

SSPSM 10 stratégies :

- BCM - Bilan comparatif des médicaments (sons de courte durée)
- BCM - Bilan comparatif des médicaments (sons de longue durée)
- CHUTES - Collectif sur les chutes en milieu de soins de longue durée
- CIC - Prévention des infections reliées aux cathéters intravasculaires centraux
- EIR - Déployer des équipes d'intervention rapide
- IAM - Soins améliorés en cas d'infarctus aigu du myocarde
- ISO - Prévention des infections du site opératoire
- ORA - Organismes résistant aux antibiotiques / staphylocoque aureus résistant à la méthicilline (SARM)
- PVA - Prévention de la pneumonie sous ventilation assistée
- TEV - Thromboembolie veineuse

But

Prévenir la TEV chez les patients adultes hospitalisés qui subissent une chirurgie générale majeure par la mise en œuvre de projets visant à accroître l'utilisation de la thromboprophylaxie basée sur l'expérience clinique.

Campagne québécoise

Ensemble, améliorons la prestation sécuritaire des soins de santé!

Maintenant!

Contexte

- La thromboembolie veineuse (TEV) comprend à la fois la thrombose veineuse profonde (TVP) et l'embolie pulmonaire (EP), et elle constitue une des complications d'hospitalisation évitables parmi les plus courantes et les plus coûteuses^{1,2}.
- Les patients qui subissent des interventions chirurgicales majeures courent un risque considérablement accru de développer une TEV dans les jours et les semaines qui suivent la chirurgie. Les taux objectivement confirmés de TEV associés à l'hospitalisation, si la thromboprophylaxie n'est pas utilisée, sont de 10 à 40 % après une chirurgie générale¹.
- Une récente étude canadienne sur les complications postopératoires a révélé que les coûts liés à l'hospitalisation et la longueur des séjours à l'hôpital doubleraient chez les personnes qui développaient une TEV à la suite d'une intervention chirurgicale³.
- Il a été démontré sans équivoque que l'utilisation systématique de thromboprophylaxie réduisait considérablement les complications thromboemboliques à la suite d'une chirurgie générale majeure^{1,4}.
- La prévention de la TEV est la pratique en matière de sécurité des patients à laquelle les hôpitaux donnent la priorité⁵.

Les patients en chirurgie générale majeure incluront :

Facteur	Description
Âge	Au moins 18 ans
Type de procédure	Facultative ou non facultative, OUVERTE, procédure abdominale
Durée de la chirurgie	Au moins 60 minutes (« peau-contre-peau »)
Durée du séjour	Séjour à l'hôpital d'au moins 2 jours civils à la suite de la chirurgie

Exclu :

- Procédures entièrement de nature laparoscopique, thoracique, gynécologique, urologique ou vasculaire
- Patients souffrant d'un traumatisme abdominal
- Patients qui ont commencé à prendre des anticoagulants thérapeutiques (warfarine) dans les 2 jours civils suivant le jour de la chirurgie (la plupart seront des patients qui prennent des anticoagulants par voie orale à long terme)
- Contre-indication documentée à la prophylaxie pharmacologique, AUSSI BIEN que mécanique (par ex., saignement actif + impossibilité de recourir à l'option de prophylaxie mécanique bilatérale)

Non exclu :

- Laparoscopie assistée, procédures ouvertes
- Patients qui ont une contre-indication documentée à la prophylaxie pharmacologique (prophylaxie mécanique approprié)
- Patients désignés « pas de réanimation »
- Déficience intellectuelle

Mesures d'intervention

Thromboprophylaxie appropriée:

- La prophylaxie recommandée en vertu des 8^e lignes directrices de l' ACCP (2008) pour les patients en chirurgie générale⁴ ET
- La prophylaxie commencée dans les 24 heures suivant la fin de la chirurgie ET
- La prophylaxie continuée jusqu'au congé de l'hôpital ou pendant au moins 10 jours après la chirurgie, si l'hospitalisation postopératoire est ≥ 10 jours

Doses appropriées de prophylaxie anticoagulante pour chirurgie générale majeure *

Médicament	Maladie bénigne	Cancer
héparine	5 000 unités SC aux 12 h ou 8 h	5 000 unités SC aux 8 h
daltéparine (Fragmin [®])	2 500 unités ou 5 000 unités SC une fois par jour	5 000 unités SC une fois par jour
énoxaparine (Lovenox [®])	40 mg SC une fois par jour	40 mg SC une fois par jour
nadroparine (Fraxiparine [®])	2 850 unités anti-Xa SC une fois par jour	2 850 unités anti-Xa SC une fois par jour
tinzaparine (Innohep [®])	3 500 unités anti-Xa SC une fois par jour	3 500 unités anti-Xa SC une fois par jour
fondaparinux (Arixtra [®])	2,5 mg SC une fois par jour	2,5 mg SC une fois par jour

* des doses préopératoires peuvent être administrées, mais cela n'est pas exigé et ces doses ne sont pas évaluées dans la mesure du rendement

1. GEERTS, W.H., G.F. PINEO, J.A. HEIT et al., Prevention of venous thromboembolism, The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy, Chest 2004,126:338S-400S

2. MACDOUGALL, D.A., A.U. FELIU, S.J. BOCCUZZI et J. LIN, Economic burden of deep-vein thrombosis, pulmonary embolism, and post-thrombotic syndrome, Am J Health Syst Pharm, 2006, 63(20 Suppl 6):S5-S15

3. KHAN, N.A., H. Quan, J.M. BUGAR et al., Association of postoperative complications with hospital costs and length of stay in a tertiary care center, J Gen Intern Med., 2006, 21:177-180

4. GEERTS, W.H., D. BERGQVIST, G.F. PINEO et al., Prevention of venous thromboembolism, The Eighth ACCP Conference on Antithrombotic Therapy, Chest 2008,133:in press

5. SHOJANIA, K.G., B.W. DUNCAN, K.M. MCDONALD et al., Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment No. 43 (Prepared by the University of California at San Francisco-Stanford Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-97-0013). AHRQ Publication No. 01-E058, Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. 2001:1-8, 332-346. Disponible sur le site : www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/pdf/ptsafety.pdf