

Quand un patient est-il «prêt pour le transfert»?

Résultats d'une étude pré-test / post-test en salle de réveil après une chirurgie ORL

Benjamin Albiez

Il n'y a pas de «règle d'or» fondée sur des preuves pour déterminer le meilleur moment pour passer de la salle de réveil au service.

Une évaluation peut-elle aider à assurer un transfert sécuritaire et à réduire le temps passé dans la salle de réveil? Cette question est au centre d'une étude actuelle.

Après son opération, Monsieur N. est arrivé en salle de réveil à 8 h 35. Deux heures environ se sont maintenant écoulées. L'état du patient est stable. Il n'y a pas eu de complications. Rien n'empêche donc Monsieur N. d'être transféré dans le service. Mais tous les spécialistes qui travaillent en salle de réveil connaissent le problème: le transfert en fonction du temps passé en salle de réveil est souvent une «règle non écrite». Elle peut se lire comme suit: Les patients sont «prêts pour leur transfert» lorsqu'une période définie sous surveillance s'est écoulée. L'aptitude au transfert n'est donc pas basée sur l'état individuel du patient, mais sur une valeur de temps fixe. Les conséquences d'une telle approche sont bien connues: salles de réveil surpeuplées aux heures de pointe, capacités d'accueil limitées, temps d'attente et lenteur des procédures.

Il existe pourtant des instruments d'évaluation fondés sur des données probantes pour déterminer l'état d'aptitude au transfert. Dans la pratique clinique, cependant, il n'y a pas de «règle d'or». Revell et coll. (1) ont reconnu ce problème dans leur hôpital. Dans le cadre d'un projet de développement de qualité, ils ont mis en œuvre une analyse factuelle pour évaluer la préparation au transfert des patients en salle de réveil et ainsi la réglementer de manière objective, uniforme et basée sur les patients. Dans une étude pré-test / post-test, les auteurs se sont demandés si cette évaluation pouvait être utilisée dans la pratique. L'objectif de cet article

est l'analyse de l'étude de Revell et al. (1) à l'aide de la Critical Appraisal Checklist(2).

Situation de départ

La recherche littéraire de Revell et al. (1) montre que, sur la base d'une évaluation des paramètres physiologiques, il est possible de transférer les patients de la salle de réveil plus tôt sans mettre en danger leur sécurité. Le score d'Aldrete modifié et le Richmond agitation sedation scale (RASS) sont des instruments d'analyse fondés sur des preuves pour évaluer l'état de récupération des patients après une anesthésie. Dans de nombreux hôpitaux, on utilise l'un ou l'autre de ces deux instruments. Afin d'obtenir l'évaluation la plus complète possible, les spécialistes utilisent souvent le score d'Aldrete modifié avec d'autres instruments d'évaluation, par exemple le RASS.

Si le patient est transféré sur la base du score d'Aldrete modifié et du RASS, la durée du séjour en salle de réveil peut être raccourcie sans provoquer d'incidents indésirables ou d'effets négatifs sur l'état du patient. Les temps d'attente préopératoire en salle de réveil peuvent également être réduits (3, 4, cité en 1). Ainsi, des critères de décharge prédéfinis ont effectivement une influence positive sur le processus de transfert.

Méthode

Revell et al. (1) ont examiné un «convenience sample» (échantillon aléatoire) de 169 patients adultes après chirurgie ORL.

Ils ont divisé l'échantillon en trois catégories: «endotrachéal», «extratrachéal» et «autre». Ce faisant, ils voulaient s'assurer que le même nombre d'interventions dans chaque catégorie était inclus dans l'étude. Les auteurs ont étudié 85 patients avant et 84 patients après l'introduction de l'évaluation. Pour ce faire, ils ont examiné les temps de transfert avant et après la mise en œuvre. Ils ont défini le «temps de transfert» comme le moment où un patient remplissait les critères de transfert. Revell et coll. (1) ont exclu les patients présentant des complications postopératoires et peropératoires significatives connues, ainsi que les personnes qui sont restées intubées ou ont dû être transférées aux soins intensifs. Avant l'introduction de l'évaluation, les patients étaient transférés dans leur service au plus tôt 90 minutes, à condition qu'une autorisation de transfert soit délivrée.

L'évaluation introduite comprenait les critères d'évaluation suivants*:

- RASS-Score
- Signes vitaux stables (max +/- 20% des valeurs initiales)
- Température corporelle au dessus de 36°C
- Pas de nausées / vomissements
- Peau chaude et sèche
- VAS \leq 5 ou 5 sur 10 (également chez les patients avec des douleurs chroniques, voire score inférieur à la valeur initiale)
- Présence des réflexes protecteurs (Déglutir et voies aériennes ouvertes)
- Exclusion d'un globe vésical
- Tuyaux, drainages et cathéters perméables
- Les pansements sont secs et propres ou les zones marquées ne s'étendent pas plus.

*L'évaluation de ces critères se fait toutes les 15 minutes jusqu'à arriver aux valeurs limites prédéfinies

Comme résultat principal, Revell et al. (1) ont choisi le pourcentage de patients ayant satisfait aux critères de transfert pendant une période inférieure à 90 minutes (précédent critère de transfert). Comme résultat secondaire, les auteurs ont comparé les coûts et les données démographiques des patients avant et après l'introduction de l'instrument d'évaluation. Ils ont également enregistré les incidents indésirables après une heure et après 24 heures. De cette façon, ils voulaient déterminer si la sécurité du transfert était assurée. Afin de comparer les deux points de mesure (avant et après l'introduction de l'évaluation), une personne a utilisé l'évaluation avant son introduction.

Résultats

En ce qui concerne le résultat principal, Revell et al. (1) ont déterminé ce qui suit: Avant l'introduction de l'évaluation (pré-test), 46 des 85 (58%) des patients ont atteint les critères de transfert avant ou exactement après 90 minutes. Après la mise en œuvre de l'instrument (post-test), il a été possible de transférer 81 des 84 patients (96,3%) de la salle de réveil avant ou après 90 minutes avec les critères remplis. Le temps pour remplir les critères de transfert était de 92 (\pm 28,3) minutes pour le groupe pré-test. Dans le groupe post-test, le temps moyen était de 25 (\pm 21) minutes. Il a donc été possible de transférer dans leurs services, les patients du groupe post-test beaucoup plus tôt. En ce qui concerne le résultat secondaire, deux

différences ont été constatées: dans le groupe pré-test, il a été administré plus d'anesthésiques volatiles et les patients étaient en moyenne plus jeunes. Pour comparer les coûts, Revell et al. (1) se sont appuyés sur des données publiées. Une minute en salle de réveil coûte en moyenne quatre à huit dollars par patient. Un patient transférable en moyenne 73,9 minutes plus tôt dans le groupe post-test entraîne une différence de coût 295,6 à 591,2 dollars en moins par patient. Les auteurs n'ont enregistré qu'un seul événement indésirable dans le groupe pré-test. Un patient a vomi une heure après l'opération. Il n'y a eu aucune complication dans le groupe post-test.

Discussion et conclusion

Le but de l'étude était de déterminer si l'efficacité en salle de réveil peut être augmentée sur la base du score d'Aldrete modifié et du RASS. Revell et coll. (1) ont trouvé des temps de récupération plus courts dans le groupe post-test. Cela confirme les résultats de Moncel et al. (2015). Ce résultat pourrait signifier qu'on peut également réduire le temps d'attente pré-opératoire. Il convient de noter que le groupe de pré-test ne pouvait répondre aux critères de transfert que si les 90 minutes prescrites pouvaient également être respectées. Dans ce groupe, cela a conduit à des temps d'immobilisation beaucoup plus longs.

Revell et al. (1) ont décrit plusieurs limitations. Dans le groupe post-test, il n'a pas été possible de transférer avant 90 minutes. Les chirurgiens craignaient des complications respiratoires inattendues et n'ont pas permis de transférer les patients.

Bien qu'il n'y ait pas de règle d'or pour les critères de transferts de la salle de réveil, l'évaluation utilisée s'est avérée être un moyen efficace et efficient pour transférer les patients en toute sécurité et réduire le temps passé en salle de réveil.

L'analyse critique de l'étude à l'aide de la Critical Appraisal Checklist (2) met en évidence plusieurs faiblesses. Pour faire une déclaration sur les avantages ou les inconvénients d'une évaluation, un échantillon plus large est nécessaire. De plus, les deux groupes n'étaient pas les mêmes dans toutes les données démographiques. Cela rend la comparaison difficile. L'étude montre cependant qu'il existe encore une grande marge de manœuvre en matière de transfert. Une évaluation fondée sur des preuves et largement utilisée n'a pas encore été établie. Il y a encore beaucoup de résistances à surmonter dans la pratique clinique.



References:

- (1) Revell, C. C., Rice, A. N., Gupta, D. K., & Muckler, V. C. (2019). Implementation of physiological scoring to determine discharge readiness for patients undergoing otolaryngology head and neck procedures. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34(3), 529–538. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.07.011>
- (2) Tufanaru, C., Munn, Z., Aromataris, E., Campbell, J., & Hopp, L. (2017). Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies. Joanna Briggs Institute. https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI_Quasi-Experimental_Appraisal_Tool2017_0.pdf
- (3) Brown, I., Jellish, W. S., Kleinman, B., Fluder, E., Sawicki, K., Katsaros, J., & Rahman, R. (2008). Use of postanesthesia discharge criteria to reduce discharge delays for inpatients in the postanesthesia care unit. *Journal of Clinical Anesthesia*, 20(3), 175–179. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2007.09.014>
- (4) Moncel, J. B., Nardi, N., Wodey, E., Pouvreau, A., & Ecoffey, C. (2015). Evaluation of the pediatric post anesthesia discharge scoring system in an ambulatory surgery unit. *Pediatric Anesthesia*, 25(6), 636–641. <https://doi.org/10.1111/pan.12612>

Contact:

Benjamin Albiez
BscN, expert en soins en soins d'anesthésie
Département d'anesthésiologie, Hôpital universitaire de Zürich
benjamin.albiez@usz.ch