



Special announcement: *Guidelines to the Practice of Anesthesia - Revised Edition 2016*

Richard N. Merchant, MD · Gregory Dobson, MD

Received: 13 July 2015 / Accepted: 31 August 2015 / Published online: 3 November 2015
© Canadian Anesthesiologists' Society 2015

This issue of the *Journal* features the 2016 revised edition of the *Guidelines to the Practice of Anesthesia*¹ as developed by the Canadian Anesthesiologists' Society (CAS) Committee on Standards and approved by the CAS Board. The CAS has promulgated *Guidelines* since 1974 and the *Journal* has published the yearly updates as a special article since 2009. In view of the comprehensive and lengthy nature of the *Guidelines* document, this editorial serves to draw readers' attention to specific topics updated in this new version. It also provides commentary about other issues undergoing further consideration for publication in future versions of the *Guidelines*.

The Committee actively considered a variety of topics this year and implemented a number of changes which are highlighted in the revised edition of the *Guidelines*. The following seven changes are amongst those implemented:

- The *Guidelines* addresses the CAS position that anesthesia is optimally provided by specialist physicians certified by the Royal College. The CAS recognizes that family physicians with extra training to provide anesthesia services may well serve remote communities where demand for anesthesia is inadequate to support full-time specialist physicians. That being said, the Committee emphasizes the guiding principle with the statement that “*Communities which have the clinical volume to support full-time anesthesiologists should have fellowship-certified anesthesiologists providing those services.*”

- In recognition of a number of critical events involving oxygen supplementation during transport, the Committee elected to include the following statement in the *Guidelines*: “*Oxygen supplies for transport of perioperative patients must be provided. The use of transport oxygen cylinders capable of providing an audible low pressure alarm is strongly recommended.*”
- As anesthesia equipment becomes progressively more diverse and complicated, keeping up with new equipment and changes in equipment design can be challenging. Current recommendations state that “*Training on the safe use of new anesthesia equipment should be provided to all anesthesia department members.*” The Committee elected to strengthen this statement with the simple change from “*new*” anesthesia equipment to “*all*” anesthesia equipment as recognition that training should be provided on “*older*” equipment under some circumstances. Furthermore, some critical equipment not only entails initial training but also requires regular review. The Committee vigorously discussed the necessity for formal documentation of any training, but recognizing the lack of validity of such a process, elected to defer the discussion at this time.
- The Committee again discussed preoperative laboratory testing in the context of the current CAS initiatives for Choosing Wisely Canada^A. While it recognized the impossibility of defining stringent and specific rules for all patients, the Committee emphasized the necessity for clinical judgement by adding the following statement: “*Laboratory testing should not be performed on a routine basis and only obtained when*

R. N. Merchant, MD (✉) · G. Dobson, MD
Committee on Standards, Canadian Anesthesiologists' Society,
1 Eglinton Avenue East, Suite 208, Toronto, ON M4P 3A1,
Canada
e-mail: richard.merchant@ubc.ca

^A Choosing Wisely Canada. Available from URL: <http://www.choosingwiselycanada.org/> (accessed July 2015).

results will change perioperative management. Laboratory investigations should be performed when indicated by the patient's medical status, drug therapy, and the nature of the proposed procedure."

- Dr. Roger Maltby performed pioneering work in Canada² on preoperative fasting, and the CAS has recently lagged behind other societies in implementing his work (and that of others) in our *Guidelines*. At his suggestion, and with due consideration,³ the Committee recognizes the value of preoperative carbohydrate nutrition with the addition of the following statement: "Unless contraindicated, adults and children should be encouraged to drink clear fluids (including water, pulp-free juice and tea or coffee without milk) up to 2 h before elective surgery."
- An addendum to the *Anesthetic Period* reinforces the critical importance of obtaining and documenting informed consent for anesthesia procedures. Specifically, before beginning the anesthetic, the anesthesiologist must ensure that "an explanation of the planned anesthetic procedure including recognized risks and alternative techniques has been provided and documented".
- The Committee recognizes the vulnerable state of sedated postoperative patients by incorporating statements for required monitoring in the postanesthesia care unit: "Capnography for intubated patients or those deeply sedated is required, with alarm limit settings appropriate to the condition and age of patients".

Several other issues remain under active consideration. For example, the Obstetric Anesthesia Section of the CAS is continuing to prepare updated guidelines for anesthetic management for the parturient. This may result in a significant guidance document as well as some parallel changes in the general CAS *Guidelines* document.

The development of the profession of anesthesia assistants (AAs) continues to receive attention from both the Standards Committee and the Committee on Anesthesia Care Team (COACT). The process of defining the role and scope of practice of an AA and the respective educational curriculum has been underway with CAS partner groups for several years. The CAS Position Paper on Anesthesia Assistants defines the basic principles under which the AA functions as part of the anesthesia care team under the direction of a consultant anesthesiologist. The position paper was written in 2005 and underwent extensive review and revision this year. The updated document will be published as Electronic Supplementary Material and will also be available through the CAS website.^B

^B Guidelines to the Practice of Anesthesia – Revised Edition 2016. Revised Appendix 5. Available from URL: <http://www.cas.ca/English/>.

The CAS Committee on Standards and partner groups within the CAS actively consider these and other issues on an ongoing basis. Accordingly, this editorial commentary represents an invitation to members of the Canadian anesthesia community to offer any feedback on the *Guidelines* they may care to provide. The Committee intends to develop formal mechanisms for such community involvement in the future. Lastly, this editorial also serves to announce that, after some years as Chair of the Standards Committee, Dr. Richard Merchant now hands the reins to Dr. Gregory Dobson who has agreed to embark on this venture and welcomes further enquiries from members.

Announce spéciale: Guide d'exercice de l'anesthésie - Édition révisée 2016

Ce numéro du *Journal* présente l'édition révisée du *Guide d'exercice de l'anesthésie* 2016¹ tel qu'il a été mis au point par le Comité des normes de pratique de la Société canadienne des anesthésiologistes (SCA) et approuvé par le Conseil d'administration de la SCA. La SCA promulgue un *Guide d'exercice* depuis 1974 et, depuis 2009, le *Journal* en publie les révisions annuelles sous forme d'article spécial. Étant donné la nature exhaustive et prolongée du *Guide d'exercice*, cet éditorial a pour fonction d'attirer l'attention des lecteurs vers quelques-uns des points spécifiques mis à jour dans cette nouvelle version. Il commente également d'autres aspects présentement soumis à plus mûre réflexion afin d'être publiés dans les versions futures du *Guide d'exercice*.

Cette année, le Comité a examiné avec soin divers thèmes et apporté plusieurs changements mis en exergue dans l'édition révisée du *Guide d'exercice*. Les sept modifications suivantes en font partie:

- Le *Guide* énonce la position de la SCA, selon laquelle l'anesthésie est prodiguée de façon optimale par des médecins spécialistes accrédités par le Collège royal. La SCA reconnaît que les médecins de famille ayant reçu une formation supplémentaire touchant à la fourniture de soins anesthésiques sont tout à fait à même de desservir les communautés en région, lorsque la demande en anesthésie ne suffit pas à justifier l'emploi de médecins spécialisés à temps plein. Ceci étant dit, le Comité souligne son principe directeur dans l'énoncé suivant: « Dans les communautés où le volume clinique est suffisamment important pour justifier l'emploi d'un anesthésiologiste à temps plein, ces services devraient être offerts par un

anesthésiologiste ayant complété une surspécialisation. »

- Ayant conscience de la survenue de plusieurs événements critiques impliquant l'apport d'oxygène pendant le transport, le Comité a choisi d'inclure l'énoncé suivant dans le *Guide*: « Une alimentation en oxygène doit être fournie pour le transport des patients périopératoires. L'utilisation de cylindres de transport d'oxygène qui peuvent émettre une alarme audible lorsque la pression est faible est fortement recommandée. »
- Au fur et à mesure que les appareils d'anesthésie se diversifient et deviennent plus complexes, il peut être ardu d'être au fait de tous les nouveaux appareils et des changements dans la conception des appareils. Selon les recommandations actuelles, « Avant d'introduire un nouvel appareil en anesthésie, les membres du département d'anesthésie doivent recevoir une formation concernant son utilisation sécuritaire. » Le comité a décidé de renforcer cet énoncé en remplaçant le terme « nouvel » appareil en anesthésie par « tout » appareil en anesthésie. Il reconnaît ainsi que, dans certaines circonstances, une formation devrait être proposée concernant des équipements « plus anciens ». De plus, certains appareils essentiels nécessitent non seulement une formation de base, mais aussi des mises à jour régulières. Le Comité a eu de vives discussions quant à la nécessité d'une documentation formelle concernant toute formation mais, conscient du peu de valeur d'un tel processus, a décidé de remettre cette discussion à plus tard.
- Une fois de plus, le Comité s'est penché sur la pertinence des tests de laboratoire préopératoires dans le contexte des initiatives actuelles de la SCA dans le cadre de la campagne nationale Choisir avec soin^A. Tout en étant conscient de l'impossibilité de promulguer des règles strictes et spécifiques applicables à tous les patients, le Comité a souligné la nécessité de faire preuve de jugement clinique en ajoutant l'énoncé suivant: « Les tests de laboratoire ne devraient pas être réalisés sur une base régulière mais uniquement lorsque les résultats modifieront la prise en charge périopératoire. Les analyses de laboratoire devraient être réalisées lorsque l'état du patient, le traitement médicamenteux et la nature de l'intervention proposée les justifient. »
- Le Dr Roger Maltby a réalisé des travaux avant-gardistes au Canada² concernant le jeûne préopératoire et, jusqu'à maintenant, la SCA était en retard par rapport à d'autres sociétés dans la mise en œuvre de ses travaux (et de ceux d'autres chercheurs) dans son *Guide*. À sa suggestion, et après mûre réflexion,³ le Comité reconnaît la valeur d'une

nutrition préopératoire à base d'hydrates de carbones en ajoutant l'énoncé suivant: « Sauf contre-indication, il convient d'encourager adultes et enfants à boire des liquides clairs (eau, jus sans pulpe et thé ou café sans lait) jusqu'à deux heures avant une chirurgie non urgente. »

- Un addenda à la section *La période anesthésique* souligne l'importance cruciale d'obtenir et de documenter le consentement éclairé pour les interventions anesthésiques. Plus spécifiquement, avant d'initier l'anesthésie, l'anesthésiologiste doit s'assurer que « la procédure anesthésique prévue a été expliquée au patient, y compris les risques reconnus et les techniques alternatives, et on a documenté cette explication ».
- Le Comité reconnaît l'état vulnérable des patients postopératoires sous sédation et intègre des énoncés concernant le monitoring obligatoire en salle de réveil: « La capnographie est requise chez les patients intubés et les patients sous sédation profonde, avec des paramètres d'alarme adaptés selon l'état et l'âge du patient ».

Plusieurs autres questions demeurent sous notre loupe. Par exemple, la Section d'anesthésie obstétricale de la SCA continue de préparer une mise à jour de ses recommandations pour la prise en charge anesthésique de la parturiente. Cela pourrait avoir pour résultat la publication d'un important document de politique générale d'anesthésie obstétricale qui entraînerait simultanément des modifications y faisant écho dans le *Guide d'exercice* général de la SCA.

L'apparition et l'essor de la profession d'assistants en anesthésie (AA) font toujours l'objet d'une attention particulière de la part du Comité des normes de pratique ainsi que du Comité sur les équipes de soins en anesthésie (CESA). De concert avec les groupes partenaires de la SCA, le processus nécessaire à définir le rôle et le champ d'activité des AA et leur programme de formation suit son cours depuis de nombreuses années. L'exposé de principe sur les assistants en anesthésie de la SCA définit les principes de base selon lesquels les AA fonctionnent au sein de l'équipe de soins en anesthésie sous la direction d'un anesthésiologiste consultant. L'exposé de principe a été rédigé en 2005 et a subi une révision et une mise à jour exhaustives cette année. Le document mis à jour sera publié sous forme de Matériel électronique supplémentaire et sera également disponible sur le site Internet de la SCA.^B

Le Comité des normes de pratique de la SCA et les groupes partenaires au sein de la SCA continuent de réfléchir activement à ces questions ainsi qu'à d'autres questions pertinentes. Ce commentaire éditorial constitue dès lors une invitation aux membres de la communauté

anesthésique canadienne à soumettre tout commentaire concernant le *Guide* qu'ils souhaiteraient partager. À l'avenir, le Comité a l'intention de mettre en place un mécanisme formel facilitant la transmission de ce type de rétroactions de la communauté. Enfin, cet éditorial sert également à annoncer que le Dr Richard Merchant, après avoir présidé le Comité des normes de pratique pendant plusieurs années, cède les rênes au Dr Gregory Dobson, qui a accepté de relever le défi et accepte volontiers toute question des membres.

Conflicts of interest None declared.

Conflit d'intérêt Aucun.

References

1. Merchant R, Chartrand D, Dain S, et al. Guidelines to the Practice of Anesthesia – Revised Edition 2016. *Can J Anesth* 2016; 63: this issue. DOI: [10.1007/s12630-015-0470-4](https://doi.org/10.1007/s12630-015-0470-4).
2. Splinter WM. From the Journal archives: Gastric fluid volume and pH in elective patients following unrestricted oral fluid until three hours. *Can J Anesth* 2014; 61: 1126-9.
3. Merchant RN, Davies JM. Fluid management issues in Enhanced Recovery After Surgery and Canadian Anesthesiologists' Society standards. *Can J Anesth* 2015; 62: 930.