

INFORMATION KOMPAKT

Empfehlungen für die Durchführung einer ambulanten chirurgischen bzw. anästhesiologischen Versorgung bei Kindern.

Freigabe durch den Vorstand der ÖGARI im Sept. 2016



AUTOREN

Dr. Christiana Justin, Univ. Klinik Graz
Prim. Dr. Gertraud Geiselseder, Keplerklinikum Linz
Dr. Birgit Stöger Müller, LKH Salzburg
Dr. Maria Vittinghoff, Univ. Klinik Graz
maria.vittinghoff@medunigraz.at

GUTACHTER: ÖGARI-Vorstand

GÜLTIGKEIT: 2 Jahre

Voraussetzungen:

Die Einrichtung muss speziell für die Betreuung von Kindern ausgerüstet sein und sowohl die räumlichen als auch die personellen Voraussetzungen (Chirurgen, Anästhesisten und Pflege) für die ambulante Betreuung von Kindern haben.

Es müssen schriftliche Konzepte und Standards für die chirurgische und anästhesiologische Versorgung von ambulanten Patienten vorliegen.

Die Eltern müssen Erfahrung im Umgang mit ihrem Kind haben, damit eine adäquate perioperative Versorgung zu Hause gewährleistet ist.

Die sprachliche Verständigung zwischen den Eltern/Kind und dem betreuenden Team muss gewährleistet sein.

Indikationen:

ASA I und ASA II –Patienten

Infektfreiheit

Kurzdauernde Eingriffe

Kein wesentlicher Blutverlust

Patienten mit MH-Disposition nur unter Einhaltung eines längeren postoperativen Beobachtungszeitraumes (6 – 8 Stunden)

Ausnahmsweise ASAIII – Patienten bei:

Vorliegen einer stabilen chronischen Erkrankung

Geistig und/oder körperlich behinderte Patienten,

wenn eine sichere Betreuung durch die mit dem Patienten vertrauten Personen gewährleistet ist.

Kinder mit chronischen Erkrankungen z.B. Asthma bronchiale, Diabetes Epilepsie, Cystische Fibrose sind für eine tagesklinische Versorgung grundsätzlich geeignet, wenn sie sich in einer stabilen klinischen Situation und unter einer kontrollierten Medikation befinden. Eine perioperative Weiterführung der Dauermedikation muss gewährleistet sein. Weiters sollte besonderes Augenmerk auf eine PONV-Prophylaxe gelegt werden.

Kontraindikationen:

ASA III – Patienten (Ausnahmen siehe oben)

ASA IV – Patienten

SIDS- / ALTE-Anamnese: Säuglinge deren Geschwister an einem Sudden Infant Death Syndrome verstorben sind oder die selbst ein Apparent Life- Threatening Event überlebt haben, müssen postoperativ stationär beobachtet werden.

Alter:

Die ARGE Kinderanästhesie der ÖGARI schließt sich bezüglich des Alters für die Zulässigkeit ambulanter Narkosen den Empfehlungen der DGAI an:

J.M. Strauß, R. Gäbler, J. Schmidt, A. Mehler J. Giest ; Anästh Intensivmed
2007;48:S67

Es besteht kein gesicherter Konsens oder gar wissenschaftliche Daten, ab welchem Alter ein Kind ambulant versorgt werden kann. Grundsätzlich spricht nichts dagegen, auch ein gesundes Neugeborenes nach einem kleinen Eingriff und einer komplikationslosen Narkose mit kurzwirksamen Substanzen schmerzfrei wieder in

die Obhut der Eltern zu überlassen. Neugeborene und junge Säuglinge befinden sich aber in einer sehr instabilen physiologischen Situation. Die Entscheidung zu einem ambulanten Vorgehen darf deshalb in dieser Altersgruppe nicht leichtfertig gefällt werden: die Beobachtungszeit vor Entlassung in die häusliche Umgebung muss soweit ausgedehnt werden, dass die Kinder völlig wach sind, sich vollständig erholt haben und wieder trinken können. Eltern akzeptieren in der Regel, dass diese Kinder in einer Klinik besser aufgehoben sind. Die Erfahrung der Eltern, die Größe des Eingriffes sowie Auswahl und Dosierung der verwendeten Anästhetika spielen für die Entlassung des Kindes eine wichtige Rolle. In jedem Haus sollte deshalb klar festgelegt sein, ab welchem Alter Kinder ambulant versorgt werden.

Bei Eingriffen die eine Sicherung des Luftweges und/oder eine Opiatgabe erfordern, empfiehlt es sich folgende Altersgrenze einzuhalten.

Frühgeborene: vollendete 60 Gestationswoche

Reife Neugeborene: eingriffsspezifische und einrichtungsspezifische Regelung

Allgemeine Voraussetzung:

Keine Apnoephasen in der Anamnese zum Zeitpunkt der anästhesiologischen Aufklärung

Bei Krankheitsbildern, die mit einem erhöhten Apnoerisiko einhergehen, empfiehlt sich eine verlängerte Beobachtungszeit. Über die mögliche ambulante Betreuung muss im Einzelfall entschieden werden.

- Bronchopulmonale Dysplasie, pulmonale Erkrankungen
- Subglottische Stenosen
- Erkrankungen des Herzens und ZNS
- Endokrine u. metabolische Erkrankung
- Anämie (HK<30%)
- Wachstums- bzw. Entwicklungsverzögerung

Entlassungskriterien:

Fehlen von Dyspnoe, in- und expiratorischem Stridor

SaO₂ unter Raumluft > 95%

Keine erkennbare Blutung

Schmerzen: fehlend bis gering

Neurologischer Zustand wie vor dem Eingriff

Entlassung durch Chirurgen und Anästhesisten

Keine oder nur geringe Übelkeit, kein Erbrechen nach Nahrungsaufnahme

Harnlassen: bei urologischen Operationen zwingend notwendig, bei allen anderen einrichtungsspezifische Regelung

Die Eltern müssen bei der Entlassung möglichst in schriftlicher Form über folgende Punkte informiert werden:

Nachsorgeplanung

Schmerztherapie

Verhaltensregeln für die postoperative Phase, einschließlich Verhalten bei noch bestehender sensorischer Restblockade nach Regionalanästhesie

Maßnahmen bei Problemen und Komplikationen

Kontaktmöglichkeiten

Heimtransport:

Dieser liegt in der Verantwortung der Eltern und sollte zur besseren Beobachtung und Betreuung des Kindes von zwei Personen durchgeführt werden.

LITERATUR:

European guidelines for training in paediatric anaesthesia. *Anästh Intensivmed* 2006;47:285-286.

Empfehlungen für die anästhesiologische Versorgung von Kindern in Europa. *Anästh Intensivmed* 2006;47:297-299.

Empfehlungen zur ambulanten Anästhesie bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern. *Anästh Intensivmed* 2007;48:S68-S70

Pediatric Ambulatory Anesthesia. *Anesthesiology Clin* 2014;32:411-429

Preanesthesia evaluation for ambulatory surgery: do we make a difference? *Curr Opin Anaesthesiol*. 2013 Dec;26(6):669-76

Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting. *Anesth Analg* 2014;118:85–113

Challenges in paediatric ambulatory anesthesia. *Curr Opin Anesthesiol* 2012, 25:315–320

Predictors of unanticipated admission following ambulatory surgery in the pediatric population: a retrospective case–control study. *Ped Anest*. 2016

