



Plan d'intervention
Modèle d'intervention clinique (MIC) PGTM -
Antibioprophylaxie chirurgicale dans les CHU du Québec - 2014

Contexte :

Mettre en place des actions concertées provinciales (interventions précises) sur la prescription et l'administration des antibiotiques utilisés lors de prophylaxie chirurgicale afin d'être conforme aux recommandations des lignes directrices publiées en 2013 quant au choix de l'antibiotique prescrit, à sa dose, au moment d'administration et à sa durée d'administration. Implanter des mesures communes aux cinq CHU du Québec (MIC antibioprophylaxie chirurgicale - PGTM).

Recommandations scientifiques du PGTM - ADULTE

À la lumière des résultats obtenus pour la population adulte, le PGTM recommande que :

- les résultats de cette étude soient diffusés auprès des équipes traitantes, soumis à la discussion et que de l'information relatives aux nouveautés associées aux dernières lignes directrices soit mise en parallèle;
- soient assurées la mise à jour, l'élaboration, la diffusion et l'implantation de formulaires préimprimés précisant les choix d'antibiotiques, la dose, le moment d'administration et la durée de l'antibiotique recommandés en fonction de la chirurgie, particulièrement pour les chirurgies complexes, et ce, dans le but d'assurer une meilleure pratique médicale;
- les modalités d'administration du médicament à un patient devant subir une chirurgie soient réévaluées pour respecter le délai d'administration recommandé de l'antibiotique. Des mesures concrètes devraient être prises pour permettre de respecter ce délai en fonction du moment de l'incision prévu. La sécurité et la cinétique associées à l'antibiotique doivent être prises en considération.
- la dose unique d'antibioprophylaxie soit privilégiée chaque fois que cela est possible et que la durée de 24 h (y compris la dose préopératoire) considérée comme étant acceptable soit clairement définie pour les cliniciens prescripteurs;
- les doses de céfazoline à moduler en fonction du poids soient publicisées;
- les doses de vancomycine soient prescrites en fonction du poids et que les critères d'administration sécuritaire et optimisée soient respectés;
- le dépistage du SARM soit systématique, particulièrement lors de chirurgies planifiées, et que l'antibioprophylaxie soit ajustée selon le résultat;
- la dose unquotidienne d'aminoacide soit prescrite en fonction du poids du patient;
- la dose d'antibiotique soit répétée selon les normes établies, lors de chirurgie prolongée. Cette information devrait être affichée ou se retrouver facilement dans les salles d'opération et sur les formulaires préimprimés le cas échéant;
- l'utilisation d'antibiotique à large spectre non recommandé (ex. pipéracilline-tazobactam) dans les lignes directrices soit bannie en antibioprophylaxie, à moins qu'une situation clinique exceptionnelle ne la justifie;
- soient consignées au dossier du patient les informations liées à l'antibioprophylaxie soit : choix, dose, voie d'administration, heure de début et de fin de perfusion;
- soit réalisée une étude de suivi afin de vérifier si les aspects problématiques identifiés dans cette étude ont été rectifiés.

Le pGTm est une initiative des cinq centres hospitaliers universitaires du Québec



Plan d'intervention
Modèle d'intervention clinique (MIC) PGTM -
Antibioprophylaxie chirurgicale dans les CHU du Québec - 2014

Recommandations scientifiques du PGTM - PÉDIATRIE

À la lumière des résultats obtenus pour la population pédiatrique, le PGTM recommande que :

- les résultats de cette étude soient diffusés auprès des équipes traitantes de pédiatrie, soumis à la discussion et que de l'information relative aux nouveautés associées aux dernières lignes directrices soit mise en parallèle;
- soient assurées la mise à jour, l'élaboration, la diffusion et l'implantation de formulaires préimprimés précisant les choix d'antibiotiques, la dose, le moment d'administration et la durée de l'antibiotique recommandés en fonction de la chirurgie, particulièrement pour les chirurgies complexes, et ce, dans le but d'assurer une meilleure pratique médicale;
- les modalités d'administration du médicament à un patient devant subir une chirurgie soient réévaluées pour respecter le délai d'administration de l'antibiotique recommandé. Des mesures concrètes devraient être prises pour permettre de respecter ce délai en fonction du moment de l'incision prévu. La sécurité et la cinétique associées à l'antibiotique doivent être prises en considération;
- la dose unique d'antibioprophylaxie doit être privilégiée chaque fois que cela est possible, et la durée de 24 heures (y compris la dose préopératoire) considérée comme acceptable doit être clairement définie pour les cliniciens prescripteurs;
- les doses d'antibiotiques recommandées soient discutées par les cliniciens en fonction des références portant sur la pédiatrie et qu'un consensus soit établi quand cela est possible. Des recommandations relatives aux doses d'aminosides s'avèrent particulièrement nécessaires;
- le poids des patients soit toujours le critère de base pour déterminer une dose, jusqu'à l'obtention de la dose maximale adulte permise. Il est nécessaire de faire connaître les doses de céfazoline en fonction du poids ainsi que celles des antibiotiques identifiés dans l'étude comme étant plus problématiques (métronidazole, pipéracilline-tazobactam, céfoxidine). Des chartes proposant des doses par intervalle de poids pourraient être élaborées;
- l'utilisation d'antibiotiques à large spectre qui ne sont pas recommandés dans les lignes directrices (ex. pipéracilline-tazobactam) soit bannie en antibioprophylaxie, à moins qu'une situation clinique exceptionnelle ne la justifie. Dans le cas d'une appendicectomie, il s'avère impératif de réévaluer dès que possible le spectre antimicrobien lorsque des résultats confirment le diagnostic d'appendicite non compliquée;
- lors de chirurgies prolongées, la dose d'antibiotique soit répétée selon les normes établies. Cette information devrait être affichée ou se retrouver facilement dans les salles d'opération et sur les formulaires préimprimés le cas échéant;
- soient consignées au dossier du patient les informations liées à l'antibioprophylaxie, soit : choix, dose, voie d'administration, heure de début et de fin de perfusion;
- soit réalisée une étude de suivi destinée à vérifier si les aspects problématiques identifiés dans cette étude ont été rectifiés.

Le pGTm est une initiative des cinq centres hospitaliers universitaires du Québec



Plan d'intervention
Modèle d'intervention clinique (MIC) PGTM -
Antibioprophylaxie chirurgicale dans les CHU du Québec - 2014

Objectif : Assurer une antibioprophylaxie chirurgicale optimale dans les CHU du Québec

Mesures d'intervention : Il revient à chaque milieu de prioriser l'une ou l'autre des interventions et de déterminer les interventions qui s'appliquent à la situation de son CHU.

Échéancier: Implanter des mesures applicables dans chacun des CHU dans les 12 mois à partir de mai 2014.

Plan d'intervention sur le MIC antibioprophylaxie du PGTM :

1. Présenter les résultats au comité de pharmacologie (et/ou comité d'antibiothérapie le cas échéant);
2. Présenter les résultats locaux aux cliniciens concernés, notamment les pharmaciens œuvrant sur les unités de chirurgie et les médecins (chirurgiens, anesthésistes).
3. Prioriser la mise à jour la mise à jour des formulaires préimprimés touchant l'antibioprophylaxie chirurgicale et diffuser l'information pour faire connaître leur existence et encourager leur utilisation. En complément, procéder à l'élaboration, la diffusion et l'implantation de formulaires préimprimés précisant les choix d'antibiotiques, la dose, le moment d'administration et la durée de l'antibiotique recommandés en fonction de la chirurgie, particulièrement pour les chirurgies complexes ou ayant été identifiées problématiques dans l'étude;
4. Revoir les modalités d'administration du médicament à un patient devant subir une chirurgie pour respecter le délai d'administration de l'antibiotique recommandé en fonction du moment prévu de l'incision. Collaborer avec les responsables des soins infirmiers impliqués sur les unités concernées (chirurgie, bloc opératoire, etc.) ou autres cliniciens touchés par cet aspect (ex. inhalothérapeutes);
5. Diffuser auprès des cliniciens les informations relatives aux doses et à la durée recommandées lors de prophylaxie chirurgicale, tant chez les adultes qu'en pédiatrie;
6. Rendre facilement disponible aux cliniciens les informations concernant les délais recommandés pour redonner une dose d'antibiotique lors de chirurgies prolongées;
7. Informer les comités de prévention des infections des résultats de l'étude et des constats reliés au SARM;
8. Après un an ou deux, réaliser une étude de suivi destinée à vérifier si les aspects problématiques identifiés dans cette étude ont été rectifiés.

Le pGTm est une initiative des cinq centres hospitaliers universitaires du Québec