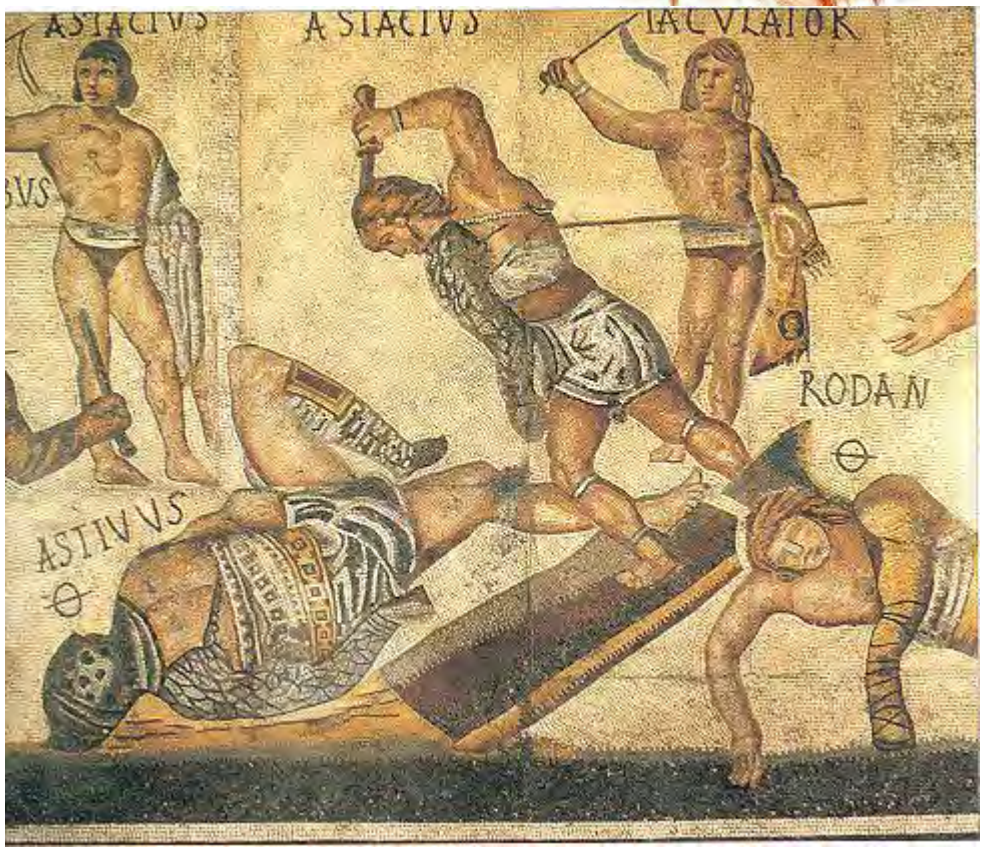
Κλαύδιος Γαληνός (129-199 μ.Χ.)



Ο σπουδαιότερος ιατρός της αρχαιότητας μετά τον Ιπποκράτη

Οι θεωρίες και τα δόγματα του «Γαληνισμού» κυριάρχησαν επί 15 αιώνες στην Ευρώπη και τον Αραβικό κόσμο.

Χρησιμοποιούσε βραστό νερό για την «αποστείρωση» εργαλείων για την περιποίηση των τραυμάτων μονομάχων.



Μεσαίωνας 5ος – 15ος αι. μ.Χ.

Η ιατρική επιστήμη τελμάτωσε , το ίδιο ισχύει και με την ασηψία και την αποστείρωση.

Ελάχιστη πρόοδος

Στην Ευρώπη ανύπαρκτες συνθήκες υγιεινής.

Μεγάλες επιδημίες (βουβωνική πανώλη) , εκατομμύρια θάνατοι

Μεσαίωνας 5ος – 15ος αι. μ.Χ.

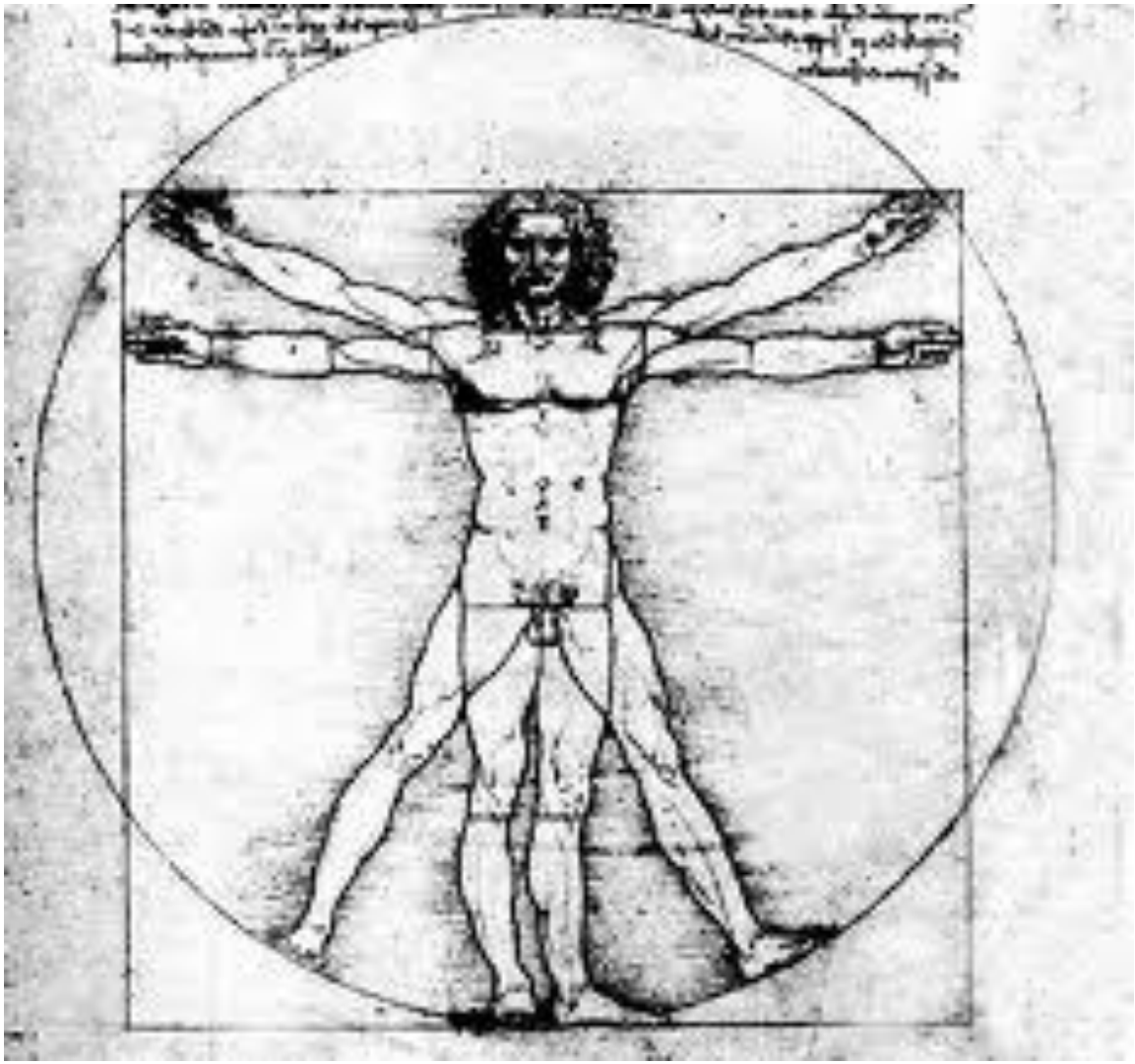
Προσπάθειες για καταπολέμηση του «μιάσματος» κυρίως σε μεγάλες επιδημίες πανώλης σε νοσοκομεία και κατοικίες:

Αερισμός
Καθαρισμός με διάφορα διαλύματα της εποχής
Θειάφι, Ξύδι, Αντιμώνιο, Αρσενικό
Καπνός από καιόμενο άχυρο
Επίκληση στα Θεία

barber-surgeon

Lucas van Leyden 1524

Αναγέννηση



Medical Renaissance (1400 – 1700)

Ανατομία Andre Vessalius (1514 – 1564)

Leonardo da Vinci σχέδιο εμβρύου

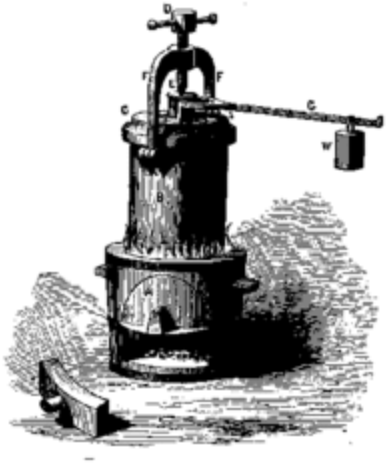
Denis Papin (1647-1712)

Γάλλος φυσικός, μαθηματικός και εφευρέτης.

Ανακάλυψε το «Digester» πρόγονος της χύτρας, του αυτόκαυστου αλλά και της ατμομηχανής.

Αυξάνει η πίεση του αέρα στο δοχείο και το σημείο βρασμού του νερού (> 100° C)

Ο υπέρθερμος ατμός κυκλοφορεί γρηγορότερα μέσα στο δοχείο και είναι περισσότερο διεισδυτικός.



Antonj van Leeuwenhoek (1632-1723)

Ολλανδός έμπορος υφασμάτων και κατασκευαστής φακών.

Ανακάλυψε το μικροσκόπιο.

Απέδειξε την ύπαρξη των μικροργανισμών.

Dr. Johann Julius Walbaum (1724-1799)

Πρώτη χρήση χειρουργικών γαντιών

Χρησιμοποίησε γάντια κατασκευασμένα από έντερο προβάτου για χειρουργικές επεμβάσεις και τοκετούς

Oliver Wendell Holmes Sr (1809-1894)
Ignaz Semmelweis (1818-1865)

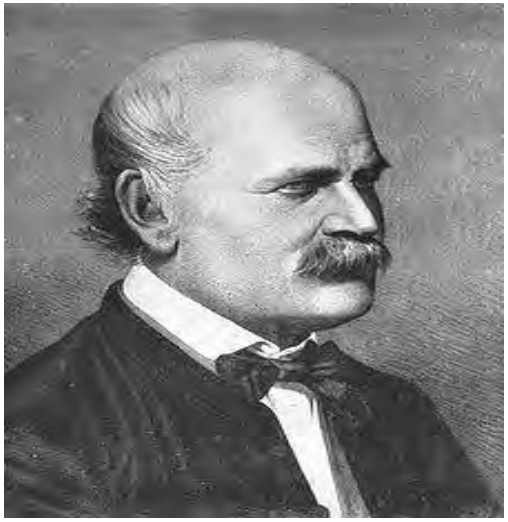
ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ

Holmes 1842
Semmelweis 1847

Οι θεωρίες τους αμφισβητήθηκαν από ιατρούς της εποχής!!!!

ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ 2014

Αν και η αξία της στην πρόληψη των λοιμώξεων έχει τεκμηριωθεί πλήρως παραμένει μείζον ζήτημα η συμμόρφωση από τους σύγχρονους επαγγελματίες υγείας!!!!



Louis Pasteur (1822-1895)

Ο «πατέρας» της Μικροβιολογίας

Ανέπτυξε διαδικασίες αποστείρωσης και απολύμανσης (παστερίωση)

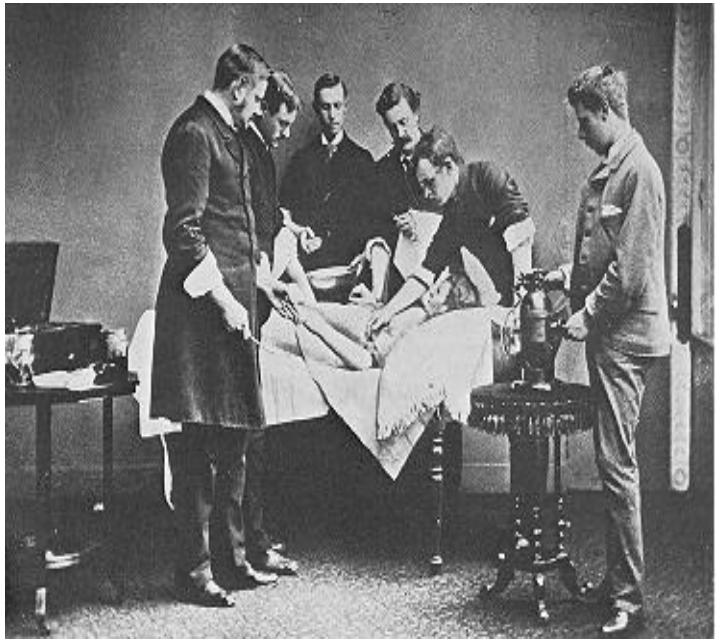
"Messieurs, c'est les microbes qui auront le dernier mot."

"Κύριοι, τα μικρόβια θα έχουν του τελευταίο λόγο."

Joseph Lister (1827-1912)

Ο «πατέρας» της αντισηψίας στο χειρουργείο.

Κατασκεύασε μια συσκευή που ψέκαζε καρβολικό οξύ (φαινόλες) πάνω από το χειρουργικό πεδίο



Charles Chamberland (1851-1908)

Συνεργάτης του Pasteur.
Το 1879 ανέπτυξε το αυτόκαυστο θέτοντας τις βάσεις της σύγχρονης αποστείρωσης

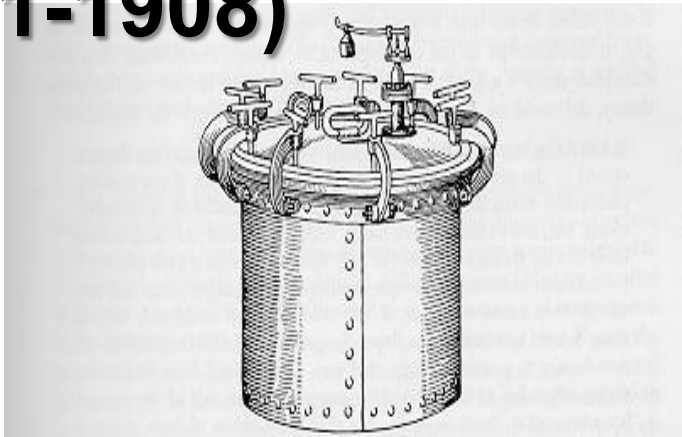


FIGURE 1-5. Chamberland's Autoclave. The first pressure steam sterilizer (autoclave) was built in 1880 by Charles Chamberland, a pupil and collaborator of Louis Pasteur. It was patterned after Papin's steam "digester" and resembled a modern pressure cooker. Chamberland also invented the porcelain bacterial filter.

Robert Koch (1843-1910)

Η έρευνα του Koch και των συνεργατών του ως προς την απολύμανση με ατμό και ζεστό αέρα σηματοδότησαν την απαρχή της αποστείρωσης και της απολύμανσης.

Ο Koch και οι συνεργάτες του ανέπτυξαν τη πρώτη συσκευή αποστείρωσης με ατμό χωρίς πίεση

Το 1881 ξεκίνησε η υποχρεωτική αποστείρωση με βρασμό όλων των υλικών για τα χειρουργεία περιλαμβανομένων των ποδιών, επιδέσμων, πεδίων κλπ

Ernst Von Bergmann (1836-1907)

Το 1885 χρησιμοποίησε αποστείρωση με ατμό για επιδεσμικό υλικό.

~1880 Ο πρώτος δείκτης αποστείρωσης …
… *μια πατάτα*

Gustav Neuber (1850-1932)

Το 1886 χρησιμοποίησε χλωριούχο υδράργυρο για να απολυμάνει τη ποδιά του και προώθησε την απολύμανση όλων των άψυχων επιφανειών στο χειρουργείο και τη χρήση αποστειρωμένων υλικών.

«Πατέρας» της σύγχρονης χειρουργική αίθουσας ως διαχωρισμένος χώρος.

William Stuart Halsted (1852-1922)

Το 1889 ζήτησε από την Goodyear να κατασκευάσει γάντια από πλαστικό για χρήση στο χειρουργείο διότι το προσωπικό έκανε παράπονα για δερματίτιδες που οφείλονταν στο καρβολικό οξύ που χρησιμοποιούσαν.

Χειρουργικά εργαλεία

Στα τέλη του 19ου αι. τα χειρουργικά εργαλεία της εποχής υπέστησαν εκτεταμένες αλλαγές ως προς το σχεδιασμό τους αλλά και τα υλικά κατασκευής ώστε να είναι ανθεκτικά στις τεχνικές αποστείρωσης της εποχής.

Το ίδιο συνέβη και με τις θήκες/τσάντες των εργαλείων.

Παράλληλα η αποστείρωση με ατμό και η χημική απολύμανση συνεχώς εξελίσσονταν και κέρδιζαν έδαφος.

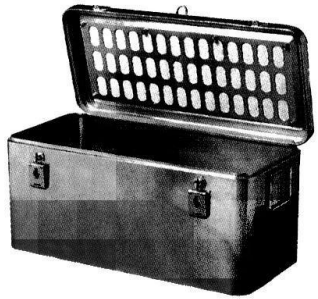
Κυτία αποστείρωσης

Στις αρχές του 20ου αι. η Aesculap στη Γερμανία κατασκεύασε τα πρώτα κουτιά αποστείρωσης εργαλείων από ανοξείδωτο ατσάλι για την ασφαλή αποστείρωση και μεταφορά εργαλείων με βάση τις ανάγκες των στρατιωτικών νοσοκομείων της εποχής

1920 – 1930 Χρήση χημικών δεικτών (CI)

1940 Χρήση του Οξειδίου του Αιθυλενίου (ETO) και λίγο αργότερα της ακτινοβολίας για την αποστείρωση υλικών.

1963 Η Γλουταραλδεΰδη εισάγεται σε χρήση

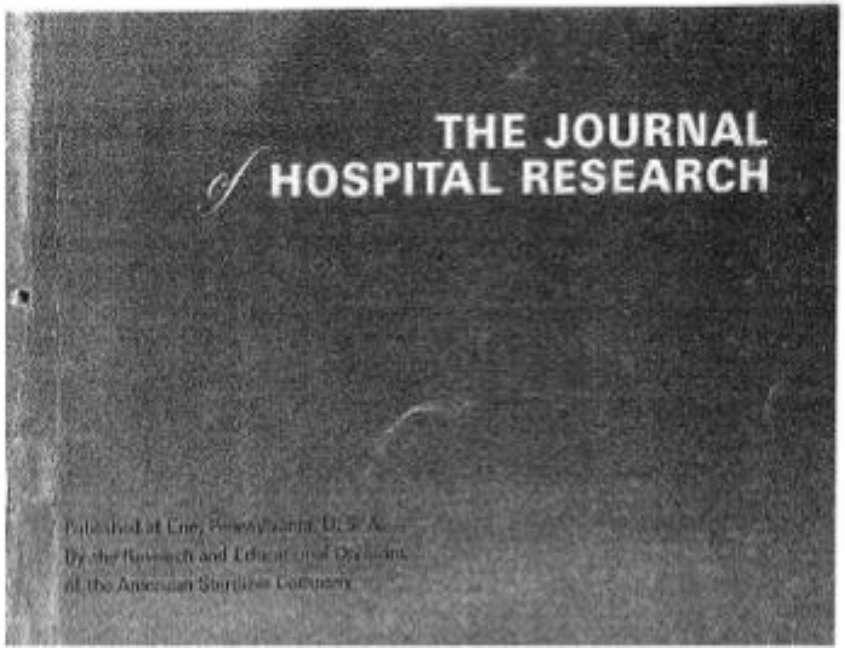


Spaulding Classification (1968)

(Supersedes Volume 3, Number 1, January 1965)

UNIVERSITY OF CALIFORNIA DAVIS
SEP 18 1972
HEALTH SCIENCES LIBRARY

CHEMICAL DISINFECTION AND ANTISEPSIS IN THE HOSPITAL



CHEMICAL DISINFECTION AND ANTISEPSIS IN THE HOSPITAL

Earle H. Spaulding, Ph.D.

THE JOURNAL OF HOSPITAL RESEARCH

References

[1] Lawrence, C. A., and Block, S. S.: *Disinfection, Sterilization and Preservation*, 1968, Lea & Febiger, Philadelphia.

[2] Sykes, G.: *Disinfection and Sterilization*, 2nd ed., 1965, Lippincott, Philadelphia.

[3] Spaulding, E. H.: Chemical Disinfection in the Hospital, *Jour. Hosp. Research*, 3 (No. 1):5-25, 1965.

Επαφή με ασθενή	Παραδείγματα	Ταξινόμηση υλικού	Ελάχιστο επίπεδο απολύμανσης/ αποστείρωσης
Άθικτο δέρμα		Μη κρίσιμο	Καθαρισμός και/ή χαμηλού/ενδιάμεσου βαθμού απολύμανση
Βλενογόννοι και δέρμα με λύση της συνέχειας του		Ημικρίσιμο	Υψηλού βαθμού απολύμανση
Στείροι ιστοί , κυκλοφορικό σύστημα		Κρίσιμο	Αποστείρωση

a

Disinfection level	Bacteria			Fungi	Viruses	
	Vegetative	Mycobacteria	Spores		Enveloped/ lipid	Non-enveloped/ non-lipid
High	+	+	+	+	+	+
Intermediate	+	+	-	+	+	+
Low	+	-	-	+	+	-

Source: Spaulding EH. Chemical disinfection and antisepsis in the hospital. *J Hosp Res* 1957;**9**:5–31.

b

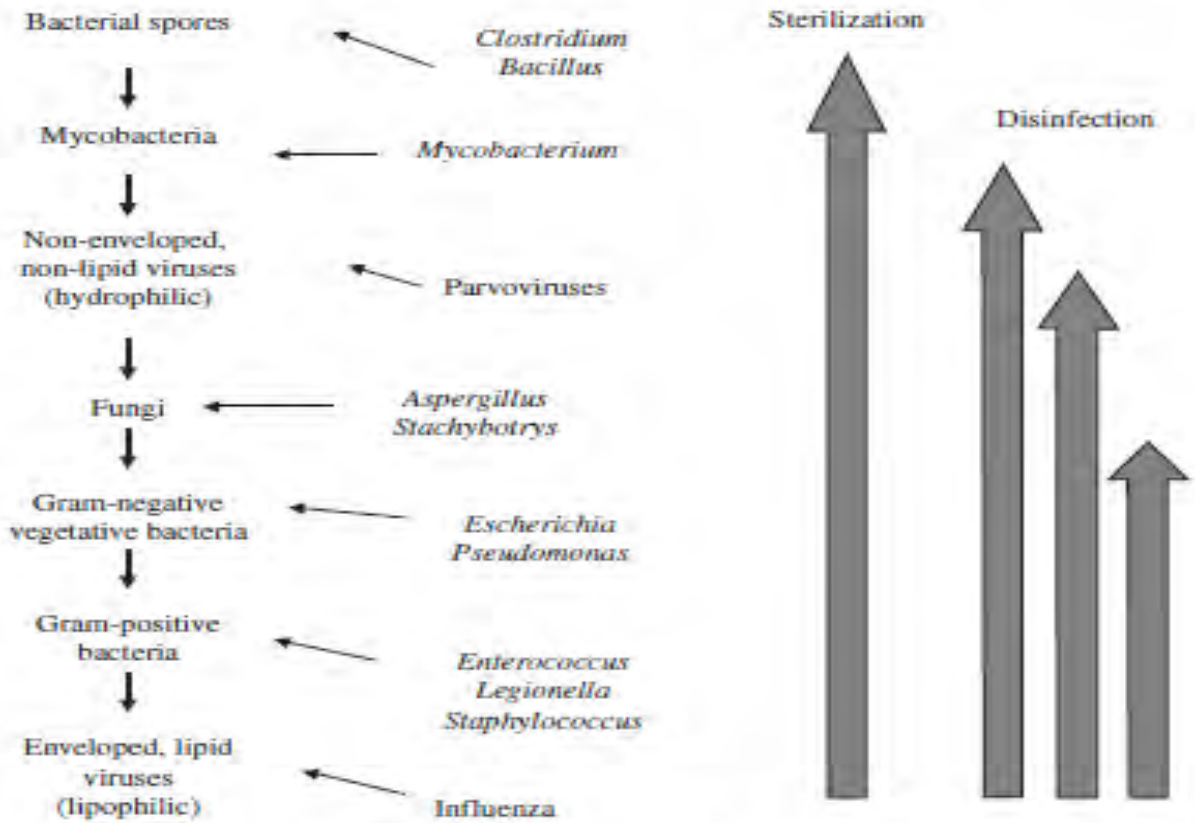


Figure 1. The Spaulding classification for device disinfection. (a) Based on Spaulding (1957). (b) As typically used today in healthcare facilities, with the decreasing level of resistance shown on the left, with examples of micro-organism types that

Μετά από όλα αυτά …

… Υπάρχει περιθώριο για ανοχή;

Poor sterilisation of instruments leads to infection outbreak in Paris

Alexander Dorozynski, *Paris*

Poor sterilisation of surgical instruments in a Parisian clinic has led to an outbreak of a tuberculosis-like infection of the spine caused by *Mycobacterium xenopi*, a usually harmless bacterium often present in the water supply.

The 31 patients who have so far been diagnosed as having the spinal infection were operated on between 1988 and 1993 for intervertebral disc prolapse, either by percutaneous or arthroscopic techniques. The infection causes painful inflammation and abscesses.

The clinic, called Clinique du Sport, reported the first cases in 1993, and an investigation by the Parisian health authorities showed that arthroscopes had been cold sterilised in a disinfectant liquid and then rinsed in tap water contaminated with *M xenopi*. The bacterium is highly resistant to standard disinfectants, and stringent precautions are recommended when surgical instruments are not disinfected in autoclaves.

The clinic then changed its sterilisation method and contacted all patients who had received operations for vertebral disc hernias. By July this year 31 former patients, all treated before 1994, were diagnosed as having the disease; 850 former patients were then warned of the specific risk and requested to undergo diagnostic tests.

According to Dr Véronique Vincent of the mycobacteria laboratory at the Pasteur Institute, the bacterium is usually non-pathogenic in humans, although it is related to *Mycobacterium tuberculosis* and can cause pulmonary infections in people with a history of tuberculosis, silicosis, aspergillosis, and chronic bronchitis.

These cases are the first reports that *M xenopi* has lead to an outbreak of severe vertebral bone disease. Dr Vincent said: "The big problem is that the infection is resistant to the usual antibiotics. There is no therapeutic consensus or a standard treatment." The incubation time can be several years: a patient who was operated on in December 1991 was diagnosed as having the disease only in June of this year.

Several patients are suing the clinic. Dr Bernard Kouchner, secretary of state for health, said that private clinics will be required to have a nosocomial infection prevention committee, as do public hospitals. □

TABLE 1. Reprocessing Failures of Semicritical or Critical Medical Instruments Resulting in Patient Notification

Location or institution, year	Instrument involved	No. of persons exposed
Sacramento, CA, 2002	Endoscope	750
Toronto, ON, 2003	Endoscope	146
Seattle, WA, 2004	Endoscope	600
Sacramento, CA, 2004	Endoscope	1,331
San Francisco, CA, 2004	Endoscope	2,000
Long Island, NY, 2004	Endoscope	177
Charleston, NC, 2004	Endoscope	1,383
Toronto, ON, 2003	Prostate biopsy probe	900
Pittsburgh, PA, 2005	Endoscope	200
Leesburg, VA 2005	Endoscope	144
San Diego, CA, 2006	Endoscope	300
Augusta, ME, 2006	Prostate biopsy needle	481
Dept Veterans Affairs, 2006	Prostate biopsy equipment	2,075
San Diego, CA, 2006	Surgical instrument	82

NOTE. Modified from a presentation by Douglas Nelson, MD, at the 33rd Annual Conference and International Meeting of the Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology; Tampa, Florida, 2006.

http://www.komonews.com/news/local/Patients-at-risk-of-disease-following-sterilization-error-at-
ΕΝΔΟΦ... 27 pa... Alberta ... 18 patie... Hospital... Tulane ... Patients ...
Αρχείο Επεξεργασία Προβολή Αγαπημένα Εργαλεία Βοήθεια
Προτεινόμενες τοποθε... Σελίδα Ασφάλεια Εργαλεία

27 patients at-risk of disease following sterilization error

By KOMO Staff | Published: Dec 22, 2013 at 11:03 AM PDT | Last Updated: Dec 22, 2013 at 12:26 PM PDT

Recommend 58 g+1 2.001 Tweet 5 54 Comments Print Email

Advertisement
Error

MOST POPULAR

Motorcyclist fleeing from trooper plunges off I-90 overpass

Missing Oregon woman's body

http://www.komonews.com/search 100%

http://www.pennlive.com/midstate/index.ssf/2014/05/patients_at_york_county_surgic.html
ΕΝΔΟΦΘΑ... Alberta ho... 18 patients... Hospital su... Tulane Me... Patients...
Αρχείο Επεξεργασία Προβολή Αγαπημένα Εργαλεία Βοήθεια
Προτεινόμενες τοποθε... Σελίδα Ασφάλεια Εργαλεία

What's New and Cookin' at Pennlive.com
Food & Dining
Feast your eyes on our new online Food & Dining Section filled with tasty trends, secret tips from local foodies, restaurant reviews, and more!
The Patriot-News
Get the latest dish ▸

0 comments

Patients at York County surgical center tested for HIV, Hepatitis after sterilization concerns

2 Tweet
5 Like
0 Share
0 Pin it

By Jeff Frantz | jfrantz@pennlive.com
Email the author | Follow on Twitter
on May 30, 2014 at 5:24 PM, updated May 30, 2014 at 9:55 PM

Print

A York County surgical center has told some of its patients get tested for Hepatitis B, Hepatitis C and HIV because the practice did not follow nationally accepted procedures for sterilizing equipment.

The State Board of Medicine temporarily suspended the medical licenses of five doctors at White Rose Surgical Associates because of "gross errors or high-risk practices known to be associated with outbreaks of bloodborne pathogens," according to the board reports.

The doctors failed to sterilize vital equipment, left equipment open to cross

The YWCA Greater Harrisburg, in compliance with its Keystone Communities Program grant application, will hold a public meeting to inform the community of the intended use of funds.
Please join us on **Tuesday, August 12, 2014** from **5-6:30 PM** in the Highmark Room of the **YWCA Greater Harrisburg, 1101 Market Street, Harrisburg,** PA 17103 to learn about the exciting projects that will be undertaken if awarded funding.
Please RSVP to Pamela Rhoads at 717-724-2241 or prhoads@ywcahbg.org at your earliest convenience.
CLICK FOR MORE INFORMATION ›

Featured Story

100%

http://www.agelioforos.gr/default.asp?pid=7&ct=4&artid=48706

Αρχείο Επεξεργασία Προβολή Αγαπημένα Εργαλεία Βοήθεια

Προτεινόμενες τοποθε... Σελίδα Ασφάλεια Εργαλεία

agelioforos.gr

Ενημέρωση από τη Θεσσαλονίκη & τη Βόρεια Ελλάδα

Μη χάσετε το ανανεωμένο ένθετο ΕΡΓΑΣΙΑ
κάθε Τρίτη, Πέμπτη και Κυριακή με τον Αγγελιοφόρο
Και φυσικά πάντα με εκατοντάδες νέες αγγελίες εργασίας! www.agelioforos.gr

Πέμπτη, 7 Αυγούστου 2014
Αστερινός, Νικάνωρ, Νικάνορας

Θεσσαλονίκη
24 °C

ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
Τ. 18 2 18, www.piraeusbank.gr

ΤΟΠΙΚΑ

Δέκα ασθενείς που προσεβλήθησαν από την ενδοφθαλμίτιδα σε κλινική των Σερρών υποβλήθηκαν σε νέα επέμβαση

Δημοσιεύτηκε: Κυριακή, 27 Ιουνίου 2010 21:21

-A A+ g+1 0 ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΑΠΟΣΤΟΛΗ Share

Δέκα από τους δεκατρείς ασθενείς είχαν υποβληθεί μέχρι το βράδυ της Κυριακής εκ νέου σε οφθαλμολογική εγχείρηση σε πανεπιστημιακή κλινική

Μικρές Αγγελίες

Βρείτε αυτό που ψάχνετε
Επιλέξτε κατηγορία

Καταχωρήστε
Επιλέξτε

Ακίνητα Οχήματα Εργασία Διάφορα

Προτάσεις

mikresagelies.gr
Όλες οι θέσεις εργασίας Ελλάδα και Εξωτερικό. Άμεση ενημέρωση

Close Up Ιουλίου
Δείτε την έντυπη έκδοση

100%

http://www.e-simerini.com/e/modules.php?name=News&file=article&sid=8579

Αρχείο Επεξεργασία Προβολή Αγαπημένα Εργαλεία Βοήθεια

Προτεινόμενες τοποθε... Σελίδα Ασφάλεια Εργαλεία

ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΤΩΝ ΣΕΡΡΩΝ

Αθλητισμός ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΩΙΝΗ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ Ν. ΣΕΡΡΩΝ Αθλητισμός

7 Αυγούστου, 2014

ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΕ ΤΟ ΠΟΡΙΣΜΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΔΟΦΘΑΛΜΙΤΙΔΑ

Ημερομηνία καταχώρησης 02-09-2010 10:49

Στη δημοσιότητα το πόρισμα

Πρόβλημα αποστείρωσης προκάλεσε την τύφλωση σε ηλικιωμένους στο νομό Σερρών

Παραλείψεις στη διαδικασία και την τεχνική αποστείρωσης εντοπίζει το πόρισμα επιδημιολογικού ελέγχου της ιδιωτικής κλινικής των Σερρών, που διενεργήθηκε προκειμένου να εξακριβωθούν τα αίτια που προκάλεσαν λοίμωξη ενδοφθαλμίτιδας σε 13 ηλικιωμένους, οι οποίοι χειρουργήθηκαν τον περασμένο Ιούνιο για καταρράκτη.
Ο έλεγχος, που έγινε από ιατρική επιστημονική ομάδα, αφορούσε την οργάνωση, τη λειτουργία, τις υποδομές, τα όργανα και τα υλικά που χρησιμοποιούνται στα χειρουργεία και στους περιβαλλοντικούς και μικροβιολογικούς ελέγχους τόσο των χειρουργείων, όσο και της κλινικής.
Στην έκθεση, που κοινοποιήθηκε στον Διοικητή της 4ης ΥΠΕ Μακεδονίας-Θράκης Α.Μπουσουλέγκα, αναφέρεται ότι στους κλίβανους αποστείρωσης και στη διαδικασία που

Συσχετιζόμενοι σύνδεσμοι

- Περισσότερα για Κοινωνία

Πιο δημοφιλής είδηση για Κοινωνία: ΞΕΝΟΦΟΒΙΑ ΚΑΙ ΡΑΤΣΙΣΜΟΣ . ΓΡΑΦΕΙ Ο ΧΡΗΣΤΟΣ Α. ΚΑΤΣΑΡΟΣ

Αξιολόγηση άρθρου

Μέση βαθμολογία: 0
Ψήφοι: 0

Αφιερώστε λίγο χρόνο και αξιολογήστε το άρθρο

125%

Μετά και από αυτά …

… ανοχή ισοδυναμεί με …

Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, 2008

William A. Rutala, Ph.D., M.P.H.[1,2], David J. Weber, M.D., M.P.H.[1,2], and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)[3]

[1]Hospital Epidemiology
University of North Carolina Health Care System
Chapel Hill, NC 27514

[2]Division of Infectious Diseases
University of North Carolina School of Medicine
Chapel Hill, NC 27599-7030

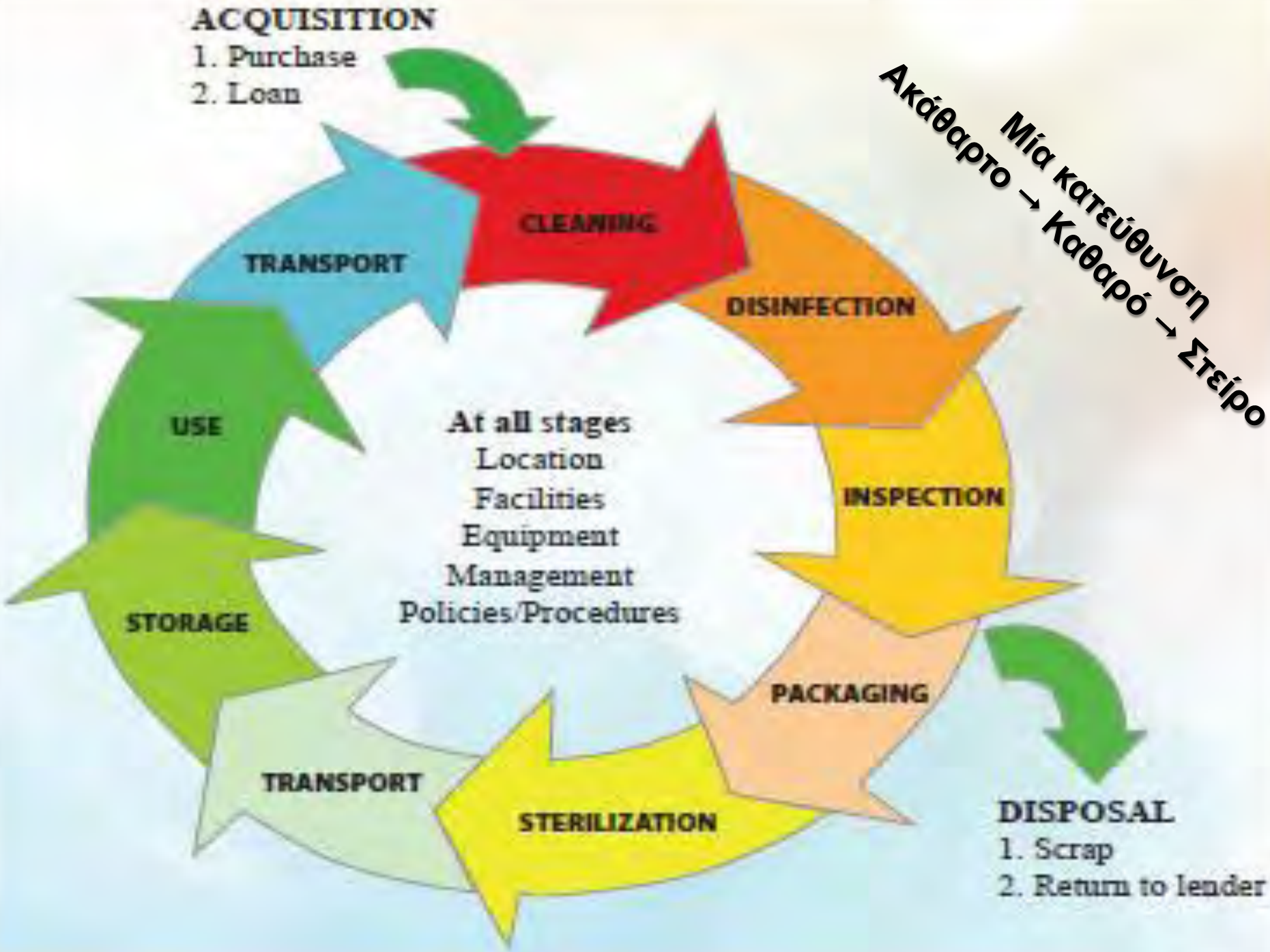
Quality Assurance

Κάθε Χ.Π.Υ. οφείλει να παρέχει ασφαλή και ποιοτική φροντίδα με τη διάθεση αποστειρώμενων ιατρικών υλικών και εργαλείων

Quality means doing it right when no one is looking.

(Henry Ford)

Ποιότητα σημαίνει να κάνεις κάτι σωστά, όταν δεν κοιτάει κανείς


ACQUISITION
1. Purchase
2. Loan
CLEANING
DISINFECTION
INSPECTION
PACKAGING
STERILIZATION
TRANSPORT
STORAGE
USE
TRANSPORT
At all stages
Location
Facilities
Equipment
Management
Policies/Procedures
DISPOSAL
1. Scrap
2. Return to lender
Μία κατεύθυνση
Ακάθαρτο → Καθαρό → Στείρο

Κεντρική Αποστείρωση
Αόρατη για τους ασθενείς αλλά και για το προσωπικό

Quality Assurance Program (1)

- Διαχειριστικός/Διοικητικός Έλεγχος
  - ✓ *Γραπτές διαδικασίες*
- Χημικοί Δείκτες (Class I – VI)
- Βιολογικοί Δείκτες
  - ✓ Επιλογή δείκτη ανάλογα με τη μέθοδο αποστείρωσης:
    - EtO : Bacillus atrophaeus (πρ. Bacillus subtilis)
    - Ατμός : Bacillus stearothermophilus
      - Και σε ξηρά θερμότητα, Plasma, Peracetic Acid, Ozone
    - Υπεροξείδιο υδρογόνου : Bacillus circulans
    - ☛ *Rapid Biological Indicators (1 – 3h Readout)*
- Μηχανικοί – Φυσικοί Δείκτες
  - ✓ *Μετρητές – Καταγραφικά*
- Αρχειοθέτηση δεδομένων
- Συνεχής Εκπαίδευση

Quality Assurance Program (2)

- Υψηλού Βαθμού Απολύμανση (HLD) Ενδοσκοπίων
  - ✓ Χειρονακτικός καθαρισμός
  - ✓ Μηχανικός καθαρισμός – απολύμανση
    - ☛ *Automated Endoscope Reprocessors (AER)*

- **<u>Αυστηρή εφαρμογή του πρωτόκολλου απολύμανσης</u>**

INFECTION CONTROL AND HOSPITAL EPIDEMIOLOGY JUNE 2011, VOL. 32, NO. 6

ASGE-SHEA GUIDELINE

Multisociety Guideline on Reprocessing Flexible GI Endoscopes: 2011

Bret T. Petersen, MD, FASGE; Jennifer Chennat, MD; Jonathan Cohen, MD, FASGE; Peter B. Cotton, MD, FASGE; David A. Greenwald, MD, FASGE; Thomas E. Kowalski, MD; Mary L. Krinsky, DO; Walter G. Park, MD; Irving M. Pike, MD, FASGE; Joseph Romagnuolo, MD, FASGE; for the ASGE Quality Assurance in Endoscopy Committee; and William A. Rutala, PhD, MPH; for the Society for Healthcare Epidemiology of America

CMR Journals.ASM.org

Clinical Microbiology Reviews April 2013 Volume 26 Number 2

Transmission of Infection by Flexible Gastrointestinal Endoscopy and Bronchoscopy

Julia Kovaleva,[a] Frans T. M. Peters,[b] Henny C. van der Mei,[c] John E. Degener[a]

Department of Medical Microbiology, University of Groningen, University Medical Center Groningen, Groningen, The Netherlands[a]; Endoscopy Center, University of Groningen, University Medical Center Groningen, Groningen, The Netherlands[b]; Department of Biomedical Engineering, University of Groningen, University Medical Center Groningen, Groningen, The Netherlands[c]

Scope	Outbreaks	Micro (primary)	Pts Contaminated	Pts Infected	Cause (primary)
Upper GI	19	Pseudomonas aer., *H. pylori*, *Salmonella*	169	56	Cleaning/Dis-infection (C/D)
Sigmoid/Colonoscopy	5	*Salmonella*, HCV	14	6	Cleaning/Dis-infection
ERCP	23	Pseudomonas aer	152	89	C/D, water bottle, AER
Bronchoscopy	51	Pa, Mtb, Mycobacteria	778	98	C/D, AER, water
Totals	98		1113	249	

Eurosurveillance, Volume 15, Issue 48, 02 December 2010

SURVEILLANCE AND OUTBREAK REPORTS

Control of a multi-hospital outbreak of KPC-producing *Klebsiella pneumoniae* type 2 in France, September to October 2009

A Carbonne (anne.carbonne@sap.aphp.fr)[1], J M Thiolet[2], S Fournier[3], N Fortineau[4], N Kassis-Chikhani[5], I Boytchev[4], M Aggoune[1], J C Séguier[6], H Sénéchal[7], M P Tavolacci[8], B Coignard[2], P Astagneau[1,9], V Jarlier[3,9,10]

1. Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN, Regional Coordinating Centre for Nosocomial Infection Control), Paris-Nord, France
2. Institut de Veille Sanitaire (InVS, French Institute for Public Health Surveillance), Saint-Maurice, France
3. Central infection control team, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, France
4. Assistance Publique–Hôpitaux de Paris, Centre Hospitalier Universitaire Bicêtre, Le Kremlin Bicêtre, France
5. Assistance Publique–Hôpitaux de Paris, Centre Hospitalier Universitaire Paul Brousse, Villejuif, France
6. Centre Hospitalier Poissy–St-Germain-en-Laye), Poissy and St-Germain-en-Laye, France
7. Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN, Regional Coordinating Centre for Nosocomial Infection Control) Ouest, Rennes, France
8. Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Rouen, France
9. Université Pierre et Marie Curie, Paris, France
10. Microbiology-Infection control, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris, France

Citation style for this article:
Carbonne A, Thiolet JM, Fournier S, Fortineau N, Kassis-Chikhani N, Boytchev I, Aggoune M, Séguier JC, Sénéchal H, Tavolacci MP, Coignard B, Astagneau P, Jarlier V. Control of a multi-hospital outbreak of KPC-producing Klebsiella pneumoniae type 2 in France, September to October 2009. Euro Surveill. 2010;15(48):pii=19734. Available online: http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19734

Article published on 2 December 2010

Table

Case description[a]: multi-hospital outbreak of KPC-2 *Klebsiella pneumoniae*[b], France, September to October 2009 (n=13)

Case number	Hospital[c]	Duodenoscopy in Hospital B	Type of specimen tested	Infection/ colonisation	Outcome as of 1 November 2010	Comment
1	A	Yes	Rectal swab	Colonisation	Alive	Source case (transferred from Greece)
2	B	Yes	Blood sample	Infection (bacteraemia)	Death unrelated to KPC-2 *K. pneumoniae*	Index case Hospital B
3	A	Yes	Blood sample	Infection (bacteraemia)	Death unrelated to KPC-2 *K. pneumoniae*	Index case Hospital A
4	A	No	Biliary fluid	Infection (biliary)	Alive	Contact of Case 3
5	A	No	Bronchial aspirate	Infection (pulmonary)	Death unrelated to KPC-2 *K. pneumoniae*	Contact of Case 3
6	B	No	Rectal swab	Colonisation	Alive	Contact of Case 2 Transferred to Hospital A
7	B	No	Rectal swab	Colonisation	Alive	Contact of Case 2
8	B	Yes	Rectal swab	Colonisation	Alive	–
9	B	Yes	Rectal swab	Colonisation	Alive	Transferred to Hospital D then to Hospital E
10	B	Yes	Rectal swab	Colonisation	Alive: urinary tract colonisation in 2010	Index case Hospital C Returned home from Hospital B, then re-hospitalised in Hospital C
11	B	Yes	Rectal swab	Colonisation	Death unrelated to KPC-2 *K. pneumoniae*	Underwent follow-up in Hospitals F and G
12	C	No	Rectal swab	Colonisation	Alive	Contact of Case 10
13	B	Yes	Rectal swab	Colonisation	Alive	Underwent follow-up in Hospital G

[a] Reasons for hospitalisation included biliary or gall bladder lithiasis, gastrointestinal carcinoma, gastrointestinal haemorrhage, hepatic transplantation and peritonitis.

[b] *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase (KPC)-producing *Klebsiella pneumoniae* type 2.

[c] Hospital where KPC-2 *K. pneumoniae* was diagnosed.

Eurosurveillance, Volume 15, Issue 48, 02 December 2010

EDITORIAL

Editorials represent the opinions of the authors and *JAMA* and not those of the American Medical Association.

Gastrointestinal Endoscopes
A Need to Shift From Disinfection to Sterilization?

William A. Rutala, PhD, MPH; David J. Weber, MD, MPH

More than 10 million gastrointestinal endoscopic procedures are performed annually in the United States for diagnostic purposes, therapeutic interventions, or both.[1] Because gastrointestinal endoscopes contact mucosal surfaces, use of a contaminated endoscope may lead to patient-to-patient transmission of potential pathogens with a subsequent risk of infection.[1]

In this issue of *JAMA*, Epstein and colleagues[2] report findings from their investigation of a cluster of New Delhi metallo-β-lactamase (NDM)–producing *Escherichia coli* associated with gastrointestinal endoscopy that occurred from March 2013 to July 2013 in a single hospital in northeastern Illinois. During the 5-month period, 9 patients with positive cultures for NDM-producing *E coli* were identified, and a case-control study demonstrated that a history of undergoing an endoscopic procedure at this specific hospital was strongly associated with cases of NDM-producing *E coli*. Cultures obtained from the endoscope used on 5 of the case patients yielded an NDM-producing *E coli* from the elevator channel. The elevator channel is unique to side-viewing endoscopes, most often used to perform endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). The elevator has a separate channel and provides orientation of catheters, guide wires, and accessories into the endoscopic visual field. This channel is complex in design and may be more difficult to disinfect completely.

Related article page 1447

The *E coli* isolate was highly related (>92%) to all case patient isolates by pulsed-field gel electrophoresis. Endoscope reprocessing procedures were reviewed and no lapses were identified. Further, the automated endoscope reprocessor (AER) was functioning correctly and the duodenoscopes were not damaged. The facility notified the 226 patients who had potential exposure to a culture-positive endoscope. Twenty-seven additional case patients were identified by active surveillance who were colonized and had been exposed to a duodenoscope. No additional cases were identified after the hospital changed its endoscope reprocessing from automated high-level disinfection with orthophthalaldehyde to gas sterilization with ethylene oxide.

The key concern raised by this study is whether current US endoscope reprocessing guidelines are adequate to ensure a patient-safe gastrointestinal endoscope (one devoid of potential pathogens) or if endoscopes with their long, narrow channels, right-angle turns, difficult to clean and disinfect components, and heavy microbial contamination impossible to reliably high-level disinfect. To examine this concern and offer recommendations, understanding current knowledge on endoscope reprocessing is necessary.

First, endoscopes are semicritical devices, which contact mucous membranes or nonintact skin, and require at least high-level disinfection.[3,4] High-level disinfection achieves complete elimination of all microorganisms, except for small numbers of bacterial spores. Because flexible gastrointestinal endoscopic instruments are heat labile, only high-level disinfection with chemical agents or low-temperature sterilization technologies are possible.[3] However, no low-temperature sterilization technology is US Food and Drug Administration (FDA)–cleared for gastrointestinal endoscopes such as duodenoscopes.

Second, more health care–associated outbreaks and clusters of infection have been linked to contaminated endoscopes than to any other medical device.[3,5] However, until now, these episodes have been traced to deficient practices such as inadequate cleaning, inappropriate disinfection, and damaged endoscopes or flaws in the design of endoscopes or AERs.[3] In addition, reprocessing failures have led to patient notifications and blood-borne pathogen testing in dozens of instances.[6]

Third, evidence-based endoscope reprocessing guidelines have been prepared by professional organizations and the Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Although some data have demonstrated that rigorous adherence to these guidelines will result in a patient-safe endoscope,[3,4] other data have demonstrated that all of the steps associated with manual endoscope reprocessing are rarely performed and some essential steps (eg, brushing all endoscope channels and components) are commonly skipped.[7] Endoscope reprocessing was improved with the use of AERs because most steps were automated.[7]

Fourth, endemic transmission of infections associated with gastrointestinal endoscopes may be unrecognized due to inadequate surveillance of outpatient procedures, long lag time between colonization and infection, and a low frequency of clinical infection. Additionally, the risk for some procedures might be higher than others in which normally sterile areas are contaminated. In the cluster of cases identified by Epstein et al, the presence of an unusual pathogen (NDM-producing *E coli*) prompted an investigation and subsequent recognition that duodenoscopes were the source of the case patient isolates.[2]

Fifth, the margin of safety associated with reprocessing endoscopes is minimal. Endoscopes are heavily contaminated with microbes. The internal channel of gastrointestinal endoscopes may contain 10^{8-10} (8-10 $\log_{10}$) enteric microorganisms.[8] The cleaning step in endoscope reprocessing results in a 4 to 6 $\log_{10}$ reduction of microbes and the high-level disinfection step results in another 4 to 6 $\log_{10}$ reduction of mycobacteria, for a total 8 to 12 $\log_{10}$ reduction of microbes.[9] Thus, the margin of safety associated with cleaning and high-level disinfection of gastro-

Copyright 2014 American Medical Association. All rights reserved.

Οι ορθές διαδικασίες αποστείρωσης και απολύμανσης αποτελούν ακρογωνιαίο λίθο για οποιοδήποτε πρόγραμμα Επιτηρήσης Λοιμώξεων.

Ο κύκλος των διαδικασιών πρέπει να ελέγχεται συνεχώς για τον εντοπισμό σφαλμάτων

Ο βασικός κανόνας

Journal of Hospital Infection 81 (2012) 231–238

Available online at www.sciencedirect.com

Journal of Hospital Infection

journal homepage: www.elsevierhealth.com/journals/jhin

Surgical site infections linked to contaminated surgical instruments

S.J. Dancer [a,*], M. Stewart [a], C. Coulombe [a], A. Gregori [b], M. Virdi [c]

[a] Department of Microbiology, NHS Lanarkshire, Glasgow, UK
[b] Department of Orthopaedics, NHS Lanarkshire, Glasgow, UK
[c] Department of Ophthalmology, NHS Lanarkshire, Glasgow, UK

ARTICLE INFO

Article history:
Received 17 November 2011
Accepted 24 April 2012
Available online 15 June 2012

Keywords:
'Clean surgery' orthopaedics
Decontamination
Ophthalmology
Sterilization
Surgical instruments
Surgical site infections

SUMMARY

Background: This study describes an investigation into a sudden increase in surgical site infection rate following 'clean' surgery. The outbreak involved 15 orthopaedic patients following metal insertion, and five ophthalmology patients who developed endophthalmitis.
Aim: An outbreak committee was convened in order to find the cause of the sudden increase in surgical infections.
Methods: The investigation included epidemiological and patient analyses, and environmental and clinical audits of wards and theatres. Following reports of contaminated surgical sets, surgical instruments and their packaging were examined using a standardized laboratory protocol. Clinical staff visited the sterilization plant.
Findings: Skin flora including coagulase-negative staphylococci (CoNS) and *Bacillus* spp. were recovered from a range of patient specimens. Eleven patients required further surgical attention. Microbiological processing of surgical packs revealed CoNS and *Bacillus* spp. from inner packaging as well as from instruments themselves. Inspection of the sterilization plant highlighted inadequate maintenance of autoclave components and poor handling practices by staff. This was compounded by lapses in inspection of surgical sets by theatre staff. Cases terminated following a review of operator training, supervision and staffing at the sterilization plant, in conjunction with formal inspection and reporting of damp/stained sets by theatre staff.
Conclusions: Post-sterilization contamination of sets containing surgical instruments was linked with an increased rate of deep surgical site infections in orthopaedic and ophthalmic patients. The investigation demonstrates the importance of close collaboration and co-operation between sterile services providers, managers and clinical staff and offers guidance for reducing the risk of contaminated sterile surgical instruments.
© 2012 The Healthcare Infection Society. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.

Table II
Visual and microbiological findings from 20 sterile surgical packs examined during the outbreak

Set no.	Pack type	Date of examination	Visual appearance (outer surface)	Culture result	
				Inner surfaces or wrappings	Instrument(s)
1	Ophthalmic set	15 May 2009	Damp and discoloured	CoNS	CoNS: two instruments
2	Menisectomy set	21 May 2009	Dry, no discoloration	NG	NG
3	General theatre minor	21 May 2009	Dry, no discoloration	NG	NG
4	Clutton buggie set	21 May 2009	Dry, no discoloration	NG	NG
5	Cystoscopy set	2 Jun 2009	Damp, no discoloration	NG	*Bacillus* spp. and CoNS: four instruments
6	Hysteroscope set	3 Jun 2009	Damp and discoloured	NG	*Bacillus* spp. and CoNS: two instruments
7	Maxi driver set	9 Jun 2009	Dry, no discoloration	NG	CoNS and *Bacillus* spp.: four instruments
8	Maxi driver set	11 Jun 2009	Damp, no discoloration	*Bacillus* spp.	*Bacillus* spp. and CoNS: four instruments
9	Medullary instrument set	15 Jun 2009	Damp, no discoloration	NG	*Bacillus* spp.: one instrument
10	TNS set	14 Sep 2009	Dry, no discoloration	NG	*Bacillus* sp.: two instruments
11	Phacoemulsifier	14 Sep 2009	Dry, no discoloration	NG	CoNS: one instrument
12	Strabismus set	14 Sep 2009	Dry and discoloured	NG	*Bacillus* spp.: one instrument
13	Phacoemulsifier	15 Sep 2010	Damp discoloured	NG	CoNS and *Bacillus* spp.: three instruments
14	Fasciotomy set	15 Sep 2010	Dry, slight discoloration	NG	*Bacillus* spp.: two instruments
15	Skeeter drill set	16 Sep 2009	Dry, slight discoloration	NG	NG
16	Fallopian ring applicator	16 Sep 2009	Dry, slight discoloration	NG	NG
17	General theatre set	17 Sep 2009	Dry, no discoloration	NG	NG
18	Twin theatre set	17 Sep 2009	Dry, no discoloration	NG	NG
19	Community dental set	21 Sep 2009	Dry, no discoloration	NG	NG
20	Laparoscope set	21 Sep 2009	Dry, no discoloration	NG	NG

CoNS, coagulase-negative staphylococci; NG, no growth; TNS, Tibial Nail System.

188
SPEEDWATCH

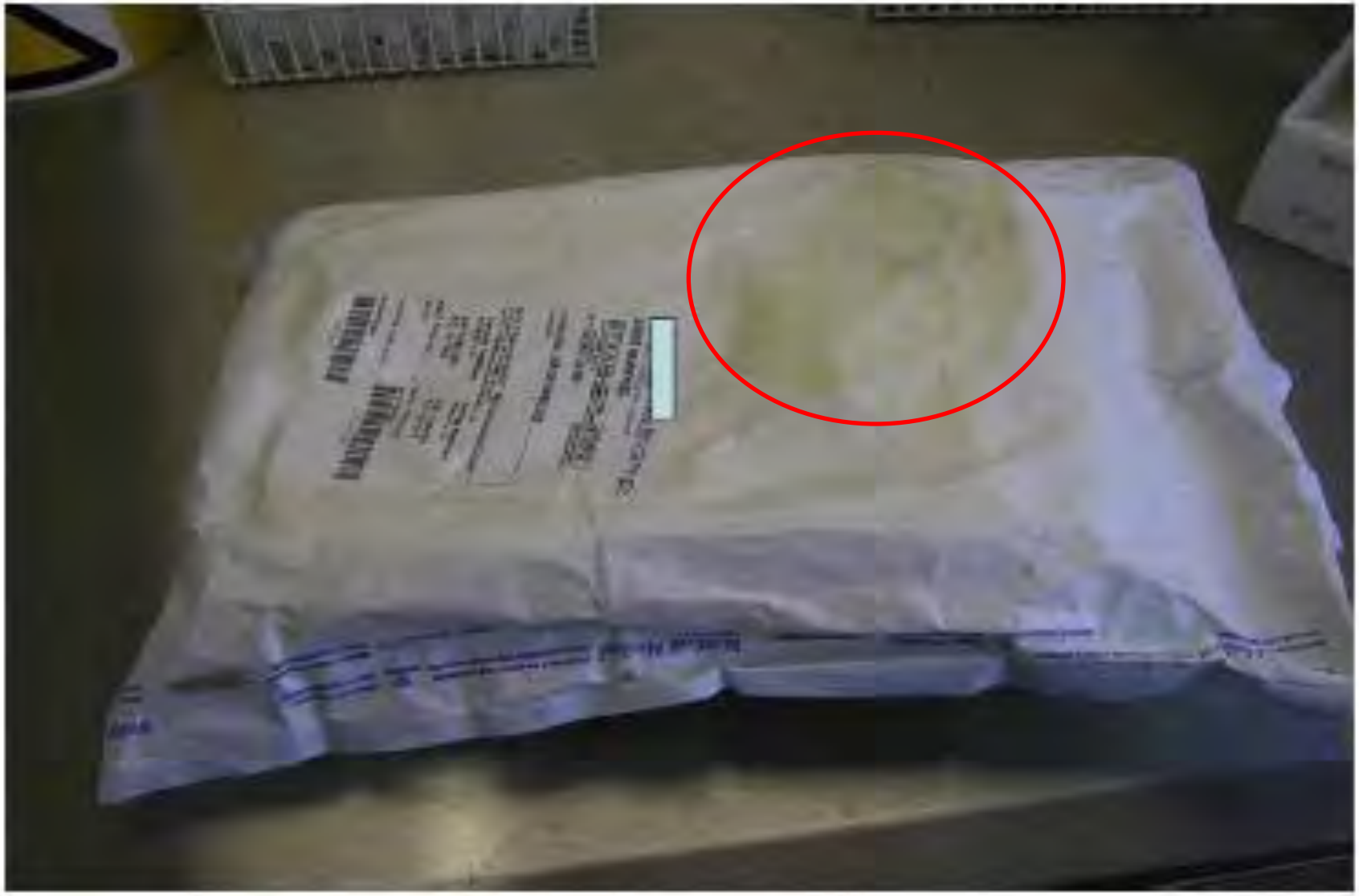


Figure 2. Visually stained intact surgical set received from sterile services provider.

S.J. Dancer et al. / Journal of Hospital Infection 81 (2012) 231–238

Στόχοι της διαδικασίας ελέγχου

- Εξασφάλιση στο μέγιστο δυνατό βαθμό στειρότητας υλικών/εργαλείων (δηλ. απουσία μικροργανισμών)
- Εντοπισμός σφαλμάτων/αστοχιών άμεσα (πριν τη χρήση των υλικών/εργαλείων) ή το συντομότερο δυνατό
  - ✓ ***Διαδικασία διερεύνησης – ελέγχου σφάλματος***
    - ☛ ***Crisis and Damage Control***
- Απομάκρυνση υλικών/εργαλείων που εμπλέκονται σε σφάλμα/αστοχία πριν τη χρήση τους
- Βελτίωση της κατάστασης των ασθενών (αποφυγή SSIs)
- Έλεγχος οικονομικού κόστους
- Τελικός Στόχος:

Ηρεμία της Επιτροπής Λοιμώξεων!!!

INFECTION CONTROL AND HOSPITAL EPIDEMIOLOGY FEBRUARY 2007, VOL. 28, NO. 2

ORIGINAL ARTICLE

How to Assess Risk of Disease Transmission to Patients When There Is a Failure to Follow Recommended Disinfection and Sterilization Guidelines

William A. Rutala, PhD, MPH; David J. Weber, MD, MPH

BACKGROUND. Disinfection and sterilization are critical components of infection control. Unfortunately, breaches of disinfection and sterilization guidelines are not uncommon.

OBJECTIVE. To describe a method for evaluating a potential breach of guidelines for high-level disinfection and sterilization of medical devices.

METHODS. The appropriate scientific literature was reviewed to determine the frequency of failures of compliance. A risk assessment model was constructed.

RESULTS. A 14-step protocol was constructed to aid infection control professionals in the evaluation of potential disinfection and sterilization failures. In addition, a model is presented for aiding in determining how patients should be notified of the potential adverse event. Sample statements and letters are provided for communicating with the public and individual patients.

CONCLUSION. Use of a protocol can guide an institution in managing potential disinfection and sterilization failures.

Infect Control Hosp Epidemiol 2007; 28:146-155

1. Confirm disinfection or sterilization reprocessing failure
2. Impound any improperly disinfected/sterilized items
3. Do not use the questionable disinfection/sterilization unit (e.g., sterilizer, automated endoscope reprocessor) until proper functioning can be assured
4. Inform key stakeholders
5. Conduct a complete and thorough evaluation of the cause of the disinfection/sterilization failure
6. Prepare a line listing of potentially exposed patients
7. Assess whether disinfection/sterilization failure increases patient risk for infection
8. Inform expanded list of stakeholders of the reprocessing issue
9. Develop a hypothesis for the disinfection/sterilization failure and initiate corrective action
10. Develop a method to assess potential adverse patient events
11. Consider notification of state and federal authorities
12. Consider patient notification
13. Develop long-term follow-up plan
14. Perform after-action report

FIGURE 1. Protocol for exposure investigation after a failure of disinfection and sterilization procedures

Η αποστείρωση – απολύμανση αποτελεί σημαντικό παράγοντα ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και είναι μια διαδικασία που δεν επιδέχεται «εκπτώσεις» γιατί άπτεται της ασφάλειας των ασθενών.

Δεν υπάρχει κανένα περιθώριο ανοχής

Ευχαριστώ για την προσοχή σας