

ANTYBIOTYKI – zachowaj ostrożność!

O czym musisz pamiętać, zanim przepiszesz antybiotyk:

- ☑ Czy przed włączeniem antybiotykoterapii pobrano odpowiedni materiał na posiew?
- ☑ Czy wynik posiewu i antybiogram wskazują na potrzebę podjęcia antybiotykoterapii lub zmiany podawanego antybiotyku?
- ☑ Jaki jest właściwy antybiotyk?
- ☑ Jaki jest właściwy czas i dawka podawania antybiotyku w leczeniu tego typu zakażenia u konkretnego pacjenta?
- ☑ Czy antybiotyk zastosowany w terapii empirycznej wybrałeś/aś zgodnie z danymi na temat lekooporności w twoim szpitalu?
- ☑ Czy w razie niepowodzenia leczenia skontaktowałeś/aś się ze specjalistą ds. antybiotykoterapii?



Niewłaściwe stosowanie antybiotyków prowadzi do lekooporności!

Antybiotykooporność

Fakty

▶ **Fakt 1. Antybiotykooporność stanowi coraz poważniejsze wyzwanie dla medycyny w leczeniu zakażeń w Europie**

Pojawianie się, rozprzestrzenianie i selekcja szczepów lekoopornych stanowi zagrożenie bezpieczeństwa pacjentów hospitalizowanych.

▶ **Fakt 2. Niewłaściwe stosowanie antybiotyków w szpitalach jest jednym z czynników sprzyjających narastaniu antybiotykooporności**

Przykładem niewłaściwego stosowania antybiotyków jest m.in.:

- Nieuzasadnione przepisywanie antybiotyku;
- Nadużywanie antybiotyków o szerokim spektrum;
- Zbyt niskie lub zbyt wysokie dawki antybiotyku;
- Zbyt krótki lub zbyt długi czas trwania antybiotykoterapii;
- Antybiotykoterapia prowadzona niezgodnie z antybiogramem.

▶ **Fakt 3. Racjonalne stosowanie antybiotyków przynosi korzyści**

Racjonalne stosowanie antybiotyków może zapobiegać pojawianiu się i selekcji bakterii lekoopornych. Badania wykazały, iż ograniczenie stosowania antybiotyków zmniejsza zapadalność na zakażenia wywołane przez *Clostridium difficile*.

▶ **Fakt 4. Poprawa polityki antybiotykowej i kontrola zjawiska lekooporności w szpitalu wymagają stałej aktywności**

Istnieje konieczność:

- Ustawicznego kształcenia lekarzy w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych i antybiotykoterapii;
- Tworzenia rekomendacji terapeutycznych opartych na dowodach;
- Monitorowania antybiotykooporności na terenie szpitala oraz kontroli danych dotyczących stosowania antybiotyków w celu formułowania wytycznych odnośnie antybiotykoterapii empirycznej;
- Formułowania wytycznych dotyczących okołozabiegowej profilaktyki antybiotykowej;
- Stosowania w niektórych wskazaniach antybiotykoterapii krótkoterminowej zamiast długoterminowej;
- Pobierania próbek do badania mikrobiologicznego przed włączeniem antybiotykoterapii empirycznej i jej weryfikacji (zawężenie) po otrzymaniu wyniku.

Źródła:

European Antimicrobial Resistance Surveillance System [internetowa baza danych]. RIVM. 2009 [wersja z dn. 30 marca, 2010]. Dostępne na: <http://www.rivm.nl/earss/database/>. Davey P, Brown E, Fenelon L, Finch R, Gould I, Hartman G, et al. Interventions to improve antibiotic prescribing practices for hospital inpatients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005(4):CD003543. Cosgrove SE, Carmeli Y. The impact of antimicrobial resistance on health and economic outcomes. *Clin Infect Dis*. 2003 Jun 1;36(11):1433-7. Roberts RR, Hota B, Ahmad I, Scott RD, 2nd, Foster SD, Abbasi F, et al. Hospital and societal costs of antimicrobial-resistant infections in a Chicago teaching hospital: implications for antibiotic stewardship. *Clin Infect Dis*. 2009 Oct 15;49(8):1175-84. Kollef MH, Sherman G, Ward S, Fraser VJ. Inadequate antimicrobial treatment of infections: a risk factor for hospital mortality among critically ill patients. *Chest*. 1999 Feb;115(2):462-74. Ibrahim EH, Sherman G, Ward S, Fraser VJ, Kollef MH. The influence of inadequate antimicrobial treatment of bloodstream infections on patient outcomes in the ICU setting. *Chest*. 2000 Jul;118(1):146-55. Lodise TP, McKinnon PS, Swiderski L, Rybak MJ. Outcomes analysis of delayed antibiotic treatment for hospital-acquired *Staphylococcus aureus* bacteremia. *Clin Infect Dis*. 2003 Jun 1;36(11):1418-23. Alvarez-Lerma F. Modification of empiric antibiotic treatment in patients with pneumonia acquired in the intensive care unit. *ICU-Acquired Pneumonia Study Group. Intensive Care Med*. 1996 May;22(5):387-94. ECDC, EMEA. ECDC/EMA Joint Technical Report: The bacterial challenge: time to react 2009. Willemsen I, Groenhuijzen A, Bogaers D, Stuurman A, van Keulen P, Kluytmans J. Appropriateness of antimicrobial therapy measured by repeated prevalence surveys. *Antimicrob Agents Chemother*. 2007 Mar;51(3):864-7. Singh N, Yu VL. Rational empiric antibiotic prescription in the ICU. *Chest*. 2000 May;117(5):1496-9. Lepper PM, Grusa E, Reichl H, Hogel J, Trautmann M. Consumption of imipenem correlates with beta-lactam resistance in *Pseudomonas aeruginosa*. *Antimicrob Agents Chemother*. 2002 Sep;46(9):2920-5. Gyssens IC, van den Broek PJ, Kullberg BJ, Hekster Y, van der Meer JW. Optimizing antimicrobial therapy. A method for antimicrobial drug use evaluation. *J Antimicrob Chemother*. 1992 Nov;30(5):724-7. Carling P, Fung T, Killion A, Terrin N, Barza M. Favorable impact of a multidisciplinary antibiotic management program conducted during 7 years. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2003 Sep;24(9):699-706. Byl B, Clevenbergh P, Jacobs F, Struelens MJ, Zech F, Kentos A, et al. Impact of infectious diseases specialists and microbiological data on the appropriateness of antimicrobial therapy for bacteremia. *Clin Infect Dis*. 1999 Jul;29(1):60-6; discussion 7-8. Beardsley JR, Williamson JC, Johnson JW, Ohl CA, Karchmer TB, Bowton DL. Using local microbiologic data to develop institution-specific guidelines for the treatment of hospital-acquired pneumonia. *Chest*. 2006 Sep;130(3):787-93. Rello J, Gallego M, Mariscal D, Sonora R, Valles J. The value of routine microbial investigation in ventilator-associated pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med*. 1997 Jul;156(1):196-200.