

La surveillance et les soins postanesthésiques

Date de création du document 2008-2009

Table des matières

* Introduction	1
1 Admission des patients en salle de réveil.....	1
1 . 1 A l'issue d'une anesthésie générale, locorégionale et/ou d'une sédation,.....	1
1 . 2 Pour des raisons d'ordre médical,.....	1
1 . 3 Pendant son transfert.....	1
2 Surveillance des patients en salle de réveil.....	2
2 . 1 A l'arrivée en salle de réveil,.....	1
2 . 2 En salle de réveil,.....	1
2 . 3 La surveillance porte aussi.....	1
2 . 4 La surveillance clinique de base.....	1
2 . 5 La durée du séjour en salle de réveil.....	1
2 . 6 Les principales informations,.....	1
3 Le personnel de la salle de réveil.....	3
3 . 1 En salle de réveil le patient est surveillé.....	1
3 . 2 Le personnel infirmier.....	1
3 . 3 Un médecin anesthésiste-réanimateur.....	1
4 La salle de réveil.....	4
4 . 1 La salle de réveil est située,.....	1
4 . 2 La salle de réveil est en mesure.....	1
4 . 3 La salle de réveil dispose de l'équipement.....	1
4 . 4 Chaque emplacement de lit.....	1
4 . 5 Dans les établissements qui ne disposent pas de salle de réveil.....	1

INTRODUCTION

Pendant les premières heures suivant un acte thérapeutique et/ ou diagnostique effectué sous anesthésie générale, locorégionale ou sédation, le patient est exposé au risque de complications liées aux effets résiduels des médicaments administrés et aux conséquences de l'acte pratiqué. La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) recommande de ce fait une surveillance et des soins fondés sur les dispositions de base détaillées ci-après. Le cas échéant il convient d'y ajouter des éléments complémentaires en fonction de l'état du patient et du type d'acte et d'anesthésie effectués.

Ces recommandations ont pour but de contribuer à une qualité de soins optimale. Elles ont été établies dans le respect de la réglementation française et tiennent compte des normes formulées par des sociétés d'anesthésie d'autres pays. Elles seront soumises à une révision périodique.

I ADMISSION DES PATIENTS EN SALLE DE RÉVEIL

I.1 A L'ISSUE D'UNE ANESTHÉSIE GÉNÉRALE, LOCORÉGIONALE ET/OU D'UNE SÉDATION,

susceptibles d'avoir des répercussions respiratoires, circulatoires, neuropsychiques, tout patient est soumis à une surveillance spécifique par un personnel compétent dans une salle de réveil adaptée à cet usage. Il y séjourne jusqu'à la récupération de fonctions vitales stables.

I.2 POUR DES RAISONS D'ORDRE MÉDICAL,

certains patients sont immédiatement ou secondairement transférés dans une unité de réanimation. Ils doivent pouvoir y bénéficier d'une surveillance et de soins adaptés à l'état d'un sujet en phase de réveil, tels qu'ils sont précisés dans ce document.

I.3 PENDANT SON TRANSFERT

de la salle d'intervention vers la salle de réveil ou l'unité de réanimation, le patient est accompagné du médecin qui a pratiqué l'anesthésie ou d'un(e) infirmier(e) spécialisé(e) en anesthésie. En cours de transport, une surveillance constante et des soins appropriés sont assurés. Un dispositif d'oxygénothérapie mobile, un oxymètre de pouls et un moniteur ECG doivent être disponibles si l'état du patient, le type d'acte effectué et/ou la longueur du trajet l'imposent. Quand un transport par ambulance s'avère nécessaire, celle-ci doit être médicalisée.

II SURVEILLANCE DES PATIENTS EN SALLE DE RÉVEIL

II.1 A L'ARRIVÉE EN SALLE DE RÉVEIL,

une transmission verbale et écrite est effectuée entre la personne accompagnante, l'infirmier(e) d'accueil et/ou le médecin anesthésiste responsable de la salle de réveil. Elle porte sur l'anesthésie et l'acte effectués ainsi que sur la surveillance et les soins particuliers à assurer. La personne accompagnante reste avec le patient jusqu'au moment où celui-ci est pris en charge.

II.2 EN SALLE DE RÉVEIL,

le patient est soumis à une surveillance constante et adaptée à son état. Elle concerne en particulier l'oxygénation et la ventilation, la circulation, l'état de conscience, la température, les effets résiduels de l'anesthésie générale, de l'anesthésie locorégionale ou de la sédation. La fréquence respiratoire, l'amplitude et la symétrie des mouvements thoraciques, la fréquence cardiaque et la pression artérielle ainsi que l'état neurologique sont surveillés et notés régulièrement. La surveillance est renforcée lors du sevrage du ventilateur et dans les suites de l'extubation trachéale.

II.3 LA SURVEILLANCE PORTE AUSSI

sur les accès vasculaires, la zone opératoire (pansements, drains, installation particulière), les pertes sanguines et la diurèse, le ventilateur et les autres appareils utilisés.

II.4 LA SURVEILLANCE CLINIQUE DE BASE

est complétée par un monitoring instrumental, en particulier un moniteur ECG et un oxymètre de pouls si l'état du patient le requiert.

II.5 LA DURÉE DU SÉJOUR EN SALLE DE RÉVEIL

dépend de l'état du patient, de l'anesthésie, de l'intervention et de ses suites. La sortie est décidée par un médecin anesthésiste quand le patient a récupéré ses réflexes de protection, un niveau de coopération proche de celui qu'il avait avant l'acte et quand la survenue à brève échéance de complications respiratoires et circulatoires est devenue improbable. La sortie de salle et le retour à domicile des patients ambulatoires obéissent à des critères particuliers.

II.6 LES PRINCIPALES INFORMATIONS,

en particulier l'heure d'entrée et de sortie de la salle de réveil, l'état du patient et son évolution, le nom de l'infirmier(e) ayant assuré la surveillance et celui du médecin qui a décidé de la sortie ainsi que les prescriptions, sont inscrites sur une feuille de réveil ou sur la feuille d'anesthésie. Ces documents doivent être conservés.

III LE PERSONNEL DE LA SALLE DE RÉVEIL

III.1 EN SALLE DE RÉVEIL LE PATIENT EST SURVEILLÉ

par un personnel infirmier qualifié, sous la direction d'un médecin anesthésiste réanimateur. Celui-ci est soit spécialement chargé de la salle de réveil, soit présent au bloc opératoire ou dans l'établissement et en mesure d'intervenir rapidement.

III.2 LE PERSONNEL INFIRMIER

est entraîné à reconnaître l'atteinte d'une fonction vitale et de pallier sa défaillance en attendant l'arrivée du médecin. En salle de réveil la présence d'au moins un(e) infirmier(e) spécialisé(e) en anesthésie-réanimation est recommandée. La présence d'au moins un(e) infirmier(e) pour trois patients est requise pour assurer la surveillance adéquate de trois patients simultanément. En tout état de cause le nombre de personnes effectivement présentes en salle de réveil ne doit jamais être inférieur à deux.

III.3 UN MÉDECIN ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR

dirige la surveillance, prescrit le traitement, en particulier l'analgésie postopératoire, assure la liaison avec le(s) chirurgien(s) ou spécialiste(s), et décide du moment de sortie des patients. Hormis les cas d'urgence, une prescription médicamenteuse, faite pendant le séjour du patient en salle de réveil par un autre médecin, n'est exécutée qu'après accord du médecin anesthésiste-réanimateur responsable.

IV LA SALLE DE RÉVEIL

IV.1 LA SALLE DE RÉVEIL EST SITUÉE,

dans la mesure du possible, à proximité du bloc opératoire pour limiter la durée de transport du patient et permettre l'intervention rapide d'un médecin anesthésiste. Elle dispose d'un moyen de communication rapide avec le bloc opératoire (interphone par exemple) et le(s) médecin(s) anesthésiste(s). Elle est correctement ventilée et facile à désinfecter.

IV.2 LA SALLE DE RÉVEIL EST EN MESURE

d'accueillir l'ensemble des patients relevant d'une surveillance postanesthésique. Elle dispose d'au moins 1,5 lits ou emplacements de lit par site anesthésique. Un nombre plus grand est requis dans les établissements où sont pratiqués de façon régulière beaucoup d'actes courts en succession rapide. Les horaires de fonctionnement sont adaptés au type d'activité de l'établissement. Dans ceux admettant jour et nuit des urgences, une structure et son personnel sont en mesure d'accueillir de façon permanente des patients en phase de réveil. Une surface de 10 à 12 m² par emplacement est recommandée. La possibilité d'isolement des cas septiques doit exister.

IV.3 LA SALLE DE RÉVEIL DISPOSE DE L'ÉQUIPEMENT

nécessaire à la surveillance de l'opéré ainsi qu'au rétablissement et au maintien des fonctions vitales. En cas d'utilisation de chariots au lieu de lits, ceux-ci doivent offrir les conditions de sécurité et de confort indispensables. Tout patient doit pouvoir bénéficier d'une surveillance par moniteur ECG et oxymètre de pouls si son état le requiert. Le matériel nécessaire au traitement de l'arrêt circulatoire (défibrillateur), à la ventilation manuelle et instrumentale (ventilateur), est disponible. Tout ventilateur doit comporter une alarme de surpression, de débranchement et d'arrêt de fonctionnement. La salle de réveil dispose de moyens nécessaires au diagnostic et au traitement de l'hypothermie. Ce matériel de base est complété en fonction du type de patients et d'actes effectués. Le matériel d'usage occasionnel (moniteur de curarisation par exemple) peut être commun à la salle de réveil et au bloc opératoire si celui-ci lui est contigu.

IV.4 CHAQUE EMPLACEMENT DE LIT

doit être équipé d'un nombre suffisant de prises électriques, de prises d'oxygène, d'air médical et de vide.

IV.5 DANS LES ÉTABLISSEMENTS QUI NE DISPOSENT PAS DE SALLE DE RÉVEIL

conforme à ces recommandations, la SFAR conseille au médecin responsable de l'unité d'anesthésie-réanimation de réaliser, avec le service administratif concerné, un plan permettant leur mise à disposition ou en conformité à terme, au plus tard le 01.01.1993.

(Recommandation : Société française d'anesthésie et de réanimation. Recommandations de la SFAR concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie [en ligne]. Juin 1989.) Surveillance des patients en cours d'anesthésie.

V ANNEXES

EN SAVOIR PLUS

- Circulaire 3A/431/4B du 27 juin 1985 relative à la sécurité des malades anesthésiés dans les établissements sanitaires/ Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n° 85/31 p. 83-88 (Complément aux circulaires des 30 avril 1974 et 23 mars 1982). :
- Circulaire n° 340 du 23 mars 1982 complétant la circulaire du 30 avril 1974 relative à la sécurité des malades anesthésiés/ Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n° 82/15, texte n° 22768 (4 p.) :
- Circulaire n° 394 du 30 avril 1974 relative à la sécurité des malades anesthésiés/ Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n° 74/20, texte n° 6741 (3 p.) (Dispositions relatives aux salles de réveil) :

RECOMMANDATION

- Société française d'anesthésie et de réanimation. Recommandations de la SFAR concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie [en ligne]. Juin 1989. : <http://www.sfar.org/recompostop.html>