

# Barn - postoperativt delirium

## Förändringar sedan föregående version

251110-Nytt dokument

### Bakgrund

Postoperativt delirium hos barn (eng. emergence delirium) är ett vanligt tillstånd (10–30%) som är skrämmande för föräldrar, vårdpersonal och medpatienter. Barnet minns vanligen lite av händelsen men riskerar att skada sig själv i agitation. Det är därför av största vikt att i första hand förebygga, i andra hand behandla tillståndet. Det är oklart vad som utlöser deliriet. Det är förknippat med otillräcklig smärtlindring men uppkommer även efter ”smärtfria” undersökningar, som sövning för MR, vilket talar för att det är anestesimedlen i sig som är utlösande faktor.

### Risikfaktorer:

1. Ångest/oro inför operation
2. Ålder (vanligast mellan 2-10 års ålder)
3. Tidigare episoder
4. Sevofluran-anestesi
5. Smärta
6. Manligt kön
7. ÖNH-kirurgi
8. Snabbt uppvaknande

### **Klinisk bild:**

Uppstår typiskt inom 45 minuter från anestesis avslutande. Barnet är vaket men okontaktbart. Ofta kraftigt agiterat och drar i slangar och förband. Skriker och gråter. Otröstliga mot föräldrar och vårdpersonal. Utan behandling är anfallet ofta självterminerande inom 15-20 minuter men kan hålla i upp till en timme.

### **Differentialdiagnoser som skall uteslutas:**

9. Smärta
10. Hypoglykemi
11. Urinstämna
12. Hypoxi
13. Neurologisk komplikation

### **Förebyggande behandling:**

14. Premedicinering: Klonidin eller Dexdor
15. TIVA-baserad anestesi
16. Klonidin inför väckning om ej givet som premedicinering
17. Multimodal smärtlindring.
18. Djup extubation
19. Propofolbolus (ca 1 mg/kg) vid avslut av sevofluran-anestesi
20. Undvik att väcka barnet på postop. Låt hen sova färdigt.
21. Lugn miljö och anhörig närvaro
22. Vid hög risk;
23. Midazolam 0.03 mg/kg vid opslut
24. Ketamin 1 mg/kg vid opslut

### **Behandling:**

25. Skydda barnet. Lugn miljö, minska stimuli.
26. Lugn mjuk kontakt. Undvik fasthållning
27. Föräldrar/anhörig nära
28. Kontakta läkare för ordination, barnet behöver ofta somna om tillfälligt.
29. Propofol 0,5-1mg/kg i.v,
30. Klonidin 1–2 mikrogram/kg.
31. Ev midazolam 0.1 mg/kg i svåra fall
32. Utvärdera och behandla smärta

## Källförteckning

Urits I, Peck J, Giacomazzi S, et al. Emergence Delirium in Perioperative Pediatric Care: A Review of Current Evidence and New Directions. *Adv Ther.* 2020;37(5):1897-1909. doi:10.1007/s12325-020-01317-x

Moore AD, Anghelescu DL. Emergence Delirium in Pediatric Anesthesia. *Paediatr Drugs.* 2017;19(1):11-20. doi:10.1007/s40272-016-0201-5

Emergence delirium after paediatric anaesthesia: new strategies in avoidance and treatment Nair, S. et al. *BJA Education*, Volume 18, Issue 1, 30 – 33

Mason KP. Paediatric emergence delirium: a comprehensive review and interpretation of the literature. *Br J Anaesth.* 2017;118(3):335-343. doi:10.1093/bja/aew477

Postoperativ agitation och delirium hos barn efter generell anestesi .  
Ingrid Johansson och Erik Johnsson, kandidatarbete Örebro  
Universitet

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Postoperativ vård Sahlgrenska, Operation 7 Sahlgrenska, Operation 6 Sahlgrenska, Operation 4 Sahlgrenska, Neurointensivvårdsavdelning, Narkosförberedelser barn och ungdom Sahlgrenska, Läkare AnOpIVA, Central intensivvårdsavdelning, Avdelning 95B postoperativ vård, Avdelning 95A postoperativ vård, Avdelning 22 postoperativ intensivvård, Anestesi 5 Sahlgrenska, Anestesi 1 och 2 Sahlgrenska

**Innehållsansvar:** Tobias Ullerstam, (tobul1), Överläkare

**Godkänd av:** Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9805-1593997-3578

**Version:** 2.0

**Giltig från:** 2026-01-07

**Giltig till:** 2027-11-10