

Barn – anestesi till barn med pågående eller nyligen genomgången luftvägsinfektion, AnOpIVA Mölndal

Förändringar sedan föregående version

Inga ändringar sedan föregående version. Framtaget i samarbete mellan barnvölar SU/S och SU/M.

Bakgrund och syfte

Infektioner hos barn inför anestesi är ett vanligt problem som anestesiläkare behöver ta ställning till. Detta dokument syftar till att ge stöd i beslutet att stryka/godkänna anestesin. Definitiva riktlinjer är svåra att fastställa och det är alltid en individuell bedömning av patienten vilken görs av sövande anesthesiolog. Avgörande för riskvärderingen är hur akut ingreppet är, diskutera med operatören. Vid mindre, elektiva ingrepp som utan problem kan skjutas upp ska man inte acceptera ökad komplikationsrisk.

Utförande

Generellt

- Enbart snorighet är inte skäl till strykning hos ett i övrigt välmående och tidigare friskt barn utan nedanstående riskfaktorer.

- Är barnet inte allmänpåverkat och så piggt att det orkar vara ute och leka är det oftast tillräckligt friskt för operation.
- Feber ($>38^{\circ}$) eller påverkan av allmäntillstånd tyder på pågående infektion och elektivt ingrepp bör strykas.
- Nattlig hosta eller ronki vid auskultation är tecken på retning i nedre luftvägar och ingreppet bör strykas.
- Produktiv hosta eller gulgrönt snor kan tyda på bakteriellt engagemang och ingreppet bör strykas.
- Barn med pågående eller nylig luftvägsinfektion bör bedömas av ansvarig narkosläkare med anamnes och klinisk undersökning, vilka ligger till grund för beslut om eventuellt uppskjuten kirurgi.

Tidsaspekt

Vid strykning finns det konflikterande data om hur länge man bör vänta efter tillfriskande. Den största observationsstudien som genomförts visar högst risk för luftvägskomplikation de första två veckorna (ca 30 %) och därefter avtagande (12 % efter två veckor och 8 % efter fyra veckor). **Barn bör alltså vänta minst två veckor men helst fyra veckor** innan anestesi efter genomgången förkylning.

OBS! Längre tidsrymd gäller vid följande tillstånd:

- Pseudokrupp: Avvakta minst 6 veckor (risk för subglottiskt ödem vid intubation).
- Verifierat RS-virus eller bakteriell pneumoni: Avvakta minst 6 veckor
- Kikhosta (Pertussis): Avvakta minst 6 månader (ger långvarigt hyperreaktiva luftvägar och man bör inte elektivt söva patienten under den tiden).

Riskfaktorer

Riskfaktorer för att utlösa perioperativa luftvägsproblem (eng. Perioperative Respiratory Adverse Events), som bl.a. innefattar laryngospasm, bronkospasm, hypopné eller apné, ofri luftväg, allvarlig hosta och desaturation, vilka ska tas med i bedömningen är:

Patientfaktorer

- Prematurt födda (<37 veckor)
- Ålder <3 år och i synnerhet <1år
- Astma, atopi, passiv rökning
- Snarkning/OSA
- Övervikt
- Pågående eller nyligen genomgången luftvägsinfektion.

Typ av kirurgi

- ÖNH-ingrepp som engagerar luftvägen.
- Käk-/gom-/tandingrepp.
- Flera ingrepp under samma anestesi.

Anestesirelaterat

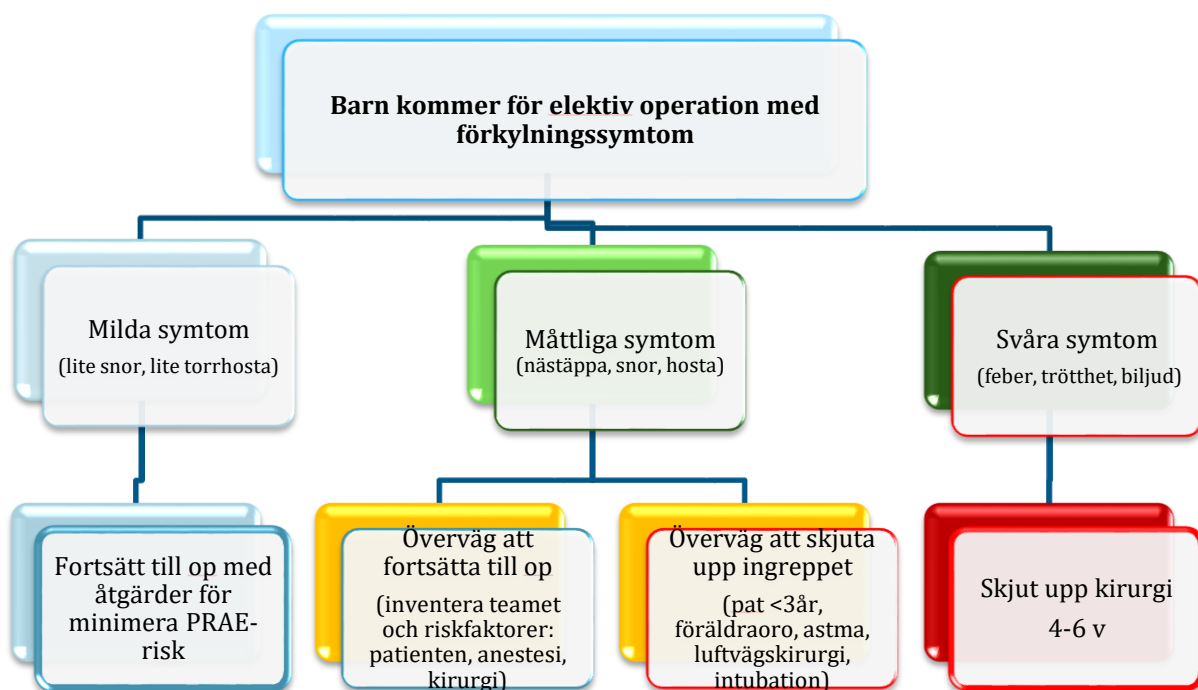
- Intubation (Risk Tub>LMA>Mask).
- Brist på barnerfarenhet hos anesthesiologen och teamet.
- Anestesimedel och -metod för induktion och underhåll.

Anestesiåtgärder

Åtgärder som minskar risken för perioperativa negativa respiratoriska händelser/luftvägsproblem (PRAE). Bör övervägas för barn med riskfaktorer:

- Intravenös induktion och TIVA
- Anestositeam med barnerfarenhet
- Alfa-agonist vid behov av premedicinering
- Larynxmask eller masknarkos hellre än intubation om möjligt
- TOF alltid och reversering vb om muskelrelaxerad

- Inhalation **ventoline** 30 min innan anestesi (0,15mg/kg max 5 mg/dos)
- **Lidokain** i.v 2 mg/kg innan extubation
- **Propofol** bolus innan extubation.
- Djup extubation om vana finns i hela vårdkedjan.
- Nezeril innan väckning.
- Adekvat överlämning och monitorering postoperativt.



Beslutsstöd "Barn med förkylningssymtom"

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i journalsystemet om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från styrdokumentet rapporteras i MedControl PRO.

Källförteckning

[Anesthesia for the child with a recent upper respiratory infection - UpToDate](#)

Hii J, Templeton TW, Sommerfield D, Sommerfield A, Matava CT, von Ungern-Sternberg BS: Risk assessment and optimization strategies to reduce perioperative respiratory adverse events in

pediatric anesthesia-Part 1 patient and surgical factors. Paediatr Anaesth 2022; 32: 209-216

Templeton TW, Sommerfield D, Hii J, Sommerfield A, Matava CT, von Ungern-Sternberg BS: Risk assessment and optimization strategies to reduce perioperative respiratory adverse events in Pediatric Anesthesia-Part 2: Anesthesia-related risk and treatment options. Paediatr Anaesth 2022; 32: 217-227

Regli A, Becke K, von Ungern-Sternberg BS: An update on the perioperative management of children with upper respiratory tract infections. Curr Opin Anaesthesiol 2017; 30: 362-367

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet An-Op-IVA Mölndal

Innehållsansvar: Ingrid Stubelius, (ingst54), Överläkare

Granskad av: Cecilia Bondjers, (cecbo2), Överläkare

Godkänd av: Karin Löwhagen, (karer20), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-3685

Version: 1.0

Giltig från: 2026-05-12

Giltig till: 2028-05-12