

ANESTHÉSIE AMBULATOIRE

Recommandations pour la Pratique Clinique

Introduction

- « Les RPC sont des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données »

Introduction

- Les RPC sont un outil

[1] de standardisation des pratiques

La RPC

- n'est pas une norme administrative
- n'est pas un facteur limitant l'exercice

Introduction

- Les RPC sont un outil :

[2] de communication et de diffusion de l'information scientifique

(quantité d'information, savoir trop important)

Introduction

- Les RPC sont un outil :

[3] d'amélioration de la qualité de prise en charge

Introduction

- Double approche :
 - approche scientifique :
analyse critique fondée sur la médecine factuelle (Evidence Based Medicine)

Méthodologie

- Comité d'organisation :
 - Laurent JOUFFROY, Strasbourg
 - Guy BAZIN, Le Mans
 - Bernard COUSTETS, Toulouse
 - Louis Jean DUPRE, Chambéry
 - Pierre DURIEUX, Paris
 - Yves LACHAUD, Paris
 - Gérard PARMENTIER, Paris
 - Yves NIVOCHÉ, Paris
 - Thierry PONCHON, SFED, Lyon
 - Jean-Patrick SALES, Kremlin Bicêtre

Méthodologie

- Groupe de travail :
 - Joël LANGLOYS, Le Kremlin Bicêtre
 - Jocelyne BIENTZ, Strasbourg
 - Christian BLERY,
 - Hervé BOUAZIZ, Nancy
 - Xavier CAPDEVILA, Nîmes
 - Laurent DELAUNAY, Annecy
 - Pierre DIEMUNSCH, Strasbourg
 - Thierry GAZEAU, Nantes
 - Marc GENTILI
 - Georges GOURSOT, Provins
 - Didier JACOLOT, Antony
 - Pierre PERUCHO, Perpignan
 - Benoît PLAUD, Paris
 - Marc POUPARD, Nantes
 - Marc RAUCOULES AIME, Nice
 - François VENUTOLO, Gonesse

Introduction

- Double approche :
 - avis d'expert basé sur la pratique permet de mieux cerner la réalité en intégrant des contraintes d'ordre organisationnelles, de faisabilité, etc.

Spécificités

« Anesthésie ambulatoire »

I. Pratique de reconnaissance officielle récente (décret de 1992) : peu de travaux scientifique français...

Spécificités

« Anesthésie ambulatoire »

II. Approche « bipolaire » :

- médicale
- organisationnelle

Spécificités

« Anesthésie ambulatoire »

III. Ne pas réécrire « l'anesthésie »,
n'en rappeler que les spécificités
nécessaires

14 questions retenues

suivant

la progression de la prise en charge ambulatoire :
préop-
perop-
postop.

DÉFINITION

DÉFINITION

1°

Elle s'inscrit dans un concept global d'organisation qui doit faire définir les impératifs :

- d'organisation de la structure et des équipes,
- de sécurité et d'environnement

auxquels le patient est en droit de bénéficier.

DÉFINITION

1°

anesthésie... pratique médicale permettant une insensibilité à la douleur durant un acte chirurgical, obstétrical ou une procédure thérapeutique ou diagnostique...

ambulatoire... prise en charge médicale, organisationnelle et administrative permettant au patient de quitter le jour même la structure où l'acte ambulatoire a été réalisé

(la réglementation française prévoit un maximum de 12 heures)

DÉFINITION

1°

La majorité des opérations ou actes réalisés en ambulatoire sont **programmés**.

Cependant convenablement sélectionnés, des opérations chirurgicales **aiguës**, y compris traumatologiques, peuvent aussi être prises en charge dans des unités de chirurgie ambulatoire (UCA).

QUELLES CONTRE-INDICATIONS
À L'ANESTHÉSIE AMBULATOIRE ?

Les clefs :

2°

- Les contre-indications d'ordre médical :
 - ✓ ASA 3 ou 4 non équilibrés
 - ✓ Obésité morbide
 - ✓ Chirurgie à risque hémorragique ou suites douloureuses
- Les contre-indications d'ordre social :
 - ✓ Patients non accompagnés ou vivants seuls
 - ✓ Patients non volontaires
 - ✓ Patient inapte à observer les prescriptions médicales...
 - ✓ ... ou ne comprenant pas la langue.

à suivre...

2°

- Les contre-indications d'ordre médical :
 - ✓ pathologies psychiatriques évolutives
 - ✓ Les syndromes d'apnée du sommeil
 - ✓ Chirurgie à temps opératoire septique
- Les contre-indications d'ordre social :
 - ✓ La distance
 - ✓ L'éloignement temporel
 - ✓ Les marginaux et les toxicomanes

- Le choix ultime en matière d'éligibilité d'un patient, d'une opération ou d'un acte, à une prise en charge en ambulatoire est de la ***responsabilité*** du praticien réalisant l'acte et ***de l'anesthésiste réanimateur***.

DOSSIER ANESTHÉSIQUE ET COMMUNICATION

Le « DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ » utilise, génère et transmet les informations relatives au patient

- données de la consultation et de la visite pré-anesthésique
- Compte-rendu succinct d'anesthésie (type d'anesthésie, drogues, réveil)
- Incidents potentiels post-anesthésiques et conduite à tenir

Le « DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ »

Caractéristiques

Outil de la continuité des soins:

- circuit : accessibilité +++
- responsabilité des différents intervenants
- mise en place d'outils de transmission de l'information

CONSULTATION
PRÉANESTHÉSIQUE
INFORMATION ET
CONSENTEMENT

CONSULTATION PRÉANESTHÉSIQUE

CONSULTATION PRÉANESTHÉSIQUE

- obligatoire en France avant toute anesthésie
- moment d'évaluation, d'information et de communication
- objectif essentiel : diminuer l'anxiété du patient par l'établissement d'une relation de confiance avec le médecin anesthésiste
- la qualité du dossier de CPA est primordiale

CONSULTATION PRÉANESTHÉSIQUE

- En cas d'éloignement géographique, une **CPA délocalisée** peut être réalisée dans un autre établissement
- Pour des **anesthésies itératives** et rapprochées la réalisation d'une seule consultation préanesthésique peut s'envisager sous certaines conditions.
- Il est impossible de réaliser une étude démontrant **l'impact de la CPA sur la sécurité anesthésique**.
- **Le contenu minimum de l'examen clinique** comprend un examen des voies aériennes, une auscultation pulmonaire et un examen cardiovasculaire.

INFORMATION ET CONSENTEMENT

- **L'information du patient** est un *droit* de celui-ci, une *obligation* pour le médecin ...
 - choix des protocoles, alternatives possibles, risques
 - personnalisée en fonction du patient
 - éventuellement anesthésie par un autre médecin
- L'information est **orale** et peut être **écrite**
- La preuve de l'information peut être apportée par tous les moyens mais **la signature du patient n'est pas requise.**

INFORMATION :

Les recommandations particulières

■ DROITS ET DEVOIRS DU PATIENT (1) :

Le patient doit être informé des **précautions particulières** que ce mode de prise en charge requiert :

• en pré-opératoire :

respect des consignes de jeûne, poursuite, arrêt ou relai des traitements personnels, horaires des dernières prises, règles d'hygiène...

• en post-opératoire :

accompagnant, pas de conduite de véhicules, pas d'alcool, pas d'auto-médication, etc.

INFORMATION :

Les recommandations particulières

DROITS ET DEVOIRS DU PATIENT (2) :

- Un **document écrit** sur ces précautions est souhaitable
- Il apparaît **souhaitable** de demander au patient **de signer** les recommandations pré anesthésiques et les conditions de retour à domicile dans le but de lui faire prendre conscience de l'importance de ces consignes pour sa sécurité.

Cette signature ne dégage en rien la responsabilité du médecin anesthésiste ; elle prouverait l'acceptation des règles de la procédure spécifique à la pratique ambulatoire par le patient.

CONSENTEMENT

4.2°

- En dehors de l'urgence, le **délai de plusieurs jours** entre la consultation anesthésique et l'intervention laisse le temps nécessaire à un consentement libre.
- Le médecin AR qui réalise l'anesthésie s'assure du maintien du consentement.

VISITE
PRÉANESTHÉSIQUE
et PRÉPARATION

VISITE PRÉANESTHÉSIQUE

VISITE PRÉANESTHÉSIQUE

5.1°

- La **VPA** doit être effectuée par un médecin anesthésiste-réanimateur dans les heures précédant le moment prévu pour l'intervention.
- La **CPA** ne se substitue pas à la visite pré-anesthésique.
- Lors de la **VPA** l'anesthésiste-réanimateur vérifie :
 - l'absence de fait nouveau
 - répond à d'éventuelles interrogations du patient survenues pendant le délai de réflexion : moment privilégié pour re-préciser au patient les principaux éléments de l'information
 - s'assure de la constance du consentement du patient

5.2°

PRÉPARATION

PRÉPARATION

5.2°

■ PROPHYLAXIES : *rappel*

Lors d'une prise en charge ambulatoire, il n'y a pas lieu d'assouplir les règles appliquées lors d'une hospitalisation conventionnelle

- ANTIBIOPROPHYLAXIE :
[cf. recommandations SFAR 1999]
- THROMBOPROPHYLAXIE: car ambulatoire ne signifie pas déambulatoire
[cf. recommandations SFAR en cours de rédaction]

Leurs modalités de mise en œuvre doivent faire l'objet de rédaction de protocoles écrits.

PRÉPARATION

5.2°

- Consignes de jeûne : **rappel**

les recommandations pour la prise en charge des patients en hospitalisation traditionnelle restent valables, le risque d'inhalation étant le même

✓ 6 heures pour les solides

✓ 2 à 3 heures pour les liquides clairs

Un jeûne plus prolongé n'est en général pas souhaitable, en raison de désagréments voire de complications éventuelles.

PRÉPARATION

5.2°

- Consignes de jeûne : **rappel**

les recommandations pour la prise en charge des patients en hospitalisation traditionnelle restent valables, le risque d'inhalation étant le même

- ✓ IPP et anti-H2 chez les patients à risque de régurgitation
(obèse, grossesse, RGO, diabète)

PRÉPARATION

5.2°

- Consignes de jeûne : **rappel**

les recommandations pour la prise en charge des patients en hospitalisation traditionnelle restent valables, le risque d'inhalation étant le même

- ✓ Les traitements habituels ne devant être interrompus en périopératoire, peuvent être absorbés avec 60 à 150 ml d'eau 1 à 2 heures avant l'induction anesthésique

PRÉPARATION

5.2°

- **PRÉMÉDICATION** : **rappel/pas indispensable**
orale (avec 30 à 150 ml d'eau)

vs i.v.

L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE EN AMBULATOIRE

Les clefs :

6°

- Utilisation de produits anesthésiques qui répondent aux attentes d'une prise en charge ambulatoire : délai d'action bref, durée d'action courte, réversibilité et élimination rapides, peu d'effets indésirables et pas d'effets résiduels

à suivre...

6°

- Anesthésie générale : i.v. vs inhalatoire
- Quelles modalités d'utilisation des curares ?
- Le mode de contrôle des voies aériennes : masque laryngé vs intubation
- Y a-t-il une durée limite d'intervention ?
- Quelle limite horaire à la réalisation d'une AG en ambulatoire ?

L'A.L.R. EN AMBULATOIRE

Les clefs :

7°

- **Blocs tronculaires et plexiques :**
= Avantages vs AG en ambulatoire
 - Per et post-opératoire immédiat
 - Coûts d'hospitalisation
 - Durée d'hospitalisation
 - Prise en charge de la douleur

Les clefs :

7°

- Infiltrations et Anesthésie Locale :
 - Infiltrations comme techniques d'anesthésie
 - Cure de hernie inguinale
 - Sédation associée ou non
 - Avantages vs AG vs rachi
 - Réduction des coûts de séjour
 - Réduction de la durée de séjour
 - Mais confort per-opératoire
 - Arthroscopie de genou
 - Infiltrations pour l'analgésie postopératoire

Les clefs :

7°

■ **Rachianesthésie :**

- Comparaison avec l'anesthésie générale
 - Réduction des coûts
 - Durée de séjour
- Comparaison avec les blocs périphériques
- Quel anesthésique local ?
 - Bupivacaïne : minidoses ± morphiniques
 - Autres anesthésiques locaux

à suivre...

7°

- **Blocs tronculaires et plexiques :**

- Quelle place reste-t-il pour l'ALRIV ?

- Peut on laisser sortir un patient avec un bloc prolongé ? (injection unique, cathéter péryneural)

à suivre...

7°

- **Rachianesthésie :**
 - Quel anesthésique local ?
 - Lidocaine & symptômes neurologiques transitoires : données récentes (minidoses+morphiniques)
 - Miction avant la sortie ?

S.S.P.I. et SALLE DE REPOS

Les clefs :

8°

- Période de réveil – repos
 - Prévisible
 - Reproductible
 - Précise et organisée
 - Adaptée à l'environnement
 - Quel délai avant le retour à domicile ?

Les clefs :

8°

- Articulation SSPI – repos :
 - Transition douce
 - Architecture et proximité des sites
 - Organisation du suivi médical et para médical
 - Expérience des équipes.

à suivre...

8°

■ Fast Tracking :

- Pourquoi ?
- Pour quels patients ?
- Intérêt ?
- Sécurité ?

... quel score ?

GESTION DES COMPLICATIONS

- Douleur post-opératoire
- Nausées et vomissements post-opératoires
- Complications de l'ALR
- Autres complications

9.1°

DOULEUR POSTOPÉRATOIRE

La DPO reste une réalité : 30 à 40 % des adultes présente des douleurs modérées à sévères

La prise en charge multimodale de la douleur doit être la règle.

La *pre-emptive analgesia* n'a pas fait la preuve de son efficacité mais l'administration des antalgiques doit être précoce.

Il faut élaborer une stratégie de prise en charge de la douleur à domicile qui prenne en compte :

- l'intensité présumée de la DPO au-delà de la 24^e heure;
- la nécessité d'un « traitement de secours »;
- la levée brutale de l'ALR de longue durée;
- l'éducation du patient avant la sortie, le suivi à 24 heures;
- l'information des intervenants extra-hospitaliers.

à suivre...

9.1°

La place des **opiacés à domicile**.

Les **techniques innovantes** à venir : nouvelles formes galéniques, « kits antalgiques », administration continue d'AL à domicile...

Les pics de DPO à la levée des blocs de longue durée à domicile.

La continuité des soins et l'amélioration de la communication avec les intervenants extérieurs.

9.2°

N.V.P.O.

Le contrôle des NVPO est l'une des conditions *sine qua non* du succès de la chirurgie ambulatoire.

Une **stratégie thérapeutique** fondée sur l'évaluation locale du problème semble préférable à l'application d'algorithmes construits dans un environnement parfois très différent

Des données scientifiques solides confirment l'efficacité des **associations médicamenteuses** comprenant un **sétron**.

L'intérêt de la **prophylaxie** dans le contexte de la chirurgie ambulatoire est largement vérifié.

En France, Il n'est pas encore reconnu par une modification spécifique des AMM des antiémétiques récents.

L'influence du **type d'AG** (propofol v AG inhalatoire) n'est pas évidente, d'autant que les modalités de mise en œuvre sont très variables.

La place du **dropéridol** est l'objet d'une réelle controverse en Europe comme aux USA. Les Mentions Légales et les prises de position de la FDA incitent les praticiens à la prudence. L'akathisie peut être gênante en ambulatoire.

La place des **antagonistes NK1** n'est pas encore établie

Les **formes à délitement oral** sembleraient particulièrement adaptées à la prise en charge des symptômes différés ou tardifs.

COMPLICATIONS DE l'A.L.R.

- Céphalées post rachianesthésie
- La rétention d'urine

10°

CRITÈRES DE SORTIE

Critères non spécifiques

10°

- Quels sont les critères indispensables ?
 - Évaluation clinique versus « score de sortie »
 - *paramètres hémodynamiques et respiratoires*
 - *évaluation de la douleur*
 - *éveil, activité et déambulation*
 - *saignement*
 - Critères sociaux et environnementaux
 - *volontariat*
 - *accompagnant adulte*

Critères spécifiques

10°

■ Après anesthésie locorégionale :

INFORMATION +++

- Anesthésie périmédullaire :
 - *paramètres hémodynamiques (tension artérielle)*
 - *critères de récupération motrice (Bromage)*
- Bloc périphérique du membre supérieur :
 - *bloc sélectif*
 - *protection du membre*
- Bloc périphérique du membre inférieur :
 - *pas d'appui, attelle d'extension*

Critères discutés

10°

■ Quels critères sont discutables ?

- alimentation
- miction
- tests psychomoteurs

■ Qui signe l'autorisation de sortie ?

La responsabilité de la signature avant sortie est celle du professionnel qui a réalisé l'acte : c'est donc un médecin AR après une anesthésie...

ÉVALUATION ET INDICATEURS DE SUIVI

Les clefs :

- I. Les indicateurs de suivi liés à l'anesthésie :
- Ils permettent une mesure objective de la prise en charge des patients en chirurgie ambulatoire et de ses résultats.

L'objectif recherché est :

- d'apporter la preuve d'une pratique appropriée,
- de signaler des événements sentinelles, point de départ d'une démarche d'amélioration de la qualité.

ANNULATION DE L'INTERVENTION PROGRAMMÉE

[1] Le patient ne se présente pas dans l'UCA

1 oubli du patient

2 problème lié au retour à domicile

3 maladie imprévue intercurrente

5 annulation du fait du patient sans explication

ANNULATION DE L'INTERVENTION PROGRAMMÉE

[2] Annulation de l'intervention programmée après l'arrivée à l'UCA

2 problème lié au retour à domicile

3 maladie imprévue intercurrente

7 absence de consultation préanesthésique

8 circonstance imprévue dans la prise en charge du patient

TRANSFERT EN HOSPITALISATION

[4] Transfert en hospitalisation à la suite d'une intervention CA

2 problème lié au retour à domicile

10 complication peropératoire

11 complication postopératoire

13 à la demande du patient

14 à la demande du médecin anesthésiste

TRANSFERT EN HOSPITALISATION

[5] Transfert en hospitalisation
dans un autre établissement

15 capacité d'hospitalisation insuffisante

16 absence ou insuffisance de structure de soins intensifs

MODIFICATION DE LA SORTIE DU PATIENT :

[6] Sortie retardée du patient

2 problème lié au retour à domicile

8 circonstance imprévue dans la prise en charge du patient

11 complication postopératoire

CONTINUITÉ DES SOINS :

[7] Défaut d'organisation altérant la prise en charge
hors UCA

18 bulletin de sortie non remis au patient

CONTINUITÉ DES SOINS :

[8] Retour imprévu du patient au sein de l'établissement

20 demande de conseil

21 complication(s) postopératoire

Les clefs :

- II. La prévention des risques :
= identification des dysfonctionnements
 - Retards, réclamations, etc.

Les clefs :

III. Les enquêtes de satisfaction :

- Satisfaction globale :
re-ambulatoire ?
- Satisfaction ciblée :
DPO ?
NVPO ?

COMMENT ASSURER LA CONTINUITÉ DES SOINS ?

- Dans le cadre de l'obligation de "recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire ou anesthésique",
il convient de remettre au patient :
 - le **bulletin de sortie** avec
 - le nom des intervenants
 - et le numéro de téléphone en cas de rappel
 - les consignes et soins postopératoires
 - l'**ordonnance de sortie** (DPO, HBPM, etc.)
 - éventuellement un **compte-rendu simplifié** en cas de situation particulière

- Il convient de définir :
 - les modalités de communication et d'information avec les intervenants éventuels à domicile (médecin traitant, IDE) : *fiches d'informations standardisées*
 - la conduite à tenir en cas de rappel d'un patient rentré à domicile qui définisse :
 - les modalités et les responsabilités des professionnels de l'établissement qui va éventuellement réadmettre le patient
 - Les modalités de transmission du dossier anesthésique

L'ANESTHÉSIE AMBULATOIRE EN PÉDIATRIE

Période préopératoire :

- Critères de sélection : **Quels enfants peuvent bénéficier de l'anesthésie ambulatoire ?**
 - selon la chirurgie, le patient, l'anesthésie, les risques d'évènements indésirables, les critères sociaux
- Consultation d'anesthésie : **spécificité ?**
 - interrogatoire de la famille, carnet de santé, examen clinique et préparation psychologique, bilan pré-anesthésique, information et consentement éclairé des parents et du patient, prémédication

Critères de sélection :

- Selon la chirurgie: actes programmés, urgences simples
acte peu hémorragique, peu douloureux, peu handicapant, <2h
(ORL, Stomato, Ophtalmo, Plastique, Viscérale, Orthopéd RX, IRM, Scanner, Endoscopie, Pst...).
- Selon le patient: (spécificités)
 - *ASA I ou II + qq III bien stabilisés (accord +++)
 - *Age **: Risq.MSIN jusqu 'à 6 mois chez NN à terme et + chez ancien préma
 - *Clinique **: récuser infect° voies resp.sup., report de 15j à 3 sem. (Cs anesth +++ : attent° rhi.purul.,asthme, cardiopathie, BDP,ex-préma)
- Selon l'anesthésie et les R. d 'évènements indésirables
- Selon les critères sociaux(compréhens°, autonomie, disponibilité, D.)

- Interrogatoire de la famille et de l'enfant (ATCD)
- Carnet de santé et ancien dossier
- Examen clinique *** (écho cœur si souffle cardiaque organique, ex neuro) avec sensibilisation familiale à un éventuel report si infection des VASup le jour de l'acte*
- Evaluat° et préparat° psychologique (enfant+parents)*
- Inform° patient+famille: consentt éclairé parent+enfant** (loi 4/3/02 droit des mineurs), AutOp, info° écrites +orales
- Bilan pré-Op.?(signe d'appel >1an; +/- Hb, crase <1an)
- Ordonnance EMLA, antalgiques, ...**
- PM** : midazolam ou hydroxyzine +/- atropine

Période per-opératoire : 13°

- Le jeûne de l'enfant (nsp): recommandat°

AGE	Solides, lait maternel, lait	Liquides clairs
< à 6 mois	4 Heures	2 Heures
De 6 à 36 mois	6 Heures	2 à 3 Heures
> à 36 mois	6 à 8 Heures	2 à 3 heures

Période per-opératoire :

- **Recommandations pour les structures et le matériel de l'anesthésie pédiatrique (AFAR2000) ; et charte de l'enfant hospitalisé.**
- **Existe-t-il une spécificité des techniques anesthésiques pour l'anesthésie ambulatoire ?**

Recommandations pour le matériel :

13°

Chariot spécifique regroupant le matériel***:

- *Assistance respiratoire : masque facial, canule, ballons, valves, plateau d'intubat°, sondes d'intubat° diamètre : $16 + \frac{\text{âge}}{4} > 2$ ans, masque laryngé, respirateurs d'anesthésie, intubation difficile, drain pleural
- *Monitoring ventilatoire, monitoring fonct° cardiovascul, abord vasculaire, défibrillateur
- *Prévention hypothermie et surveillance températ.
- *Analyseurs conc O₂, halogénés, curarisation
- *Perfus°: Solutés poly-ioniques glucosés, Ringer

Recommandations pour les structures :

- *salle d'intervention : spécifique ou dédiée,
- *SSPI : spécifique ou dédiée, 2 places/salle d'op
- *personnel au bloc : 1MAR + 1IADE ou 2 MAR chez le petit enfant
- *personnel SSPI : recommandat° SFAR(1IDE/3) + /- IPDE
- *transfert : MAR du bloc ou si éloignement équipe mobile
- *unité d'hospitalisation spécifiquement pédiatrique et **respect de la charte de l'enfant hospitalisé*****
- *labo et examens complémentaires (formation à la pratique pédiatrique).

Charte de l'enfant hospitalisé (UNESCO) :

- Facilités pour parents de rester auprès de l'enfant
- Pas d'hospitalisation en service d'adulte
- Développement de l'hospitalisation ambulatoire
- Regroupement par tranche d'âge
- Liberté des visites sans limite d'âge
- Environnement, équipement, personnel, sécurité correspondant aux besoins de l'enfant
- Soignants formés à la Pédiatrie
- Sauvegarde de l'intimité des enfants

▪ L'anesthésie générale :

Les agents anesthésiques volatils sont très utilisés en ambulatoire : **sévoflurane** > isoflurane

Les agents anesthésiques IV : **Propofol** (AMM > 1 mois),
morphiniques (alfentanil, rémifentanil, sufentanil)

Les curares sont très peu utilisés

▪ L'AG + ALR : ***

Blocs périph.: ilioinguinal, iliofacial, pénien, paraombilical

Caudale (bupivacaïne 0,25%:0,5 à 1 ml/kg <25kg)

Autres : MEOPA, EMLA + AL

Période postopératoire :

- SSPI et salle de repos :
- Gestion des complications :
 - La douleur:
stratégie(recommandat°ANAES 3/2000)
 - Les nausées et vomissements : stratégie
- Critères de sortie du centre :
- Continuité des soins :
- Évaluation :

Période postopératoire :

13°

- **SSPI** : pas de particularités / SSPI après anesthésie en chirurgie conventionnelle : Fonction respiratoire essentielle

Séjour : 1 à 2 heures ; Sortie : Score d'Aldrete modifié

- **Gestion des complications :**

Douleur : **Anticipat°** analgésie, évaluat° douleur, recommandat° ANAES 2000 (douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant), prescript° post-hospitalisat°**

NVPO: ondansetron 0,1mg/kg IVL > 2ans

Retard de miction **: après caudale

- **Salle de repos :**

Accompagnement et présence parentale essentiels***

Infirmière de l'unité***

■ Critères de sortie du centre :

Stabilité constantes vitales depuis > 1 heure, conscience Nle pour âge, récup° réflexes de protect°VA, pas détresse resp, pas stridor, pas évènement indésirable anesthésique, pas saignement ou C° chir, pas NVPO, pas ou peu de douleur, pas de fièvre

Déambulation appropriée pour l'âge, reprise activité ludique **

Instructions orales et écrites avec noms et N° tél. des médecins

Signature des acteurs : règlement intérieur

Retour à domicile accompagné de deux adultes (dont un des parents) principe de sécurité routière

■ Continuité des soins : courrier méd.Tt

Évaluation :

- **Tableau de bord avec indicateurs :**
 - *Nbre de consultations
 - *Nbre d'anesthésies ambulatoires
 - *Nbre d'intervent° annulées
 - *Nbre d'hospitalisat° imprévues
 - *Evènements indésirables (anesthésiques, postop)
- **Qualité et satisfaction :**
 - *enfant et parents
 - *personnel
 - *correspondants

Evaluation et amélioration de la qualité des soins

Démarche d'amélioration continue de la Qualité

STRUCTURES ET ORGANISATION LIÉES À LA PRATIQUE DE L'ANESTH. AMBULATOIRE

STRUCTURES

14°

Réaménagement ou conception spécifique qui tiennent compte des principes suivants:

- **PROXIMITÉ** : la gestion des flux doit permettre une prise en charge en toute sécurité avec des déplacements limités du patient et des médecins anesthésiste-réanimateurs.
- Aménagement centré sur le respect de la **DIGNITÉ** et de l'**INTIMITÉ**
- environnement adapté (couleurs, ambiance musicale, etc.) et dispositions particulières pour l'activité pédiatrique
- Espace de travail réservé au médecin AR (CS, VS, sortie...)

ORGANISATION

- **Place des MAR** dans l'organisation générale des UCA qui doivent participer à la rédaction :
 - Du règlement intérieur
 - De l'organisation du secteur opératoire

Avec une attention particulière à ce qui à trait à :

- L'anesthésie
- Le circuit des patients
- L'organisation du programme opératoire
- L'organisation des présences et permanences nécessaires

ORGANISATION

- **Place des MAR** dans l'organisation générale des UCA qui doivent participer à la rédaction de protocoles et procédures spécifiques :
 - Procédure d'accueil rapide et anticipée
 - Procédure de sortie
 - Prise en charge de la douleur postopératoire
 - Conduite à tenir en cas d'appel d'un patient après sa sortie
 - etc.