

Marek Sobol

Oddział Anestezjologii Intensywnej Terapii Dzieci

ZASADY PRZYGOTOWANIA PACJENTA DO ZNIECZULENIA (1.0)

ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII DZIECI I NOWORODKÓW

SZPITAL PEDIATRYCZNY W BIELSKU-BIAŁEJ

1. CZĘŚĆ ORGANIZACYJNA

Plan zabiegów operacyjnych i badań, przeprowadzanych w znieczuleniu zostaje przedstawiony w przeddzień i powinien uwzględniać zasadę nadrzędności mniejszego ryzyka zagrożenia dla zdrowia i życia dziecka.(1)

Zgodnie z obowiązującymi przepisami (1) tryby wykonania zabiegów to:

1) zabieg w trybie natychmiastowym – zabieg wykonywany natychmiast po podjęciu przez operatora decyzji o interwencji, u pacjenta w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, groźby utraty kończyny czy narządu lub ich funkcji; stabilizacja stanu pacjenta prowadzona jest równocześnie z zabiegiem;

2) zabieg w trybie pilnym – zabieg wykonywany w ciągu 6 godzin od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta z ostrymi objawami choroby lub pogorszeniem stanu klinicznego, które potencjalnie zagrażają jego życiu albo mogą stanowić zagrożenie dla utrzymania kończyny czy organu, lub z innymi problemami zdrowotnymi niedającymi się opanować leczeniem zachowawczym;

Kwalifikacja w trybie pilnym i natychmiastowym powinna być określona wyraźnym wpisem w historii choroby, dokonany przez lekarza kwalifikującego do zabiegu lub badania w znieczuleniu.

3) zabieg planowy w trybie przyspieszonym – zabieg wykonywany w ciągu kilku dni od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta, który wymaga wczesnego leczenia zabiegowego, lecz wpływ schorzenia na stan kliniczny pacjenta nie ma cech opisanych dla zabiegu w trybie natychmiastowym i pilnym;

4) zabieg w trybie planowym – zabieg wykonywany według harmonogramu zabiegów planowych, u pacjenta w optymalnym stanie ogólnym.

Kwalifikacja anestezyjologiczna do zabiegów odbywa się podczas konsultacji anestezyjologicznej z rodzicami lub opiekunami prawnymi i z zasady ma miejsce w pokoju konsultacyjnym na OAiITDzN.

Konsultacja odbywa się w przeddzień znieczulenia, z zasady co najmniej 24 godziny wcześniej (1,4)

Lekarz specjalista anestezyjologii i intensywnej terapii, zapoznaje się z dokumentacją medyczną pacjenta, skompletowaną wraz z niezbędnymi wynikami badań laboratoryjnych przez lekarza prowadzącego, oraz przeprowadza badanie w celu zakwalifikowania do znieczulenia.

2. CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA

> **Badania przed znieczuleniem (3,4)- zakres nie obejmuje badań, których wykonanie uzasadnia rodzaj zabiegu (np.koagulogram do zabiegów o podwyższonym ryzyku krwawienia)**

Anestezjolog kwalifikuje pacjenta do grupy ryzyka wg. ASA, dokumentując to w karcie kwalifikacyjnej.

Na podstawie kwalifikacji ASA, z zasady wymagane są następujące badania i konsultacje (2):

ASA I – grupa krwi

ASA II - grupa krwi, morfologia. W razie wątpliwości co do schorzenia systemowego - ocena pediatry lub konsultacja odnośnej poradni specjalistycznej.

ASA III i IV - jw. + EKG RTG klp, układ krzepnięcia, mocznik, kreatynina,

gazometria. W razie współistnienia wady serca - echo (koniecznie frakcja

wyrzutowa) i konsultacja kardiologiczna. Badania w tej grupie ważne są dwa tygodnie.

ASA V - jw. + wpis operatora o wskazaniach życiowych

W przypadku planowanej anestezji regionalnej dodatkowo koagulogram.

Konsultacje kardiologiczne u dzieci z wywiadem opieki kardiologicznej:

1. konsultacja kardiologiczna nie jest wymagana w przypadku udokumentowanej zakończonej obserwacji kardiologicznej z orzeczoną brakiem wady serca i zaburzeń rytmu.
2. konsultacja kardiologiczna jest ważna przez rok, w przypadku braku rozpoznania wady serca i zaburzeń rytmu ale nie zakończonej obserwacji kardiologicznej.

3. Konsultacja kardiologiczna jest ważna przez 30 dni w przypadku: wady serca skorygowanej, zaburzeń rytmu, braku dokumentacji a wątpliwego wywiadu kardiologicznego.

4. Konsultacja kardiologiczna jest ważna 2 tygodnie w przypadku wad nieskorygowanych, niewydolności krążenia, zaburzeń rytmu lekoopornych, wszczepionych kardiowerterów/ defibrylatorów.

Konsultacje neurologiczne u dzieci z wywiadem opieki neurologicznej:

1. Obciążający wywiad neurologiczny (wcześniactwo, padaczka, PCI, urazy czaszkowo-mózgowe) - konsultacja neurologiczna nie starsza niż 30 dni

2. Udokumentowane zakończenie obserwacji neurologicznej przy braku patologii w obrębie układu nerwowego- konsultacja nie jest wymagana.

W przypadku ponadstandardowych wymagań co do badań, anestezjolog bezpośrednio porozumiewa się z operatorem.

> Dyskwalifikacja dziecka z możliwości planowego znieczulenia (3,4)

Dziecko bezpośrednio po szczepieniu; anestezja nie wcześniej niż:

- Szczepienia:

di-per-te, Heine-Medina (parenteralna), Hemophilus - 3 dni

Świnka, różyczka i odra - 3 tygodnie

Polio doustne - 6 tygodni

Gruźlica (6-7 lat) - 6 tygodni

☒Kontakt z chorobą zakaźną; anestezja nie wcześniej niż:

Ospa wietrzna - 21 dni☒

Świnka - 24 dni

Odra - 12 dni

Różyczka - 21 dni

Koklusz - 20 dni

- Przebyta choroba zakaźna; anestezja nie wcześniej niż:

Ospa wietrzna - wyschnie ostatni wykwit

Świnka - 10 dni po stwierdzeniu powiększonych węzłów

Odra - 5 dni po wystąpieniu zmian skórnych

Różyczka - 7 dni po wystąpieniu zmian skórnych

Koklusz - 21 dni od pierwszych objawów lub 6 dni od rozpoczęcia podawania antybiotyku

- Ostry nieżyt górnych dróg oddechowych: planowa anestezja po 2 tygodniach od zakończenia leczenia

Dzień zabiegu

Premedykacja

☒ Dzieci poniżej 7/12 - bez premedykacji;

☒ Dzieci powyżej 7/12, do 35 kg m.c.: syrop premedykacyjny (1 mg w 1 ml)

(Dormicum 0,3 mg/kg, bez atropiny) na 45 min przed planowanym rozpoczęciem anestezji; maksymalna dawka 10 mg.

☒ Dzieci starsze > 35 kg m.c. tabletki Dormicum 7,5 mg.

Premedykację anestezjolog wpisuje w kartę znieczulenia

Karmienie

Dzieci do 1 roku życia: karmienie piersią na 4 godziny przed anestezją; karmienie

mieszką do 6 godzin przed anestezją; pojenie klarownym płynem 2 godziny przed anestezją

Dzieci powyżej 1 roku życia: Karmienie 6 godzin przed anestezją, pojenie

klarownym płynem 2 godziny przed anestezją

Klasyfikacja ASA

I Dziecko zdrowe, bez obciążającego wywiadu medycznego

II Schorzenia układowe o umiarkowanym nasileniu nie powodujące ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu (wyrównana umiarkowanego stopnia astma, padaczka ustabilizowana lekami, wyrównana cukrzyca)

III Ciężkie choroby układowe powodujące ograniczenie codziennego funkcjonowania

(astma z częstymi ciężkimi zaostrzeniami, lekooporna lub niedostatecznie kontrolwana padaczka, zapalenie płuc, tracheostomia bez wentylacji mechanicznej, niedostatecznie kontrolowana cukrzyca, ciężka otyłość, wcześniactwo w wywiadzie, nowotwór, stabilna narządu)

IV Ciężkie schorzenie układowe stanowiące dla dziecka zagrożenie życia (BPD, sepsa, zaawansowana niewydolność narządu, chorobliwa otyłość:

V Dziecko w stanie bardzo ciężkim, najpewniej umrze jeżeli nie zostanie zoperowane

(wstrząs septyczny, niewydolność wielonarządowa, ciężki uraz)

Źródła:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r.

w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii

dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą z dnia 7 stycznia 2013 r.

2. Wytyczne PTAiT z 28.09.2012, określające zasady, warunki oraz organizację udzielania świadczeń zdrowotnych w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii

3. Zasady postępowania anestezjologicznego. KAiT Dz WAM

4. Practice advisory for preanesthesia evaluation: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology*. 2012 Mar;116(3):522-38.

