



Läkare anestesi  
Pär Lindblom

# ANELÄK Barnanestesi i Östersund

Friska barn över tre år utgör sällan någon större anesthesiologisk utmaning när väl den intravenösa infarten är på plats. Nålsättning kan dock i sig vara ett nog så stort problem. Med minskande ålder och kroppsvikt ökar svårigheterna pga anatomiska, fysiologiska och farmakologiska orsaker.

## Riktlinjer för elektiv barnanestesiverksamhet:

Barnet ska vara 40 gestationsveckor eller äldre, ha en kroppsvikt över 3 kg och vara i övrigt friska.

Prematurfödda barn ska minst ha uppnått ovanstående och i tillägg inte ha något syrgasbehov eller annan sjuklighet. Här får bedömning av lämplighet göras i det individuella fallet.

För MR-undersökning gäller för närvarande en viktgräns på 10 kg pga. begränsningar i vår utrustning. Ny övervakning och ventilator beräknas vara i drift under hösten 2016.

Vid behov av anestesi på barn före 6 månaders ålder önskar vi en tidig kontakt. Detta för att diskutera om vi har möjlighet/kompetens att ta hand om barnet, både medicinskt och schemamässigt. Ett litet barn fordrar minst en specialistkunnig anestesilog vilket kan påverka omhändertagande av övriga patienter på operationsprogrammet.

Barn under 6 månader tas pre- och postoperativt omhand på avd 109 och ska därför föränmälas dit.

**Friska** barn äldre än 6 månader fordrar ingen remiss till oss inför sövning.

För poliklinisk verksamhet ska barnen vara äldre än 6 månader.

## Preoperativt

### Barn under 6 månader

Infart sätts på avd 109.

Anestesiläkare tar ställning till preoperativa prover. Om barnet är friskt i övrigt behövs normalt inte några preoperativa prover, men i det enskilda fallet kan blod- och elektrolytstatus bli aktuellt.

Anestesiläkare ordinerar fastetid, standard 4h för bröstmjolk/ersättning

Barnläkare ordinerar underhållsvätska, standard 5% Glukos med 80Na+40K per 1000ml, dropptakt 3,5ml/kg/h. Detta underhåll startas efter 3h fasta.

Gemensamt ställningstagande till postoperativ apnérisk, se nedan.

### **Barn över 6 månader**

Barnen kommer till operation / rtg / annan anestesi lokal från dagvården eller avd 108, äldre barn kan komma direkt hemifrån. EMLA alternativt Rapydan på minst 2 ställen. Önskvärt med nålsättning på dagvård/avd, men om stora svårigheter får detta lösas på anestesi lokalen.

Premedicinering enligt stående ordination.

### **Postoperativt omhändertagande:**

Postoperativt övervakas alla barn under 6 månader på avd 109. Platstillgång på avd 109 kan vara ett problem och kontakt med ansvarig doktor på avd 109 måste tas inför operation / anesthesi, så att plats kan beredas eller annan lösning sökas.

**Normal apnérisk** (för övrigt frisk, född i fullgången tid): Extuberas på op. Övervakning och syrgas fortsätts, revivator tillgänglig. Ssk 109 möter upp på UVA. Narkosläkaren och ssk 109 följer med barnet upp till avd 109. Narkosläkaren rapporterar till ansvarig barnläkare där. Barnet vårdas övervakat på sal A eller B tills det bedöms som helt vaket (men minst 6h), därefter fortsatt övervakning på familjevårdsrum/17-19.

**Förhöjd apnérisk** (prematurfödd alt annan sjuklighet, t.ex. anemi): Extuberas till nCPAP på salen i närvaro av barnläkare och 109 ssk. Övervakning fortsätts, revivator tillgänglig, med fördel används transportkuvösen. Barnläkare och 109 ssk är ansvariga för transporten upp till avd 109, men kan ta hjälp av narkosläkaren vid behov.

På avdelningen övervakas barnet på sal A eller B minst 12h, därefter fortsatt övervakning på familjevårdsrum/17-19.

**Övriga barn** övervakas initialt på UVA innan förflyttning till avd 108 eller dagvården.

### **Ansvarsförhållande**

Vid sövning av barn < 1 år ska sövningen utföras av ansvarig specialistkompetent anestesiläkare, som enbart har ansvaret för den salen. I tillägg ska det finnas ytterligare en narkosläkare med vid induktion och extubation för att snabbt kunna vara behjälplig vid behov. Övriga i narkosteamet ska vara förtrogna med att söva barn.

Se även separat PM för rutiner kring vilka som ska, eller inte ska, vara på salen vid barnsövningar.

Vid sövning av barn < 3 år har ansvarig anesthesiolog bara den salen.

Vid sövning av barn < 3 år söver ST-läkare inte självständigt. Tydligt definierad specialist ska finnas lätt tillgänglig för att snabbt kunna gripa in om behov uppstår.

## **Fasta inför anesthesi**

### **Elektiv anesthesi:**

1. Fast och flytande föda får intas intill **6 timmar** innan anesthesi.
2. Bröstmjölks och ersättningar får ges intill **4 timmar** innan anesthesi.
3. Klar dryck dvs. vatten, klar saft, äppeljuice, läsk *utan* kolsyra, te kan och bör intas intill 2 timmar innan anesthesi. Alltså inte mjölkprodukter, välling eller apelsinjuice.

### **Akut anesthesi:**

I princip kan även det minsta smärtande traumat leda till paralytisk ileus och barnet ska betraktas som ofastande oavsett fastetid och aspirationsrisken ska beaktas vid anesthesin.

En fraktur som smärtstillas med gipsskena och opereras "elektivt" nästa dag kan i vissa fall betraktas som fastande om normala fasteregler följts.

Operationsanmälande doktor bör kontakta anesthesijour för diskussion om lämplig tid för anesthesi.