Une ressource pour les fournisseurs de soins de santé

Cheminement clinique pour la chirurgie gynécologique

Récupération optimisée Canada :

Une collaboration pour améliorer les soins chirurgicaux

Récupération OPTIMISÉE Canada™

Édition 1. Juin 2021

Remerciements

Ce travail a été rendu possible grâce au soutien d'Excellence en santé Canada (ESC), la nouvelle organisation amalgamée issue de la fusion de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. ESC est un organisme indépendant à non but lucratif subventionné par Santé Canada.

Excellence en soins de santé Canada tient à remercier le comité de gouvernance de Récupération optimisée Canada (ROC) et l'Office d'éducation des patients du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) pour le temps et l'expertise qu'ils ont consacrés à l'élaboration et à la présentation de cet ouvrage important.

Comité de gouvernance

Claude LaFlamme, Chef de projet
Pascal-André Vendittoli
Leah Gramlich
Ahmer Karimuddin
Franco Carli
Gregg Nelson
Erin Ballah
Debbie Watson
Melinda Baum
Raphael Gotlieb
Carla Williams, Gestionnaire de projet

Office d'éducation des patients du CUSM

Nancy Posel
David Fleiszer
Matt Evans
Han Han Li
Karen Brown

Avertissement :
Les recommandations contenues dans ce document font la synthèse des approches actuellement jugées acceptables, relevées au moyen d'une revue de la littérature scientifique pertinente. ESC n'a l'obligation ni de les mettre à jour, ni de fournir un avis sur les développements relatifs aux sujets abordés ici. Les cliniciens qui utilisent la ressource doivent prendre les décisions de traitement en consultation avec le patient, en exerçant leur propre jugement médical et en tenant compte du contexte clinique. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement celles d'ESC ou de Santé Canada. Le contenu est fourni « en l'état », sans aucune autre déclaration, garantie ou condition de quelque nature que ce soit, expresse ou implicite, y compris, sans s'y limiter, toute garantie ou condition implicites d'adaptation à un usage ou à un but particulier ou d'absence de contrefaçon.

Approuvé par:

Canadian Anesthesiologists' Society • Société canadienne des anesthésiologistes

Canadian Society for the Advancement of Gynecologic Excellence
Société Canadienne pour la Promotion de l'Excellence en Gynécologie

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

GOC The Society of Gynecologic Oncology of Canada / La Société de gynéco-oncologie du Canada

Healthcare Excellence Canada / Excellence en santé Canada

Récupération OPTIMISÉE Canada™

© 2021 Excellence en santé Canada. Tous droits réservés. Adapté avec la permission du Safety Program for Improving Surgical Care and Recovery (ISCR) de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Élaboré avec le soutien de l'Office d'éducation des patients du Centre universitaire de santé McGill.

Liste des auteurs

Excellence en soins de santé Canada aimerait également remercier tous les membres du groupe d'experts en gynécologie pour le temps, l'énergie et l'expertise qu'ils ont consacrés à la réalisation de cette ressource, notamment :

Coprésidents des cheminements

Alon Altman, B.Sc. spécialisé, M.D., FRCSC
Gregg Nelson, M.D., Ph.D., FRCSC

Anesthésistes

Dolores McKeen, M.D., M.Sc., FRCPC
Elizabeth Miller, M.D., FRCPC

Infirmières autorisées

Michelle Ellwood, IA
Alison Nelson, M.Sc.Inf., IA
Pat Trudeau, IA, B.Sc.Inf.
Debbie Watson, IA, M.Sc.Inf.

Gestionnaire de projet

Carla Williams, IA, M.G.S.S., CPPS

Obstétriciens/gynécologues et/ou Gynécologues oncologues

Olga Bougie, M.D., FRCSC, M.S.P.
Harinder Brar, M.D., M.Sc., FRCPC
Jacob McGee, M.D., M.Sc., FRCSC
Chandrew Rajakumar, M.D., FRCSC
Vanessa Samouëlian, M.D., Ph.D.
Marie-Hélène Auclair, M.D. RC FRCSC
Limor Helpman, M.D., M.S.P.

Patientes conseillères

Melinda Baum, B.Serv.soc., M.Serv.soc.
Katharina Kovacs Burns, M.Sc., M.G.S.S., Ph.D.

Table des matières

Préambule

1 **À propos des cheminements cliniques de ROC**
- Étendue et intention
- Population cible
- Public cible
- Engagement des parties prenantes
- Élaboration
- Indépendance éditoriale

3 **Messages clés**
- Engagement de la patiente et de la famille
- Analgésie
- Meilleures pratiques chirurgicales
- Gestion des liquides
- Nutrition
- Mobilité et activité physique

8 **Recommandations globales**

Cheminement clinique de ROC pour la chirurgie gynécologique

Engagement de la patiente et de la famille
- 10 Engagement de la patiente et de la famille
- 13 Analgésie
- 14 Meilleures pratiques chirurgicales
- 15 Gestion des liquides
- 16 Nutrition
- 17 Mobilité et activité physique

Optimisation de la patiente
- 18 Analgésie
- 19 Meilleures pratiques chirurgicales
- 22 Nutrition

Préopératoire
- 24 Engagement de la patiente et de la famille
- 25 Analgésie
- 29 Meilleures pratiques chirurgicales
- 34 Gestion des liquides
- 35 Nutrition

Peropératoire
- 36 Anesthésie/Analgésie
- 39 Meilleures pratiques chirurgicales
- 42 Gestion des liquides

Postopératoire
- 45 Engagement de la patiente et de la famille
- 46 Analgésie
- 49 Meilleures pratiques chirurgicales
- 51 Gestion des liquides
- 54 Nutrition
- 56 Mobilité et activité physique

Table des matières

Chirurgie gynécologique

Congé
58 Engagement de la patiente et de la famille
59 Analgésie
60 Nutrition
61 Mobilité et activité physique

Ressources

63 **Glossaire du cheminement clinique**
63 Analgésie
64 Meilleures pratiques chirurgicales
65 Nutrition et gestion des liquides
66 Mobilité et activité physique

67 **Références**

69 **Annexe A. Abréviations**

70 **Annexe B. Algorithme d'analgésie**

71 **Annexe C. Collecte de données et mesure**

74 **Annexe D. Indicateurs liés aux processus et aux résultats**

95 **Annexe E. Indicateurs facultatifs de processus**

101 **Annexe F. Gabarits pour l'ensemble d'ordonnance médicale**

Ce matériel est également disponible en ligne sur le site Web :
https://www.recuperationoptimiseecanada.ca

À propos des cheminements cliniques de ROC

Étendue et intention

L'intention de ce cheminement clinique est de fournir aux praticiens canadiens des stratégies fondées sur des données probantes pour améliorer les résultats chirurgicaux chez les patientes subissant une chirurgie gynécologique. Le cheminement clinique repose sur six principes fondamentaux qui s'appliquent à toutes les chirurgies. Ces principes fondamentaux comprennent l'engagement du patient et de la famille, la gestion de la douleur, les meilleures pratiques chirurgicales, la gestion des liquides, la nutrition et la mobilité. Le cheminement clinique est organisé selon une approche par étapes en fonction du continuum de soins des patients. Le cheminement clinique comprend des indicateurs à des fins de vérification clinique et d'amélioration de la qualité.

Population cible

Ce cheminement clinique s'applique aux patientes adultes qui subissent une chirurgie planifiée pour une affection gynécologique bénigne ou maligne, pratiquée par voie ouverte ou avec effraction minimale (vaginale, laparoscopique ou robotique).

Public cible

Les chirurgiens, anesthésistes, infirmières, diététistes, physiothérapeutes et autres fournisseurs qui participent à la prestation de soins aux patients subissant une chirurgie gynécologique élective, ainsi que les dirigeants du milieu de la santé.

Engagement des parties prenantes

Ce cheminement clinique a été élaboré par un groupe d'experts de divers secteurs de la santé et de patients de tout le pays. Un groupe de travail sur l'engagement des patients et des familles a élaboré les ressources destinées aux patientes venant compléter le cheminement clinique, en veillant à ce que le point de vue des patientes soit intégré et priorisé tout au long de ce cheminement.

Élaboration

L'information contenue dans cette ressource a été élaborée par le groupe d'experts en gynécologie de ROC à l'aide du modèle de cheminement clinique réalisé par le groupe d'experts en chirurgie colorectale de ROC en 2019[1]. L'information a été adaptée, au besoin, pour refléter les soins périopératoires optimaux chez les patientes en gynécologie.

À propos des cheminements cliniques de ROC

Deux publications clés ont servi à orienter les discussions sur la meilleure façon d'adapter le cheminement clinique, notamment la mise à jour de la directive de la Société ERAS sur les soins périopératoires en gynécologie/oncologie[2] et la fiche de travail sur le cheminement de la chirurgie gynécologique du Safety Program for Improving Surgical Care and Recovery (ISCR) de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)[3]. La publication de la Société ERAS a été pilotée par des auteurs canadiens, dont les coprésidents du groupe d'experts en gynécologie de ROC, Dr Alon Altman et Dr Gregg Nelson, avec la participation de collaborateurs du Canada, des États-Unis et d'Europe. Les rédacteurs de ces deux publications ont fait appel à une méthodologie standard de revue de littérature pour recenser les données probantes les plus concluantes en vue d'orienter les recommandations des lignes directrices ou du cheminement.

Veuillez vous référer aux trois (3) publications clés décrites ci-dessus pour obtenir une liste complète des références reliant les recommandations aux données probantes. Des références sont fournies dans ce cheminement clinique uniquement lorsque le contenu n'était pas disponible dans l'une de ces publications.

Cette ressource comprend certaines approches communes visant à intégrer des principes de récupération améliorée dans votre cheminement clinique, mais il peut exister d'autres approches qui soient également appropriées. Bien que, pour diverses raisons, les cheminements cliniques varient d'un hôpital à l'autre, il est important de réduire ces variations et d'adopter le plus grand nombre possible de ces principes.

Indépendance éditoriale

Tous les membres du groupe de travail ont signé un formulaire d'accord des membres attestant qu'ils n'avaient aucun conflit d'intérêts en lien avec ce projet.

REMARQUE : Les médicaments et les dosages sont fournis à titre d'exemple. Veuillez consulter un pharmacien lors de l'élaboration de votre cheminement clinique. Tous les médicaments ont des effets secondaires qui doivent être pris en considération pour chaque patiente avant leur administration.

Messages clés

Engagement de la patiente et de la famille

L'inclusion des patientes dans leurs soins présuppose que les équipes de soins impliquent les patientes, ainsi que les familles, les proches aidants ou les défenseurs dès le départ. Elle sous-entend également qu'ils collaborent à la prise de décision et reçoivent une communication et une information optimales avant, pendant et après la chirurgie.

- Les fournisseurs de soins de santé doivent utiliser un langage simple pour optimiser la communication des renseignements centrés sur la patiente tout au long du parcours périopératoire. Avant de faire participer les patientes à leurs soins, les patientes et les familles doivent d'abord être en mesure de comprendre les renseignements qui leur sont fournis.
- Éviter de fournir exclusivement des informations verbales. Des supports écrits et autres doivent être disponibles. Penser à utiliser des images, des dessins anatomiques et des vidéos lors de la consultation avec les patients et leurs familles.
- Pour plus d'information sur ce que les patientes et les familles, les fournisseurs de soins et les dirigeants peuvent faire pour accroître l'engagement des patientes, voir L'équipe d'action pour l'engagement des patients, 2017. Le Guide canadien de l'engagement des patients en matière de sécurité.
- Créer un environnement exempt de tout jugement, dans lequel les patientes et les familles sont encouragées à poser des questions et à exprimer leurs préoccupations. Se servir de la méthode teach-back (ou « faire dire ») pour renforcer les apprentissages et optimiser la compréhension.
- Les stratégies visant à accroître l'engagement des patientes tout au long du processus périopératoire doivent être connues et utilisées par tous les membres de l'équipe multidisciplinaire.
- Les fournisseurs de soins de santé doivent comprendre le concept de compétence informationnelle en santé et son effet sur la compréhension, l'engagement et son incidence sur les résultats cliniques.

Messages clés

Analgésie

- Les patientes et les familles, les proches aidants et les fournisseurs de soins de santé devraient être informés sur le processus permettant d'assurer une analgésie optimale.
- Utiliser une stratégie fondée sur le risque pour la prophylaxie des nausées et vomissements postopératoires et adopter une approche multimodale pour toutes les patientes présentant ≥ 2 facteurs de risque.
- Les médicaments des patientes et leurs dosages, y compris les produits en vente libre et les médicaments à base de plantes, doivent être documentés tout au long de la période de traitement afin de garantir la sécurité des soins et d'aider à reconnaître et à gérer de manière appropriée les patientes tolérantes aux opioïdes. Se référer aux Pratiques organisationnelles requises de l'Organisation de normes en santé pour assurer la sécurité médicamenteuse.
- Avant la chirurgie, et au moment de passer à la liste de vérification de la sécurité chirurgicale, les équipes de chirurgie et d'anesthésie doivent travailler ensemble pour élaborer un plan multimodal de gestion de la douleur comportant des stratégies actives visant à minimiser l'utilisation des opioïdes pendant toute la période périopératoire.
- Les ordonnances d'analgésie multimodale devraient être envisagées lorsque la patiente est prête à recevoir son congé. Les thérapies non-opioïdes devraient être encouragées en tant que traitement principal.

Messages clés

Meilleures pratiques chirurgicales

- **Les patientes subissant une chirurgie gynécologique élective ne doivent pas recevoir de préparation intestinale.** Pour les interventions complexes où une résection du côlon peut être nécessaire parallèlement à l'intervention gynécologique, la combinaison d'une préparation mécanique de l'intestin (PMI) et d'antibiotiques oraux doit être envisagée.
- Une approche chirurgicale à effraction minimale doit être employée lorsque l'expertise est disponible et jugée appropriée sur le plan clinique.
- Éviter les infections du site opératoire (ISO) en mettant en œuvre à chaque fois des stratégies de prévention des infections.
- Éviter le recours systématique à des drains intra-abdominaux et à des tubes nasogastriques (TNG).
- Le contrôle de la glycémie doit être envisagé chez toutes les patientes, quel que soit leur statut diabétique, dès la période préopératoire et jusqu'à la sortie de l'hôpital, afin de prévenir l'hyperglycémie.
- La combinaison d'une prophylaxie mécanique et d'une chimioprophylaxie pour la thromboembolie veineuse (TEV) n'est recommandée pour aucune patiente pendant la durée de leur hospitalisation.
- Il faut conseiller aux patientes de se laver la veille de la chirurgie et le matin de l'opération en utilisant le savon à la chlorhexidine recommandé ou fourni ou un agent antiseptique.
- Il faut envisager d'utiliser des serviettes à la chlorhexidine avec les patientes qui n'ont pas pris de bain avant leur admission à l'hôpital.

Messages clés

Gestion des liquides

Jeûne préopératoire

- L'importance de demeurer hydratée avant et après la chirurgie devrait être discutée avec les patientes et leurs proches aidants ou les membres de leur famille.
- Il faut encourager les patientes à prendre un repas normal la veille et une collation légère jusqu'à six (6) heures avant la chirurgie. Les patientes peuvent boire des liquides clairs jusqu'à deux (2) heures avant le début de l'anesthésie, à moins que la patiente n'ait signalé un retard de vidange gastrique ou d'autres facteurs susceptibles d'augmenter le risque d'aspiration. On entend par collation légère un repas sans gras comme du pain grillé.
- À quelques exceptions près, une préparation liquide claire de glucides complexes contenant 50 grammes de glucides est encouragée pour la surcharge glucidique avant la chirurgie afin de réduire la résistance à l'insuline. La maltodextrine est une préparation qui a été étudiée et qui peut être recommandée.

Gestion périopératoire des liquides

- La gestion peropératoire des liquides doit être personnalisée pour éviter une administration excessive de liquides et maintenir l'euvolémie. L'objectif d'une démarche de récupération améliorée est de maintenir la patiente dans un état euvolémique tout au long du continuum de soins - viser un bilan liquidien positif de 1,0 à 1,5 L. Une surveillance invasive permettant une thérapie liquidienne ciblée est recommandée pour les patientes à haut risque (c.-à-d. celles qui présentent des comorbidités importantes telles qu'une insuffisance cardiaque congestive [ICC]) ou lorsqu'une perte de sang importante est anticipée.
- Chez les patientes à haut risque et/ou dans les cas de chirurgie présentant un risque plus élevé de saignement (p. ex. perte sanguine prévue > 500 mL), une surveillance hémodynamique invasive est suggérée. Dans ces cas, une thérapie liquidienne ciblée doit être utilisée pour compenser les pertes intravasculaires.
- Les bilans liquidiens doivent être consignés et révisés régulièrement.
- Les patientes doivent être évaluées cliniquement au cours de la période postopératoire pour détecter tout signe de rétention d'eau. Il faut envisager de peser régulièrement les patientes pendant la période postopératoire.

Messages clés

Nutrition

- ◻ Les patientes et les proches aidants ou membres de la famille doivent comprendre le rôle que joue la nutrition dans la récupération avant l'intervention chirurgicale, à l'hôpital et une fois que la patiente a obtenu son congé à domicile.
- ◻ Les patientes doivent être soumises à un dépistage du risque nutritionnel lors de la consultation chirurgicale initiale ou dans une clinique préhospitalière ou préopératoire.
- ◻ Les patientes à risque de malnutrition devraient être évaluées par un diététiste et recevoir la thérapie appropriée au besoin, avant d'être admise à l'hôpital.
- ◻ Dès que possible après l'opération, offrir aux patientes des aliments et des liquides par voie orale, y compris des suppléments nutritionnels oraux à haute teneur en protéines, et les encourager à en consommer.
- ◻ L'apport alimentaire de la patiente devrait être surveillé. La patiente qui consomme systématiquement ≤ 50 % de sa nourriture durant 72 heures, ou dès que la situation clinique le justifie, doit faire l'objet d'une évaluation nutritionnelle exhaustive.

Mobilité et activité physique

- ◻ Avant la chirurgie, discuter avec les patientes et leurs proches aidants ou membres de leur famille des effets négatifs d'un alitement prolongé et de l'importance d'une mobilisation postopératoire précoce.
- ◻ Les patientes devraient se lever et bouger dès que possible après la chirurgie et tout au long de leur convalescence.
- ◻ Les patientes doivent être évaluées par les membres concernés de l'équipe de soins de santé afin d'orienter les décisions concernant la mobilisation, l'exercice et, si nécessaire, les interventions visant à faciliter la transition vers les activités de la vie quotidienne.
- ◻ Encourager les patientes à reprendre leurs activités quotidiennes habituelles une fois qu'elles ont quitté l'hôpital.

Recommandations globales

1

Des champions locaux devraient être désignés dans chaque discipline (chirurgie, anesthésiologie, soins infirmiers) pour diriger la mise en œuvre et traiter les questions et préoccupations propres à leur discipline. Il est également essentiel de désigner un champion dans l'administration de l'hôpital pour obtenir l'adhésion de l'établissement et aider à assurer les ressources nécessaires au cheminement.[4]

2

Les ordonnances préétablies devraient être utilisées dans le cadre des cheminements cliniques de récupération optimisée.

3

Le succès de la mise en œuvre nécessite l'évaluation de l'adhésion aux processus de récupération optimisée par une mesure continue des processus et des résultats. Cela pourrait nécessiter l'utilisation d'une base de données et l'ajustement des risques pour différentes interventions et populations de patientes.

4

Les patientes et les proches aidants/familles participent activement aux soins prodigués. À ce titre, une discussion avec la patiente ou sa famille sur les jalons, les critères de congé et le rôle de la patiente dans le processus de récupération doit avoir lieu avant son admission en chirurgie. Cette discussion devrait être entamée dans le cabinet du chirurgien et se poursuivre dans l'unité de préadmission, soit avec une infirmière autorisée (IA) participant aux cheminements cliniques de ROC, soit avec un anesthésiste, selon les facteurs liés à la patiente et la complexité de la chirurgie proposée.

5

L'éducation de la patiente et de la famille devrait être présentée à l'aide d'une variété de formats et de styles de prestation, notamment :

- des documents imprimés (livrets, pictogrammes);
- des consultations individuelles et en groupe;
- des webinaires; ou
- des vidéos.

6

Tous les professionnels de la santé participant aux soins des patientes en chirurgie gynécologique élective devraient être familiers avec le cheminement clinique de ROC pour la chirurgie gynécologique.

Cheminement clinique de ROC pour la chirurgie gynécologique

Phase 1. Engagement de la patiente et de la famille

Phase 2. Optimisation de la patiente

Phase 3. Préopératoire

Phase 4. Peropératoire

Phase 5. Postopératoire

Phase 6. Congé

1 Engagement de la patiente et de la famille

Engagement des patientes dans leurs soins[5-15]

Recommendations

Pour aider votre organisme à améliorer l'expérience de la patiente et de sa famille dans le cadre du programme de récupération améliorée après la chirurgie (RAAC), nous recommandons ce qui suit :

- Éviter de ne communiquer que des informations verbales à la patiente. Environ 40 à 80 % de ce que les fournisseurs de soins de santé disent aux patients et aux familles est immédiatement oublié, et la moitié de ce dont ils se rappellent est en fait inexact. Les patientes et les proches aidants/familles doivent recevoir des informations avant la chirurgie, idéalement par écrit et verbalement. Inclure des informations détaillées sur l'intervention chirurgicale et les composantes du cheminement clinique de récupération améliorée auquel les patientes et les proches aidants/familles sont censés participer, notamment :
    - le bain préopératoire
    - le jeûne réduit
    - la surcharge glucidique
    - l'ambulation précoce
    - la prise orale (PO) précoce
    - les infections du site opératoire (ISO) et la prophylaxie de la thromboembolie veineuse (TEV)
    - l'utilisation possible d'anesthésie régionale
    - les façons d'éviter ou de réduire au minimum les analgésiques opiacés, et
    - la planification du congé
- Les patientes et les proches aidants/familles doivent être informés de tout changement au régime médicamenteux de la patiente en phases préopératoire et postopératoire.
- Connaître le niveau de compétence informationnelle en matière de santé au Canada (60 % des adultes canadiens et 88 % des personnes âgées ont de faibles connaissances en matière de santé). Envisager de tester les niveaux de connaissance en matière de santé, le cas échéant.
- Utiliser un langage simple en évitant le jargon médical et les acronymes lors de vos conversations avec les patientes et les membres de leur famille.
- Parler plus lentement et écouter.
- Éviter d'interrompre la conversation.
- Éviter de poser des questions comme « Est-ce que vous comprenez? » ou « Avez-vous des questions? ». Utiliser plutôt la méthode teach-back (« faire dire ») pour s'assurer d'avoir bien été compris. La méthode teach-back (« faire dire ») est une stratégie utilisée pour renforcer l'apprentissage et optimiser la compréhension.

(Voir la page suivante.)

1 Engagement de la patiente et de la famille

Engagement des patientes dans leurs soins[5-15]

Recommandations

- Pratiquer une approche universelle dans vos communications avec les patientes et leur famille. En général, les patientes, leurs proches aidants et les membres de leur famille préfèrent recevoir de l'information sur la santé de la manière la plus simple possible.
- S'adresser aux personnes de la même manière, quel que soit leur niveau d'éducation.
- Orienter les patientes et leur proche aidant/famille vers des sites Web fiables. De nombreux patients et leur proche aidant/famille se réfèrent à l'Internet pour obtenir de l'information sur la santé.
- Présenter le Guide du patient de ROC et les vidéos en ligne pour la patiente, son ou ses proches aidants et les membres de sa famille. (besoin du lien une fois téléchargé)
- Aider votre organisme à améliorer l'expérience de la patiente et de sa famille dans le cadre du programme de RAAC.

Outils et équipement

- Lien vers le Guide pour se préparer à la chirurgie gynécologique
- Lien vers l'Animation de Precare sur la chirurgie gynécologique à l'intention des patientes

1 Engagement de la patiente et de la famille

• Engagement des patientes dans leurs soins[5-15]

Renseignements supplémentaires

- Culture de la santé : https://abcalphapourlavie.ca/all-programs-fr/question-de-sante/;
- Outils reconnus pour tester les connaissances en santé : https://www.ahrq.gov/health-literacy/quality-resources/tools/literacy/index.htm (en anglais seulement)
- Culture de la santé - Conseils pratiques : https://healthliteracy.com/tips/ (en anglais seulement)
- Outil d'évaluation des sites Web : Health Information and the internet: The 5 Cs website evaluation tool (en anglais seulement)
- Meaningful patient engagement (en anglais seulement) : Meaningful and effective patient engagement: What matters most to stakeholders
- L'expérience du patient et de la famille dans un programme de RAAC : Patients as partners in Enhanced Recovery After Surgery: A qualitative patient-led study (en anglais seulement)
- Méthode teach-back : http://www.ihi.org/education/IHIOpenSchool/resources/Pages/AudioandVideo/ConnieDavis-WhatIsTeachBack.aspx (en anglais seulement)
- Comment rédiger et créer du matériel éducatif pour les patients : https://muhcpatienteducation.mcgill.ca/Writing_HI_Edition4.pdf (en anglais seulement)

Collecte de données

Consultation de la patiente en préadmission

1 Engagement de la patiente et de la famille

Analgésie

Recommandations

- Avant l'intervention chirurgicale, les patientes et leurs proches aidants/leur famille devraient être renseignés sur les attentes de la patiente en matière de gestion de la douleur, de modalités de traitement de la douleur et de risques d'effets secondaires liés aux analgésiques opiacés et autres analgésiques. Ces renseignements peuvent être fournis soit par une infirmière autorisée participant au cheminement clinique de ROC, soit par un anesthésiste, en fonction des comorbidités de la patiente et de la complexité de la chirurgie.
- Si des techniques d'anesthésie régionale sont envisagées, elles doivent être discutées lors de la visite de préadmission.
- Les patientes dépendantes aux opioïdes et leur proche aidant/famille devraient être informés de la possibilité de douleurs postopératoires d'une plus grande intensité et des stratégies efficaces pour les soulager.

Outils et équipement

- Lien vers le Guide pour se préparer à la chirurgie gynécologique
- Lien vers l'Animation de Precare sur la chirurgie gynécologique à l'intention des patientes

Renseignements supplémentaires

- L'éducation des patientes sur le processus visant une analgésie optimale pour le rétablissement fonctionnel doit se poursuivre dans les salles de réveil et les unités de soins postopératoires.

Collecte de données

Consultation de la patiente en préadmission

1 Engagement de la patiente et de la famille

Meilleures pratiques chirurgicales[16]

Recommandations

- Le coaching dispensé en préadmission doit porter sur la chirurgie planifiée, sa justification ainsi que sur les phases prévues de récupération et les restrictions anticipées après la chirurgie.
- Pour les patientes qui subissent une stomie (p. ex. les patientes qui subissent des chirurgies de réduction tumorale dans le cas d'un cancer gynécologique), veuillez vous référer aux lignes directrices d'ERAS pour la chirurgie colorectale.
- Les patientes doivent se laver la veille de la chirurgie et le matin de l'opération en utilisant le savon à la chlorhexidine recommandé ou fourni ou un agent antiseptique.

Outils et équipement

- Lien vers le Guide pour se préparer à la chirurgie gynécologique
- Lien vers l'Animation de Precare sur la chirurgie gynécologique à l'intention des patientes

Collecte de données

Consultation de la patiente en préadmission

1 Engagement de la patiente et de la famille

Gestion des liquides

Recommandations

- Au cours de la discussion avec la patiente avant l'admission, on devrait insister sur l'importance de maintenir une bonne hydratation. Des directives précises sur le jeûne et l'hydratation devraient être fournies à la patiente, notamment sur les risques que comporte le jeûne prolongé en période préopératoire (c.-à-d. aucune ingestion par la bouche [ou NPO pour nil/nulla per os] après minuit).
- La patiente doit être encouragée à consommer des liquides clairs, dont des boissons riches en glucides par voie orale (chez les patientes dont la vidange gastrique n'est pas retardée), jusqu'à deux (2) heures avant le début de l'anesthésie.

Outils et équipement

- Lien vers le Guide pour se préparer à la chirurgie gynécologique
- Lien vers l'Animation de Precare sur la chirurgie gynécologique à l'intention des patientes

Renseignements supplémentaires

- Discuter et expliquer le rôle des boissons riches en glucides en période préopératoire.
- Les besoins normaux en eau sont de 25 à 30 ml/kg (en moyenne 2 L d'eau par jour).

Collecte de données

Consultation de la patiente en préadmission

1 Engagement de la patiente et de la famille

Nutrition

Recommandations

- Avant l'hospitalisation, toutes les patientes et leur proche aidant/famille doivent recevoir des renseignements décrivant les attentes entourant la nutrition et la chirurgie.
- Les patientes et leur proche aidant/famille doivent comprendre les objectifs liés à la thérapie nutritionnelle et les moyens à employer pour appuyer le processus de récupération grâce à un apport alimentaire adéquat et à l'optimisation de leur état nutritionnel.

Outils et équipement

- Lien vers le Guide pour se préparer à la chirurgie gynécologique
- Lien vers l'Animation de Precare sur la chirurgie gynécologique à l'intention des patientes

Renseignements supplémentaires

- Pour plus de détails sur l'éducation des patientes en matière de nutrition, voir la section 'Préopératoire'.

Collecte de données

Consultation de la patiente en préadmission

1 Engagement de la patiente et de la famille

Mobilité et activité physique

Prélude : Les données probantes liées à la mobilité précoce et à l'activité physique à la suite d'une chirurgie gynécologique sont limitées. Par conséquent, nous avons obtenu un consensus d'experts à l'aide de la méthode Delphi au cours de l'élaboration du cheminement de ROC pour la chirurgie colorectale afin de déterminer des lignes directrices visant à fournir au personnel soignant des stratégies en matière de mobilité précoce.

Recommandations

- L'effet négatif de l'alitement prolongé et l'importance de la mobilisation précoce et progressive à la suite de la chirurgie doivent être discutés avec la patiente/la famille.
- L'activité préopératoire ne doit pas être freinée. Les patientes doivent être encouragées à rester physiquement actives et à être dans la meilleure condition physique possible en prévision de la chirurgie.

Approches de mise en œuvre

- L'éducation portant sur la mobilisation précoce doit être dispensée par une infirmière, un physiothérapeute ou un kinésiologue.
- Il est important de discuter avec les membres de la famille afin qu'ils comprennent comment ils peuvent encourager et faciliter une mobilisation précoce.
- Les avantages de la mobilisation précoce doivent être renforcés tout au long du séjour hospitalier.

Outils et équipement

- Lien vers le Guide pour se préparer à la chirurgie gynécologique
- Lien vers l'Animation de Precare sur la chirurgie gynécologique à l'intention des patientes

Collecte de données

Consultation de la patiente en préadmission

2 Optimisation de la patiente

Analgésie

Tolérance aux opioïdes

Recommandations

- Une évaluation de la médication doit être effectuée avant l'opération pour aider à dépister les patientes tolérantes aux opioïdes et modifier le plan de gestion de la douleur en conséquence.
- Les patientes tolérantes aux opioïdes pourraient nécessiter un suivi postopératoire plus étroit et être confiées aux services de gestion de la douleur aiguë ou à des cliniciens spécialisés en gestion de la douleur après la chirurgie.

2 Optimisation de la patiente

Meilleures pratiques chirurgicales

Évaluation du risque

Recommandations

- Les patientes doivent faire l'objet d'une évaluation préopératoire exhaustive fondée sur des données probantes avant la chirurgie gynécologique. Cela peut comprendre, sans toutefois s'y limiter, une évaluation des allergies, des médicaments, du diabète, de l'état cardiorespiratoire, de la fragilité et du risque de thrombose et de saignement.
- L'anémie est courante chez les patientes s'apprêtant à subir une chirurgie gynécologique et augmente le risque de morbidité. Si la chirurgie peut être reportée, toute tentative visant à corriger l'anémie doit être effectuée avant la chirurgie. Ceci comprend des options médicales en plus des suppléments oraux en fer ou du fer par voie parentérale dépendant de la tolérabilité et le degré d'anémie. Des interventions pharmacologiques et chirurgicales appropriées devraient être utilisées en phase peropératoire pour minimiser les transfusions sanguines inutiles.
- Bien que rares, certaines patientes ne répondent pas aux anesthésiques. Évaluer la sensibilité des patientes à la pénicilline, etc.
- Le report de la chirurgie pourrait être envisagé lors de l'instauration d'une thérapie ferrique orale ou intraveineuse (IV), de l'érythropoïétine et du suivi hématologique chez certaines patientes en fonction de l'urgence de l'intervention, du caractère bénin ou malin et du degré de ménorragie.

Outils et équipement

- Envisager l'utilisation d'outils de dépistage, tels que :
  - Edmonton Frail Scale (en anglais seulement) pour évaluer la fragilité de la patiente.
  - Score de Caprini pour évaluer le risque de TEV.

2 Optimisation de la patiente

Meilleures pratiques chirurgicales

Dépistage de troubles anxieux

Recommandations

- Idéalement, les patientes devraient être évaluées pour savoir si elles souffrent d'anxiété. Pour les patientes présentant un niveau d'anxiété élevé, envisager de les orienter vers des services de consultation psychosociale. Le recours systématique à des anxiolytiques en phase préopératoire doit être évité.

Outils et équipement

- Utiliser un outil de dépistage et d'autoévaluation de troubles anxieux reconnu, tel que l'échelle en sept questions pour dépister le TAG ou trouble de l'anxiété généralisée (GAD-7) ou l'échelle hospitalière d'anxiété et de dépression (ÉHAD/HADS).

Renseignements supplémentaires

- La prévalence de l'anxiété va de modérée à élevée chez les patientes subissant une chirurgie.

2 Optimisation de la patiente

Meilleures pratiques chirurgicales

• Tabagisme, consommation d'alcool et de substances psychoactives[17,18]

Recommandations

- Identifier les fumeuses actuelles et les patientes dépendantes à l'alcool par le biais de l'autoévaluation.
- On recommande quatre (4) semaines ou plus d'abstinence de tabac.
- Les patientes qui consomment beaucoup d'alcool doivent se soumettre à une intervention de sevrage alcoolique et rester abstinentes pendant quatre (4) semaines ou plus.
- Il ne faut pas non plus retarder les interventions chirurgicales exigées de toute urgence.

Outils et équipement

- Si un programme d'intervention est disponible, proposer à toutes les fumeuses, buveuses à haut risque et consommatrices de drogues récréatives d'y accéder.

Renseignements supplémentaires

- Les fumeuses actuelles comprennent les fumeuses quotidiennes et occasionnelles; se référer à la terminologie du gouvernement du Canada relative à l'usage du tabac.
- La consommation d'alcool à haut risque se définit comme étant plus de 10 verres par semaine pour les femmes, avec plus de deux (2) verres par jour la plupart des jours.

• Contraceptif oral et traitement hormonal substitutif (THS)

Recommandations

- Confirmer que la patiente ne soit pas enceinte le jour de la chirurgie.
- Le THS est un facteur de risque relatif pour la thromboembolie postopératoire. Il convient de conseiller aux patientes de tenir compte des risques et des avantages et d'arrêter ou de passer à d'autres préparations avant l'intervention chirurgicale. Si le THS est poursuivi, une thromboprophylaxie doit être envisagée.
- La contraception hormonale orale combinée est un facteur de risque de thromboembolie. Les patientes devraient passer à une autre forme de contraception avant la chirurgie. Si elle est poursuivie jusqu'au moment de la chirurgie, une thromboprophylaxie per et postopératoire doit être prescrite.

2 Optimisation de la patiente

Nutrition

Dépistage nutritionnel

Recommandations

- Les patientes doivent être examinées le plus tôt possible à la clinique de préadmission afin de déceler tout risque nutritionnel.
- Le dépistage et la surveillance systématiques du risque nutritionnel détermineront s'il est nécessaire de procéder à une évaluation et à un traitement visant à répondre aux facteurs affectant l'apport alimentaire et nutritionnel adéquat.
- S'il existe un problème clinique de malnutrition chronique, se référer à un diététiste à des fins d'optimisation.

Outils et équipement

- Recourir à un outil comme l'Outil canadien de dépistage nutritionnel (OCDN). L'OCDN pose deux questions:
  1. Au cours des six derniers mois, avez-vous perdu du poids sans avoir essayé de perdre ce poids?
  2. Depuis plus d'une semaine, mangez-vous moins que d'habitude?

Collecte de données

Dépistage de la malnutrition

2 Optimisation de la patiente

Nutrition

Évaluation nutritionnelle

Recommandations

- Les patientes présentant un risque de malnutrition doivent faire l'objet d'une évaluation de la part d'un diététiste avant d'être admises à l'hôpital.
- Les résultats de l'évaluation nutritionnelle doivent être accessibles au service d'admission de l'hôpital afin de faciliter la continuité des soins.

Outils et équipement

- Utiliser un outil d'évaluation reconnu pour diagnostiquer la malnutrition (p. ex. l'Évaluation globale subjective [ÉGS]) ou une évaluation nutritionnelle exhaustive effectuée par un diététiste dès que possible afin de faciliter l'optimisation de la nutrition avant la chirurgie.

Thérapie nutritionnelle

Recommandations

- La patiente évaluée comme étant sous-alimentée (ÉGS B ou C) doit faire l'objet d'un plan de traitement individualisé qui peut comprendre des régimes thérapeutiques (p. ex. un régime alimentaire à teneur énergétique élevée, un régime alimentaire à teneur élevée en protéines), des suppléments nutritifs oraux (SNO), une nutrition entérale (NE) et une nutrition parentérale (NP), déterminé en fonction d'une évaluation nutritionnelle exhaustive par un diététiste.
- La décision de repousser la chirurgie afin d'optimiser l'état nutritionnel de la patiente doit être prise par la patiente, le diététiste et le chirurgien.

Renseignements supplémentaires

- Prioriser et optimiser un apport alimentaire et nutritionnel adéquat et, par conséquent, l'état nutritionnel afin de favoriser la récupération tout au long du cheminement de la patiente.

3 Préopératoire

Engagement de la patiente et de la famille

Engagement des patientes dans leurs propres soins

Recommandations

- Utiliser les principes de l'éducation des adultes. Stimuler l'intérêt des patientes pour leur expérience chirurgicale et les inciter à répondre dès le début à la question : « Qu'est-ce que j'y gagne? » en les informant sur l'incidence de cette intervention sur leur santé.
- Inclure le proche aidant/la famille de la patiente dans la conversation.
- Demander à la patiente de parler de la dernière fois où elle a été hospitalisée.
- Veiller à ce que les patientes et leur proche aidant/famille reçoivent des renseignements cohérents de la part de tous les membres de l'équipe préopératoire.
- Encourager la patiente et leur proche aidant/famille à rapporter le Guide pour se préparer à la chirurgie gynécologique le jour de la chirurgie et à s'y référer durant l'hospitalisation.
- Proposer différentes méthodes d'enseignement en fonction des préférences des patientes et de leur proche aidant/famille.
- Fournir ou recommander des sites Internet fiables (voir la Fondation Health On the Net).

Réunions des équipes multidisciplinaires/Liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire

Recommandations

- Avant la chirurgie, l'équipe multidisciplinaire devrait discuter avec la patiente des éléments de l'intervention chirurgicale, dont : le type de chirurgie, le risque d'une chirurgie ouverte (si laparoscopique), la technique d'anesthésie prévue, le plan analgésique, le site et la longueur des incisions et d'autres complications potentielles.
- L'équipe doit aussi inclure une discussion par rapport au plan de congé; congé le même jour versus une admission et la durée de séjour anticipée.
- Faire connaître aux patientes les éléments pertinents de la liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire.

3 Préopératoire

Analgésie

Traitements médicamenteux préanesthésie

Recommandations

- Les patientes ne devraient pas recevoir systématiquement des sédatifs de courte ou de longue action à partir de minuit avant la chirurgie ou immédiatement avant la chirurgie.
- Dans le cadre de l'analgésie de base visant à réduire la prise d'opioïdes, la patiente peut recevoir de l'acétaminophène et/ou des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en phase préopératoire, sauf en cas de contre-indication pour cette patiente.
- L'administration systématique d'anxiolytiques n'est pas recommandée.
- Les patientes suivant un traitement prolongé aux opioïdes à domicile doivent poursuivre leur traitement pendant toute la période périopératoire. Ces patientes peuvent bénéficier d'une consultation préopératoire d'anesthésie, particulièrement celles qui prennent de la buprénorphine.
- Dans le cas des patientes dépendantes aux opioïdes, une dose suffisante d'opioïdes doit être maintenue pour éviter les symptômes de sevrage.

Renseignements supplémentaires

- La prémédication sédative retarde la récupération postopératoire immédiate en réduisant la mobilité et la capacité d'ingestion orale.
- L'intensité de la douleur consécutive à la chirurgie varie selon l'approche chirurgicale, et le plan analgésique doit en tenir compte.

3 Préopératoire

Prophylaxie antiémétique[19,20]

Recommandations

- Les patientes qui subissent une chirurgie gynécologique doivent recevoir une prophylaxie utilisant une approche multimodale des nausées et vomissements postopératoires (NVPO) à l'aide de plus de deux agents antiémétiques.

Outils et équipement

- Utiliser une échelle d'évaluation reconnue telle que le score d'Apfel pour déterminer les patientes qui bénéficieraient d'une prophylaxie aux antiémétiques.
- Management of Postoperative Nausea and Vomiting: The 4th Consensus Guidelines [Gestion de la nausée et des vomissements postopératoires : 4e consensus sur les lignes directrices] (en anglais seulement).

Renseignements supplémentaire

- Les facteurs de risque de nausées et de vomissements postopératoires (NVPO) sont fréquents chez les patients qui subissent une chirurgie gynécologique, y compris les patients de sexe féminin, non fumeuses, avec un historique de NVPO et celles auxquelles sont administrés des opioïdes postopératoires.
- Tous les membres de l'équipe multidisciplinaire devraient avoir identifié les patientes à risque de NVPO.

Collecte de données

Utilisation d'une prophylaxie antiémétique

3 Préopératoire

Gestion de la douleur multimodale réduisant les opioïdes

Recommandations

- Un plan de gestion de la douleur multimodale comprenant des stratégies efficaces pour réduire l'utilisation des opioïdes et couvrant toutes les phases des soins périopératoires devrait être dressé avant la chirurgie.
- Les interventions préopératoires ci-dessous sont valables dans le cadre d'un plan de gestion de la douleur (voir l'algorithme à l'annexe B pour plus de conseils pratiques).
  - Analgésie IV/orale (les analgésiques oraux doivent être prescrits lorsque les cotations des douleurs sont faibles ou lorsque les patients sont capables de tolérer la prise orale) :
    - AINS / cyclo-oxygénase-2 (COX2).
    - Acétaminophène.
    - Les gabapentinoïdes peuvent être envisagés mais ne sont pas couramment utilisés (patientes tolérantes aux opioïdes seulement).
  - Blocs neuraux
    - Techniques d'analgésie régionale administrées de l'une ou l'autre des façons suivantes :
      - Injection unique : bloc TAP (plan abdominal transverse), bloc RS (pour rectal sheath ou gaine du muscle grand droit), bloc SAB (subarachnoïdien) +/- administration intrathécale d'opioïdes.
      - Bloc continu : cathéter TAP/RS ou, moins couramment, infiltration prépéritonéale de la plaie par cathéter.
    - Envisager aussi l'infiltration au(x) site(s) opératoire(s) par le chirurgien.
    - Administrer une analgésie multimodale équilibrée, y compris une analgésie de base avec de l'acétaminophène et des AINS, s'il n'y a aucune contre-indication.
    - Pour les patientes souffrant de douleurs chroniques ou ayant subi une intervention chirurgicale majeure, envisager l'utilisation d'analgésiques réduisant les opioïdes, notamment les perfusions de lidocaïne (1 à 1,5 mg/kg en phases peropératoire et postopératoire), les perfusions de kétamine à faible dose, le magnésium IV ou la dexmédétomidine IV.

Outils et équipement

- Plan de gestion de la douleur multimodal réduisant les opioïdes.

3 Préopératoire

• Gestion de la douleur multimodale réduisant les opioïdes

Renseignements supplémentaires

- La réduction de l'analgésie aux opioïdes diminue les effets indésirables de l'utilisation des opioïdes durant et après la chirurgie.
- Le nombre/la combinaison de composantes qui devraient être sélectionnées pour optimiser le contrôle de la douleur, réduire le recours aux opiacés et éviter les effets secondaires de tous les analgésiques utilisés n'est pas connu(e).
- Dans les cas d'interventions complexes où une résection du côlon peut être nécessaire parallèlement à l'intervention gynécologique, l'utilisation d'AINS devrait être discutée avec l'équipe chirurgicale. Les AINS peuvent être bénéfiques dans ces cas, mais le risque de fuite du site anastomotique doit être pris en compte.
- Les gabapentinoïdes réduisent les besoins en opioïdes mais augmentent la sédation. Ils ne devraient donc pas être utilisés de façon systématique.

3 Préopératoire

Meilleures pratiques chirurgicales

Bain préopératoire

Recommandations

- Il faut conseiller aux patientes de se laver la veille de la chirurgie et le matin de l'opération en utilisant le savon à la chlorhexidine recommandé ou fourni ou un agent antiseptique.
- Il faut envisager d'utiliser des serviettes à la chlorhexidine avec les patientes qui n'ont pas pris de bain avant leur admission à l'hôpital.

Outils et équipement

- Lien vers le Guide pour se préparer à la chirurgie gynécologique
- Lien vers l'Animation de Precare sur la chirurgie gynécologique à l'intention des patientes

Collecte de données

Consultation de la patiente en préadmission

Préparation mécanique de l'intestin (PMI)

Recommandations

- **Les patientes qui subissent une chirurgie gynécologique élective ne devraient pas recevoir une PMI.**
- Dans les cas d'interventions complexes où une résection du côlon est nécessaire, une préparation de l'intestin avec des antibiotiques oraux peut être envisagée, mais uniquement dans des cas très précis. Se référer aux Lignes directrices ERAS en gynéco-oncologie[2].
- La PMI ne doit pas être administrée sans traitement concomitant d'antibiotiques oraux.

Outils et équipement

- Solutions d'électrolytes à base de picosulfate de sodium ou de polyéthylène glycol.

Collecte de données

Antibiotiques préopératoires oraux

3 Préopératoire

Prophylaxie antimicrobienne

Recommandations

- Des antibiotiques doivent être administrés par voie IV au cours des 60 minutes précédant l'incision.
- La sélection des antibiotiques doit se fonder sur les agents pathogènes des ISO communément associés au type particulier d'intervention, sur les processus locaux de résistance aux antimicrobiens et sur un équilibre entre les avantages et les risques potentiels associés à l'antibiotique (p. ex. le risque d'infection par Clostridium difficile (C. difficile) ou l'émergence d'organismes multirésistants aux médicaments). Les céphalosporines de première génération sont le plus souvent utilisées dans les interventions gynécologiques.
- Le dosage en fonction du poids doit suivre les recommandations des lignes directrices.

Outils et équipement

- Se référer aux lignes directrices institutionnelles locales en matière de gestion de l'utilisation des antimicrobiens.

Prévention de l'hypothermie

Recommandations

- Les patientes devraient être préchauffées durant 20 à 30 minutes avant l'induction de l'anesthésie.

3 Préopératoire

Prophylaxie de la thromboembolie veineuse (TEV)

Recommandations

- La patiente devrait recevoir une compression pneumatique intermittente et/ou une thromboprophylaxie pharmacologique avec héparine de faible poids moléculaire (HFPM).

Outils et équipement

- Appareil de compression pneumatique intermittente
- Score de Caprini

Renseignements supplémentaires

- Les facteurs de risque de TEV sont nombreux. La plupart des patients présenteront ≥ un (1) facteur de risque, alors que 40 % des patients présenteront ≥ trois (3) facteurs de risque.

Collecte de données

Chimioprophylaxie préopératoire visant à traiter la TEV.

Contrôle de la glycémie[21,22]

Recommandations

- Le contrôle de la glycémie doit être envisagé chez tous les patients, quel que soit leur statut diabétique, dès la période préopératoire et jusqu'à la sortie de l'hôpital, afin de prévenir l'hyperglycémie.
- L'hyperglycémie est prévalente chez les patients hospitalisés diabétiques et non diabétiques et a été associée à des ISO et à des complications. Référer à la médecine interne si indiqué.
- Pour la plupart des patients diabétiques hospitalisés non gravement malades, les objectifs glycémiques préprandiaux devraient être de 5,0 à 8,0 mmol/L, associés à des valeurs aléatoires de glycémie < 10,0 mmol/L, si ces objectifs peuvent être atteints en toute sécurité. Pour les patients diabétiques hospitalisés gravement malades, le taux de glycémie doit être maintenu entre 6,0 et 10,0 mmol/L.
- Les mesures visant à optimiser le contrôle périopératoire de la glycémie devraient être incluses dans les ensembles de pratiques de réduction des ISO.

3 Préopératoire

Surveillance du poids

Recommandations

- Mesurer le poids préopératoire le matin de la chirurgie.

Outils et équipement

- Pèse-personnes calibrés

Renseignements supplémentaires

- Malgré les limites d'interprétation des variations de poids après la chirurgie (p. ex. réponse métabolique à la chirurgie) et la difficulté d'obtenir des mesures pondérales exactes (p. ex. peser des patients immobiles), vérifier les variations de poids demeure l'une des stratégies les plus simples pour gérer la thérapie liquidienne.
- Pour assurer la justesse de la comparaison, toutes les mesures pondérales périopératoires devraient être prises alors que la patiente revêt sa jaquette d'hôpital.

Effets de la préparation intestinale

Recommandations

- Éviter l'administration intraveineuse de liquides pour compenser les pertes liquidiennes préopératoires chez les patientes qui ont reçu une préparation colique iso-osmotique, pour autant qu'aucune restriction n'ait été prescrite quant à l'ingestion de liquides clairs jusqu'à deux (2) heures avant l'induction de l'anesthésie.

3 Préopératoire

Gestion de la pharmacothérapie préexistante

Recommandations

- Le bilan comparatif des médicaments est une pratique organisationnelle requise par l'Organisation de normes en santé et il devrait être réalisé avec la patiente et sa famille dans le cadre du processus d'admission en chirurgie.

Outils et équipement

- Établir le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP)

3 Préopératoire

Gestion des liquides

Jeûne réduit

Recommandations

- Le jeûne prolongé préopératoire (NPO après minuit) devrait être aboli.
- Il faut encourager les patientes à prendre un repas normal la veille et une collation légère jusqu'à six (6) heures avant la chirurgie et à boire des liquides clairs jusqu'à deux (2) heures avant le début de l'anesthésie, à moins que la patiente n'ait signalé un retard de vidange gastrique ou d'autres facteurs susceptibles d'augmenter le risque d'aspiration. On entend par collation légère un repas sans gras comme du pain grillé.

Renseignements supplémentaires

- Un liquide clair signifie que l'on peut voir au travers, tel que l'eau, les boissons énergétiques contenant des électrolytes, les jus de fruits sans pulpe et le thé ou le café sans lait ni crème.
- Le jour précédant la chirurgie, les patientes recevant une PMI ne devraient recevoir que des liquides clairs.
- Les facteurs de risque d'aspiration comprennent :
  - Gastroparésie documentée
  - Métoclopramide et/ou dompéridone administré(e) pour traiter la gastroparésie
  - Sténose pyloro-duodénale ou occlusion intestinale documentée
  - Achalasie
  - Dysphagie
- Les exemples de patientes soumises à des restrictions liquides comprennent les patientes dialysées et souffrant d'ICC.

Collecte de données

Permettre les liquides clairs jusqu'à deux (2) heures avant l'induction.

3 Préopératoire

Nutrition

Surcharge en glucides complexes

Recommandations

- Une surcharge en glucides de routine immédiatement en période préopératoire est recommandée, bien qu'il n'y ait pas de consensus concernant la formulation et le schéma posologique optimaux.

Renseignements supplémentaires

- La maltodextrine peut être utilisée pour la surcharge en glucides afin de réduire la résistance à l'insuline.
- Si la maltodextrine est incluse, il est recommandé de consommer 50 g PO sur un maximum de cinq (5) minutes ≥ deux (2) heures avant la chirurgie. Le sucre simple (p. ex. fructose) peut remplacer la maltodextrine. Cependant, il ne produira pas le même effet métabolique. Par ailleurs, si on ne dispose pas de maltodextrine, bien qu'on ne puisse s'appuyer sur des données probantes, il faut envisager de conseiller à la patiente de prendre 250 à 500 mL (1 à 2 tasses) de liquide clair hypercalorique (p. ex. jus de pommes ou de canneberges) ≥ deux (2) heures avant la chirurgie ou une (1) heure avant son arrivée à l'hôpital.
- La maltodextrine ne devrait pas être administrée aux patientes affligés de stase gastrique, présentant d'autres risques d'aspiration ou souffrant de diabète de type 1 (aucune donnée sur l'efficacité et la sécurité).
- L'administration de maltodextrine chez les patients souffrant de diabète de type 2 et les patients obèses est controversée. La vidange gastrique chez les patients diabétiques de type 2 et les patients obèses recevant de la maltodextrine n'est pas prolongée (données non suffisamment probantes). Cependant, une hyperglycémie préopératoire transitoire est observée chez les patients diabétiques de type 2 (données non suffisamment probantes).

Collecte de données

Permettre la maltodextrine jusqu'à deux (2) heures avant l'induction.

4 Peropératoire

Anesthésie

Recommandations

- Recommandation pour l'utilisation de l'anesthésie intraveineuse totale (AIVT) :
  - Envisager le propofol (principal agent anesthésique). Un moniteur de la profondeur de l'anesthésie devrait être utilisé (p. ex. analyse bispectrale, entropie ou électroencéphalographe) et l'anesthésie dosée en conséquence.
  - Des agents supplémentaires peuvent être envisagés comme adjuvants de l'AIVT. À envisager comme une option analgésique pour réduire la prise d'opioïdes, en particulier dans le cadre d'interventions chirurgicales plus lourdes ou chez les patientes souffrant de douleurs chroniques.
    - Dexmédétomidine 0,3 à 0,7 mcg/kg/h IV (avec ou sans dose de charge de 1 mcg/kg/h sur une période de 10 minutes).
    - Kétamine 25 à 100 mcg/kg/h.
    - Lidocaïne 0,5 à 1,5 mg/kg/h (seulement si des techniques d'analgésie régionale ou péridurale ne sont pas employées).
- Les agents anesthésiques à action rapide (p. ex. sévoflurane, desflurane, protoxyde d'azote) devraient être utilisés si une AIVT n'est pas effectuée.

4 Peropératoire

Analgésie

Gestion de la douleur multimodale réduisant les opioïdes[20]

Recommandations

- L'analgésie multimodale réduisant le recours aux opioïdes devrait être poursuivie en phase périopératoire (voir l'algorithme d'analgésie à l'annexe B pour plus de conseils pratiques).

Revue des recommandations préopératoires :

- Assurer une évaluation approfondie de la patiente, y compris de ses médicaments actuels, et l'informer des attentes et du plan d'analgésie.
- Débuter l'analgésie multimodale préopératoire, sous forme d'acétaminophène et d'un AINS (à moins de contre-indication pour la patiente).
- Discuter du type de chirurgie (laparoscopique vs ouverte, incision p. ex. médiane ou de Pfannenstiel) et du risque de conversion vers une chirurgie ouverte lors de la revue préopératoire de la liste de vérification de la sécurité chirurgicale.

***Phase peropératoire* :**

Pour les interventions laparoscopiques :

- Anesthésie générale avec possibilité d'AIVT.
  - Bupivacaïne 0,25% épinéphrine aux sites d'incision par les chirurgiens.

Pour les interventions chirurgicales ouvertes :

- Anesthésie générale avec possibilité d'AIVT.
- Une anesthésie rachidienne (anesthésie locale +/- injection intrathécale de morphine) peut être utilisée en association avec l'anesthésie générale pour les chirurgies ouvertes sous-ombilicales.
- Envisager une anesthésie générale et péridurale combinée pour les incisions plus importantes ou chez les patientes souffrant d'une maladie pulmonaire chronique importante affectant leur capacité fonctionnelle ou ayant des antécédents de douleur chronique importante. Chez ces patients, si la péridurale est infructueuse ou contre-indiquée, il faut alors envisager des blocs TAP ou une perfusion IV continue de lidocaïne.

Élaborer un plan postopératoire :

- L'analgésie multimodale de base (acétaminophène et AINS), y compris les opioïdes pour les douleurs aiguës, devrait être utilisée.
- Recommander des blocs abdominaux du tronc (p. ex. bloc TAP), soit en une seule injection, soit en perfusion continue.

(Voir la page suivante.)

4 Peropératoire

Gestion de la douleur multimodale réduisant les opioïdes[20]

Recommandations

- Une anesthésie péridurale contrôlée par le patient (APCP) peut être envisagée de 48 à 72 heures pour les patientes qui reçoivent une péridurale (les patientes avec d'importantes incisions ouvertes, souffrant d'une maladie pulmonaire chronique importante ou d'une douleur chronique importante). La nécessité d'une APCP doit être réévaluée quotidiennement et le sevrage devrait se faire au moins 24 heures avant la date prévue du congé afin de permettre le passage aux médicaments par voie orale et d'éviter tout report du congé. Essayer de réduire le bloc moteur au minimum pour favoriser la mobilisation précoce des patientes.

Outils et équipement

- Des moniteurs de nociception peuvent être utilisés pour la mesure en temps réel des indices du niveau de nociception (NOL) et de nociception de l'analgésie (ANI). S'ils sont disponibles et couramment utilisés dans votre établissement, ils peuvent aider à guider l'administration d'opioïdes.

Renseignements supplémentaires

- L'utilisation de techniques réduisant les opioïdes, telles que l'analgésie multimodale périopératoire et l'anesthésie régionale, permet de réduire l'utilisation peropératoire excessive d'opioïdes, donc de réduire au minimum les effets secondaires liés aux opioïdes qui peuvent affecter la récupération de la patiente (p. ex. somnolence, nausée, constipation et hyperalgésie induite par les opioïdes).

Collecte de données

Utilisation d'anesthésie régionale

Facultatif :

- Type de chirurgie
- Utilisation d'anesthésie péridurale
- Utilisation de blocs du tronc nerveux
- Utilisation de l'analgésie multimodale et des adjuvants
- Utilisation de moniteurs de nociception

4 Peropératoire

Meilleures pratiques chirurgicales

Prophylaxie antimicrobienne[23,24]

Recommandations

- Les antibiotiques à courte demi-vie (p. ex. ≤ deux (2) heures) doivent être redosés à chaque trois à quatre (3 à 4) heures au cours de l'intervention chirurgicale si celle-ci se prolonge (≥ quatre (4) heures) ou est accompagnée de saignements (1 000 cc).
- Les doses postopératoires d'antibiotiques contre les bactéries aérobies et anaérobies administrées au cours de la phase préopératoire ne sont pas nécessaires.

Outils et équipement

- Se référer aux lignes directrices institutionnelles locales en matière de gestion de l'utilisation des antimicrobiens.

Approche chirurgicale

Recommandations

- Une approche chirurgicale à effraction minimale doit être employée lorsque l'expertise est disponible et jugée appropriée sur le plan clinique.

4 Peropératoire

Normothermie

Recommandations

- Le maintien peropératoire de la normothermie à l'aide d'interventions appropriées doit être assuré systématiquement dans tout cas de plus de 30 minutes afin de conserver la température centrale à ≥ 36 °C.

Outils et équipement

- L'administration de solutés IV réchauffés, l'utilisation de matelas chauffants et/ou le recours à des couvertures de réchauffement à air pulsé sur le bas du corps peuvent aider à maintenir la normothermie.
- Guide d'exercice de l'anesthésie de la SCA – Prise en charge périopératoire de la température

Renseignements supplémentaires

- Jusqu'à 90 % des patients subissant une chirurgie présentent une hypothermie.

Collecte de données

Température de la patiente à la fin de l'intervention ou à son arrivée à la salle de réveil.

Prévention des infections du site opératoire (ISO)[23]

Recommandations

- Des stratégies de prévention des infections (aussi appelées ensembles) doivent être systématiquement mises en œuvre.

Outils et équipement

- Lignes directrices de la prévention des ISO des CDC (Prevention Guideline for the Prevention of SSI)
- Les ensembles de prévention des ISO du programme de chirurgie sécuritaire de l'AHRQ Safety Program for Surgery – Building Your SSI Prevention Bundle
- Trousse de départ de l'ICSP : Prévention des ISO

4 Peropératoire

Drains et tubes

Recommandations

- Le recours systématique à des drains et à des tubes nasogastriques (TNG) doit être évité. Si, toutefois, un TNG est utilisé en période peropératoire, il doit être retiré au moment de l'extubation trachéale.

Transfusion sanguine [25,26]

Recommandations

- Bien que des déclencheurs transfusionnels entre 6 et 10 g/dl aient été rapportés dans la littérature (y compris les lignes directrices), les experts s'accordent pour dire qu'une utilisation judicieuse de la transfusion sanguine pendant l'intervention chirurgicale n'est pas associée à des effets indésirables et qu'un taux d'hémoglobine de 7 à 8 g/dl est le déclencheur recommandé pour la transfusion, compte tenu du contexte clinique.

Ventilation

Recommandations

- Une stratégie de ventilation protectrice des poumons est recommandée. Des volumes respiratoires de 6 à 8 mL/kg du poids corporel prévu peuvent diminuer les complications pulmonaires. Il convient d'envisager un apport supplémentaire d'oxygène : 80 % de la fraction d'oxygène inspiré (FiO_2) poursuivi en phase postopératoire pendant deux à six (2 à 6) heures.

4 Peropératoire

Gestion des liquides

Euvolémie

Recommandations

- La gestion peropératoire des liquides doit être individualisée afin de minimiser les liquides et de maintenir l'euvolémie. Lorsqu'elle est disponible, la thérapie liquidienne ciblée est recommandée pour les patientes à haut risque (c.-à-d. celles qui présentent des comorbidités importantes telles qu'une ICC) ou lorsqu'il y a une perte de sang importante.
- Des schémas thérapeutiques liquidiens très restrictifs ou systématiques devraient être évités en faveur de l'euvolémie. Le maintien des liquides IV avec une solution cristalloïde isotonique devrait être utilisée pour assurer l'homéostasie de l'eau et des électrolytes avec l'objectif d'atteindre un bilan liquidien positif de 1,0 à 1,5 L à la fin de la chirurgie.
- Thérapie volémique ciblée pour compenser les pertes intravasculaires :
  - Dans les cas de chirurgie ouverte majeure et chez les patientes à haut risque où on anticipe une perte sanguine estimée (PSE) à >500 mL, ou un syndrome de réponse inflammatoire systémique, une surveillance hémodynamique avancée est recommandée pour faciliter une thérapie liquidienne individualisée et optimiser l'apport en oxygène pendant toute la période périopératoire.
  - Remplacer les pertes liquidiennes avec une solution cristalloïde isotonique ou des colloïdes et déterminer la quantité absolue en fonction de la réponse hémodynamique.
  - Une surveillance hémodynamique avancée (variation du volume d'éjection systolique [VES], variation de la pression différentielle [VPD], volume d'éjection systolique [VES], débit cardiaque [DC], intégrale temps-vitesse [ITV] et dioxyde de carbone de fin d'expiration [PCO2]) devrait être effectuée chez les patientes à haut risque et/ou dans les cas de chirurgie majeure associée à d'importantes pertes sanguines ou à des changements de l'équilibre hydrique.
  - Remplacer les pertes liquidiennes urinaires et gastro-intestinales (si mesurables) avec des cristalloïdes isotoniques.
- Lorsque les patientes quittent la salle d'opération ou la salle de réveil, l'état de la volémie intravasculaire devrait être évalué à l'aide des paramètres physiologiques (p. ex. pression sanguine, fréquence cardiaque) et de mesures quantitatives (p. ex. perte de sang, débit urinaire). Les résultats du bilan liquidien devraient être consignés et révisés.

4 Peropératoire

Euvolémie

Outils et équipement

- Pompes volumétriques pour la perfusion d'entretien
- Surveillance hémodynamique avancée
- Tableau du bilan liquidien peropératoire

Renseignements supplémentaires

- Une insuffisance rénale aiguë (IRA) peut avoir une incidence négative importante sur le pronostic de la patiente. Une gestion liquidienne appropriée constitue une stratégie pour prévenir l'IRA pré-rénale.
- Une perfusion d'entretien de ≤ 5 ml/kg/h peut être utilisée si la thérapie volémique ciblée s'accompagne d'une surveillance hémodynamique avancée pour réduire le risque d'une hypoperfusion d'organe.
- Reconnaître les limites cliniques et techniques des mesures hémodynamiques avancées et des moniteurs utilisés.

Collecte de données

Volume d'administration de liquide IV

Facultatif :

- Solution équilibrée restreinte en chlorure
- Durée de la chirurgie
- Équilibre liquidien
- Surveillance hémodynamique avancée
- Utilisation de pompes volumétriques

4 Peropératoire

Gestion de l'instabilité hémodynamique

Recommandations

- Établir la cause : plutôt que de traiter chaque cas d'anomalie (p. ex. hypotension, tachycardie, oligurie) en administrant un bolus de fluides IV, la cause devrait être établie en se basant sur l'information disponible sur la patiente et le contexte clinique.
- Traiter le problème sous-jacent : des liquides IV, des vasopresseurs et des inotropes peuvent être utilisés pour tenter de renverser la cause la plus probable du déséquilibre hémodynamique.
- Administrer des liquides IV si nécessaire. Évaluer l'état volémique de la patiente et sa réponse aux liquides, si possible, avant d'administrer les liquides IV; puis déterminer le type de liquide et le volume appropriés.
- Évaluer la réponse hémodynamique au traitement initial.
- À moins que ce soit indiqué, éviter l'utilisation des voies centrales afin de réduire le risque d'infection du sang. Si un cathéter veineux central est utilisé, le retirer aussitôt que cela est possible.

Outils et équipement

- Équipement de surveillance hémodynamique conventionnel ou avancé.

Renseignements supplémentaires

- Une hypovolémie absolue peut ou ne peut être la cause d'anomalies hémodynamiques.

  Par exemple, une variation de plus de 13 % peu après l'induction de l'anesthésie et l'initiation de la ventilation mécanique, ou après l'administration d'un bolus péridural, devrait soulever l'hypothèse d'une vasodilatation (hypovolémie relative) plutôt que d'une réaction associée aux liquides. La patiente pourrait nécessiter des vasoconstricteurs plutôt qu'un bolus de fluides, sous réserve que celle-ci n'ait pas fait l'objet de restrictions d'apport de liquides clairs et qu'une préparation intestinale iso-osmotique ait été utilisée.
- Les agents nécessitant une perfusion par voie centrale requièrent l'installation d'un cathéter veineux central.

5 Postopératoire

Engagement de la patiente et de la famille

• Faire participer les patientes à leurs propres soins[13,14]

Recommandations

- Envisager l'utilisation de tableaux blancs dans les chambres des patientes afin d'améliorer la communication entre les fournisseurs de soins de santé et les patientes et leur proche aidant/famille.
- Rappeler aux patientes et à leur proche aidant/famille de se référer à leur Guide pour se préparer à la chirurgie gynécologique pour connaître les objectifs de chaque journée postopératoire. Il est important que les patientes hospitalisées connaissent les objectifs de récupération et le programme de la journée.
- Envisager de faire participer les patientes et leur proche aidant/famille au rapport relatif au transfert de soins.

5 Postopératoire

Analgésie

• Gestion de la douleur multimodale réduisant les opioïdes

Recommandations

- Un régime analgésique standard, multimodal, antiémétique et réduisant les opioïdes est recommandé pour toutes les patientes. Les médicaments doivent être administrés par voie orale en cessant les médicaments par intraveineuse dès que la patiente le tolère.
  - Analgésie régionale
  - Régime analgésique de base non opioïde
  - Adjuvants analgésiques facultatifs
  - Agents analgésiques opioïdes facultatifs uniquement selon le dosage PRN (au besoin)
- Une analgésie de base avec de l'acétaminophène et un AINS doit être utilisée, à moins qu'il n'y ait de contre-indications pour la patiente ou la chirurgie.
- Considérations postopératoires pour l'anesthésie péridurale thoracique (APT) :
  - L'âge de la patiente ainsi que son état cognitif devraient déterminer l'utilisation d'une APCP ou d'une perfusion péridurale continue gérée par le personnel infirmier.
    - La bupivacaïne à faible dose (0,05 %) est recommandée pour prévenir les effets secondaires hémodynamiques, les blocs moteurs et une prolongation de la durée du séjour hospitalier (DSH) (5 à 14 ml/h).
    - Le débit doit être dosé de manière appropriée pour assurer une analgésie adéquate de la patiente mais aussi pour minimiser les effets secondaires tels que le blocage moteur.
    - Les opioïdes à faible dose peuvent être ajoutés à la péridurale (p. ex. fentanyl 2 mcg/mL ou morphine 5 à 10 mcg/mL); débit entre 5 et 14 ml/h basé sur la concentration anesthésique locale utilisée dans la solution.
  - Si elle est utilisée, l'APT devrait être retirée aussitôt que possible (c.-à-d. lorsque la patiente tolère une diète orale et qu'elle peut passer à des médicaments administrés par voie orale). L'APT devrait être réévaluée quotidiennement, en début de journée, et la patiente devrait être sevrée au moins 24 heures avant le moment prévu de son congé afin d'assurer une transition appropriée vers les médicaments oraux.
  - Les AINS et l'acétaminophène (4 g/jour) (lorsqu'appropriés) devraient être administrés régulièrement pour réduire le besoin en opiacés oraux lors de la transition de l'APT vers la prise orale.
- Les opioïdes IV postopératoires devraient être cessés et remplacés par des opioïdes oraux le plus tôt possible.

(Voir la page suivante.)

5 Postopératoire

Gestion de la douleur multimodale réduisant les opioïdes

Recommandations

- En l'absence d'une épidurale, la lidocaïne en perfusion continue peut être administrée immédiatement ou dans les heures après l'intervention et se poursuivre pour une période de courte ou moyenne durée; mais une administration de longue durée (allant jusqu'à 48 heures après l'intervention) ne devrait être considérée que pour les patientes souffrant de douleurs particulièrement intenses à la salle de réveil (sinon, interrompre la perfusion après avoir quitté la salle de réveil).

Outils et équipement

- Effectuer le test d'arrêt péridural à 48 heures

Renseignements supplémentaires

- Le risque de fuite anastomotique peut exclure l'utilisation d'AINS pour les interventions oncologiques. Une discussion approfondie sur les risques et les avantages qui y sont associés doit avoir lieu avant de les prescrire.
- Les effets de la lidocaïne IV sur la diminution de la douleur postopératoire sont prouvés pour les périodes d'administration de courte durée (1 à 4 heures) et de moyenne durée (24 heures), mais il n'existe aucune preuve de son efficacité pour des périodes de longue durée (48 heures).
- Les personnes dispensant les services non anesthésiques devraient être éduquées sur les dangers potentiels de l'utilisation de la lidocaïne (toxicité systémique des anesthésiques locaux).
- Le tramadol devrait être utilisé avec précaution chez les patientes de plus de 75 ans, qui ont un score ASA de trois (3) ou quatre (4), et dont la mobilité est réduite ou qui sont fragiles.
- L'administration intraveineuse de kétamine pourrait être poursuivie pendant 48 heures chez les patientes éprouvant des douleurs postopératoires particulièrement intenses. Les gabapentinoïdes ne sont pas couramment utilisés, mais peuvent être envisagés uniquement pour les patientes tolérantes aux opioïdes.

Collecte de données

Gestion de la douleur multimodale
Date du retrait de la péridurale

Facultatif :
- Utilisation d'une anesthésie péridurale

5 Postopératoire

Évaluation de la douleur

Recommandations

- L'analgésie sous-optimale devrait sans tarder faire l'objet d'une évaluation par les membres du personnel dûment formé en gestion de la douleur aiguë.
- Les évaluations de l'analgésie et des effets secondaires des analgésiques, de même que l'évaluation de l'anxiété, devraient être effectuées selon un processus qui tienne compte de l'expérience de la patiente, de son état fonctionnel et de sa qualité de vie.
- Penser à utiliser des échelles de douleur analogiques visuelles dirigées par le patient pour évaluer le niveau de douleur.

Gestion de la douleur aiguë

Recommandations

- L'utilisation de toutes les options non opiacées appropriées de l'algorithme de traitement devrait être confirmée.
- Ajouter des opioïdes oraux si tolérés, au besoin. Si non tolérés par voie orale, administrer des opioïdes IV (p. ex. hydrocodone, oxycodone, morphine, hydromorphone). Titrer attentivement pour obtenir un dosage efficace avec une concentration d'opioïdes la plus basse possible.

5 Postopératoire

Meilleures pratiques chirurgicales

Contrôle de la glycémie

Recommandations

- La glycémie doit être maintenue conformément aux valeurs recommandées pour les patientes atteintes de diabète ou présentant un taux élevé d'HbA1c avant la chirurgie.
- Il convient de prendre les mesures de soins nécessaires afin d'éviter l'hypoglycémie causée par une insulinothérapie agressive.

Renseignements supplémentaires

- Les valeurs glycémiques cibles sont généralement de 6 à 10 mmol/L.

Sondes urinaires[27]

Recommandations

- Les sondes vésicales doivent être retirées immédiatement après une chirurgie gynécologique à effraction minimale, ou au cours des six (6) heures suivant une hystérectomie abdominale sans complications.
- Les sondes urinaires peuvent être retirées immédiatement pour la chirurgie vaginale et au jour postéopératoire 1 for la chirugie vaginale complexe (p.ex., réparation d'un prolapsus, colporrhaphie antérieure ou postérieure (réparation vaginale) et intervention laparoscopique de Burch)
- Les sondes urinaires doivent être retirées au jour 1 postopératoire après une chirurgie de réduction tumorale pour des tumeurs malignes gynécologiques ou une résection extensive de l'endométriose en l'absence d'indications spécifiques pour une utilisation prolongée de la sonde urinaire (p. ex. résection partielle de la vessie).
- Pour la patiente dont la miction a échoué au cours du délai donné, envisager le cathétérisme intermittent aseptique avant la réinsertion de la sonde urinaire.

Collecte de données

Retrait de la sonde urinaire

5 Postopératoire

Thromboembolie veineuse (TEV)

Recommandations

- La combinaison d'une prophylaxie mécanique et d'une chimioprophylaxie pour la TEV n'est recommandée pour aucune patiente pendant la durée de leur hospitalisation.
- Une chimioprophylaxie postopératoire devrait débuter dans les 24 heures suivant la chirurgie, à moins de contre-indication chirurgicale.
- Une prophylaxie prolongée peut être envisagée selon les critères de risque élevé de l'American College of Chest Physicians.

Outils et équipement

- Envisager l'utilisation d'outils de dépistage reconnus, tels que le score de Caprini pour évaluer le risque de TEV.

5 Postopératoire

Gestion des liquides

Gestion liquidienne

Recommandations

- À la fin de la chirurgie ou à tout le moins dès le jour suivant (Jour 1 postopératoire), les liquides IV devraient être interrompus en l'absence de signes physiques de déshydratation ou d'hypovolémie dans la mesure où la patiente tolère l'ingestion orale de liquides.
- Les patientes tolérant l'administration orale de liquides devraient boire une quantité minimale de 25 à 30 ml/kg de iiquides /jour.
- Pour les patientes ne tolérant pas l'ingestion de liquides par voie orale (p. ex. iléus postopératoire), une perfusion d'entretien de 1,5 ml/kg/h devrait être commencée.

Outils et équipement

- Toutes les patientes devraient être suivies de près par un examen clinique et une évaluation de l'état hydrique, et être pesées régulièrement, dans la mesure du possible et jusqu'à ce qu'elles soient tolérantes à une diète orale.
- Tableau du bilan liquidien postopératoire, y compris les liquides ingérés par voie orale.

Renseignements supplémentaires

- Un gain pondéral postopératoire de > 2,5 kg est associé à une augmentation de la morbidité. Voir l'énoncé précédent sur les limites et les difficultés relativement aux mesures pondérales.

Collecte de données

Cessation des liquides IV
Pesées quotidiennes

5 Postopératoire

Gestion de l'instabilité hémodynamique

Recommandations

- Chez les patientes nécessitant une expansion volémique pour corriger une anomalie clinique (p. ex. hypotension, tachycardie, oligurie), la probabilité d'une réponse aux liquides devrait être évaluée avant d'administrer un bolus de liquides IV.
    - À l'unité de soins intensifs (USI), une surveillance hémodynamique avancée devrait être effectuée pour prédire la réponse aux liquides, soit après une épreuve de remplissage vasculaire (RV) ou une manœuvre de lever de jambes passif (LJP).
    - Si la surveillance hémodynamique avancée n'est pas disponible (p. ex. unités de soins chirurgicaux et salle de réveil), un bolus rapide (15 à 30 min) de 3 ml/kg d'une solution saline isotonique peut être administré et la patiente réévaluée.
    - L'efficacité de chaque bolus de liquides devrait être réévaluée avant qu'il soit répété. Si la réponse n'est pas favorable, l'administration supplémentaire de bolus serait sans doute inefficace et pourrait causer des préjudices.
- Les vasopresseurs pourraient être considérés pour le traitement des états de vasodilatation, tels que l'hypotension induite par la péridurale, pourvu que la patiente soit euvolémique.
- L'anurie requiert une attention immédiate.

Outils et équipement

- Pompe volumétrique pour la perfusion d'entretien et les bolus de liquides (sauf dans les situations critiques – p. ex. une hémorragie, une réanimation)
- Équipement de surveillance hémodynamique avancée
- Manœuvre LJP + surveillance de la variation du VES, du DC, de l'ITV et du PCO2 lorsque c'est possible (salle de réveil /USI/UHD)

Renseignements supplémentaires

- Effectuer un examen physique pour déterminer si un apport supplémentaire en liquides intraveineux est nécessaire; éviter la consultation téléphonique.
- Le bolus de liquides IV a pour but d'augmenter le retour veineux qui, par conséquence, augmente le volume d'éjection systolique (VES).

(Voir la page suivante.)

5 Postopératoire

Gestion de l'instabilité hémodynamique

Renseignements supplémentaires

- Aux unités de soins chirurgicaux, envisager d'évaluer la réponse de la tension différentielle (TD) artérielle à une manœuvre LJP afin de vérifier si le volume d'éjection systolique augmente par suite d'une expansion volémique. Une augmentation de la TD de > 10 % après une manœuvre LJP serait significative du point de vue clinique et indiquerait que le VES s'est accru de façon importante. Cependant, le diagnostic basé sur la mesure de la réponse de la TD artérielle après une manœuvre LJP est moins fiable (en tant qu'indicateur de la réponse aux fluides) comparativement à la réponse du VES ou du DC. Même si la TD artérielle est corrélée positivement avec le VES, elle est aussi tributaire de la compliance artérielle et de l'amplification de l'onde de pouls.

Ileus

Recommandations

- L'utilisation de laxatifs en phase postopératoire peut aider à prévenir l'iléus.
- Le remplacement rationnel des liquides pour maintenir l'euvolémie et la restauration des électrolytes est indiqué pour le traitement de la dysfonction gastro-intestinale postopératoire.

5 Postopératoire

Nutrition

Thérapie nutritionnelle

Recommendations

- Une alimentation postopératoire précoce avec un régime alimentaire équilibré est recommandée pour les patientes, à moins qu'elles aient des nausées ou des vomissements. Encourager la consommation orale dès les quatre (4) heures suivant l'opération et progresser selon la tolérance de la patiente.
- L'apport alimentaire doit être autogéré par la patiente afin d'identifier les individus qui ne consomment pas ≥ 50 % de leur nourriture. La patiente qui consomme systématiquement ≤ 50 % de sa nourriture durant 72 heures, ou dès que la situation clinique le justifie, doit faire l'objet d'une évaluation nutritionnelle exhaustive. Les soins nutritionnels spécialisés sont personnalisés et comprennent l'utilisation de diètes thérapeutiques, d'aliments fortifiés, des SNO, une NE et une NP.
- La patiente jugée comme étant sous-alimentée (p. ex. ÉGS B et ÉGS C) avant la chirurgie doit recevoir un régime alimentaire à teneur élevée en protéines et à teneur énergétique élevée à la suite de la chirurgie, et faire l'objet d'un suivi de la part d'un diététiste. Si l'on envisage que la patiente ne sera pas en mesure de satisfaire les objectifs nutritionnels par voie orale ou au cours d'une période de 72 heures, il convient d'administrer une NPP, une NP ou une NE. Le soutien nutritionnel doit être interrompu lorsque la patiente est en mesure de consommer par voie orale ≥ 60 % de l'apport de protéines/kcal exigé.

Outils et équipement

- Recourir à un système de surveillance de l'apport alimentaire et liquidien qui fonctionne pour l'établissement hospitalier et qui implique les patientes. Par exemple : Mon alimentation

Renseignements supplémentaires

Afin d'encourager l'apport adéquat durant le séjour hospitalier, offrir :

- de petites portions dans le cadre des premiers repas (Jour 0 postopératoire et Jour 1 postopératoire);
- des SNO à teneur élevée en protéines visant 250 à 500 kcal/jour. On peut recourir au Programme de distribution de suppléments nutritionnels avec les médicaments (« Med Pass ») afin d'administrer 60 ml jusqu'à quatre fois par jour;
- des collations riches en nutriments et des SNO à teneur élevée en protéines disponibles librement et offerts tout au long de la journée (surtout après le repas du soir);

(Voir la page suivante.)

5 Postopératoire

Thérapie nutritionnelle

Renseignements supplémentaires

- de l'information sur les façons d'optimiser l'apport oral à l'hôpital (p. ex. des affiches indiquant que le réfrigérateur du corridor est rempli de SNO);
- et encourager les parents et les amis à apporter de la maison les aliments favoris de la patiente afin de stimuler l'appétit; dispenser une éducation sur les choix alimentaires optimaux.

Collecte de données

Date de tolérance de la diète

5 Postopératoire

Mobilité et activité physique

Évaluation de la patiente avant la mobilisation précoce

Recommandations

- Les infirmières sont responsables de l'évaluation initiale avant la première tentative de mobilisation.
- Si des problèmes de mobilité sont décelés (p. ex. affections postopératoires ou complications chirurgicales entraînant des difficultés de mobilisation à la suite de la chirurgie), la patiente doit faire l'objet d'une évaluation plus approfondie de la part d'un physiothérapeute responsable d'assister/superviser la mobilisation durant le séjour hospitalier en fonction du programme d'exercices individuel prescrit.

Approches de mise en œuvre

- L'évaluation de la patiente doit comprendre :
  - Niveau de conscience
  - Niveaux de douleur
  - Symptômes de NVPO
  - Signes de dysfonction cardiovasculaire
  - Signes de dysfonction respiratoire
  - Force du bas du corps
- Afin de veiller à la sécurité de la patiente, la mobilisation ne doit pas être amorcée, et il se peut que la patiente doive faire l'objet d'une évaluation et d'une action plus approfondies de la part de l'équipe de soins de santé pour assurer une mobilisation sécuritaire et précoce, si :
  - La patiente est profondément somnolente et/ou désorientée.
  - La patiente signale un niveau de douleur grave.
  - La patiente présente de graves nausées/vomissements.
  - Tachycardie grave, hypotension ou présence de valeurs anormales à l'électrocardiographie.
  - Tachypnée grave et/ou présence d'un faible taux d'oxygène.
  - Faiblesse des membres inférieurs due à la présence d'un bloc moteur résiduel.
- La patiente peut faire l'objet d'une évaluation de la force du bas du corps à l'aide de tests tels que le test de levers de chaise enchaînés de 30 secondes, le test de marche de six (6) minutes et le test de lever-marcher chronométré.

5 Postopératoire

Mobilisation en milieu hospitalier

Recommandations

- Si l'évaluation initiale ne révèle aucun problème de mobilité, la patiente doit amorcer la mobilisation dès qu'il est possible de le faire en toute sécurité; idéalement au Jour 0 post-opération.
- La première tentative de mobilisation doit toujours être effectuée avec l'assistance/sous la supervision du personnel de l'unité de soins (p. ex. infirmière, infirmière auxiliaire, physiothérapeute ou kinésiologue).
- Tout au long du séjour hospitalier, la patiente doit être encouragée à se mobiliser de façon indépendante ou avec l'assistance de ses parents et/ou amis.
- Tous les membres de l'équipe de soins de santé doivent encourager la mobilisation précoce et progressive tout au long du séjour hospitalier.

Approches de mise en œuvre

- Le jour de la chirurgie (Jour 0 postopératoire), la patiente doit être encouragée à se déplacer hors du lit (p. ex. s'asseoir sur une chaise) et, si possible, à marcher de courtes distances.
- Du Jour 1 postopératoire jusqu'au congé d'hôpital, la patiente doit être encouragée à se déplacer hors du lit le plus souvent possible, selon son niveau de tolérance. Les activités en dehors du lit peuvent comprendre, sans s'y limiter, s'asseoir sur une chaise, marcher dans le corridor et monter les marches d'escalier de l'hôpital.
- Durant le séjour hospitalier, la patiente doit être encouragée à :
    - effectuer des exercices de flexion des pieds et des chevilles et des exercices de contraction des quadriceps (idéalement toutes les heures pendant la période d'éveil)
    - effectuer des exercices de respiration profonde et de toux
    - effectuer les exercices au lit si la marche n'est pas envisageable

Collecte de données

Première mobilisation postopératoire

6 Congé

Engagement de la patiente et de la famille

Engagement des patientes dans leurs propres soins

Recommandations

- Les fournisseurs de soins doivent prendre le temps de répondre à toute question des patientes et de leur proche aidant/famille concernant l'état de la patiente ou les préoccupations liées à son congé et à son suivi.
- Encourager les patientes et leur proche aidant/famille à relire la section « À la maison » de leur Guide pour se préparer à la chirurgie gynécologique avant leur congé de l'hôpital.
- Encourager les patientes et leur proche aidant/famille à poser des questions au besoin et/ou à se servir de la méthode teach-back (ou « faire dire »), selon le cas.
- Veiller à ce que les membres concernés de l'équipe de soins soient disponibles pour répondre aux questions ou aux préoccupations que les patientes ou les membres de leur famille peuvent avoir au sujet de la planification du congé.
- Éduquer les patientes et leur proche aidant/famille sur l'utilisation et l'élimination sécuritaires des opioïdes.

Renseignements supplémentaires

- Des renseignements plus spécifiques destinés aux patientes et aux familles pour faciliter le congé sont présentés ci-dessous, dans les sections Analgésie, Nutrition et Mobilité.

6 Congé

Analgésie

Congé[28]

Recommandations

- La planification du congé doit commencer bien avant la chirurgie et faire intervenir tous les membres de l'équipe multidisciplinaire ainsi que la patiente et sa famille.
- Des prescriptions d'analgésiques multimodales peuvent être suggérées par l'équipe chirurgicale. Les thérapies non opioïdes devraient être privilégiées comme traitement de première intention (p. ex. acétaminophène, AINS si approuvés par l'équipe chirurgicale).
- Fonder le dosage de la médication du congé sur ce que la patiente prend à l'hôpital.
- Les thérapies non pharmacologiques devraient être encouragées (p. ex. glace, élévation, physiothérapie).
- Ne pas prescrire des opioïdes avec d'autres sédatifs (p. ex. benzodiazépines).
- Les opioïdes à action rapide ne devraient pas être prescrits pour plus de 3 à 5 jours (p. ex. morphine, hydromorphone, oxycodone).
- Éduquer les patientes sur la diminution des opioïdes pour le soulagement de la douleur chirurgicale.
- Le fentanyl ou les opioïdes à action prolongée (p. ex. méthadone, OxyContin) ne devraient pas être prescrits aux patientes sans tolérance acquise aux opioïdes.
- Éduquer les patientes sur l'utilisation sécuritaire des opioïdes, les effets secondaires potentiels, les risques de surdose et le développement d'une dépendance ou d'une accoutumance.
- Pour éviter l'utilisation non prescrite de médicaments par d'autres personnes, veiller à les éliminer de manière appropriée et à retourner toutes les doses d'opioïdes non utilisées à la pharmacie de votre quartier.
- Fournir des ressources aux patientes qui ont développé ou semblent avoir développé un trouble lié à l'usage de substances après la chirurgie ou les référer vers des ressources d'aide.

6 Congé

Nutrition

Soins nutritionnels

Recommandations

- Toutes les patientes doivent comprendre la pertinence de la nutrition dans le processus de récupération. La patiente bien alimentée doit être éduquée en matière d'optimisation de la nutrition et faire l'objet d'un suivi afin de relever tout obstacle pouvant affecter l'état nutritionnel.
- La patiente sous-alimentée (p. ex. ÉGS B or ÉGS C) ou soumise à des restrictions alimentaires qui ne reprend pas son plein état nutritionnel au cours du séjour hospitalier exige des soins continus une fois de retour dans la communauté. Les patientes, les parents et les proches aidants doivent être informés des principaux aspects liés au plan de soins nutritionnels afin d'apporter du soutien au processus de récupération dans la communauté, ainsi que des ressources communautaires clés visant à faciliter l'accès à de la nourriture (p. ex. programmes de repas, services d'épicerie).
- La patiente ayant subi une iléostomie doit recevoir des directives précises de la part d'un diététiste afin de réduire le risque de déshydratation.
- Les proches aidants et autres praticiens intervenant dans les soins à prodiguer à la suite du congé doivent être informés des détails liés à l'état nutritionnel de la patiente (p. ex. score à l'ÉGS, poids corporel), du traitement administré durant le séjour hospitalier et des recommandations en matière de soins continus. Lorsque la réadaptation de l'état nutritionnel est en cours, ou lorsqu'il existe des occasions pour discuter de la prévention d'une maladie secondaire, envisager d'orienter la patiente vers un diététiste pour un traitement nutritionnel prioritaire.

6 Congé

Mobilité et activité physique

• Éducation de la patiente avant son congé

Recommandations

- Avant le congé d'hôpital, toutes les patientes doivent être éduquées au sujet de l'effet négatif lié au comportement sédentaire et de l'importance de l'activité physique pour la santé.

Approches de mise en œuvre

- Les membres de la famille de la patiente doivent être éduqués par rapport aux moyens à employer pour faciliter et encourager l'activité physique à la suite du congé.
- Si des restrictions physiques au-delà des attentes habituelles sont indiquées, l'éducation par rapport aux activités physiques post-congé devrait être dispensée avant le congé par une infirmière, un physiothérapeute ou un kinésiologue.

• Évaluation de la patiente avant l'initiation de l'activité physique à la suite du congé

Recommandations

- Une évaluation de la mobilité de la patiente doit être effectuée avant le congé.
- Si des problèmes de mobilité sont détectés chez la patiente, elle doit faire l'objet d'une évaluation plus approfondie de la part d'un spécialiste de la réadaptation/du conditionnement physique si possible (physiothérapeute, ergothérapeute, kinésiologue, selon le cas), responsable de la prescription et/ou de la supervision des activités physiques en fonction du programme d'exercices individuel prescrit.

Approches de mise en œuvre

- La patiente doit être interrogée au sujet de son niveau de fonctionnement et d'activité physique de base (préopératoire), ainsi que par rapport à son niveau de douleur et à la présence d'autres symptômes dans le cadre de la mobilisation en milieu hospitalier.

6 Congé

Activité physique à la suite du congé

Recommandations

- La patiente doit être encouragée à ne pas rester au lit et à reprendre progressivement les activités de la vie quotidienne (comme les tâches ménagères et les courses) à la suite du congé d'hôpital.
- Les critères de la reprise sécuritaire de l'activité physique doivent être pris en compte : la patiente doit d'abord éviter tout effort physique vigoureux (y compris des exercices du tronc, p. ex. redressements partiels ou assis) et lever des poids uniquement en fonction des recommandations consensuelles (éviter de soulever > 5 kg (10 à 15 lb) pour une période de six semaines).
- À moins d'une indication contraire, les relations sexuelles avec pénétration devraient être évitées jusqu'à la suite de la vérification postopératoire (4 à 6 semaines après la chirurgie), lorsqu'un examen avec spéculum confirme que la voûte vaginale est guérie.
- Tous les membres de l'équipe de soins de santé sont responsables d'encourager l'activité physique postopératoire à la suite du congé.
- Toutes les patientes doivent être en mesure de communiquer avec les membres de leur équipe de soins de santé lorsqu'elles ont des questions ou ont besoin de conseils par rapport à l'activité physique à la suite du congé.

Approches de mise en œuvre

- La patiente doit être encouragée à respecter les recommandations sur l'activité physique de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dès qu'il est possible de le faire en toute sécurité (p. ex. au moins 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée durant la semaine de travail; des activités de conditionnement physique visant les principaux groupes musculaires au moins deux (2) fois par semaine).
- Idéalement, la patiente doit être encouragée à marcher (au moins trois (3) fois par jour) et à monter des marches d'escalier si possible (tous les jours ou tous les deux (2) jours).
- Idéalement, la patiente doit recevoir un programme d'exercices autogéré pour la maison avec des objectifs progressifs. Un service de coaching peut être offert (p. ex. par téléphone) de la part d'un spécialiste de la réadaptation/du conditionnement physique (là où c'est possible).
- Le recours à un système de type podomètre peut servir à fixer des objectifs d'activité physique ou faciliter la progression.

Collecte de données

Indicateurs de résultats :

- Durée du séjour en soins aigus
- Taux de complications
- Consultations à l'urgence dans les 30 jours suivant le congé
- Réadmission dans les 30 jours suivant le congé

Analgésie[1]

Test d'arrêt épidural	Un processus survenant généralement au jour 2 postopératoire (6 h du matin), où les perfusions péridurales sont cessées, l'héparine sous-cutanée est suspendue et où l'analgésie orale multimodale et l'administration des opioïdes ou de tramadol sont commencées au besoin. Si la patiente répond bien (analgésie optimale atteinte) et est encore confortable à midi, le cathéter est retiré de l'espace péridural et les analgésiques oraux sont continués.
Analgésie optimale	Une technique qui optimise le confort de la patiente et favorise le rétablissement des fonctions physiques, y compris la fonction intestinale, la mobilisation, la capacité de tousser et la normalisation du sommeil, tout en réduisant les effets indésirables des analgésiques.
Hyperalgésie induite par les opioïdes	Sensibilité accrue aux stimuli nuisibles.

Gestion des liquides[1]

Lever de jambes passif (LJP)	Le test LJP mesure les effets hémodynamiques d'une élévation des jambes à 45°. Pour effectuer la manœuvre posturale, transférer la patiente de la position semi-allongée à la position LJP en utilisant le positionnement automatique du lit.
Tension différentielle (TD)	La différence entre la pression systolique et la pression diastolique.

Nutrition[1]

Thérapie diététique	Un terme général désignant l'application pratique de la nutrition comme mesure préventive ou corrective d'une maladie.
Diététiste	Comprend les titres protégés suivants : diététiste autorisé, diététiste professionnel, diététiste, nutritionniste autorisé, nutritionniste. Voir Les diététistes du Canada pour la liste complète des titres et des initiales protégés.
Nutrition entérale (NE)	Signifie également l'alimentation par tube de gavage. L'alimentation par tube de gavage désigne l'administration d'un mélange spécial de nutriments liquides contenant des protéines, des glucides (sucre), des gras, des vitamines et des minéraux via une sonde alimentaire insérée jusqu'à l'estomac ou l'intestin grêle.
Suppléments nutritifs sous forme orale à teneur élevée en protéines (SNO)	Un liquide, une poudre ou un pouding prêt à utiliser comportant des macronutriments et des micronutriments et contenant $\geq$ 20 % d'énergie provenant de protéines.
Malnutrition	Pour les fins de ce document, la malnutrition se définit comme étant une déficience (ou un déséquilibre) en matière d'énergie, de protéines et d'autres nutriments.
Évaluation nutritionnelle	Une évaluation précise, approfondie et détaillée de l'état nutritionnel.
Dépistage nutritionnel	Une procédure rapide et facile effectuée à l'aide d'un outil de dépistage valide visant à identifier les patientes sous-alimentées ou posant un risque de malnutrition qui pourraient profiter d'une évaluation nutritionnelle.
Parcours du patient	Période débutant au moment du diagnostic et qui se poursuit tout au long du traitement et de la récupération.
Clinique de préadmission	Un service multidisciplinaire visant à veiller à ce que les patientes qui doivent être admises soient bien préparées et informées par rapport à leur chirurgie et au séjour hospitalier à venir.
Nutrition parentérale (NP)	Administration IV de nutriments pouvant comprendre des protéines, des glucides, des gras, des minéraux et des électrolytes, des vitamines et d'autres oligoéléments chez les patientes qui ne sont pas en mesure de consommer ou d'absorber suffisamment de nourriture via le tractus gastro-intestinal visant le maintien d'un bon état nutritionnel.
Évaluation globale subjective (ÉGS)	Un outil d'évaluation nutritionnelle constituant la norme de référence lorsqu'il s'agit de poser un diagnostic de malnutrition.

Cheminement de la mobilité et de l'activité physique[1]

Méthode Delphi	Une méthode visant à cerner l'opinion d'un groupe d'experts afin de parvenir à un consensus sur un sujet précis.
Mobilisation précoce	Mobilisation en dehors du lit amorcée le jour de la chirurgie (jour 0 postopératoire) ou au cours des 12 heures suivant l'arrivée de la patiente à l'unité de soins.
Exercice	Activité physique planifiée, structurée, répétitive et visant à maintenir ou à améliorer la condition physique.
Kinésiologue	Un professionnel formé en matière de sciences du mouvement humain et de physiologie de l'exercice. L'étendue de la pratique comprend un large éventail de sous-disciplines visant à éduquer les individus au sujet de l'activité et de l'exercice physiques. Le travail des kinésiologues est axé sur la modification des comportements liés au mode de vie, la prévention des blessures et des maladies, l'optimisation de l'état de santé et du rendement, et la préservation de la qualité de vie.
Mobilité	La capacité de bouger en toute liberté et avec aisance.
Mobilisation	L'amorce d'activités en position verticale à la suite d'une période de mobilité réduite visant à reprendre les activités de la vie quotidienne.
Activité physique	Tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques exigeant une dépense d'énergie.
Exercice thérapeutique	Mouvement corporel prescrit dans le but de corriger une déficience/blessure, d'améliorer le fonctionnement physique ou de maintenir un état de bien-être.

Cheminement clinique pour la chirurgie gynécologique

1. Récupération optimisée Canada, Cheminement clinique pour la chirurgie colorectale, 2019. Disponible à l'adresse suivante : https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Enhanced-Recovery-after-Surgery/Documents/ERC Clinical Pathway FR.pdf (Consulté le 10 déc 2020).

2. Nelson G, J. Bakkum-Gamez, E. Kalogera et al., Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations-2019 update, Int J Gynecol Cancer, 29 mai 2019 (4) :651-668. doi:10.1136/ijgc-2019- 000356. Disponible à l'adresse suivante : https://ijgc.bmj.com/content/ijgc/early/2019/03/15/ijgc-2019-000356.full.pdf (en anglais seulement) (Consulté le 10 déc 2020).

3. AHRQ Safety Program for Improving Surgical Care and Recovery [Programme de sécurité pour améliorer les soins chirurgicaux et la récupération après la chirurgie de l'AHRQ], 2019, ICSR Gynecologic Surgical Pathway Worksheet. Agency for Healthcare Research and Quality. (en anglais seulement)

4. Feldman L.S., C.P. Delaney, O. Ljungqvist et F. Carli, The SAGES/ERAS Society Manual of Enhanced Recovery Programs for Gastrointestinal Surgery, 1 éd. Springer International Publishing, 2015.

5. Le Guide canadien de l'engagement des patients en matière de sécurité, Institut canadien pour la sécurité des patients, dernière révision de février 2018, Équipe d'action pour l'engagement des patients, 2017. Disponible à l'adresse suivante : https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/Patient-Engagement-in-Patient-Safety-Guide/Pages/default.aspx

6. Bellows M., K. Kovacs Burns, K. Jackson, B. Surgeoner et J. Gallivan (2015), "Meaningful and effective patient engagement: What matters most to stakeholders", Patient Experience Journal : Vol. 2 : no 1, article 5. Disponible à l'adresse suivante : https://pxjournal.org/journal/vol2/iss1/5 (en anglais seulement) (Consulté le 10 déc 2020).

7. Kessels Roy PC, 2003, Patients' memory for medical information, J R Soc Med, mai 96 (5) : 219-222.

8. Wizowski L., T. Harper et T. Hutchings, Writing Health Information for Patients and Families, 4e éd., Hamilton, Ontario : Hamilton Health Sciences, 2014.

9. Roberts L., Health Information and the internet: The 5 Cs website evaluation tool, Br J Nurs. 2010; (Mark Allen Publishing), 19 mars (5) :322-325.

10. Gillis C., M. Gill, N. Marlett et al., Patients as partners in Enhanced Recovery After Surgery: A qualitative patient-led study, BMJ Open 2017; 7 juin (6) : e017002.

11. La Fondation Health On the Net. Disponible à l'adresse suivante : https://www.hon.ch/fr/ (Consulté le 10 déc 2020).

12. Houts P.S.,C.C. Doak, L.G. Doak, M.J. Loscalzo, The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence, Patient Educ Couns, déc 2006; 64(1-3) :393-4.

13. Caligtan C.A., D.L. Carroll, A.C. Hurley, R. Gersh-Zaremski et P.C. Dykes, Bedside information technology to support patient-centered care, Int. J Med Inform, 2012; 81 : 442-451.

Cheminement clinique pour la chirurgie gynécologique

14. Mardis T., M. Mardis, J. Davis et al., Bedside shift-to-shift handoffs: a systematic review of the literature, J Nurs Care Qua, janv-mars 2016;31(1) :54-60.

15. Dorvil, B., 2018, The secrets to successful nurse bedside shift report implementation and sustainability, Nurs Manage, juin 2018; 49(6) : 20–25.

16. ERAS® Society Guidelines (2019). Disponible à l'adresse suivante : https://erassociety.org/guidelines/list-of-guidelines/ (en anglais seulement) (Consulté le 10 déc 2020).

17. Gouvernement du Canada (2008), Terminologie de l'usage du tabac. Disponible à l'adresse suivante : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/tabagisme/recherche/statistiques-usage-tabac/terminologie.html (Consulté le 10 déc 2020).

18. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2018, Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada. Disponible à l'adresse suivante : https://www.ccsa.ca/fr/directives-de-consommation-dalcool-faible-risque-du-canada-brochure (Consulté le 10 déc 2020).

19. Gan TJ., K.G. Belani, S. Bergese et al., Fourth consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting, Anesth Analg, 2020; 131 : 411–448.

20. Nelson G., S.C. Dowdy, J. Lasala et al., Enhanced recovery after surgery (ERAS®) in gynecologic oncology - Practical considerations for program development, Gynecol Oncol, 2017; 147(3) : 617-620.

21. Diabète Canada, In-hospital management of diabetes. Disponible à l'adresse suivante : http://guidelines.diabetes.ca/cpg/chapter16 (en anglais seulement) (Consulté le 10 déc 2020).

22. Kalogera E., G. Nelson, J. Liu et al., Surgical Technical Evidence Review for Gynecologic Surgery Conducted for the AHRQ Safety Program for Improving Surgical Care and Recovery, Am J Obstetrics and Gynecology, 2018;219(6) : 563.e1-563.e19.

23. Bratzler D.W., E.P. Dellinger, K.M. Olsen et al., Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery, Surg Infec (Larchmt), 2013; 14(1) : 73-156.

24. van Schalkwyk J, Van Eyk N. No.247-Antibiotic Prophylaxis in Obstetric Procedures. J Obstet Gynaecol Can. 2017;39(9):e293-e299.

25. Practice Guidelines for Perioperative Blood Management: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood Management*, Anesthesiology 2015; 122(2) : 241-275.

26. Carson J.L., G. Guyatt, N.M. Heddle et al., Clinical Practice Guidelines From the AABB: Red Blood Cell Transfusion Thresholds and Storage, JAMA, 2016; 316(19) : 2025–2035.

27. Altman AD, Magali R, Armbrust R, et al. Guidelines for Vulvar and Vaginal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations. Am J Obstet Gynecol. 2020 Oct;223(4):475-485.

28. Clarke HA, Manoo V, Pearsall E, et al. Consensus Statement for the Prescription of Pain Medication at Discharge after Elective Adult Surgery. Can J Pain. 2020 Mar;4(1):67-85.

Abréviations

ACS, American College of Surgeons
AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality
AINS, anti-inflammatoire non stéroïdien
AIVT, anesthésie intraveineuse totale
ANI, indice de nociception de l'analgésie
APCP, analgésie péridurale contrôlée par le patient
APT, anesthésie péridurale thoracique
ASA, American Society of Anesthesiologists
BNM, bloqueur neuromusculaire
CDC, Centres for Disease Control and Prevention
COX2, cyclo-oxygénase-2
CUSM, Centre universitaire de santé McGill
DC, débit cardiaque
DSH, durée du séjour hospitalier/à l'hôpital
ÉGS, évaluation globale subjective
ESC, Excellence en santé Canada
FiO2, fraction d'oxygène inspiré
HADS, échelle hospitalière de mesure de l'anxiété et de la dépression
HFPM, héparine de faible poids moléculaire
IA, infirmière autorisée, infirmier autorisé
ICC, insuffisance cardiaque congestive
ICSP, Institut canadien pour la sécurité des patients
ISO, infection du site opératoire
ITV, intégrale temps-vitesse
IV, intraveineux
LJP, lever de jambes passif
NE, nutrition entérale
NOL, indice du niveau de nociception
NP, nutrition parentérale
NPO, nil per os : rien dans la bouche
NPP, nutrition parentérale périphérique
NVPO, nausées et vomissements postopératoires
OCDN, Outil canadien de dépistage nutritionnel
OMS, Organisation mondiale de la Santé
PCO2, dioxyde de carbone de fin d'expiration
PMI, préparation mécanique de l'intestin
PO, par la bouche
PRN, au besoin, selon le cas
PSE, perte sanguine estimée
RAAC, Récupération améliorée après la chirurgie
ROC, Récupération optimisée Canada
RV, Remplissage vasculaire
SNO, supplément nutritif oral
TAG, trouble d'anxiété généralisé
TAP, plan abdominal transverse
TAP sous-costal, plan abdominal transverse sous-costal
TD, tension différentielle
TEV, thromboembolie veineuse
THS, traitement hormonal substitutif
TNG, tube nasogastrique
USI, unité de soins intensifs
VES, volume d'éjection systolique
VPD, variation de la pression différentielle

Algorithme d'analgésie

Pré-op

- Évaluer les antécédents médicaux et la médication actuelle du patient.
- Éduquer – Établir les attentes avec le patient.
- Discuter des AINS en fonction du plan chirurgical et des problématiques du patient.
- Commencer l'analgésie multimodale préopératoire : Tylenol PO +/- AINS.
- Au moment de la liste de vérification : Discuter du type de chirurgie (laparoscopique vs ouverte, incision p. ex. médiane ou de Pfannenstiel) et du risque de conversion vers une chirurgie ouverte.

Peropératoire

Chirurgie laparoscopique

- Discuter du risque de conversion vers une chirurgie ouverte.
- Anesthésie générale en tenant compte de l'AIVT (propofol avec moniteur de la profondeur de l'anesthésie) +/- adjuvants (dexmédétomidine IV, kétamine IV, lidocaïne IV).
- Envisager l'ajout de blocs du plan abdominal transverse (TAP) (par voie laparoscopique OU sous orientation échographique), OU infiltration d'anesthésie locale aux points d'entrée de la laparoscopie, selon la taille de l'incision requise.

Chirurgie ouverte

- Envisager la combinaison d'une anesthésie générale + anesthésie rachidienne (p. ex. anesthésique local +/- morphine par injection intrathécale) OU combinaison anesthésie générale + anesthésie péridurale pour les incisions plus importantes ou les patients souffrant d'une maladie pulmonaire chronique importante.
- Envisager une anesthésie générale en tenant compte de l'AIVT (propofol avec moniteur de la profondeur de l'anesthésie) +/- adjuvants (dexmédétomidine IV, kétamine IV, lidocaïne IV).
- Si la péridurale est infructueuse ou contre-indiquée, des blocs TAP OU une perfusion IV continue de lidocaïne est recommandée.

Postopératoire

- Analgésie multimodale incluant des opioïdes pour la douleur aiguë avec +/- de blocs du tronc abdominal (p. ex. bloc TAP), par injection unique ou perfusion continue.
- Une analgésie péridurale contrôlée par le patient (APCP) de 48 à 72 heures peut être envisagée pour les patients avec d'importantes incisions ouvertes. La nécessité d'une APCP doit être réévaluée quotidiennement et le sevrage devrait se faire au moins 24 heures avant la date prévue du congé afin de permettre le passage aux médicaments par voie orale. Essayer de réduire le bloc moteur au minimum pour favoriser la mobilisation précoce des patients.

Collecte de données et mesure

Résumé

Cette ressource a pour but de guider les cliniciens à travers le processus de collecte de données et mesure afin de soutenir la mise en œuvre du cheminement clinique de Récupération optimisée Canada (ROC) en gynécologie. Elle explique entre autres comment identifier votre population cible calculer la taille appropriée de votre échantillon, et déterminer les points de données précis à compiler pour chaque patiente.

Population à l'étude

Il est utile pour les équipes de faire la collecte de données sur les patientes subissant la même chirurgie gynécologique afin de permettre l'agrégation et la comparaison des données. Une telle démarche est possible parce que chaque établissement de soins aigus canadien révise les dossiers des patientes après leur congé de l'hôpital et classe leur chirurgie selon un système de codification universelle.

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) établit la norme nationale pour la déclaration des données sur la morbidité au Canada, et maintient, distribue et appuie la mise en application relative à la CIM-10-CA (la version canadienne de la CIM-10). La Classification canadienne des interventions en santé (CCI) représente la norme nationale pour la classification des interventions en santé.

La CIM-10-CA (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision, Canada) a été élaborée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et élargie par l'ICIS pour les besoins en données canadiennes sur la morbidité. La CCI a été élaborée par l'ICIS pour accompagner la CIM-10-CA. Elle se veut neutre quant au dispensateur de services et au milieu, et peut être utilisée globalement dans l'ensemble des systèmes de santé du Canada.

Collecte de données et mesure

Intervention	Notes pour l'inclusion	Codes de la CIM-10-CA/CCI
Hystérectomie	Chirurgie élective (non urgente) Peut inclure une combinaison d'une ou plusieurs des interventions suivantes : • salpingo-ovariectomie unilatérale • salpingo-ovariectomie bilatérale (SOB) • réparations antérieures, postérieures, paravaginales (mèche, bandelette vaginale sans tension [TVT], fronde, entérocèle) • Salpingectomie • Ovariectomie	1.RM.89.AA, 1.RM.89.CA, 1.RM.89.DA, 1.RM.89.LA
Chirurgie gynécologique de réduction tumorale	Chirurgie élective avec planification OU temps pour cancer confirmé ou suspecté Peut inclure une ou plusieurs des interventions suivantes : • appendicectomie • échantillonnage des ganglions lymphatiques pelviens unilatéral ou bilatéral • salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale • éveinage du diaphragme • hystérectomie • omentectomie infracolique • résection du gros intestin • résection du foie • échantillonnage des ganglions lymphatiques para-aortiques • hystérectomie radicale • résection de l'intestin grêle • splénectomie • omentectomie supracolique • dérivation urinaire • dérivation intestinale • ablation d'une masse rétropéritonéale • cystectomie partielle • gastrectomie partielle • urétéronéocystostomie	1.NV.89.LA 1.RD.89.LA, 1.RD.89.RA 1.RM.91.LA 1.RM.87.LA-GX, 1.RM.87.LA-AK 1.RM.89.LA 1.OT.87.LA 1.NM.87.RN, 1.NM.87.RD, 1.NM.87.RE, 1.NM.87.TF, 1.NM.87.TG , 1.NM.87.WJ 1.NM.89.RN, 1.NM.89.TF, 1.NM.89.WJ 1.NM.91.RN, 1.NM.91.RD, 1.NM.91.RE, 1.NM.91.TF, 1.NM.91.TG 1.OA.87.LA, 1.OA.87.LA 1.NK.77.RQ, 1.NK.77.RR 1.NK.87.DN, 1.NK.87.DP, 1.NK.87.DX, 1.NK.87.DY, 1.NK.87.GB, 1.NK.87.RE, 1.NK.87.RF, 1.NK.87.TF, 1.NK.87.TG, 1.NK.87.WJ 1.OB.87.LA, 1.OB.87.LA-X7, 1.OB.87.LA-W2, 1.OB.87.LA-W3, 1.OB.87.LA-AG, 1.OB.87.LA-XX-E, 1.OB.87.LAXX-N, 1.OB.87.PF, 1.OB.87.PF-X7, 1.OB.87.PF-W2, 1.OB.87.PF-W3, 1.OB.87.PF-AG, 1.OB.87.PF-XX-E, 1.OB.87.PF-XX-N 1.OB.89.LA, 1.OB.89.PF 1.OB.83.LA 1.PG.77.LA 1.PG.76.LA, 1.PG.76.RD-XX-G 1.PM.77.LA-XX-G, 1.PM.77.RR 1.RF.82.LA 1.PM.87.LA 1.NA.87.LB, 1.NA.87.LB-XX-G, 1.NA.87.LB-XX-F, 1.NA.87.QB, 1.NA.87.QB-XX-G, 1.NA.87.QB-XX-F, 1.NA.87.QF, 1.NA.87.QF-XX-G, 1.NA.87.QF-XX-F 1.PG.80.LA, 1.PG.80.LA-XX-E, 1.PG.80.LA-XX-G, 1.PG.80.LD

Collecte de données et mesure

Échantillonnage

Un calcul d'échantillon1 vous est suggéré ci-dessous. Ce calcul recommande le nombre de dossiers de patientes à réviser au cours de la période de référence sélectionnée et des données à compiler de façon continue au cours de la phase de mise en œuvre. Cet échantillonnage a été déterminé en fonction du nombre mensuel de chirurgies gynécologiques.

Taille moyenne de la population mensuelle « N »	*Minimum requis pour l'échantillon « n »*
<20	No sampling; 100% of population required
20 à 100	20
> 100	15 % à 20 % de la taille de la population

Stratégie de collecte de données

Avant de lancer un projet d'amélioration de la sécurité des patients, il est important de déterminer des points de données précis à compiler dans le but de démontrer la réussite du projet. Ces points de données doivent démontrer les changements de processus (indicateurs de processus) et l'impact de ces changements (indicateurs de résultats). Ces points de données doivent être obtenus avant que tout changement soit effectué, puis à des périodes préétablies tout au long de la mise en œuvre afin de refléter l'évolution du projet.

La collecte de données de la période de référence doit être effectuée sur une période de trois (3) mois pour refléter fidèlement les soins chirurgicaux prodigués. On recommande d'effectuer une collecte et une transmission de données mensuelles afin de bien refléter les changements de processus et les améliorations en matière de résultats postopératoires sur les patientes. Les données devraient continuer à être recueillies mensuellement jusqu'à ce que l'équipe ait déterminé qu'un niveau de durabilité a été atteint.

Il est recommandé de recueillir des données portant à la fois sur les indicateurs de résultats que sur les indicateurs de processus.

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Indicateurs de processus

Les programmes de récupération optimisée représentent la mise en œuvre de recommandations fondées sur des données probantes au cours des phases préopératoire, peropératoire et postopératoire. Il existe donc divers indicateurs de processus à compiler tout au long du continuum de soins chirurgicaux afin de veiller au respect de ces recommandations. Les indicateurs de processus évaluent si l'intervention recommandée a été respectée. Par exemple, si un établissement cherche à réduire le résultat d'une infection urinaire postopératoire, il pourrait mesurer le processus de retrait des sondes urinaires.

On anticipe que ces indicateurs de processus proviendront de l'examen manuel du dossier médical, qu'il soit sous format papier ou électronique. Les indicateurs de processus recommandés sont énumérés ci-dessous, et la description complète de chacun d'entre eux figure à l'annexe D.

Phase chirurgicale	Indicateurs de processus
Préopératoire	Consultation en préadmission Dépistage de la malnutrition Recours à une prophylaxie antiémétique** Antibiotiques oraux préopératoires Chimioprophylaxie préopératoire visant à traiter la TEV Permettre l'administration de liquides clairs jusqu'à deux (2) heures avant l'induction Permettre l'administration de maltodextrine jusqu'à deux (2) heures avant l'induction
Peropératoire	Recours à une anesthésie régionale Température de la patiente à la fin de l'intervention ou à son arrivée en salle de réveil Volume de liquide IV administré
Postopératoire	Prise en charge multimodale de la douleur Retrait de la sonde urinaire Interruption de l'administration de liquide IV Date de tolérance de la diète Pesées quotidiennes Première mobilisation postopératoire Date du retrait de la péridurale

**Les dirigeants de Récupération optimisée Canada qui ont écrit les cheminements cliniques de ROC ont émis des recommandations liées à des points de données facultatifs en matière de gestion des liquides et de prise en charge multimodale de la douleur. Si votre site souhaite compiler des renseignements plus précis sur ces aspects des soins, veuillez consulter l'annexe E et le chef de votre équipe clinique pour de plus amples précisions.*

*** Veuillez noter que le recours à une prophylaxie antiémétique lors de la phase peropératoire serait aussi en observance avec les recommandations fondées sur les données probantes de Récupération optimisée.*

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Plusieurs établissements dotés de cheminements cliniques de Récupération optimisée établis à travers le Canada sont également abonnés à une base de données désignée par l'acronyme NSQIP. Le National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP) de l'American College of Surgeons (ACS) est un programme reconnu à l'échelle nationale, ajusté en fonction des risques et fondé sur les résultats visant à mesurer et à améliorer la qualité des soins chirurgicaux. Cette base de données est constituée à partir de définitions normalisées décrivant à la fois les indicateurs de processus et de résultats dans le contexte de programmes de Récupération optimisée. Afin de permettre des comparaisons entre les hôpitaux participant au NSQIP et les hôpitaux n'y participant pas, et avec la permission du programme NSQIP de l'ACS, le projet de ROC a adopté plusieurs de ces définitions afin de veiller au processus de normalisation à travers le Canada. ROC souhaite souligner les contributions de ces programmes NSQIP et Improving Surgical Care in Recovery (ISCR) et remercier l'ACS pour ses efforts visant à uniformiser la compilation de données.

Indicateurs de résultats

Les indicateurs de résultats déterminent si une intervention précise a produit les effets désirés sur le plan clinique, comme la réduction des taux d'infection postopératoire.

Les indicateurs de résultats recommandés sont énumérés ci-dessous, et leur description complète se retrouve ici, à l'annexe D.

- Durée du séjour en soins aigus
- Taux de complications
- Visites à l'urgence dans les 30 jours suivant le congé
- Réadmission dans les 30 jours suivant le congé

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les dossiers de patients sont révisés et codifiés au moment du congé. Cette information est consignée dans la Base de données sur les congés des patients (BDCP), y compris les complications postopératoires, la durée du séjour hospitalier en soins aigus et les réadmissions à l'hôpital. On suggère de communiquer avec le service de gestion de l'information sur la santé (Infocentre) de votre établissement dans le but d'extraire ces données, car cela viendrait réduire de façon significative le temps consacré à la compilation de données, et veiller à l'uniformité des méthodes de compilation d'un site à l'autre. En dotant votre service de gestion de l'information sur la santé de la liste des codes CIM-10-CA/CCI utilisés pour définir la population subissant une chirurgie gynécologique, ce dernier peut déterminer le nombre de chirurgies gynécologiques et les résultats pour les patientes à partir des renseignements ayant déjà été compilés au sein de votre établissement.

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Phase préopératoire

• Consultation en préadmission

Intention de l'indicateur	Saisir **si oui ou non la patiente a fait l'objet d'une consultation avant l'admission** visant à décrire les attentes et les détails du plan de soins postopératoires.
Définition	La consultation en préadmission a pour but de fournir aux patientes des renseignements écrits avant l'admission, expliquant en détail les attentes précises liées au régime alimentaire et à l'hygiène personnelle (prise de bains) en phase préopératoire, et aux exercices de respiration/toux, à la mobilisation et à la progression du régime alimentaire en phase postopératoire.
Critères	Déterminer si la patiente a reçu des directives écrites précises expliquant en détail les attentes et ses responsabilités avant l'intervention chirurgicale, comme : les heures de jeûne, la prise orale de glucides, la prise de douches, et à la suite de la chirurgie (la gestion de la douleur, les exercices de respiration profonde et de toux, les attentes en matière de mobilité, les objectifs de l'apport nutritionnel, les critères en lien avec le congé d'hôpital et la durée attendue du séjour hospitalier). • **Oui** : La patiente a reçu des directives écrites précises • **Non** : La patiente n'a pas reçu de directives écrites précises
Options	• Oui • Non
Scénarios à clarifier (assigner l'indicateur)	• S/O
Scénarios à clarifier (ne PAS assigner l'indicateur)	• S/O
Remarques	(Voir la page suivante.)

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Remarques	Les hôpitaux peuvent satisfaire ces critères en fournissant le dépliant d'éducation des patients de ROC, l'animation precare.ca sur la chirurgie gynécologique ou leurs propres directives du même type abordant des éléments tels que la préparation cutanée préopératoire et le jeûne limité, ainsi que la gestion postopératoire de la douleur et la mobilisation/l'exercice. Ces directives doivent aborder chacun des éléments suivants : • Renseignements préopératoires ◦ Heures de jeûne ◦ Prise orale de glucides ◦ Prise de douches • Renseignements postopératoires ◦ Gestion de la douleur ◦ Exercices de respiration profonde et de toux, attentes en matière de mobilité ◦ Objectifs en lien avec l'apport nutritionnel ◦ Critères en lien avec le congé d'hôpital ◦ Durée attendue du séjour hospitalier

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Phase préopératoire

• Dépistage de la malnutrition

Intention de l'indicateur	Saisir **si oui ou non la patiente a fait l'objet d'un dépistage de malnutrition** afin de déterminer si une intervention visant à optimiser l'état nutritionnel de la patiente est nécessaire avant la chirurgie.
Définition	Le dépistage de la malnutrition fait référence au recours à un outil de dépistage comme l'OCDN visant à évaluer le risque nutritionnel aussitôt que possible, soit au moment de la consultation initiale en chirurgie ou au service de préadmission.
Critères	Déterminer s'il y a eu recours à un outil de dépistage avant l'intervention chirurgicale : • **Oui** : Il y a eu recours à un outil de dépistage de la malnutrition • **Non** : Il n'y a pas eu recours à un outil de dépistage de la malnutrition
Options	• Oui • Non
Scénarios à clarifier (assigner l'indicateur)	• S/O
Scénarios à clarifier (ne PAS assigner l'indicateur)	• S/O
Remarques	L'OCDN pose deux questions : • Au cours des six derniers mois, avez-vous perdu du poids sans avoir essayé de perdre ce poids? • Depuis plus d'une semaine, mangez-vous moins que d'habitude?

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Phase préopératoire

• Recours à une prophylaxie antiémétique

Intention de l'indicateur	Saisir si **oui ou non il y a eu recours à une prophylaxie antiémétique.**
Définition	Les exemples comprennent : • Médicaments antiémétiques (cholinergiques, dopaminergiques [D2], sérotoninergiques [5-HT3] ou histaminergiques); OU • Dexaméthasone; OU • Omission d'oxyde nitreux; OU • AIVT à l'aide de propofol et de rémifentanil.
Critères	Indiquer si une intervention antiémétique préopératoire OU peropératoire a été utilisée : • **Oui** : La patiente a fait l'objet d'interventions antiémétiques préopératoires documentées au cours des 2 heures précédant la chirurgie; OU des interventions antiémétiques peropératoires ont été utilisées • **Non** : Une intervention antiémétique préopératoire ou peropératoire n'a pas été utilisée
Options	• Oui • Non
Scénarios à clarifier (assigner l'indicateur)	• S/O
Scénarios à clarifier (ne PAS assigner l'indicateur)	• S/O
Remarques	

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Phase préopératoire

• Antibiotiques oraux préopératoires

Intention de l'indicateur	Saisir les patientes ayant r**eçu des antibiotiques oraux** avant la chirurgie.
Définition	Les antibiotiques oraux préopératoires comprennent l'érythromycine, la néomycine et le métronidazole.
Critères	• **Oui** : La patiente a reçu des antibiotiques oraux préopératoires au cours des 24 heures précédant la chirurgie • **Non** : La patiente n'a pas reçu d'antibiotiques oraux préopératoires
Options	• Oui • Non
Scénarios à clarifier (assigner l'indicateur)	• S/O
Scénarios à clarifier (ne PAS assigner l'indicateur)	• Assigner un « non » si les antibiotiques prophylactiques ont seulement été administrés par voie intraveineuse au moment de la chirurgie et aucun antibiotique oral n'a été administré au cours des 24 heures précédant la chirurgie. • Assigner un « non » s'il n'y a aucune documentation d'administration d'antibiotiques oraux préopératoires répondant aux critères. • Assigner un « non » si le traitement par antibiotiques oraux préopératoire a été prescrit ou débuté, mais non achevé.
Remarques	• S'il n'y a pas eu de documentation uniforme en lien avec cette information au sein de votre site, nous recommandons d'effectuer un suivi du côté du service de soins infirmiers/chirurgie afin de déterminer si l'intervention a eu lieu et où elle est documentée. • Le but de cet indicateur est de recenser les patientes ayant achevé un traitement par antibiotiques oraux préopératoire. Ceci n'inclut pas les patientes chez qui on a tenté l'intervention, mais qui n'ont pas été en mesure de tolérer ou d'achever le processus. • Si une patiente reçoit d'autres antibiotiques en vue de traiter un autre problème de santé et non pas spécifiquement en prévision de la chirurgie, ne pas assigner cet indicateur.

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Phase préopératoire

• Chimioprophylaxie préopératoire visant à traiter la thromboembolie veineuse (TEV)

Intention de l'indicateur	Saisir si oui ou non la patiente a **reçu une chimioprophylaxie préopératoire visant à traiter la TEV**.
Définition	Les agents chimioprophylaxiques visant à traiter la TEV comprennent l'héparine, l'enoxaparine et le fondaparinux administrés par voie sous-cutanée immédiatement en préopératoire ou en peropératoire. Un risque élevé de saignement constitue une contre-indication à l'administration d'une chimioprophylaxie visant à traiter la TEV. Les patientes présentant un risque élevé de complications hémorragiques constituent une contre-indication à l'administration d'une prophylaxie visant à traiter la TEV. Les patientes à risque élevé de saignement comprennent les patientes présentant : • Une hémorragie gastro-intestinale active, une hémorragie. cérébrale ou un saignement rétropéritonéal. • Un risque de saignement documenté. • Une thrombocytopénie.
Critères	• **Oui** : La patiente a reçu une dose de chimioprophylaxie préopératoire ou peropératoire • **Non** : La patiente n'a pas reçu de dose de chimioprophylaxie préopératoire ou peropératoire • **Non, risque élevé de saignement** : La patiente n'a pas reçu de chimioprophylaxie préopératoire ou peropératoire mais a une contre-indication documentée à recevoir une chimioprophylaxie visant à traiter la TEV (risque élevé de saignement)
Options	• Oui • Non • Non, risque élevé de saignement
Scénarios à clarifier (assigner l'indicateur)	• S/O
Scénarios à clarifier (ne PAS assigner l'indicateur)	• Assigner un « non » si la première dose de chimioprophylaxie visant à traiter la TEV a été administrée en phase postopératoire.
Remarques	

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Phase préopératoire

• Permettre l'administration de liquides clairs jusqu'à deux (2) heures avant l'induction

Intention de l'indicateur	Saisir si oui ou non **la patient a reçu des liquides clairs jusqu'à deux (2) heures avant l'heure de début de la chirurgie**, plutôt que de procéder au jeûne traditionnel après minuit.
Définition	Les liquides clairs font référence à des liquides transparents facilement digérés et comprennent : l'eau, les jus sans pulpe, la limonade, les boissons pour sportifs, le bouillon clair, les boissons gazeuses claires, les sucettes glacées, le thé et le jello. Des lignes directrices alternatives en matière de jeûne doivent être respectées chez les patients considérés comme présentant un risque élevé d'aspiration. Les patients à risque élevé d'aspiration comprennent ceux présentant : • un ralentissement de la vidange gastrique. • une gastroparésie. • une obstruction gastro-intestinale. • une tumeur maligne des voies digestives supérieures . Des lignes directrices alternatives en matière de jeûne doivent être respectées chez les patients ayant des restrictions liquidiennes. Les patients ayant des restrictions liquidiennes comprennent ceux : • sous dialyse. • ayant une ICC.
Critères	Indiquer si oui ou non la patiente a réellement consommé des liquides clairs entre minuit et deux (2) heures avant la chirurgie, plutôt que d'avoir subi le jeûne traditionnel après minuit : • **Oui** : Consommation de liquides clairs à n'importe quel moment entre minuit et deux (2) heures avant la chirurgie • **Non** : Aucune consommation de liquides clairs entre minuit et deux (2) heures avant la chirurgie; consommation de liquides clairs non documentée • **Non, patiente à risque élevé ou sous restriction liquidienne** : La patiente a une des affections affichées ci-dessus
Options	• Oui • Non • Non, patiente à risque élevé ou sous restriction liquidienne
Scénarios à clarifier (assigner l'indicateur)	• Assigner un « oui » s'il y a documentation indiquant que la patiente a consommé des liquides clairs jusqu'à deux (2) heures avant la chirurgie.
Scénarios à clarifier (ne PAS assigner l'indicateur)	• Assigner un « non » si des liquides clairs ont été uniquement utilisés lors de l'administration de médicaments PO.
Remarques	

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Phase préopératoire

• Permettre l'administration de maltodextrine deux (2) heures avant l'induction

Intention de l'indicateur	Saisir si oui ou non la patiente a **consommé de la maltodextrine deux (2) heures avant l'heure de début de la chirurgie.**
Définition	Une dose de 50 g de maltodextrine a été administrée et consommée sur une période d'un maximum de cinq (5) minutes ≥ 2 heures avant l'heure de début de la chirurgie. Critères d'exclusion : • Patientes ayant le diabète de type 1. • Patientes ayant reçu des lignes directrices alternatives en matière de jeûne liées à un risque élevé d'aspiration ou à une restriction liquidienne (se référer à l'indicateur de processus précédent).
Critères	• **Oui** : La patiente a reçu de la maltodextrine ≥ 2 heures avant l'heure de début de la chirurgie • **Non** : La patiente n'a pas reçu de maltodextrine ≥ 2 heures avant l'heure de début de la chirurgie • **Non, critère d'exclusion** : La patiente n'a pas reçu de maltodextrine deux (2) heures avant l'heure de début de la chirurgie à cause d'une contre-indication documentée de consommer la maltodextrine
Options	• Oui • Non
Scénarios à clarifier (assigner l'indicateur)	• Assigner un « oui » si la patiente a reçu une dose de maltodextrine deux (2) heures avant l'heure de début de la chirurgie et a consommé la dose au cours d'un maximum de cinq (5) minutes.
Scénarios à clarifier (ne PAS assigner l'indicateur)	• Assigner un « non » si la maltodextrine a été consommée sur une période > 5 minutes. • Assigner un « non » si la maltodextrine a été consommée > 2 heures avant l'heure de début de la chirurgie.
Remarques	

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Phase peropératoire

• Recours à une anesthésie régionale

Intention de l'indicateur	Saisir si oui ou non une **forme d'anesthésie régionale a été employée** en phase peropératoire afin de maîtriser la douleur postopératoire.
Définition	L'anesthésie régionale comprend l'analgésie épidurale à l'aide d'anesthésiques ou d'opioïdes, l'administration intrathécale (rachidienne) et les blocs du plan transverse de l'abdomen (TAP). • L'administration épidurale thoracique a lieu au niveau T1 à T12 et constitue une perfusion d'anesthésiques ou d'opioïdes (p. ex. bupivacaïne, lidocaïne, mépivacaïne, fentanyl, morphine) administrée dans l'espace épidural visant à maîtriser la douleur au cours et à la suite de la chirurgie. L'analgésie épidurale thoracique est indiquée dans le cas d'une chirurgie ouverte. • L'anesthésie intrathécale (rachidienne) représente une seule dose intrathécale d'opioïdes et/ou d'anesthésiques (p. ex. morphine, fentanyl et/ou lidocaïne, procaïne, ropivacaïne) administrée une fois avant la chirurgie. • Les blocs TAP sont effectués sous orientation échographique et représentent une anesthésie locale par injection (p. ex. ropivacaïne, bupivacaïne) dans l'espace entre les muscles obliques abdominaux et les muscles du plan transverse de l'abdomen visant à anesthésier les nerfs alimentant la paroi abdominale intérieure (T6 à L1). Les blocs TAP sont effectués à la fin de l'intervention et sont indiqués dans le cas d'une chirurgie laparoscopique.
Critères	Indiquer si une forme d'anesthésie régionale a été employée : • **Oui (veuillez indiquer celle qui a été administrée) :** □ anesthésie épidurale thoracique □ anesthésie rachidienne OU □ bloc TAP • **Non :** Aucune des méthodes d'anesthésie régionale ci-dessus n'a été employée
Options	• Oui • Non
Scénarios à clarifier (assigner l'indicateur)	• S/O

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Scénarios à clarifier (ne PAS assigner l'indicateur)	• Une injection sous-cutanée locale directement dans la plaie d'une suspension injectable de bupivacaïne liposome/bupivacaïne/lidocaïne ou le recours à une pompe de perfusion jetable d'anesthésie locale continue n'est pas inclus comme type d'anesthésie régionale.
Remarques	• Voir les exemples de l'algorithme d'analgésie (voir l'annexe B)

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Phase peropératoire

• Température de la patiente à la fin de l'intervention ou à son arrivée à la salle de réveil

Intention de l'indicateur	Saisir si oui ou non la patiente était normothermique à la fin de l'intervention ou à son arrivée à la salle de réveil.
Définition	La normothermie se définit comme étant une température corporelle ≥ 36,0 °C.
Critères	• **Oui** : La température corporelle du patient était égale ou supérieure à 36,0 °C à la fin de l'intervention ou à son arrivée à la salle de réveil • **Non** : La température corporelle du patient était égale ou inférieure à 35,9 °C à la fin de l'intervention ou à son arrivée à la salle de réveil
Options	• Oui • Non
Scénarios à clarifier (assigner l'indicateur)	• S/O
Scénarios à clarifier (ne PAS assigner l'indicateur)	• S/O
Remarques	

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Phase peropératoire

• Volume de liquide IV administré

Intention de l'indicateur	Saisir le **volume de liquide IV administré** en phase peropératoire.
Définition	Les liquides IV comprennent les solutions cristalloïdes et colloïdes.
Critères	• La valeur numérique représentant le volume total de liquide cristalloïde et colloïde administré en IV.
Options	• Toute valeur numérique ≥ 0 ml.
Scénarios à clarifier (assigner l'indicateur)	• S/O
Scénarios à clarifier (ne PAS assigner l'indicateur)	• Ne pas inclure les volumes de produits sanguins.
Remarques	

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Phase postopératoire

• Prise en charge multimodale de la douleur

Intention de l'indicateur	Saisir si oui ou non des **approches de prise en charge multimodale de la douleur** ont été utilisées en phase postopératoire au cours des 48 heures suivant l'heure de fin de la chirurgie.
Définition	La prise en charge multimodale de la douleur fait référence à l'utilisation d'une analgésie non opioïde visant à réduire les effets secondaires liés aux opioïdes. Les stratégies ou médicaments admissibles comprennent deux ou plusieurs des stratégies ou médicaments suivants : • les AINS (y compris l'ibuprofène, le kétorolac et les inhibiteurs de la COX-2). • l'acétaminophène. • les gabapentinoïdes (la gabapentine ou la prégabaline). • la kétamine. • la lidocaïne IV (perfusion). • l'anasthésie régionale (se référer à l'indicateur « Recours à une anesthésie régionale »).
Critères	• Indiquer si une approche multimodale de la prise en charge de la douleur a été utilisée en phase postopératoire. • **Oui** : Deux ou plusieurs des analgésiques énumérés ci-dessus ont été administrés (simultanément) en phase postopératoire au cours des 48 heures suivant l'heure de fin de la chirurgie • **Non** : Deux ou plusieurs des analgésiques énumérés ci-dessus n'ont pas été administrés simultanément en phase postopératoire au cours des 48 heures suivant l'heure de fin de la chirurgie
Options	• Oui • Non
Scénarios à clarifier (assigner l'indicateur)	• S/O
Scénarios à clarifier (ne PAS assigner l'indicateur)	• Les ordonnances PRN pour un médicament unique contre la douleur ne sont pas admissibles.
Remarques	• La combinaison de médicaments opioïdes incluant de l'acétaminophène ne constitue pas une dose d'acétaminophène.

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Phase postopératoire

• Retrait de la sonde urinaire

Intention de l'indicateur	Saisir la **date du retrait de la sonde urinaire à la suite de la chirurgie.**
Définition	Une sonde urinaire est généralement installée au moment de la chirurgie et retirée au cours des 24 premières heures suivant la chirurgie.
Critères	Indiquer la date documentée du retrait de la sonde urinaire ou indiquer si la patiente n'a pas été muni d'une sonde urinaire avant l'intervention. • **Jour 0 postopératoire** : immédiatement à la suite de l'intervention jusqu'à 23 h 59 le jour de la chirurgie. • **Jour 1 postopératoire** : de 00 h 00 le jour suivant la chirurgie jusqu'à 23 h 59. • **Jour 2 postopératoire** : de 00 h 00 deux jours suivant la chirurgie jusqu'à 23 h 59. • **≥ Jour 3 postopératoire** : date documentée du retrait de la sonde urinaire après 00 h 00 au jour 3 postopératoire.
Options	• Jour 0 postopératoire • Jour 1 postopératoire • Jour 2 postopératoire • ≥ Jour 3 postopératoire • S/O
Scénarios à clarifier (assigner l'indicateur)	• Inscrire la date du retrait de la sonde urinaire, même s'il y a présence de rétention urinaire et que la patiente doit faire l'objet d'un cathétérisme intermittent, ou si le cathéter doit être réinséré. • Si la sonde urinaire a été retirée à la fin du cas dans la salle d'opération, entrer la valeur Jour 0 postopératoire. • Si le patient a obtenu son congé de l'hôpital avec une sonde urinaire toujours en place, entrer la valeur ≥ Jour 3 postopératoire.
Scénarios à clarifier (ne PAS assigner l'indicateur)	• S/O
Remarques	

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Phase postopératoire

• Interruption de l'administration de liquide IV

Intention de l'indicateur	Saisir la date de l'**interruption de l'administration de liquides IV de maintien à la suite de la chirurgie.**
Définition	Les liquides IV de maintien sont administrés en fonction d'un débit stable et continu (habituellement de 50 à 150 mL/heure).
Critères	Indiquer la date de l'interruption de l'administration de liquides IV de maintien. • **Jour 0 postopératoire** : immédiatement à la suite de l'intervention jusqu'à 23 h 59 le jour de la chirurgie. • **Jour 1 postopératoire** : de 00 h 00 le jour suivant la chirurgie jusqu'à 23 h 59. • **Jour 2 postopératoire** : de 00 h 00 deux jours suivant la chirurgie jusqu'à 23 h 59. • **≥ Jour 3 postopératoire** : date documentée de l'interruption des liquides IV après 00 h 00 au Jour 3 postopératoire. • **Aucun liquide IV administré en phase postopératoire.**
Options	• Jour 0 postopératoire • Jour 1 postopératoire • Jour 2 postopératoire • ≥ Jour 3 postopératoire • Aucun liquide IV administré en phase postopératoire
Scénarios à clarifier (assigner l'indicateur)	• Entrer la date de l'interruption de l'administration de liquides IV de maintien, même si le patient a reçu des bolus subséquents d'un volume fixe de liquide (p. ex. 500 mL ou 1 000 mL). • Entrer la date de l'interruption de l'administration de liquides IV de maintien, même si l'administration de liquide est reprise par la suite en raison d'un changement de l'état clinique du patient.
Scénarios à clarifier (ne PAS assigner l'indicateur)	• S/O
Remarques	

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Phase postopératoire

• Date de tolérance de la diète

Intention de l'indicateur	Saisir la date à laquelle la patiente a **d'abord toléré une diète.**
Définition	La première date à laquelle la patiente a consommé une diète comportant au moins un repas solide et était en mesure de boire des liquides (800 à 1 000 mL) sans avoir besoin de liquides IV.
Critères	Indiquer la date à laquelle le patient a d'abord toléré une diète. • **Jour 0 postopératoire** : immédiatement à la suite de l'intervention jusqu'à 23 h 59 le jour de la chirurgie. • **Jour 1 postopératoire** : de 00 h 00 le jour suivant la chirurgie jusqu'à 23 h 59. • **Jour 2 postopératoire** : de 00 h 00 deux jours suivant la chirurgie jusqu'à 23 h 59. • **≥ Jour 3 postopératoire** : date documentée du premier moment où la diète est tolérée après 00 h 00 au Jour 3 postopératoire.
Options	• Jour 0 postopératoire • Jour 1 postopératoire • Jour 2 postopératoire • ≥ Jour 3 postopératoire
Scénarios à clarifier (assigner l'indicateur)	• S/O
Scénarios à clarifier (ne PAS assigner l'indicateur)	• S/O
Remarques	• Bien que les vomissements puissent constituer un signe d'intolérance à la diète, ils peuvent être dus à de multiples facteurs, et nous ne disposons pas d'un seuil précis définissant les cas où les vomissements indiquent une intolérance à la diète. La documentation de vomissements sans autre précision ne constitue pas une indication que la patiente n'a pas toléré la diète. Toutefois, si la documentation indique directement que la patiente n'a pas toléré la diète et présentait des vomissements, alors il ne faut pas assigner cet indicateur. • La nourriture solide fait référence à de la nourriture qui n'est pas sous forme liquide ou de purée (p. ex. diète régulière, diète pauvre en résidus, diète pour les cardiaques/diabétiques).

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Phase postopératoire

• Pesées quotidiennes

Intention de l'indicateur	Saisir **si oui ou non la patiente a été pesée au quotidien** en phase postopératoire pour les premières 48 heures après l'intervention (Jour 1 postopératoire et Jour 2 postopératoire) comme une mesure de substitution à la surcharge liquidienne.
Définition	La patiente a été pesée au quotidien à titre de signe vital supplémentaire dans le but d'éviter la surcharge liquidienne.
Critères	Indiquer si la patiente a été pesée au quotidien : • **Oui** : La patiente a été pesée au Jour 1 postopératoire et au Jour 2 postopératoire • **Non** : La patiente n'a pas été pesée au Jour 1 postopératoire et au Jour 2 postopératoire
Options	• Oui • Non
Scénarios à clarifier (assigner l'indicateur)	• S/O
Scénarios à clarifier (ne PAS assigner l'indicateur)	• Si la patiente n'a pas été pesée en phase préopératoire, ne pas assigner cet indicateur. • Si la patiente n'a pas été pesée au Jour 1 postopératoire et au Jour 2 postopératoire, ne pas assigner cet indicateur.
Remarques	• Pour assurer la justesse de la comparaison, toutes les mesures pondérales périopératoires devraient être prises alors que le patient revêt sa jaquette d'hôpital et en utilisant des pèse-personnes calibrés. • Il se peut que certaines patientes ne soient pas en mesure de se rendre au pèse-personne ou de se tenir debout de façon indépendante afin de permettre la lecture précise du poids. Déployer tous les efforts pour placer les patientes immobiles dans des lits d'hôpitaux dotés d'une capacité de lecture de poids.

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Phase postopératoire

• Première mobilisation postopératoire

Intention de l'indicateur	Saisir la date et l'heure de la **première mobilisation de la patiente à la suite de la chirurgie.**
Définition	La mobilisation fait référence à l'ambulation (toute distance ou toute durée), y compris avec l'assistance d'une aide à la mobilisation. Une patiente a été mobilisée si elle exécute l'une des activités suivantes : • Une ambulation de 10 pieds ou plus. • Une ambulation d'une durée de deux (2) minutes ou plus.
Critères	Préciser la première date documentée de l'ambulation de la patiente à la suite de la chirurgie. • **Jour 0 postopératoire** : immédiatement à la suite de l'intervention jusqu'à 23 h 59 le jour de la chirurgi.e • **Jour 1 postopératoire** : de 00 h 00 le jour suivant la chirurgie jusqu'à 23 h 59. • **Jour 2 postopératoire** : de 00 h 00 deux jours suivant la chirurgie jusqu'à 23 h 59. • **≥ Jour 3 postopératoire** : date documentée de la première mobilisation du patient après 00 h 00 au Jour 3 postopératoire.
Options	• Jour 0 postopératoire • Jour 1 postopératoire • Jour 2 postopératoire • ≥ Jour 3 postopératoire
Scénarios à clarifier (assigner l'indicateur)	• S/O
Scénarios à clarifier (ne PAS assigner l'indicateur)	• Se tenir debout au chevet. • Se rendre à la chaise.
Remarques	

Indicateurs liés aux processus et aux résultats

Indicateurs de résultats

**Veuillez noter que toutes les définitions ci-dessous proviennent des Normes canadiennes de codification et s'appliquent à tous les ensembles de données transmises à la Base de données sur les congés des patients (BDCP).*

Indicateur de résultat	Définition
Durée du séjour hospitalier en soins aigus	La durée du séjour hospitalier (DDS ou DSH) en soins aigus représente la durée du séjour calculée moins le nombre de jours d'hospitalisation à un autre niveau de soins (ANS). Le terme ANS désigne un patient qui occupe un lit dans un établissement, mais qui ne nécessite pas l'intensité des ressources/services fournis dans ce contexte de soins.
Taux de complications	Complication : Un symptôme (ou une affection) post-interventionnel qui n'est pas attribuable à une autre cause survenant au cours d'un épisode de soins ininterrompu et continu et qui se manifeste dans les 30 jours suivant l'intervention, ou il y a documentation d'un lieu de cause à effet, sans égard à la chronologie. *Veuillez noter que la période de 30 jours ne s'applique pas lorsqu'un patient a obtenu son congé d'hôpital. Cela est considéré comme étant une interruption de l'épisode de soins. En termes clairs, les complications postopératoires survenant après le congé ne sont pas enregistrées. Le taux de complications se calcule de la façon suivante : $\frac{\text{nombre de patients ayant subi une complication}}{\text{nombre total de patients ayant subi une chirurgie}}$
Visites à l'urgence au cours des 30 jours suivant le congé d'hôpital	Les patientes ayant obtenu leur congé d'hôpital d'un établissement de soins actifs à la suite d'une chirurgie, mais qui se sont de nouveau présentées à l'urgence au cours des 30 jours suivant le congé. * Veuillez noter qu'il se peut que l'accès aux renseignements portant sur les patientes ayant visité l'urgence soit limité en dehors de l'autorité de santé régionale.
Réadmission au cours des 30 jours suivant le congé d'hôpital	Les patientes ayant obtenu leur congé d'hôpital d'un établissement de soins aigus à la suite d'une chirurgie, mais qui ont été réadmis à un établissement de soins aigus au cours des 30 jours suivant le congé. * Veuillez noter qu'il se peut que l'accès aux renseignements portant sur les patientes ayant été réadmises soit limité en dehors de l'autorité de santé régionale.

Indicateurs facultatifs de processus

Indicateurs facultatifs liés à la gestion des liquides		
Nom de l'indicateur		
Solution équilibrée restreinte en chlorure	Intention de l'indicateur	Saisir si oui ou non les solutions IV administrées comme perfusion de maintien soient isotoniques et restreintes en chlorure.
	Définition	Toute solution IV administrée ayant une osmolarité physiologique et une concentration de solutés très semblable au plasma. • Les exemples de solutions équilibrées restreintes en chlorure comprennent : Lactate Ringer et Plasma-lytes. • Exemple de solution non équilibrée : Na+Cl- 0,9 % (normal salin).
	Critères	Indiquer si oui ou non les solutions IV administrées comme une perfusion de maintien étaient isotoniques et restreintes en chlorure. • **Oui** : Si la patiente a reçu des solutions IV qui étaient isotoniques ET restreintes en chlorure • **Non** : Si la patiente a reçu des solutions IV qui n'étaient pas isotoniques ET non restreintes en chlorure
	Options	• Oui • Non
Durée de la chirurgie	Intention de l'indicateur	Saisir le temps requis pour effectuer l'intervention.
	Définition	Le temps écoulé entre l'incision de la peau et la fermeture de la peau.
	Critères	Temps requis pour effectuer la chirurgie.
	Options	Temps écoulé exprimé en minutes.
Équilibre liquidien	Intention de l'indicateur	Saisir l'équilibre liquidien de la patiente.
	Définition	Différence absolue entre l'apport et l'élimination des liquides (pertes mesurables). Apport incluant : tout liquide IV administré, produit sanguin. Élimination incluant : débit urinaire, perte sanguine estimée, autres pertes (p. ex. perte gastro-intestinale).
	Critères	L'équilibre liquidien est calculé en soustrayant le total des débits du total des apports.
	Options	L'équilibre liquidien (négatif ou positif) exprimé en ml ou L.

Indicateurs facultatifs de processus

Indicateurs facultatifs liés à la gestion des liquides (suite)		
Nom de l'indicateur		
Surveillance hémodynamique avancée	Intention de l'indicateur	Saisir si oui ou non une surveillance hémodynamique avancée a été utilisée au cours de l'intervention.
	Définition	Une évaluation en série de variables hémodynamiques qui comprennent, sans s'y limiter, le DC, le VES, la résistance vasculaire systémique et les indicateurs dynamiques (p. ex. la variation de la pression différentielle, la variation du VES). Le rythme cardiaque et la surveillance de la tension artérielle (invasive ou non invasive) ne sont pas considérés comme de la surveillance avancée.
	Critères	Indiquer si un moniteur de surveillance hémodynamique avancée a été utilisé au cours de l'intervention : • **Oui** : Un moniteur de surveillance hémodynamique avancée a été utilisé au cours de l'intervention • **Non** : Un moniteur de surveillance hémodynamique avancée n'a pas été utilisé au cours de l'intervention
	Options	• Oui • Non
Recours à des pompes volumétriques	Intention de l'indicateur	Saisir si oui ou non des pompes volumétriques ont été utilisées pour administrer des liquides IV comme perfusion de maintien afin de s'assurer que les liquides IV soient administrés dans des quantités contrôlées.
	Définition	Les pompes volumétriques étaient utilisées pour l'administration de liquides IV comme perfusion de maintien.
	Critères	• Indiquer si une pompe volumétrique a été utilisée au cours de l'intervention : • **Oui** : Une pompe volumétrique a été utilisée au cours de l'intervention pour administrer des liquides IV • **Non** : Une pompe volumétrique n'a pas été utilisée au cours de l'intervention pour administrer des liquides IV
		• Oui • Non

Indicateurs facultatifs de processus

Indicateurs facultatifs liés à la prise en charge multimodale de la douleur		
Nom de l'indicateur		
Ouverte ou laparoscopique	Intention de l'indicateur	Saisir si la chirurgie gynécologique effectuée était ouverte ou laparoscopique.
	Définition	Une intervention ouverte implique une large incision chirurgicale dans l'abdomen (souvent une incision médiane verticale). Une intervention laparoscopique implique de nombreuses incisions plus petites et l'utilisation d'un laparoscope.
	Critères	Préciser si la patiente a subi une intervention ouverte ou laparoscopique. • **Ouverte** : La patiente a subi une intervention chirurgicale ouverte. • **Laparoscopique** : La patiente a subi une intervention chirurgicale laparoscopique +/- une incision de Pfannenstiel.
	Options	• Oui • Non
Anesthésie épidurale	Intention de l'indicateur	Saisir si oui ou non une anesthésie épidurale a été utilisée.
	Définition	Une anesthésie épidurale thoracique a été administrée entre les niveaux T9 et T12 et constitue une perfusion d'anesthésiques ou d'opioïdes (p. ex. bupivacaïne, lidocaïne, mépivacaïne, fentanyl, morphine) injectée dans l'espace épidural pour la maîtrise de la douleur au cours d'une chirurgie. L'anesthésie épidurale est recommandée dans le cas de chirurgies ouvertes, de chirurgies accompagnées d'un risque élevé de conversion d'une intervention laparoscopique à une intervention ouverte, et chez les patientes présentant un risque élevé de complications pulmonaires.
	Critères	Préciser si la patiente a reçu une anesthésie épidurale : • **Oui** : La patiente a reçu une anesthésie épidurale • **Non** : La patiente n'a pas reçu d'anesthésie épidurale
		• Oui • Non

Indicateurs facultatifs de processus

Indicateurs facultatifs liés à la prise en charge multimodale de la douleur (suite)		
Nom de l'indicateur		
Blocs du tronc nerveux peropératoires	Intention de l'indicateur	Saisir si oui ou non la patiente a reçu des blocs du tronc nerveux peropératoires.
	Définition	Les blocs du tronc nerveux sont effectués sous orientation échographique et représentent une injection d'anesthésie locale (p. ex. ropivacaïne, bupivacaïne) visant à anesthésier les nerfs alimentant la paroi abdominale antérieure (T6 à L1). Les blocs du tronc nerveux peropératoires sont recommandés dans le cas de chirurgies laparoscopiques et sont administrés soit en : • Dose unique : Plan transverse de l'abdomen, gaine du muscle grand droit, rachianesthésie +/- opioïdes, infiltration dans la plaie. • Bloc continu : Cathéter implanté dans le plan transverse de l'abdomen/la gaine du muscle grand droit, cathéter pré-péritonéal d'infiltration dans la plaie.
	Critères	Préciser si oui ou non la patiente a reçu des blocs du tronc nerveux peropératoires : • **Oui** : La patiente a reçu une dose unique : plan transverse de l'abdomen, gaine du muscle grand droit, rachianesthésie, infiltration de la plaie OU bloc continu : cathéter implanté dans le plan transverse de l'abdomen/la gaine du muscle grand droit, cathéter péritonéal d'infiltration dans la plaie • **Non** : La patiente n'a pas reçu de dose unique : plan transverse de l'abdomen, gaine du muscle grand droit, rachianesthésie, infiltration dans la plaie OU bloc continu : cathéter implanté dans le plan transverse de l'abdomen/la gaine du muscle grand droit, cathéter péritonéal d'infiltration dans la plaie
	Options	• Oui • Non

Indicateurs facultatifs de processus

Indicateurs facultatifs liés à la prise en charge multimodale de la douleur (suite)		
Nom de l'indicateur		
Analgésiques et adjuvants multimodaux peropératoires	Intention de l'indicateur	Saisir si oui ou non la patiente a reçu des analgésiques ou des adjuvants multimodaux peropératoires.
	Définition	Minimiser l'analgésie opioïde vient réduire les effets indésirables associés à l'utilisation d'opioïdes durant et après la chirurgie. Des exemples d'adjuvants comprennent les perfusions de lidocaïne, de kétamine, +/- sulfate de magnésium, +/- clonidine ou dexmédétomidine.
	Critères	Indiquer si des analgésiques ou des adjuvants multimodaux ont été utilisés : • **Oui** : La patiente a reçu par perfusion intraveineuse soit de la lidocaïne, de la kétamine, du sulfate de magnésium, de la clonidine OU de la dexmédétomidine en phase peropératoire • **Non** : La patiente n'a pas reçu par perfusion intraveineuse soit de la lidocaïne, de la kétamine, du sulfate de magnésium, de la clonidine OU de la dexmédétomidine en phase peropératoire
	Options	• Oui • Non
Utilisation peropératoire de moniteurs de nociception	Intention de l'indicateur	Saisir si oui ou non des moniteurs de nociception ont été utilisés en phase peropératoire.
	Définition	Un dispositif utilisé pour surveiller la réponse du système sympathique à des stimuli chirurgicaux nocifs.
	Critères	Indiquer si un moniteur de nociception a été utilisé : • **Oui** : Un moniteur de nociception a été utilisé • **Non** : Un moniteur de nociception n'a pas été utilisé
		• Oui • Non

Collecte de données et mesure

1. Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). Prévention des infections du site opératoire; Trousse de départ. https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/Documents/Interventions/Infections%20du%20site%20op%C3%A9ratoire/ISO%20Trousse%20En%20avant.pdf Accédé 25 février 2019.

2. Gustaffson UO, Hausel J, Thorell A, Ljungqvist O, Soop M, Nygren J. Adherence to the enhanced recovery after surgery protocol and outcomes after colorectal cancer surgery. *ArchSurg*. 2011;146(5):571-7.

Gabarit pour l'ensemble d'ordonnances médicales

Ordonnances de médicaments préopératoires pour une récupération améliorée après une intervention chirurgicale gynécologique

Nom de la patiente	
Nº d'assurance-maladie	
Date de naissance	

Allergies

Clinique préopératoire

- ☐ **Les patientes subissant une chirurgie gynécologique élective ne devraient pas recevoir de préparation intestinale**. Dans le cas des interventions complexes où une résection du côlon peut être nécessaire parallèlement à l'intervention gynécologique, il convient d'envisager une PMI et des antibiotiques par voie orale.
- ☐ Une surcharge glucidique de routine immédiatement en période préopératoire est recommandée, bien qu'il n'y ait pas de consensus concernant la formulation et le schéma posologique optimaux.

Jour de l'intervention chirurgicale

- ☐ 50 g de maltodextrine consommée sur une période de cinq (5) minutes, deux (2) heures avant l'intervention chirurgicale (excluant certaines populations de patients – se référer au cheminement clinique de la gestion des liquides).
- ☐ Antibiotiques administrés par voie intraveineuse dans les 60 minutes précédant l'incision
- ☐ Thromboprophylaxie pharmacologique avec HFPM.
- ☐ 1 x dose préopératoire d'acétaminophène et un AINS, tel que du célécoxib ou de l'ibuprofène, à moins de contre-indications.

Si tolérance aux opioïdes :

- ☐ Posologie habituelle d'opioïdes.
- ☐ Gabapentanoïdes.

Gabarit pour l'ensemble d'ordonnances médicales

Ordonnances de médicaments préopératoires pour une récupération améliorée après une intervention chirurgicale gynécologique

Nom de la patiente	
Nº d'assurance-maladie	
Date de naissance	

Allergies

Clinique chirurgicale ou bureau du chirurgien

- ☐ Évaluation préopératoire approfondie fondée sur des données probantes, y compris l'état cardiorespiratoire, la fragilité, le risque de thrombose et de saignement, le diabète, etc.

L'éducation de la patiente et de sa famille sur les points suivants :

  - ☐ L'atteinte des étapes jalons et le rôle de la patiente dans le processus de convalescence
  - ☐ Les critères liés au congé d'hôpital.
  - ☐ Les étapes jalons de l'alimentation et de l'intervention chirurgicale – apport alimentaire adéquat, optimisation de l'état nutritionnel, hydratation.
  - ☐ La mobilisation précoce et progressive après l'intervention chirurgicale et les conséquences négatives de l'immobilité.
  - ☐ L'analgésie multimodale (pour réduire la prise d'opioïdes) – attentes et modalités relatives à la gestion de la douleur, risques des opioïdes, analgésie optimale pour une récupération fonctionnelle, transition vers les analgésiques oraux.

- ☐ Dépistage du risque nutritionnel (p. ex. l'OCDN) :
  - ☐ Si la patiente est susceptible de souffrir de malnutrition, une demande de consultation doit être envoyée au diététiste pour une évaluation de la patiente.
  - ☐ Si le ou la diététiste dépiste la malnutrition, un plan de traitement individualisé doit être commencé aussitôt.
- ☐ Identifier les fumeuses et les buveuses présentant un risque élevé sur la base de la déclaration volontaire :
  - ☐ Sensibiliser la personne à s'abstenir de fumer et de boire de l'alcool pendant quatre (4) semaines.
  - ☐ Proposer, s'il y a lieu, un programme d'intervention.
- ☐ Essayer de corriger l'anémie au besoin.

Gabarit pour l'ensemble d'ordonnances médicales

Ordonnances de médicaments préopératoires pour une récupération améliorée après une intervention chirurgicale gynécologique

Nom de la patiente	
Nº d'assurance-maladie	
Date de naissance	

Allergies

Clinique préopératoire

- ☐ Si elle n'a pas encore été réalisée, procéder à une évaluation préopératoire approfondie. fondée sur des données probantes, y compris l'état cardiorespiratoire, la fragilité, le risque de thrombose et de saignement, le diabète, etc.
- ☐ Dépistage des troubles anxieux (p. ex. GAD-7, ÉHAD/HADS).
- ☐ Dépistage de la tolérance aux opioïdes. Recueillir le schéma thérapeutique détaillé.
- ☐ Dépistage des facteurs de risque de NVPO (système de cotation d'Apfel).

Consignes sur le jeûne préopératoire :

- ☐ Il faut encourager les patientes à prendre un repas normal la veille de la chirurgie et une collation légère jusqu'à six (6) heures avant l'anesthésie (si aucune PMI n'est requise); et à boire des liquides clairs jusqu'à deux (2) heures avant l'induction de l'anesthésie. On entend par collation légère un repas sans gras comme du pain grillé.
- ☐ Si la patiente présente un risque accru d'aspiration, prolongation des restrictions alimentaires.
- ☐ Rôle des boissons sucrées préopératoires.
- ☐ Séquelles possibles d'un jeûne préopératoire prolongé.

- ☐ Évaluation de l'éducation de la patiente et de sa famille selon les renseignements fournis à la clinique ou au bureau du chirurgien.
- ☐ Directives relatives au bain avec du savon ordinaire ou à base de chlorhexidine la veille ou le matin de l'intervention.
- ☐ Une approche multimodale de la gestion de la douleur comportant des stratégies actives visant à réduire au minimum l'utilisation des opioïdes durant toutes les phases de soins périopératoires devrait être proposée.

Gabarit pour l'ensemble d'ordonnances médicales

Ordonnances de médicaments préopératoires pour une récupération améliorée après une intervention chirurgicale gynécologique

Nom de la patiente	
Nº d'assurance-maladie	
Date de naissance	

Allergies

Jour de l'intervention chirurgicale

- ☐ Il faut encourager les patientes à prendre un repas normal la veille de la chirurgie et une collation légère jusqu'à six (6) heures avant l'anesthésie (si aucune PMI n'est requise); et à boire des liquides clairs jusqu'à deux (2) heures avant l'induction de l'anesthésie.
- ☐ Utilisation d'un dispositif de compression pneumatique intermittente.
- ☐ Mesure du poids de la patiente alors qu'elle porte la jaquette.

Au bloc opératoire

- ☐ Au moment de passer à la liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire, l'équipe multidisciplinaire devrait discuter du type d'intervention chirurgicale, du risque d'ouverture (si applicable), de l'emplacement et de la longueur des incisions et des possibles complications.

<u>Gestion des liquides</u>

- ☐ Maintien de l'équilibre hydrique par voie intraveineuse avec une solution cristalloïde, par pompe volumétrique, pour assurer l'homéostasie hydrique et électrolytique dans le but d'obtenir un équilibre liquidien positif de 1,5 à 2,0 L à la fin de l'intervention chirurgicale (6 à 8 ml/kg/h).
- ☐ Thérapie volémique ciblée visant le remplacement de la perte intravasculaire :
  - ☐ Remplacer la perte de liquides par des cristalloïdes ou des colloïdes et déterminer la quantité absolue en fonction de la réponse hémodynamique.
  - ☐ Les patientes à risque élevé ou subissant une intervention chirurgicale majeure associée à de grandes pertes sanguines ou à des changements de l'équilibre hydrique devraient faire l'objet d'une surveillance hémodynamique approfondie (variation du VES, variation de la TD, VES, DC, ITV et PCO2).
  - ☐ Remplacer les pertes urinaires et la perte gastro-intestinale (si mesurable) par une solution équilibrée de cristalloïdes.

<u>Gestion de la douleur</u>

- ☐ En présence d'anxiété, prescrire une dose unique d'anxiolytique à action rapide à administrer avant l'installation de la péridurale.

Pour la chirurgie laparoscopique :

- ☐ Anesthésie générale avec possibilité d'AIVT (propofol IV avec moniteur de la profondeur de l'anesthésie).

Gabarit pour l'ensemble d'ordonnances médicales

Ordonnances de médicaments préopératoires pour une récupération améliorée après une intervention chirurgicale gynécologique

Nom de la patiente	
Nº d'assurance-maladie	
Date de naissance	

Allergies

- ☐ Adjuvants à l'AIVT à prendre en considération :
  - Dexmédétomidine 0,3 à 0,7 mcg/kg/h par voie intraveineuse (avec ou sans dose de charge de 1 mcg/kg/h sur une période de 10 minutes).
  - Kétamine 25 à 100 mcg/kg/h.
  - Lidocaïne 0,5 à 1,5 mg/kg/h (seulement si des techniques d'analgésie régionale ou péridurale ne sont pas employées).
- ☐ Des agents anesthésiques à action rapide (p. ex. sévoflurane, desflurane, protoxyde d'azote) devraient être utilisés si une AIVT n'est pas effectuée.
- ☐ Des techniques d'analgésie régionale devraient être envisagées :
  - Une seule injection ou une perfusion continue via cathéter : plan abdominal transverse (TAP), gaine des grands droits ou infiltration de la plaie avec des anesthésiques locaux.

Pour les chirurgies ouvertes :

- ☐ Anesthésie générale avec possibilité d'AIVT.
- ☐ Une anesthésie rachidienne (anesthésie locale +/- injection intrathécale de morphine) peut être utilisée en association avec l'anesthésie générale pour les chirurgies ouvertes sous-ombilicales.
- ☐ Envisager une anesthésie générale et péridurale combinée pour les incisions plus importantes ou chez les patientes souffrant d'une maladie pulmonaire chronique importante affectant leur capacité fonctionnelle ou ayant des antécédents de douleur chronique importante.
  - Si la péridurale est infructueuse ou contre-indiquée, il faut alors envisager des blocs TAP ou une perfusion IV continue de lidocaïne.

Prophylaxie de la TEV

- ☐ Une chimioprophylaxie postopératoire devrait débuter dans les 24 heures suivant la chirurgie, à moins d'une contre-indication chirurgicale.
- ☐ Une prophylaxie prolongée avec HFPM devrait être envisagée, avec possibilité de prolonger la durée (4 semaines) chez les patientes à haut risque selon les critères de du Collège américain de médecine thoracique (ACCP).
- ☐ Compression pneumatique intermittente.

Gestion des nausées

Utilisation du système de cotation d'Apfel :

- ☐ Pour les patientes présentant 1 à 2 facteurs de risque, utiliser deux (2) médicaments en association avec des antiémétiques de première ligne (p. ex. antagonistes de la dopamine, antagonistes de la sérotonine et corticostéroïdes).
- ☐ Pour les patientes avec ≥ 2 facteurs de risque, recourir à une prophylaxie multimodale des NVPO.

Gabarit pour l'ensemble d'ordonnances médicales

Ordonnances de médicaments préopératoires pour une récupération améliorée après une intervention chirurgicale gynécologique

Nom de la patiente	
Nº d'assurance-maladie	
Date de naissance	

Allergies

Gestion de la douleur

- ☐ Acétaminophène 1 000 mg PO toutes les six (6) heures (jusqu'à un maximum de 4 000 mg en 24 h, tous produits confondus).
- ☐ AINS x 72 h (le risque de fuite anastomotique chez les patientes oncologiques peut exclure l'utilisation d'AINS).
- ☐ Si les médicaments non opioïdes ne suffisent pas à soulager la douleur, administrer des opioïdes.
- ☐ En cas d'administration intraveineuse ou sous-cutanée d'opioïdes, effectuer un dosage pour déterminer le dosage efficace minimal d'opioïdes.

Si la patiente tolère les opioïdes :

- ☐ Poursuivre la prise préopératoire d'opioïdes.
- ☐ Se référer aux services de gestion de la douleur aiguë.

Si une péridurale est pratiquée avant l'entrée dans la salle d'opération (p. ex. large incision, risque élevé de complications pulmonaires ou douleur chronique) :

- ☐ Bupivacaïne (0,05 %) +/- opioïdes à faible dose (p. ex. fentanyl 2 mcg/ml ou morphine 5 à 10 mcg/ml) selon un débit de 5 à 14 ml/h. Ajuster le débit pour optimiser l'analgésie et minimiser le blocage moteur.
- ☐ De faibles doses d'opioïdes peuvent être ajoutées à la péridurale (p. ex. fentanyl 2 mcg/mL ou morphine 5 à 10 mcg/mL); débit entre 5 et 14 ml/h basé sur la concentration anesthésique locale utilisée dans la solution.
- ☐ Si elle est utilisée, l'APT devrait être réévaluée quotidiennement, et la patiente devrait être sevrée 24 heures avant le moment prévu de son congé afin d'assurer une transition sans heurt vers les analgésiques oraux.

Si une péridurale n'a pas été pratiquée avant l'entrée dans la salle d'opération, on peut envisager :

- ☐ Une seule injection ou perfusion continue au niveau du bloc du tronc abdominal.
- ☐ Administration en continu de lidocaïne par voie intraveineuse pour les 24 à 48 premières. heures postopératoires ou perfusion IV de kétamine à faible dose
- ☐ Infiltration continue de la plaie (si la lidocaïne n'est pas utilisée).

Gabarit pour l'ensemble d'ordonnances médicales

Ordonnances de médicaments préopératoires pour une récupération améliorée après une intervention chirurgicale gynécologique

Nom de la patiente	
Nº d'assurance-maladie	
Date de naissance	

Allergies

Bilan comparatif des médicaments pris à domicile par la patiente

- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

Renseignements à l'admission

- ☐ Unité d'admission: _____ ☐ Médecin : _____
- ☐ Diagnostic : _____
- ☐ Durée de séjour prévue : _____

Consultations

- ☐ Diverses spécialités médicales, selon ce qui est cliniquement approprié
- ☐ Diverses disciplines connexes de la santé, selon ce qui est cliniquement approprié
- ☐ Autre : _____

Diète et nutrition

- ☐ Encourager la prise de liquides par voie orale dès l'admission à l'unité de chirurgie (minimum de 25 à 30 ml/kg/jour).
- ☐ Progression alimentaire selon la tolérance, offrir des aliments solides au moins au Jour 1 postopératoire.
- ☐ Autosurveillance de la consommation alimentaire par la patiente.
- ☐ SNO à haute teneur en protéines (60 ml) administré avec la médication jusqu'à quatre (4) fois par jour.
- ☐ Si la patiente consomme moins de 50 % de ses repas pendant 72 h, envoyer une demande de consultation au diététiste.

Si la patiente est identifiée comme étant malnutrie avant l'admission :

- ☐ Diète riche en protéines et en énergie.
- ☐ Consultation avec le ou la diététiste.

- ☐ Autre: _____

Gabarit pour l'ensemble d'ordonnances médicales

Ordonnances de médicaments préopératoires pour une récupération améliorée après une intervention chirurgicale gynécologique

Nom de la patiente	
Nº d'assurance-maladie	
Date de naissance	

Allergies

Activité

- ☐ Encourager la mobilisation précoce de la patiente pendant son hospitalisation.
- ☐ Exercices de respiration profonde et de toux.
- ☐ Exercices de pompage du pied et de la cheville et des quadriceps toutes les heures en période d'éveil.
- ☐ Jour 0 postopératoire, se déplacer pour s'asseoir ou marcher sur une courte distance avec l'aide du personnel de l'unité.
- ☐ Dès le Jour 1 postopératoire, délaisser le lit le plus possible selon la tolérance et prendre une marche dans l'unité au moins trois (3) fois par jour.
- ☐ Si la mobilité est réduite, demander une consultation avec le service de physiothérapie.
- ☐ Autre: _____.

Surveillance des signes vitaux / Monitorage

- ☐ Surveillance de la température, de la fréquence cardiaque, de la fréquence respiratoire, de la pression artérielle et de la saturation en oxygène conformément aux politiques de l'établissement.
- ☐ Équilibre liquidien, y compris la prise orale de liquides, conformément aux politiques de l'établissement.
- ☐ Maintien de la glycémie entre 6 et 10 mmol/L.
- ☐ Pesée quotidienne au Jour 1 postopératoire et au Jour 2 postopératoire.
- ☐ Autre: _____

Cathétérisme urinaire

- ☐ Cathéter urinaire pour un drainage par gravité.
- ☐ Retirer la sonde urinaire immédiatement après une chirurgie gynécologique à effraction minimale, ou dans les 6 heures suivant une hystérectomie abdominale sans complications.
- ☐ Les sondes urinaires doivent être retirées au Jour 1 postopératoire après une chirurgie de réduction tumorale pour des tumeurs malignes gynécologiques en l'absence d'indications spécifiques pour une utilisation prolongée de la sonde urinaire (p. ex. résection partielle de la vessie).
- ☐ Si le drainage ne fonctionne pas, envisager d'effectuer des cathétérismes intermittents avec chirurgie élective.
- ☐ Autre: _____

Gabarit pour l'ensemble d'ordonnances médicales

Ordonnances de médicaments préopératoires pour une récupération améliorée après une intervention chirurgicale gynécologique

Nom de la patiente	
Nº d'assurance-maladie	
Date de naissance	

Allergies

Examens de laboratoire

☐ Selon les besoins de la patiente déterminés par les antécédents et le tableau clinique.

Soins des plaies

☐ Suivi postopératoire des pansements et changements selon les politiques de l'établissement.

☐ Autre : _____

Thérapie intraveineuse

☐ Interrompre l'administration IV continue de liquides à la fin de l'intervention, ou au moins au Jour 1 postopératoire, lorsque la patiente tolère les liquides par voie orale et en l'absence de signes physiques de déshydratation ou d'hypovolémie.

☐ Avant l'administration IV en bolus de liquides, tenir compte de toutes les causes possibles d'anomalies cliniques (p. ex. hypotension, tachycardie, oligurie).

☐ Si la patiente est susceptible de répondre favorablement à une perfusion, un bolus liquidien de 5 ml/kg de fluides isotoniques peut être administré par voie intraveineuse pendant 15 à 30 minutes.

☐ Si la patiente ne tolère pas la prise de liquides par voie orale, initier une perfusion d'entretien de 1,5 ml/kg/h de liquides IV, et réévaluer régulièrement.

☐ Autre : _____

Autres ordonnances médicales

☐ _____

☐ _____

☐ _____

☐ _____

☐ _____

☐ _____

☐ _____

Récupération
OPTIMISÉE
Canada™