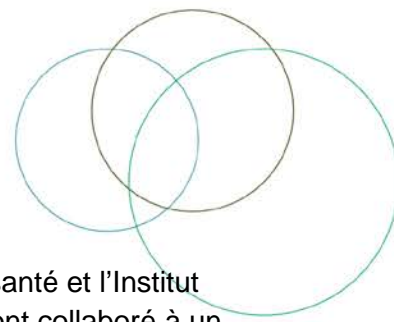




RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR
LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL

Pneumonie par aspiration



Remerciements



L'Institut canadien d'information sur la santé et l'Institut canadien pour la sécurité des patients ont collaboré à un ensemble de travaux pour corriger les lacunes des indicateurs de préjudices et pour contribuer aux efforts d'amélioration de la sécurité des patients dans les hôpitaux canadiens.

La Ressource d'amélioration pour les préjudices à l'hôpital a été élaborée par l'Institut canadien pour la sécurité des patients pour servir de complément à la mesure des préjudices à l'hôpital développée par l'Institut canadien d'information sur la santé. Elle fait le lien entre la mesure et l'amélioration en fournissant des ressources fondées sur des données probantes qui soutiendront les efforts d'amélioration de la sécurité des patients.

L'institut canadien pour la sécurité des patients tient à remercier et à souligner l'importante contribution du Dr Claudio Martin, MD, FRCPC; de Rosemary Martino, MA, MSc, PhD, et d'Andrea Hatherall, Reg. OAOO, M.CI.Sc pour la révision et l'approbation de cette Ressource d'amélioration.



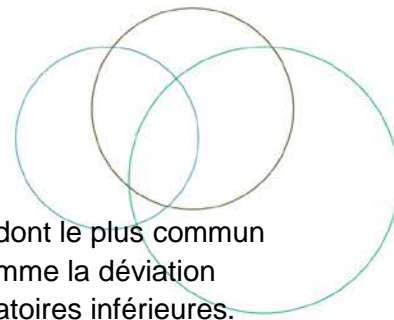


BASE DE DONNÉES SUR LES CONGÉS DES PATIENTS (BDGP) INCLUSE DANS CETTE CATÉGORIE CLINIQUE :

B16: Pneumonie par aspiration			
Concept	Inflammation et infection des poumons causées par l'aspiration de substances solides ou liquides lors d'un séjour à l'hôpital.		
Remarques	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lorsqu'une pneumonie par aspiration et une pneumonie sont codifiées sur le même abrégé, l'événement est classé uniquement dans le présent groupe clinique. 2. Le présent groupe clinique peut inclure les réactions inflammatoires par aspiration en l'absence d'infection. 3. La pneumonie par aspiration due au <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM) ou aux entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) peut également être classée dans le groupe B18 : infections à <i>Clostridium difficile</i>, à SARM ou aux ERV. 		
Critères de sélection	<table border="1"> <tr> <td>J69.–</td> <td>Code ci-contre inscrit comme diagnostic de type (2) OU Code ci-contre inscrit comme diagnostic de type (3) ET code J95.88 inscrit comme diagnostic de type (2) ET code du bloc Y60-Y84 avec le même indicateur de série</td> </tr> </table>	J69.–	Code ci-contre inscrit comme diagnostic de type (2) OU Code ci-contre inscrit comme diagnostic de type (3) ET code J95.88 inscrit comme diagnostic de type (2) ET code du bloc Y60-Y84 avec le même indicateur de série
J69.–	Code ci-contre inscrit comme diagnostic de type (2) OU Code ci-contre inscrit comme diagnostic de type (3) ET code J95.88 inscrit comme diagnostic de type (2) ET code du bloc Y60-Y84 avec le même indicateur de série		
Exclusions	Abrégés de patients dont la durée du séjour est inférieure à 2 jours		
Codes	Description des codes		
J69.–	Pneumonite due à des substances solides et liquides		
Codes additionnels			
Inclusions			
J95.88	Autres troubles respiratoires postintervention, non classés ailleurs <i>Comprend</i> : Pneumonie associée au ventilateur (PAV)		
Y60-Y84	Complications de soins médicaux et chirurgicaux (voir l'annexe 6)		

Pour la description des codes de causes externes associés aux complications de soins médicaux ou chirurgicaux (Y60-Y84), veuillez consulter les notes techniques : [Indicateur Préjudices à l'hôpital : Annexes du Répertoire des indicateurs](#)





SURVOL

La pneumonie nosocomiale peut être classée selon différents sous-types, dont le plus commun est une pneumonie par aspiration (Marik, 2011). L'aspiration est définie comme la déviation des contenus oropharyngés ou gastriques vers le larynx et les voies respiratoires inférieures. La pneumonie par aspiration survient lorsque les sécrétions orogastriques colonisées par des bactéries produisent une réponse infectieuse dans les poumons. L'aspiration de substances stériles provoque une inflammation chimique ou une pneumonite par aspiration (Marik, 2011).

Il y a trois causes d'aspiration qui conduisent à une pneumonie par aspiration :

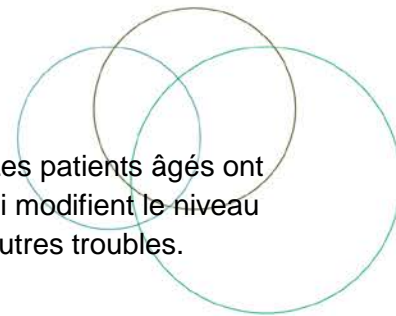
1. Les sécrétions orogastriques chez les patients ayant une perturbation marquée de la conscience. Par exemple, l'insulte neurologique aiguë incluant les accidents vasculaires cérébraux ou les traumatismes crâniens.
2. Les liquides et/ou aliments ingérés par voie orale et déviés en raison de difficultés de déglutition secondaires à une condition ou à une intervention médicale. Par exemple, les maladies neurologiques progressives, y compris la maladie de Parkinson, la SLA ainsi que des tumeurs à la tête et au cou ou des causes iatrogènes comme des traitements du cancer de la tête et du cou - l'ablation chirurgicale, la chimioradiothérapie et des dommages à la zone laryngée causés par une intubation endotrachéale prolongée.
3. Les liquides et/ou aliments ingérés par voie orale et déviés en raison du vieillissement.

La pneumonite est mieux caractérisée comme une lésion pulmonaire aiguë suite à l'aspiration du contenu gastrique régurgité. Ce syndrome survient chez les patients présentant une perturbation marquée de la conscience, comme une surdose de drogue, des convulsions, et l'anesthésie. La surdose de drogues est une cause fréquente de pneumonie par aspiration chez environ 10 pour cent des patients hospitalisés suite à une surdose. Le risque d'aspiration augmente avec le degré d'inconscience (telle que mesuré par l'échelle de Glasgow). Historiquement, le syndrome le plus souvent associé à une pneumonie par aspiration est le syndrome de Mendelson (Marik, 2011).

La pneumonie par aspiration se produit lorsque le contenu gastrique régurgité ou des sécrétions oropharyngées ou des aliments sont dirigés par inadvertance dans la trachée et ensuite dans les poumons. Comme les bactéries et autres micro-organismes deviennent partie intégrante d'un infiltrat dans le tissu pulmonaire, l'effet résultant est une infection des poumons (Pace & McCullough, 2010). Près de la moitié de tous les adultes en bonne santé aspirent de petites quantités de sécrétions oropharyngées pendant le sommeil. Cependant, si le mécanisme humoral, mécanique ou cellulaire est altéré ou si l'inoculum aspiré est suffisamment important, la pneumonie peut survenir. Toute condition qui augmente le volume et/ou la charge bactérienne des sécrétions oropharyngées lorsque le mécanisme de défense de l'hôte est altéré peut conduire à une pneumonie par aspiration (Marik, 2011).

Les personnes en santé aspirent souvent de petites quantités de sécrétions orales, mais les mécanismes de défense normaux éliminent généralement l'inoculum sans séquelles. L'aspiration de plus grandes quantités, ou l'aspiration chez un patient aux défenses





pulmonaires affaiblies provoque souvent une pneumonie et/ou un abcès. Les patients âgés ont tendance à aspirer à cause : des conditions associées au vieillissement qui modifient le niveau de conscience; des sédatifs, de troubles neurologiques, de faiblesse et d'autres troubles. L'empyème complique aussi parfois l'aspiration (Sethi, 2014).

Les populations pédiatriques ont des causes de dysphagie différentes de celles qui affectent les populations adultes. Ces causes incluent : la paralysie cérébrale; les lésions cérébrales acquises/traumatiques; d'autres troubles neuromusculaires; des malformations craniofaciales; des malformations des voies respiratoires; la maladie cardiaque congénitale; les maladies gastro-intestinales; les blessures liées à l'ingestion et la naissance prématurée (Dodrill & Gosa, 2015; Lefton-Greif & Arvedson, 2007).

Facteurs de risque pour la pneumonie par aspiration et la pneumonite

(DiBardino, 2015; Marik, 2011, American Association of Neuroscience Nurses, 2006)

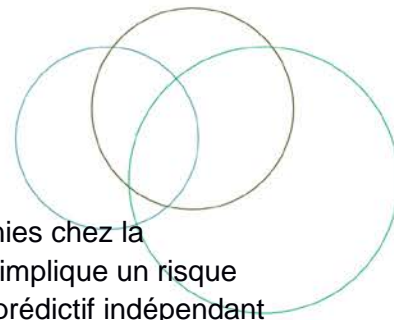
1. Dysphagie/déglutition.
2. État mental altéré ou diminution de l'état d'éveil et du niveau d'attention.
3. Troubles de la motilité œsophagienne/vomissements.
4. Alimentation entérale (tube).
5. Mauvaise hygiène buccale, diminution de la clairance salivaire.
6. Impulsivité ou agitation accrue.
7. Utilisation de médicaments tels que les psychotropes, les neuroleptiques, les antidépresseurs, médicaments anticholinergiques ou phénothiazine.
8. Hyperextension ou contractures du cou.
9. Reconstruction du visage ou du cou, cancers et traitements associés.
10. Intubation à long terme.
11. Vieillesse et diminution de la masse musculaire, réduction de la contraction du pharynx et de l'énergie bolus.
12. Position couchée.

Facteurs de risque pédiatriques de la pneumonie par aspiration

(Weir et al, 2007)

1. Trisomie 21.
2. Asthme.
3. Maladie de reflux gastro-œsophagien (RGO).
4. Infection des voies respiratoires inférieures.
5. Toux grasse.
6. Diagnostic multisystémique.





IMPLICATIONS

La pneumonie par aspiration représente de 5 à 15 pour cent des pneumonies chez la population hospitalisée (DiBardino, 2015). On a suggéré que la dysphagie implique un risque sept fois plus grand de pneumonie par aspiration et représente un facteur prédictif indépendant de la mortalité (Metheny, 2011).

Les patients gravement malades ont un risque accru d'aspirer des sécrétions oropharyngées et le contenu gastrique régurgité. Pour ceux qui sont alimentés par tube, l'aspiration du contenu gastrique est plus préoccupante. Alors que des aspirations de grand volume sont observées de temps en temps, des aspirations à petits volumes cliniquement silencieuses sont beaucoup plus fréquentes. Puisqu'aucun test de chevet n'est actuellement disponible pour détecter les micro aspirations, les mesures visant à prévenir ou à minimiser l'aspiration ont une importance accrue (American Association of Critical-Care Nurses, 2016). L'aspiration silencieuse est fréquente dans la population pédiatrique (Lefton-Chagrin et al, 2006; Arvedson et al, 1994).

La pneumonie par aspiration survient généralement chez les patients âgés et débilisés avec dysphagie (Marik, 2011). Des études épidémiologiques ont démontré que l'incidence de la pneumonie augmente avec le vieillissement, le risque étant presque six fois plus élevé chez les personnes âgées de plus de 75 ans vs ceux qui ont moins de 60 ans (Marik, 2011).

La pneumonie par aspiration est la principale cause de décès chez les patients atteints de dysphagie résultant de troubles neurologiques, y compris les accidents vasculaires cérébraux, la maladie de Parkinson et la démence (Marik, 2011).

OBJECTIF

Prévenir la pneumonie par aspiration et la pneumonite chez les patients hospitalisés en mettant en œuvre des stratégies connues pour réduire l'incidence de la pneumonie et de la pneumonite par aspiration.

IMPORTANCE POUR LES PATIENTS ET LEURS FAMILLES

La pneumonie par aspiration et la pneumonite surviennent lorsque des corps étrangers, tels que la nourriture, les boissons, les sécrétions gastriques et les sécrétions de la bouche sont inhalées et causent de l'inflammation dans les poumons et les bronches. L'aspiration peut souvent être évitée par des interventions diététiques pour la dysphagie; par exemple, ajuster la texture, la consistance et la quantité de nourriture et de fluides, soins bucco-dentaires, alimentation par tube post-pylore (tube qui passe à travers l'estomac vers l'intestin grêle) et en position semi-allongée (à 45 degrés) pour les patients ventilés mécaniquement (DiBardino, 2015).

Récit de patient

Un catalogue d'erreurs commises par un service de médecine générale en dehors des heures de travail et un hôpital a contribué à la mort d'une jeune femme ayant une déficience physique





et d'apprentissage, explique l'ombudsman du NHS dans un rapport très critique qui a conduit à la suggestion qu'il y avait des attitudes préjudiciables menant à des soins insuffisants pour ces patients vulnérables.

Le rapport rédigé par Dame Julie Mellor, l'ombudsman du NHS, constate que Tina Papalabropoulos, 23 ans, est morte à l'hôpital Basildon dans l'Essex d'une pneumonie par aspiration en 2009 après une série de gaffes commises par deux organismes du NHS.

<http://www.theguardian.com/society/2013/may/21/disabled-woman-nhs-blunders-ombudsman>

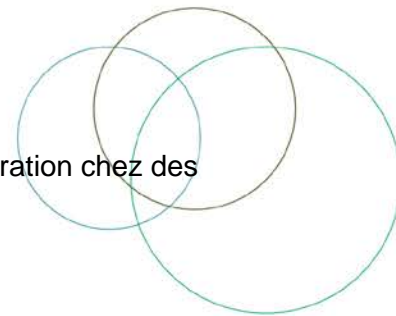
PRATIQUES ÉCLAIRÉES PAR DES DONNÉES PROBANTES

Prévention de la pneumonie par aspiration et de la pneumonite chez les patients qui aspirent

(Marik, 2011)

1. Une bonne hygiène buccale et le nettoyage de la langue.
2. Assurer des soins dentaires réguliers et le nettoyage des dents à la brosse à dents après chaque repas pour diminuer le risque de pneumonie par aspiration (Metheny, 2011).
 - a. Les voies respiratoires supérieures doivent être succionnées suite à l'observation de l'aspiration.
3. L'intubation endotrachéale doit être envisagée chez les patients qui sont incapables de protéger leurs voies respiratoires.
4. Bien que ce soit pratique courante, l'utilisation d'antibiotiques en prophylaxie chez les patients que l'on soupçonne d'aspiration ou que l'on a observés n'est PAS recommandée. Cependant, la thérapie antimicrobienne devrait être envisagée chez les patients présentant une pneumopathie d'aspiration qui n'est pas résolue dans les 48h.
5. L'alimentation par tube n'est pas essentielle chez tous les patients qui aspirent. Cependant, l'alimentation à court terme par tube peut être indiquée chez les patients âgés atteints de dysphagie grave et d'aspiration chez qui l'amélioration de la déglutition est susceptible de se produire. Les patients dont la dysphagie ne se résout pas peuvent être candidats pour le placement d'un tube PEG.
6. Il a été démontré que les médicaments sédatifs augmentent le risque de pneumonie chez les résidents des établissements de soins de longue durée et devraient donc être évités.
7. L'utilisation de phénothiazines et d'halopéridol devrait être évaluée très soigneusement, car ils réduisent la coordination de la déglutition oropharyngée, provoquant ainsi la dysphagie.
8. Les médicaments qui assèchent les sécrétions, y compris les antihistaminiques et les médicaments ayant une activité anticholinergique, rendent la déglutition plus difficile pour les patients et doivent par conséquent également être évités.





9. Mettre en œuvre des stratégies supplémentaires pour réduire l'aspiration chez des groupes de patients spécifiques (voir ci-dessous).

Prévention de l'aspiration chez les patients en soins intensifs

(American Association of Critical-Care Nurses, 2016)

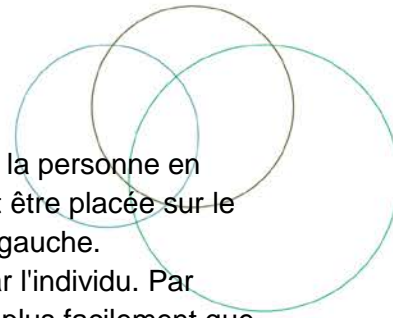
1. Maintenir une élévation de la tête du lit à 30° à 45°, sauf contre-indication.
2. Utiliser aussi peu de sédatifs que possible.
3. Pour les patients recevant l'alimentation par tube, évaluer le placement du tube d'alimentation à des intervalles de quatre heures.
4. Pour les patients recevant une alimentation par sonde gastrique, évaluer l'intolérance gastro-intestinale aux tétées à des intervalles de quatre heures.
5. Pour les patients recevant une alimentation par tube, éviter l'alimentation en bolus chez les personnes à risque élevé d'aspiration.
6. Consulter le prestataire pour obtenir une évaluation de la déglutition avant de commencer l'alimentation orale pour les patients récemment extubés qui ont été intubés pendant plus de deux jours.
7. Maintenir la pression de la manchette trachéale à un niveau approprié, et veiller à ce que les sécrétions soient retirées au-dessus de la manchette avant qu'elle ne soit dégonflée. (American Association of Critical-Care Nurses, 2016)

Prévention de l'aspiration chez les patients âgés avec la dysphagie

(Metheny, 2011)

1. Évaluation des risques - Les patients doivent être évalués pour des facteurs de risque d'aspiration ou de dysphagie, et évalués pour la dysphagie si les facteurs de risque sont présents. Le dépistage doit être effectué par un orthophoniste lorsque cela est possible.
2. Prévention de l'aspiration lors de l'alimentation à la main :
 - a. Donner une période de repos de 30 minutes avant l'heure du repas; une personne reposée aura probablement moins de difficulté à avaler.
 - b. Asseoir la personne droite sur une chaise; si confinée au lit, élever le dossier à un angle de 90 degrés.
 - c. La manœuvre du menton vers le bas ou du menton collé est largement utilisée dans le traitement de la dysphagie même si elle ne dispose pas d'une définition anatomique précise. La mesure dans laquelle cette manœuvre est efficace est incertaine. Des études de déglutition peuvent être nécessaires pour déterminer quelles personnes sont les plus susceptibles de bénéficier de cette position.
 - d. Adapter le taux d'alimentation et la taille des bouchées à la tolérance de la personne; éviter l'alimentation précipitée ou forcée.
 - e. Alternier les bolus solides et liquides.





- f. Faire varier le placement de la nourriture dans la bouche de la personne en fonction du type de carence. Par exemple, la nourriture peut être placée sur le côté droit de la bouche si la faiblesse du visage est du côté gauche.
- g. Déterminer quelle viscosité d'aliment est la mieux tolérée par l'individu. Par exemple, certaines personnes avalent des liquides épaissis plus facilement que des liquides moins épais.
- h. Soyez conscient que certains patients peuvent trouver les liquides épaissis désagréables et donc boire trop peu de liquides.
- i. Minimiser l'utilisation de sédatifs et d'hypnotiques, car ces agents peuvent altérer le réflexe de la toux et de la déglutition.
- j. Les médicaments qui assèchent les sécrétions doivent être évités, car avaler peut devenir plus difficile pour les patients.
- k. Évaluer l'efficacité de l'enlèvement, de la redirection, de la segmentation de tâches et de modifications à l'environnement (pour minimiser les distractions).
- l. Hygiène buccale après les repas et les collations. (Clayton, 2012; Eisenstadt, 2010).

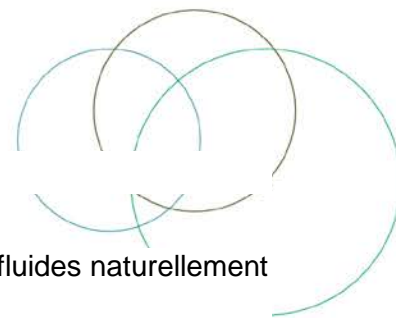
Prévenir l'aspiration lors de l'alimentation par sonde

(Metheny, 2012; American Association of Critical-Care Nurses,, 2016)

1. Gardez le dossier du lit élevé à au moins 30 degrés pendant les repas en continu.
2. Évaluer le placement du tube d'alimentation à des intervalles de quatre heures.
3. Évitez les repas en bolus chez les personnes à risque élevé d'aspiration.
4. Demandez aux patients capables de communiquer si l'un des signes d'intolérance gastro-intestinale suivants est présent : nausée, sensation de plénitude, douleur abdominale ou crampe. Ces signes sont révélateurs de la vidange gastrique ralentie qui peut, à son tour, augmenter la probabilité de régurgitation et d'aspiration du contenu gastrique.
5. Mesurer les volumes gastriques résiduels tous les quatre à six heures pendant les repas en continu et immédiatement avant chaque alimentation intermittente. Il n'y a pas d'information convaincante fondée sur la recherche en ce qui concerne la quantité de volume gastrique qui peut être considérée comme « excessive ».
6. L'utilisation d'un agent favorisant la motilité doit être prise en compte lorsqu'un patient adulte a deux ou plusieurs volumes gastriques résiduels de ≥ 250 ml.

Remarque : l'incidence de la pneumonie n'est pas différente chez les patients avec des tubes nasogastriques que ceux qui utilisent des tubes d'alimentation percutanée. Cependant, une sonde gastrique est plus confortable pour le patient que l'utilisation prolongée d'un tube nasogastrique.





Prévention de l'aspiration dans la population pédiatrique

(Dodrill & Gosa, 2015)

1. Fluides modifiés - ajouter des agents épaississants ou utiliser des fluides naturellement épais (par exemple, le nectar).
2. Aliments modifiés - ajustement de la texture ou de la taille des aliments solides.
3. Matériel spécial d'alimentation - utiliser différentes bouteilles, tétines, cuillères, tasses.
4. Modification de l'équipement de positionnement et/ou des sièges.
5. Modifier le rythme de livraison de la nourriture.
6. Manœuvres de déglutition (c.-à-d. menton collé vers le bas).

Une approche multidisciplinaire à l'évaluation et à la gestion de la prévention de la dysphagie et de la pneumonie par aspiration dans la population pédiatrique est importante. (Dodrill & Gosa, 2015)

Remarque : voir aussi la Ressource d'amélioration des préjudices à l'hôpital - [Pneumonie associée aux soins de santé](#) pour en savoir plus sur la pneumonie associée à la ventilation.

INDICATEURS

La mesure est essentielle à l'amélioration de la qualité, et cela s'applique particulièrement pour la mise en œuvre de stratégies. Les indicateurs choisis contribueront à déterminer si un impact est réel (résultat principal), si l'intervention est effectivement réalisée (indicateurs de processus), et si des conséquences imprévues en découlent (indicateurs d'équilibre).

Voici quelques mesures recommandées à utiliser au besoin pour suivre vos progrès. En choisissant vos indicateurs, tenez compte des éléments suivants :

- Lorsque possible, utiliser des indicateurs que vous utilisez déjà pour d'autres programmes.
- Évaluez votre choix d'indicateurs selon la pertinence des résultats finaux et des ressources nécessaires pour les obtenir; essayez de maximiser les résultats tout en minimisant les ressources employées.
- Essayez d'inclure les indicateurs de processus et de résultats dans votre système de mesure.
- Vous pouvez utiliser différents indicateurs ou modifier les indicateurs décrits ci-dessous pour les rendre plus appropriés et/ou utiles à votre contexte particulier. Cependant, soyez conscient que la modification des indicateurs peut limiter la comparabilité des résultats avec les résultats « d'autres ».
- L'affichage de vos résultats de mesure dans votre établissement est une excellente façon de garder vos équipes motivées et conscientes des progrès. Essayez d'inclure des indicateurs que votre équipe trouvera pertinents et passionnants (IHI, 2011).





Pour en savoir plus sur la mesure qui mène à l'amélioration, contactez l'équipe responsable des mesures de l'Institut canadien pour la sécurité des patients : measurement@cpsi-icsp.ca

Indicateurs de résultats

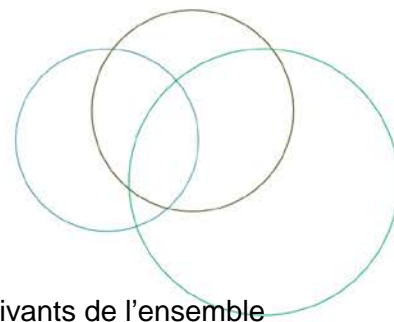
1. Incidence de pneumonie par aspiration et de pneumonite documentée chez les patients en soins intensifs.
2. Incidence de pneumonie par aspiration et de pneumonite documentée chez l'adulte âgé avec dysphagie.
3. Incidence de pneumonie par aspiration et de pneumonite documentée chez les patients qui sont alimentés par tube.

Indicateurs de processus

1. Pourcentage de patients ayant subi une évaluation du risque de pneumonie par aspiration et de pneumonite.
2. Pourcentage de patients à haut risque de pneumonie par aspiration et de pneumonite ayant un plan de soins individuel.
3. Pourcentage de patients gravement malades répondant aux critères suivants de l'ensemble de mesures de prévention :
 - a. Maintenir une élévation de la tête de lit à 30° à 45°, sauf contre-indication.
 - b. Utiliser aussi peu de sédatifs que possible.
 - c. Respecter le protocole d'alimentation par tube (voir ci-dessous).
 - d. Obtenir une évaluation de la déglutition avant le début des repas oraux pour les patients récemment extubés qui ont subi une intubation prolongée.
 - e. Maintenir la pression de la manchette endotrachéale à un niveau approprié, et veiller à ce que les sécrétions soient retirées au-dessus de la manchette avant qu'elle ne soit dégonflée.
4. Pourcentage de patients âgés avec dysphagie répondant aux critères suivants de l'ensemble de mesures de prévention de l'aspiration pendant l'alimentation.
 - a. Donner une période de repos de 30 minutes avant l'heure du repas; une personne reposée aura probablement moins de difficulté à avaler.
 - b. Asseoir la personne droite sur une chaise; si confinée au lit, élever le dossier à un angle de 90 degrés.
 - c. La manœuvre du menton vers le bas ou du menton collé chez qui les études de déglutition ont été déterminées comme bénéfiques.
 - d. Adapter le taux d'alimentation et la taille des bouchées à la tolérance de la personne.
 - e. Alternier les bolus solides et liquides.
 - f. Faire varier le placement de la nourriture dans la bouche de la personne en fonction du type de carence.
 - g. Déterminer quelle viscosité d'aliment est la mieux tolérée par l'individu.



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL Pneumonie par aspiration



- h. Minimiser l'utilisation de sédatifs et d'hypnotiques.
 - i. Éviter l'utilisation de médicaments qui assèchent les sécrétions.
 - j. Éviter les distractions lors de l'alimentation.
5. Pourcentage de patients alimentés par tubes répondant aux critères suivants de l'ensemble de mesures de prévention de l'aspiration pendant l'alimentation par sonde :
- a. Gardez le dossier du lit élevé à au moins 30 degrés pendant les repas en continu.
 - b. Évaluer le placement du tube d'alimentation à des intervalles de quatre heures.
 - c. Évaluer les patients pour des signes d'intolérance gastro-intestinale à des intervalles de quatre heures.
 - d. Mesurer les volumes résiduels gastriques toutes les quatre à six heures pendant les repas en continu et immédiatement avant chaque alimentation intermittente.
 - e. Utilisez un agent favorisant la motilité lorsqu'un patient adulte a deux ou plusieurs volumes résiduels gastriques ≥ 250 ml.
 - f. Évitez les repas en bolus chez les personnes à risque élevé d'aspiration.
 - g. Pourcentage des patients pédiatriques atteints de dysphagie répondant aux critères suivants de l'ensemble de mesures de prévention de l'aspiration pendant l'alimentation :
 - i. Utilisation d'équipement de positionnement ou de sièges appropriés.
 - ii. L'utilisation d'outils d'alimentation appropriés.
 - iii. Texture et taille de la nourriture modifiées de façon appropriée.
 - iv. Consistance des liquides convenablement modifiée.
 - v. Introduction à un rythme approprié des bolus.

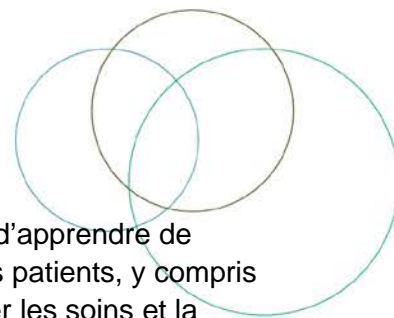
NORMES ET PRATIQUES ORGANISATIONNELLES REQUISES

Normes de distinction d'Agrément Canada

Le programme de distinction pour les victimes d'accident vasculaire cérébral en phase aiguë est un programme d'accréditation rigoureux et hautement spécialisé basé sur des indicateurs et protocoles avancés de performance clinique. Le programme Distinction - Services aux victimes d'AVC est conçu pour les organismes et les programmes qui font preuve d'excellence et de leadership en soins aux victimes d'AVC.

- Requiert l'utilisation d'un protocole de test pour dépister et documenter la capacité de déglutition d'un client dans le cadre de l'évaluation initiale et avant la prise orale de nourriture, de liquides ou des médicaments.
- Requiert le renvoi de clients ayant des signes de dysphagie ou d'aspiration pulmonaire vers un orthophoniste pour des conseils et une évaluation de leur capacité de déglutition et la consistance de l'alimentation et des fluides.





ALERTES MONDIALES SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Alertes mondiales sur la sécurité des patients_ offre l'accès et la possibilité d'apprendre de d'autres établissements sur des accidents spécifiques liés à la sécurité des patients, y compris des alertes, des avis, des recommandations et des solutions pour améliorer les soins et la prévention des accidents destinés aux prestataires et aux établissements de santé. L'apprentissage de l'expérience des autres établissements peut accélérer l'amélioration.

Termes de recherche recommandés :

- Aspiration
- Pneumonie par aspiration
- Dysphagie
- Déglutition
- Pneumonie sous ventilation assistée (PVA)

EXEMPLES DE RÉUSSITES

Si connaissez un exemple de réussite, veuillez la partager avec nous.



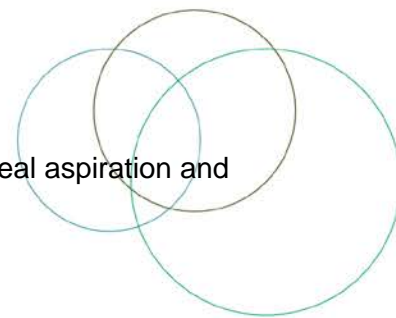


RÉFÉRENCES

- American Association of Critical-Care Nurses (AACN). AACN practice alert: Prevention of aspiration in adults. *Critical Care Nurse*. 2016; 36 (1): e20 – e24. doi: 10.4037/ccn2016831. <http://www.aacn.org/wd/practice/docs/practicealerts/aspiration-pa-feb2016ccn-pages.pdf>
- American Association of Neuroscience Nurses. Prevention: aspiration precautions. *Synapse*. 2006; 33 (3): 3.
- Arvedson J, Rogers B, Buck G, Smart P, Msall M. Silent aspiration prominent in children with dysphagia. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 1994; 28 (2-3): 173-181.
- Clayton B. Stroke, dysphagia and oral care: What is best practice? *Alberta RN*. 2012; 68 (1): 26-27. http://www.nurses.ab.ca/content/dam/carna/pdfs/AB%20RN/2012/AB_RN_Spring_12.pdf
- Eisenstadt ES. Dysphagia and aspiration pneumonia in older adults. *J Am Acad Nurse Pract*. 2010; 22 (1): 17-22. doi: 10.1111/j.1745-7599.2009.00470.x.
- DiBardino DM, Wunderink RG. Aspiration pneumonia: A review of modern trends. *J Crit Care*. 2015; 30 (1): 40–48. doi: 10.1016/j.jcrc.2014.07.011.
- Dodrill P, Gosa MM. Pediatric dysphagia: physiology, assessment, and management. *Ann Nutr Metab*. 2015; 66 (Suppl 5): 24-31. doi: 10.1159/000381372. <http://www.karger.com/Article/FullText/381372>
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). How-to Guide: Prevent Ventilator-Associated Pneumonia. Cambridge, MA: IHI; 2012. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventVAP.aspx>
- Lefton-Greif MA, Arvedson JC. Pediatric feeding and swallowing disorders: state of health, population trends, and application of the international classification of functioning, disability, and health. *Semin Speech Lang*. 2007; 28 (3): 161-165.
- Lefton-Greif MA, Carroll JL, Loughlin GM. Long-term follow-up of oropharyngeal dysphagia in children without apparent risk factors. *Pediatr Pulmonol*. 2006; 41 (11): 1040-1048.
- Marik PE. Pulmonary aspiration syndromes. *Curr Opin Pulm Med*. 2011, 17 (3):148–154. doi: 10.1097/MCP.0b013e32834397d6.
- Metheny NA. Preventing aspiration in older adults with dysphagia. *Med-Surg Matters*. 2011; 20 (5): 6-7. <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-20.pdf>
- Pace CC, McCullough GH. The association between oral microorganisms and aspiration pneumonia in the institutionalized elderly: review and recommendations. *Dysphagia*. 2010; 25 (4): 307-322. doi: 10.1007/s00455-010-9298-9. <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00455-010-9298-9>
- Sethi S. Aspiration pneumonitis and pneumonia. *Merck Manual*. 2014. http://www.merckmanuals.com/professional/pulmonary_disorders/pneumonia/aspiration_pneumonitis_and_pneumonia.html



RESSOURCE D'AMÉLIORATION POUR LES PRÉJUDICES À L'HÔPITAL Pneumonie par aspiration



Weir K, McMahon S, Barry L, Ware R, Masters IB, Chang AB. Oropharyngeal aspiration and pneumonia in children. *Pediatr Pulmonol.* 2007; 42: 1024-1031.

RESSOURCES LIÉES À LA PNEUMONIE PAR ASPIRATION

Associations professionnelles et sites Web utiles

- Dysphagia Research Society: www.dysphagiaresearch.org
- American Board of Swallowing and Swallowing Disorders: www.swallowingdisorders.org
- Ressources sur la sécurité des patients de NHS : www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59823

Lignes directrices concernant les pratiques cliniques

American Association of Critical-Care Nurses (AACN). AACN practice alert: Prevention of aspiration in adults. *Critical Care Nurse.* 2016; 36 (1): e20 – e24. doi: 10.4037/ccn2016831: <http://www.aacn.org/wd/practice/docs/practicealerts/aspiration-pa-feb2016ccn-pages.pdf>

Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Trousse En avant : Prévention de la pneumonie acquise sous ventilation (PAV). Institut canadien pour la sécurité des patients; 2012: <http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/VAP/Pages/resources.aspx>

Tablan OC, Anderson LJ, Besser R, et al. Guidelines for preventing health-care--associated pneumonia, 2003: recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *MMWR Recomm Rep.* 2004; 53 (RR-3): 1-36: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.htm>

Ressources additionnelles liées à la pneumonie par aspiration

Prevention of aspiration. AACN Bold Voices. 2012; 4 (4): 11-4.

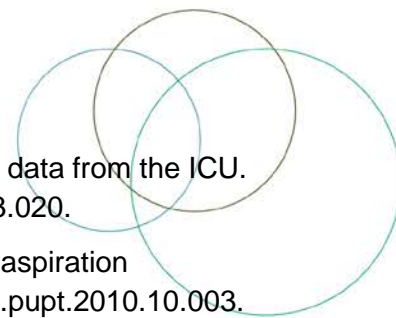
Armstrong JR, Mosher BD. Aspiration pneumonia after stroke: intervention and prevention. *Neurohospitalist.* 2011; 1 (2): 85-93. doi: 10.1177/1941875210395775. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3726080/>

Bradley S. Strategies to improve outcomes in nursing home residents with modifiable risk factors for respiratory tract infections. *Pennsylvania Patient Safety Advisory.* 2011; 8 (4): 131-137. [http://patientsafetyauthority.org/ADVISORIES/AdvisoryLibrary/2011/dec8\(4\)/Pages/131.aspx](http://patientsafetyauthority.org/ADVISORIES/AdvisoryLibrary/2011/dec8(4)/Pages/131.aspx)

Cleary S, McLeod B, Travers J, Scott A, Namdaran N. Decreasing the risk of aspiration pneumonia. *Canadian Nursing Home.* 2007; 18 (3): 4.

d'Escrivan T, Guery B. Prevention and treatment of aspiration pneumonia in intensive care units. *Treat Respir Med.* 2005; 4 (5): 317-324.





Drinka P. Preventing aspiration in the nursing home: the role of biofilm and data from the ICU. *J Am Med Dir Assoc.* 2010; 11 (1): 70-77. doi: 10.1016/j.jamda.2009.03.020.

Ebihara S, Ebihara T. Cough in the elderly: a novel strategy for preventing aspiration pneumonia. *PulmPharmacolTher.* 2011; 24 (3): 318-323. doi: 10.1016/j.pupt.2010.10.003.

Ebihara S, Ebihara T, Kohzuki M. Effect of aging on cough and swallowing reflexes: implications for preventing aspiration pneumonia. *Lung.* 2012; 190 (1): 29-33. doi: 10.1007/s00408-011-9334-z. <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00408-011-9334-z>

Ebihara S, Kohzuki M, Sumi Y, Ebihara T. Sensory stimulation to improve swallowing reflex and prevent aspiration pneumonia in elderly dysphagic people. *J Pharmacol Sci.* 2011; 115 (2): 99-104. https://www.jstage.jst.go.jp/article/jphs/115/2/115_10R05CP/_article

Echevarria IM, Schwoebel A. Development of an intervention model for the prevention of aspiration pneumonia in high-risk patients on a medical-surgical unit. *Medsurg Nurs.* 2012; 21 (5): 303-308.

Gray D. Enteral tube feeding and the prevention of aspiration. *Clin Nutr Insight.* 2007; 33 (12): 1-5.

Habel M. Aspiration: preventing a deadly complication in vulnerable populations. *Nurs Spectrum (DC Maryland Virginia).* 2008; 18 (24): 22-27.

Hinchey JA, Shephard T, Furie K, et al. Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. *Stroke.* 2005; 36 (9): 1972-1976. <http://stroke.ahajournals.org/content/36/9/1972.long>

Huang JY, Zhang DY, Yao Y, Xia QX, Fan QQ. Training in swallowing prevents aspiration pneumonia in stroke patients with dysphagia. *J Int Med Res.* 2006; 34 (3): 303-306. <http://imr.sagepub.com/content/34/3/303.long>

Huggins S. Reducing morbidity of acute respiratory distress syndrome in hospitalized patients: with preventing nosocomial infection or aspiration. *Top Adv Pract Nurs.* 2006; 6 (2): 14.

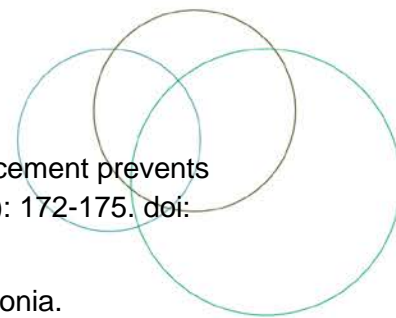
Liantonio J, Salzman B, Snyderman D. Preventing aspiration pneumonia by addressing three key risk factors: Dysphagia, poor oral hygiene, and medication use. *Ann Long Term Care.* 2014; 22 (10): 42-48. <http://www.managedhealthcareconnect.com/article/preventing-aspiration-pneumonia-addressing-three-key-risk-factors-dysphagia-poor-oral>

Loeb MB, Becker M, Eady A, Walker-Dilks C. Interventions to prevent aspiration pneumonia in older adults: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2003; 51 (7): 1018-1022.

Mamun K, Lim J. Role of nasogastric tube in preventing aspiration pneumonia in patients with dysphagia. *Singapore Med J.* 2005; 46 (11): 627-631. <http://www.sma.org.sg/smj/4611/4611a3.pdf>

Palmer JL, Metheny NA. Preventing aspiration in older adults with dysphagia: aspiration can lead to aspiration pneumonia, a serious health problem for older adults. *Am J Nurs.* 2008; 108 (2): 40-49.





- Panagiotakis PH, DiSario JA, Hilden K, Ogara M, Fang JC. DPEJ tube placement prevents aspiration pneumonia in high-risk patients. *Nutr Clin Pract.* 2008; 23 (2): 172-175. doi: 10.1177/0884533608314537.
- Petroianni, A., Ceccarelli, D., Conti, V., and Terzano, C. Aspiration pneumonia. Pathophysiological aspects, prevention and management. A review. *Panminerva Med.* 2006; 48 (4): 231-239. PM:17215795.
- Ra JY, Hyun JK, Ko KR, Lee SJ. Chin tuck for prevention of aspiration: effectiveness and appropriate posture. *Dysphagia.* 2014; 29 (5): 603-609. doi: 10.1007/s00455-014-9551-8. <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00455-014-9551-8>
- Sarin J, Balasubramaniam R, Corcoran AM, Laudenbach JM, Stoopler ET. Reducing the risk of aspiration pneumonia among elderly patients in long-term care facilities through oral health interventions. *J Am Med Dir Assoc.* 2008; 9 (2): 128-135. doi: 10.1016/j.jamda.2007.10.003.
- Scannapieco FA, Shay K. Oral health disparities in older adults: oral bacteria, inflammation, and aspiration pneumonia. *Dent Clin North Am.* 2014; 58 (4): 771-782. doi: 10.1016/j.cden.2014.06.005.
- Serna ED, McCarthy MS. Doing it better: putting research into practice. Heads up to prevent aspiration during enteral feeding. *Nursing.* 2006; 36 (1): 76-77.
- Smith LH. Preventing aspiration: a common and dangerous problem for patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs.* 2009; 13 (1): 105-108. doi: 10.1188/09.CJON.105-108.
- Starks B, Harbert C. Aspiration prevention protocol: decreasing postoperative pneumonia in heart surgery patients. *Crit Care Nurse.* 2011; 31 (5): 38-45. doi: 10.4037/ccn2011462.
- Steele CM, Allen C, Barker J, et al. Dysphagia service delivery by speech-language pathologists in Canada: results of a national survey. *Can J Speech Lang Pathol Audiol.* 2007; 31 (4): 166-177. <http://www.cjslpa.ca/detail.php?ID=961&lang=en>
- Tada A, Miura H. Prevention of aspiration pneumonia (AP) with oral care. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012; 55 (1): 16-21. doi: 10.1016/j.archger.2011.06.029.
- Takatori K, Yoshida R, Horai A, et al. Therapeutic effects of mosapride citrate and lansoprazole for prevention of aspiration pneumonia in patients receiving gastrostomy feeding. *J Gastroenterol.* 2013; 48 (10): 1105-1110. doi: 10.1007/s00535-012-0725-6.
- van der Maarel-Wierink CD, Vanobbergen JNO, Bronkhorst EM, Schols JMGA, de Baat C. Risk factors for aspiration pneumonia in frail older people: A systematic literature review. *J Am Med Dir Assoc.* 2011; 12 (5): 344-354. doi: 10.1016/j.jamda.2010.12.099.
- Yoon MN, Steele CM. The oral care imperative: the link between oral hygiene and aspiration pneumonia. *Top Geriatr Rehabil.* 2007; 23 (3): 280-288.

