



3.33 - PROTOCOLE DE SOINS ET SURVEILLANCE INFIRMIÈRES POST-OPÉRATOIRE

I. PRÉLÈVEMENTS SANGUINS ET EXAMENS

Prélèvements sanguins

- J 1 à 18 h : FSC, électrolytes
- J 2 jusqu'au congé à 7 h : FSC, électrolytes, urée, créatinine, INR si warfarin (*Coumadin^{MD}*), PTT si héparine et Mg²⁺

Examens

- J 2 : ECG
- J 3 : échographie cardiaque transthoracique (ETT) pour les chirurgies valvulaires et aortiques
- Ad J 3 et le lendemain du retrait du drain pleural : radiographie pulmonaire

II. SYSTÈME NEUROLOGIQUE

Dépistage délirium avec l'Intensive Care Delirium Screening Chek list (ICDSC)

- J 1 et + : dépistage délirium q 8 h
- Si score ICDSC ≥ 4 : aviser AIC et médecin
- Si présence de délirium : évaluer q 4 h et respecter le sommeil
- Si analgésie opioïde administrée : suivre la règle de soins n° 6 sur la surveillance des patients adultes recevant des opiacés

III. SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE

Signes vitaux (FC, FR, TA, douleur, SpO₂)

- J 1 : q 2 h ad 23 h
- J 2 : QID (respect du sommeil la nuit du J 2)
- J 3 : TID
- J 4 et + : BID (7 h et 17 h)
- J 4 : retirer fils épicaudiques selon l'OC 1.6 - *Exérèse de fils de cardiostimulateur externe temporaire (Pacemaker externe)* entre 6 h et 16 h
- Si patient **ERACS**, retirer fils épicaudiques J 3 avec prescription médicale

Surveillances

- Vérification des signes neuro-vasculaires (SNV) des extrémités : chaleur, coloration, mobilité, sensibilité, pouls périphériques, remplissage capillaire, œdème (CCMSPRO) DIE si incision inguinal ou MI
- Si fibrillation auriculaire de novo, se référer à l'OC 1.56 – *Prise en charge de la fibrillation auriculaire de novo unité de chirurgie (3^e Centre)*

Température (T°)

- J 1 et 2 : prendre T° q 4 h
- J 3 et + : prendre T° BID
- J 2 et + : si T° $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ centrale ou rectale :
 - Faire bilan septique complet (BSC) :
 - 2 séries d'hémoculture (anaérobie et aérobie) avec un intervalle de 30 à 60 minutes en périphérie à 2 sites différents
 - FSC
 - Culture et analyse d'urine
 - Cultures d'expectorations
 - Si dispositif d'accès vasculaire central (DAVC) en place : retirer et faire culture du cathéter
 - Faire culture de plaie si présence de signes et symptômes d'infection, se référer à l'OC 1.32 - *Culture de plaies par écouvillonnage en présence de symptômes d'infection ou de colonisation*
 - Aviser le médecin
- **À noter** : le délai entre les BSC doit être ≥ 24 h si déjà effectué durant la présente hospitalisation
- **Administrer** Acétaminophène (Tyléno^{MD}) selon l'OC 1.11 – *Ordonnances collectives générales - Unité de chirurgie*

3.33 - PROTOCOLE DE SOINS ET SURVEILLANCE INFIRMIÈRES POST-OPÉRATOIRE

Télémetrie

- Installer à l'arrivée du patient
- Évaluer le rythme cardiaque
- Faire la révision en fin de quart de travail des tracés d'arythmies survenues pour la durée du quart. Ce n'est pas nécessaire si imprimés durant le quart de travail
- Mettre au dossier une bande de rythme si arythmie de novo durant le quart de travail
- Se référer à la règle de soins 2 - Surveillance des usagers sous moniteur cardiaque

Pour patient avec bradycardie symptomatique (altération de l'état de conscience, chute de TA) (OC 1.21 – Mise en fonction d'un cardiostimulateur externe temporaire en situation d'urgence seulement)

- Aviser le médecin ou l'IPSSA STAT et l'AIC
- **AVEC** cardiostimulateur externe temporaire en place : appuyer sur le bouton d'urgence du cardiostimulateur externe temporaire.
- **SANS** cardiostimulateur externe temporaire en place et avec présence de fils épicaudiques : brancher les fils épicaudiques au cardiostimulateur externe temporaire et l'ouvrir en appuyant sur le bouton d'urgence.

IV. SYSTÈME RESPIRATOIRE

Saturométrie et sevrage de l'oxygène

- Compléter sevrage de l'oxygène selon l'OC 1.12 - Oxygénothérapie

Soins généraux

- Auscultation pulmonaire q 8 h + PRN
- Enseignement au patient des exercices de spirométrie q 1 h lorsqu'il est éveillé
- Si œdème des membres inférieurs : surélever les jambes en l'absence de contre-indications (ex. : insuffisance artérielle)
- Si pneumothorax/emphysème sous-cutané, faire marcher le patient avec un appareil de succion portatif

Trachéotomie

- Effectuer les soins trachéotomie et changer le pansement q 8 h ad guérison du site d'insertion de la canule selon les techniques de soins aux patients intubés ou trachéotomisés
- Lorsque le site d'insertion de la canule est cicatrisé : changer le pansement DIE et poursuivre les soins de la canule q 8 h

V. SYSTÈME RÉNAL

Sonde urinaire en place

- | | |
|------------------------|--|
| ■ J 1 et nuit du J 2 : | ■ Mesurer la diurèse q 1 h ad 23 h |
| | ■ Aviser le médecin ou l'IPSSA si diurèse inférieure à 30 ml/h x 2 h consécutives |
| <hr/> | |
| ■ Nuit du J 2 : | ■ Mesurer la diurèse q 2 h |
| | ■ Aviser le médecin si diurèse inférieure à 240 ml/8 h après la prise du poids du matin |
| <hr/> | |
| ■ Au matin du J 2 : | ■ Retirer la sonde vésicale sauf si ordonnance précisant de la maintenir en place ou si contre-indications |
| | ■ Si maintien de la sonde : mesurer diurèse q 4 h |

Post-retrait de la sonde urinaire

- 8 h post retrait de la sonde : Effectuer *bladder scan* si aucune miction
 - Si volume mesuré ≥ 500 ml : aviser le médecin et faire un cathétérisme vésical x 1, puis répéter *bladder scan* q 8 h post cathétérisme. Si pas de reprise mictionnelle 8 h post cathétérisme vésical et *bladder scan* ≥ 500 ml, installer sonde urinaire. Aviser le médecin au matin.
 - Si volume mesuré < 500 ml : refaire un *bladder scan* dans 2 h

Poids et dosage

- | | |
|--------------|---|
| ■ J 2 et + : | ■ Peser DIE ad poids pré-op |
| | ■ Faire dosage ingesta/excréta strict q 8 ad poids pré-op |

3.33 - PROTOCOLE DE SOINS ET SURVEILLANCE INFIRMIÈRES POST-OPÉRATOIRE

VI. SYSTÈME GASTRO-INTESTINAL

Activité intestinale

- Évaluer la reprise de l'activité intestinale à chaque quart de travail
- Appliquer le protocole de constipation 3.20 – *Prévention et traitement de la constipation*
- **Après 3 selles liquides ou molles en 24 h ET présence d'au moins un facteur de risque (antibiothérapie, histoire antérieure DACD, hospitalisation en centre hospitalier de soins aigus dans les 12 dernières semaines)**
 - Isoler le patient
 - Envoyer un spécimen de selle pour recherche de toxine *C. difficile* selon l'OC 1.31 – *Dépistage de la diarrhée associée aux Clostridioides difficiles (DACD) et mesures d'isolement*
 - Consulter l'infirmière à la prévention des infections pour lever l'isolement

Alimentation

- J 1 et J 2 : alimentation progressive enrichie en protéines selon tolérance
- J 3 et + : alimentation enrichie en protéines
- Si signes de dysphagie : faire évaluer la déglutition par nutritionniste

Tube gastrique

- Demander une radiographie abdominale après l'installation du tube selon l'OC 1.38 – *Radiographie de l'abdomen post installation d'un tube gastrique*
- Mesurer et noter la portion externe du tube gastrique q 8 h et avant chaque administration de médicaments selon la technique de : Vérification de l'emplacement d'un tube ou d'un bouton gastrique entérique
- Administrer enzymes pancréatiques selon l'OC 1.37 – *Administration d'enzymes pancréatiques* et le protocole 3.6 - *Administration d'enzymes pancréatiques* via le tube gastrique, duodénal et jujénal si blocage
- Ne JAMAIS utiliser un tube nasojejunal en place pour administrer la médication et ne pas faire de mesure de volume résiduel gastrique (VRG)

Nutrition entérale

- Si nutrition entérale débutée, se référer à l'OPI 2.79 – *Nutrition entérale et surveillance du volume de résidu gastrique* et à la technique de soins : Administration d'une solution nutritionnelle par voie entérale
- Mesurer les VRG selon l'OPI 2.79 et la technique de soins: Irrigation d'un tube ou d'un bouchon gastrique ou entérale

VII. PEAU ET TÉGUMENTS

Évaluation et prévention des lésions de pression

- Évaluer le risque avec l'échelle de Braden q 8 h et noter l'évaluation dans les notes d'observation
- Établir un plan de traitement selon les recommandations préconisées au verso du formulaire de l'échelle de Braden et donner les directives au PAB
- Utiliser le matériel spécialisé PRN pour la prévention des lésions de pression (bottes d'alitement, surface thérapeutique, etc.)
- Vérifier les proéminences osseuses (sacrum, coudes, talon, occiput, etc.) et l'intégrité du pansement si en place q 8 h
 - Changer les pansements PRN si souillé. Peut rester en place maximum 5 jours
 - Retirer le pansement lorsque le patient se mobilise de façon autonome et ne présente plus de risque de développer une lésion de pression
- Compléter un rapport AH-223 lors de lésion de pression de stade 2 et plus
- Compléter la feuille de suivi de plaies pour chaque lésion de pression (une feuille par plaie)
- Demander une consultation en nutrition si présence de lésion de pression

3.33 - PROTOCOLE DE SOINS ET SURVEILLANCE INFIRMIÈRES POST-OPÉRATOIRE

Les patients ayant la mobilité compromise :

- I. Changer de position q 2 h à moins d'une prescription médicale précisant le contraire
- II. Demander une évaluation en physiothérapie et mettre en place le plan d'intervention suggéré
- III. Évaluer la nécessité d'installer une jambière à compression séquentielle si alitement > 48 h (nécessite une prescription médicale)

Incisions chirurgicales

- Évaluer les aines, plaie sternale/CMI, saphenectomies, radiales etc. et se référer à la technique : Soins d'une incision chirurgicale
- Nettoyer toutes les incisions et plaies avec une solution saline NaCl 0,9 % et des compresses stériles
- Inscrire la date d'installation sur tous les pansements en place

Plaie sternale / CMI :

- Garder le pansement Tegaderm Acrylique Absorbant en place ad **J 14** post- opératoire (plaie sternale et de CMI)
- Changer si perméabilité compromise ou si les bords du pansement sont « roulés » et appliquer un nouveau pansement acrylique
 - La validité des 14 jours recommence le jour du changement de pansement

Autres incisions chirurgicales :

- Si pansement sec (ex : *Telfa AMD^{MD}*), nettoyer avec du NaCl 0,9 % et des compresses stériles DIE
- Changer pansement DIE ou q 2 jours suivant l'écoulement si pansement mousse avec bordure en place (ex : *Mepilex^{MD} border^{MD}*)
- Couvrir les plaies ad fin écoulement ou si risque de déhiscence

Sutures et agrafes :

- **J 14** : enlever les sutures non résorbables, agrafes (1 sur 2) et appliquer Stéri strips^{MD}
- **J 18** : enlever les agrafes restantes (2 sur 2) et appliquer Stéri strips^{MD}
- **Ne pas retirer si risque de déhiscence ou écoulement et obtenir une ordonnance médicale autorisant le report du retrait des agrafes**
- Si sutures et agrafes présentes sur la même plaie : retirer les agrafes 1 sur 2 J 14, et 2 sur 2 J 18, et les sutures J 22
- Aviser l'infirmière de l'optimisation des parcours de soins de la présence des agrafes ou des sutures si elles sont toujours en place au moment du congé et remettre la prescription *OPI 2.114 – Soins des plaies et de la peau* précisant le retrait des agrafes et des sutures
- Si plaie non standard : déhiscence de plaie, infection de plaie, VAC, écoulement ++, une plaie qui ne cicatrise pas bien, une détérioration de la plaie (ulcère, lésion de pression, traumatisme ex. : déchirure cutané, etc.) faire l'évaluation de la plaie, remplir la feuille de suivi de plaie et faire une demande de consultation électronique à la conseillère des soins de plaies.
- Si le patient part en transfert inter-établissement avec des points de sutures/agraves/pansement autre que pansement sec, remplir et mettre l'*OPI 2.114 – Soins de plaies et de la peau* dans l'enveloppe de transfert

Nœuds Vicryl :

- Conserver ad congé. Aviser l'infirmière de l'optimisation des parcours de soins le jour du congé. Les nœuds seront coupés si non tombés après 3 mois.

Robotique

- Procéder à l'exérèse du point à l'aine au J 14

3.33 - PROTOCOLE DE SOINS ET SURVEILLANCE INFIRMIÈRES POST-OPÉRATOIRE

Drains

- Vérifier que la succion murale soit au maximum, que le drain soit à - 20 cm H₂O et déclampé
- Mesurer le drainage q 4 h et l'inscrire sur la feuille d'ingesta-excreta
- Fermer la succion du drain médiastinal avant son retrait ou selon ordonnance médicale

■ **J 1 et plus : Drain Blake médiastinal**

- Mettre sous poire si drainage < 100 ml en 24 h
- Mobiliser sans restriction

■ **Au retrait du drain :**

- Appliquer un pansement vaseliné et le laisser en place pour 48 h
- Inscrire la date et l'heure sur le pansement et le renforcer si souillé
- Inscrire la date du retrait dans les notes infirmières

Si présence de sutures cutanées en bourse : ne pas appliquer de pansement vaseliné. Appliquer un pansement sec après avoir noué les bourses.

■ **48 h post-retrait du drain :**

- Nettoyer le site DIE
- Appliquer *Stéri strips*^{MD} PRN (laisser un espace entre les *Stéri strips*^{MD} afin de permettre l'écoulement si présent) si pas de suture cutanée en bourse
- Laisser à l'air si absence d'écoulement ou appliquer pansement sec si écoulement

■ **J 14 post retrait du drain avec sutures cutanées en bourse :**

- Procéder à l'exérèse des sutures cutanées en bourse si présentes
- Aviser l'infirmière à l'optimisation des parcours de soins de la présence des sutures en bourses si elles sont toujours en place au moment du congé et remettre la prescription *OPI 2.114 – Soins des plaies et de la peau*, précisant le retrait des points.

Dispositif d'accès veineux central (DAVC)

- Appliquer les techniques de soins : Installation et retrait du pansement et du dispositif de stabilisation d'un Midline et d'un dispositif d'accès vasculaire central (DAVC) intraveineux ou artériel et changement des cathéters, tubulures et pansements
- Retirer le DAVC selon la technique de soins *Retrait du cathéter central*
- **J 3 :** Installer minimalement un cathéter veineux périphérique puis retirer le DAVC **sauf si ordonnance modifiant le délai pour le retrait**
- Ordonnance médicale requise pour le retrait du cordis
- Pour les patients **ERACS**, s'assurer d'obtenir une ordonnance médicale, installer minimalement un cathéter veineux périphérique et procéder au retrait du DAVC dès J 2
- Si l'état de santé du patient requiert l'administration de plusieurs perfusions non compatibles, installer le nombre de cathéters périphériques nécessaires

Soins et surveillance post retrait de ligne artérielle ou ballon intra-aortique (BIA)

- **Si un hématome est noté lors de la vérification du site, appliquer la technique de soins : Surveillance et maintien de l'hémostase d'une artère ou d'une veine post procédure**
- **Ligne artérielle radiale/brachiale**
 - Laisser le pansement compressif en place 2,5 h après retrait de la ligne artérielle
 - Vérifier le pansement et signes neuro-vasculaires q 30 min x 2, q 1 h ad retrait du pansement
 - Éviter grande flexion et extension du poignet ou de l'avant-bras pendant 24 h



3.33 - PROTOCOLE DE SOINS ET SURVEILLANCE INFIRMIÈRES POST-OPÉRATOIRE

■ Ligne artérielle fémorale

- **Patient avec ou sans héparine** : laisser le pansement compressif en place 5 h après retrait de la ligne artérielle
- Patient alité (tête de lit à 30° maximum) jusqu'au retrait du pansement puis mobiliser
- Vérifier pansement et signes neuro-vasculaires post retrait q 30 min x 2, q 1 h x 4 ad retrait du pansement

■ BIA

- Vérifier l'ancien site du BIA q 8 h x 24 h post retrait, puis DIE

Mobilisation

- Encourager l'autonomie et l'auto-prise en charge du patient
- Suivre le plan de rétablissement débuté à l'unité de soins intensifs de chirurgie cardiaque
- Viser la mobilisation au fauteuil \geq QID, si bien toléré
- Lors de la 1^{ère} marche, faire les interventions suivantes :
 - Prendre les SV avant et après la 1^{ère} marche
 - Évaluer les signes et symptômes selon l'échelle de Borg (viser un score < 3)
- Si la 1^{ère} marche est bien tolérée :
 - Répéter l'activité en accompagnant le patient, si besoin
 - Progresser la fréquence jusqu'à 4 fois par jour
 - Progresser la distance en respectant une échelle de Borg (viser un score < 3)