

Surveillance et soins post-anesthésiques

Recommandations: version 2014

1. Introduction

Les patients ayant bénéficié d'un acte chirurgical, diagnostique ou interventionnel effectué sous anesthésie générale, anesthésie locorégionale ou *monitored anesthesia care* (MAC) avec ou sans analgo-sédation peuvent présenter après l'intervention des complications liées aux effets résiduels des médicaments administrés, à l'acte pratiqué ou aux comorbidités préexistantes.

Les présentes recommandations ont pour but d'une part de garantir la qualité et la sécurité de la période post-opératoire/anesthésiologique immédiate et d'autre part de définir les critères et mesures nécessaires pour assurer la surveillance et la stabilisation des patients.

Les soins de la phase post-opératoire/anesthésiologique sont sous la responsabilité conjointe de l'anesthésiste et du chirurgien (resp. du médecin pratiquant l'acte diagnostique ou interventionnel).

2. Définitions

Dans le texte qui suit, les recommandations sont précisées par les notions ci-après qui indiquent le degré de nécessité de la présence d'un appareil, d'un équipement, d'un matériel, d'une installation, etc., ainsi que leur degré d'indication à l'usage professionnel:

doit	standard exigé, correspond aux exigences minimales
devrait	recommandé et vivement conseillé
à disposition	doit être à proximité de la place de travail, pas forcément dans le bloc opératoire ou dans la salle d'intervention, la salle de réveil, etc. mais accessible et fonctionnel dans un délai raisonnable.

3. Structures de surveillance et ressources nécessaires

Eu égard à l'importance d'assurer une surveillance post-anesthésique sûre et de haute qualité, la SSAR recommande la mise en place des structures et processus ci-après:

- **Locaux:** installation et entretien d'une salle de surveillance post-opératoire/interventionnelle spécifique (salle de réveil) placée sous une direction médicale et infirmière définie (en général le service d'anesthésie).

Pour des raisons essentiellement ergonomiques et logistiques, cette salle devrait être située aussi près que possible des blocs opératoires afin de faciliter la gestion du flux des patients, de limiter la durée de transfert du patient et de favoriser les points de contact avec les médecins compétents.

La localisation à proximité d'une *Intermediate Care Unit* ou d'une unité de soins intensifs peut apporter des avantages en termes de déroulements et d'effectifs en particulier aux heures de garde.

- Emplacements: le nombre d'emplacements doit être adapté au type d'activités chirurgicales effectuées (la chirurgie ambulatoire notamment peut exiger un plus grand nombre d'emplacements en raison de la succession rapide d'actes courts). Le nombre de salles d'opération doit également être pris en compte. Il s'agit de garantir pour chaque patient une durée de surveillance adéquate pour remplir les critères de transfert vers le service d'accueil. Le rapport de 1 à 2 emplacements par place de travail anesthésique indique l'ordre de grandeur variable.
- Durée d'exploitation: les heures d'ouverture de la salle de surveillance dépendent de l'activité chirurgicale (programme électif et d'urgence), de la capacité et de la compétence des services de destination et de la présence d'une *Intermediate Care Unit*.
- Personnel:
 - La direction médicale et infirmière de l'unité de surveillance (en général appartenant à l'équipe du service d'anesthésie) doit être définie et connue des personnes impliquées.
 - Le personnel infirmier de la structure de surveillance prend en charge les patients. Il est spécifiquement entraîné à reconnaître et traiter l'atteinte des fonctions vitales et en cas de survenue d'événements inattendus à prendre les mesures thérapeutiques appropriées de manière autonome jusqu'à l'arrivée du médecin compétent.
 - La présence de deux infirmiers-ères resp. la possibilité d'appeler à tout moment une deuxième personne de l'équipe de médecine aiguë pour se prêter un mutuel concours est vivement recommandée (*devrait*).
 - Le médecin compétent pour le patient et le médecin spécialiste responsable de la salle de surveillance sont désignés nommément et connus des infirmiers-ères.
 - Le médecin spécialiste compétent pour la structure de surveillance resp. son suppléant du service d'anesthésie (ou de la clinique chirurgicale) doit être joignable pendant la durée d'ouverture de la salle de surveillance et pouvoir être sur place en quelques minutes (*doit*).
- Infrastructure:
 - L'environnement immédiat de l'emplacement est librement accessible pour permettre une observation constante et les soins adéquats au patient (*devrait*).
 - Source d'oxygène y.c. équipement / matériel pour administration (*doit*)
 - Système d'aspiration (*doit*)
 - Prises électriques (*doit*)
- L'équipement et le matériel nécessaire au traitement des urgences cardiorespiratoires tels que système de ventilation avec réservoir O2 et médicaments d'urgence (*doit*), défibrillateur (*à disposition*).

4. Principaux éléments de la surveillance

Le patient est soumis à une surveillance des systèmes d'organes et fonctions ci-après adaptée à son état:

- Etat de conscience
- Douleurs (intensité évaluée par les échelles VAS *Visual Analog Scale*, VRS *Verbal Rating Scale*, etc.)
- Respiration et oxygénation
- Circulation y.c. diurèse, accès vasculaires et éventuelle perte sanguine
- Zone opératoire: pansement et drains
- Température (en cas d'hypothermie ou d'hyperthermie)
- Mesures de surveillance spécifiques décidées par le médecin anesthésiste et/ou l'opérateur

5. Durée de la surveillance

La durée de la surveillance post-anesthésique est variable, elle se poursuit au minimum jusqu'à la stabilisation resp. la normalisation des fonctions vitales du patient.

La SSAR recommande que chaque service d'anesthésie définisse les critères de sortie de la salle de surveillance sous la forme écrite pour les documenter dans le quotidien clinique sous forme de check-list.

Les critères minimaux requis avant la décharge de la phase de surveillance (transfert dans le service d'hospitalisation ou à la clinique de jour, retour au domicile, etc.) sont les suivants:

- Etat de conscience adéquat (orientation spatiale, temporelle et personnelle)
- Récupération des réflexes de protection des voies aériennes
- Etat circulatoire et respiratoire stable
- Absence d'effets résiduels indésirables des agents anesthésiques et de relaxation résiduelle
- Analgésie satisfaisante
- Qualité de confort sans nausées persistantes ou vomissements répétés
- Reprise de la diurèse resp. exclusion d'une rétention urinaire (en particulier après blocs nerveux centraux)
- Absence d'hémorragie secondaire pertinente (drains, pansement, instabilité cardiocirculatoire d'origine indéterminée avec ou sans chute marquée de l'hémoglobine/hématocrite)

6. Monitoring post-opératoire

Les exigences concernant le monitoring post-opératoire comprennent:

- Oxygénométrie de pouls (*doit*)
- ECG (*devrait*)
- Mesure de la pression artérielle non invasive (*à disposition*)

Tous les médicaments et antagonistes nécessaires à la phase de réveil sont présents (*doit*).

Les médicaments et moyens auxiliaires pour la réanimation cardiopulmonaire tels que: adrénaline, atropine, défibrillateur, etc. sont à portée de main à tout moment (*à disposition*).

7. Analgésie

La prise en charge optimale de la douleur est un élément primordial après une intervention. Un concept de traitement interdisciplinaire et multimodal permet d'utiliser les différentes substances et techniques analgésiques en tenant compte de la prémédication et des réserves organiques dans le souci du patient et de sa sécurité (*devrait*). L'association de différents analgésiques peut induire une potentialisation mutuelle de leur action. La thérapie systémique de la douleur devrait autant que possible être associée à une technique d'analgésie régionale continue.

8. Documentation

La phase de surveillance doit être reportée sur papier ou sous forme électronique et contient:

- l'heure de début, de la fin et la durée de la surveillance (*devrait*)
- les valeurs des signes vitaux (*doit*), le score de douleur et les indications relatives aux nausées/vomissements (*devrait*)
- en cas d'anesthésie loco-régionale, la surveillance de l'activité sensitive et motrice (*devrait*)
- les médicaments et solutés administrés (*doit*)
- les noms des médecins responsables (anesthésiste et opérateur) ainsi que de l'infirmier-ère (*devrait*)

9. Rapport de transmission

Une transmission verbale est effectuée entre les infirmiers-ères de la structure de surveillance et le service de destination. Elle concerne les informations sur les actes chirurgicaux, interventionnels et diagnostiques effectués et les mesures anesthésiologiques, les données pertinentes concernant le patient (comorbidités, médicaments) ainsi que la désignation des médecins responsables (médecin spécialiste en anesthésie et opérateur).

Le dossier médical du patient ainsi que l'ensemble des informations et documents pertinents pour les mesures effectuées (protocole d'anesthésie, éventuellement protocole opératoire, prescriptions anesthésiologiques et opératoires avec adaptations éventuelles) sont transmis dans le même temps au service de destination et dès cet instant disponibles resp. consultables sur papier ou sous forme électronique.

10. Conclusions

- La surveillance et les soins dispensés après un acte chirurgical, interventionnel ou diagnostique effectué sous anesthésie doivent garantir un niveau élevé de qualité et de sécurité pour le patient.
- La phase postopératoire immédiate est sous la responsabilité conjointe de l'anesthésiste et du chirurgien resp. du médecin pratiquant l'acte diagnostique ou interventionnel.
- La SSAR recommande que chaque service d'anesthésie formule des directives et standards locaux pour la prise en charge post-anesthésique des patients afin de mettre en œuvre les exigences minimales requises par le présent document.
- La SSAR propose l'installation et l'utilisation d'une salle de surveillance post-anesthésique spécifique (salle de réveil).
- Les mêmes consignes de surveillance clinique et instrumentale ainsi que de soins infirmiers et médicaux s'appliquent dans le cas d'un transfert immédiat post-opératoire des patients dans le service d'hospitalisation ou la clinique de jour.

Groupe de travail 2002: M. Wintsch, A. Zollinger, T. Schnider, R. Diah, C. Heim, E. Van Gessel

Groupe de travail 2013/2014: Commission pour des questions de structure et de processus, 27.3.2014

Le présent document remplace toutes les versions antérieures

Approuvé par le Comité directeur: 27.3.3014