Kindernarkose

Definition

- Die **Kindernarkose** ist eine alters- und gewichtsspezifisch angepasste Allgemeinanästhesie bei pädiatrischen Patienten (Neugeborene bis Jugendliche), die unter besonderer Berücksichtigung physiologischer, psychologischer und anatomischer Unterschiede erfolgt. Sie kann als inhalative oder intravenöse Narkose durchgeführt werden

Ziel

- Sichere Durchführung einer kindgerechten Narkose unter Berücksichtigung der emotionalen, physiologischen und medikamentösen Besonderheiten bei Kindern

Zweck

- Ermöglichung schmerzfreier diagnostischer oder operativer Eingriffe
- Minimierung von Komplikationen durch altersgerechte Medikamentenwahl und -Dosierung
- Reduktion von Angst und Trauma durch ein kindzentriertes Vorgehen
- Standardisierte Abläufe für mehr Patientensicherheit

Zuständigkeiten

- Anästhesieärzte - Aufklärung, Medikamentenwahl, Durchführung

> der Narkose

- ATA/ Pflege - Vorbereitung; Assistenz, kindgerechte

> Kommunikation, Monitoring

Vorbereitung OP-Saal	• **Raumtemperatur anpassen** • **OP-Tisch mit Wärmedecke aufwärmen** • **Lagerungshilfsmittel bereitlegen**

Vorbereitung Narkoseutensilien	• Kinderwagen mit Narkosezubehör in den OP-Saal • Narkosegerät mit kleinem Ulmer-System vorbereiten (Kind bis 25 kg), Filter für Kinder benutzen • *Überwachungsutensilien:* • SpO^2-Klebesensoren und EKG-Überwachung !!! • Utensilien für Anästhesie zurechtlegen: • Maske (jeweils 2 Größen hinlegen), Güdeltubus • Tubus: entsprechend Alter/Gewicht des Kindes • Berechnung: ID = 4+AlterKind/4; ebenso „Kleinfinger-Regel“ anwenden • Larynxmaske ebenfalls entsprechend kg KG vom Kind und Alter angepasst • Tubus nächstkleinere/-größere Größe bereitlegen • an Fixierung für Tubus/Larynxmaske denken • Cuffdruckmesser!! • *Medikamente:* (immer unter Absprache mit dem zuständigen Anästhesisten) • Vorgewärmte Infusion richten • Propofol 1%ig • Remifentanil 1mg auf 50ml NaCl • PONV-Prophylaxe für Kinder (Dexamethason & Ondansetron) • Analgetika-Gabe (Supp. Paracetamol 250 mg) kurz vor Ende der OP
Vorbereitung Kind für Narkose/OP	• Station klebt EMLA-Pflaster auf die möglichen Punktionsstellen für i.v. Zugang beim Kind • das Kind mind. 45 Minuten vor Schnitt einbestellen • Unterlagen gemeinsam mit Elternteil überprüfen • Prämedikation p.o. dem Kind verabreichen • Midazolam-Saft (z.B. Dormicum®) 0,4 mg/kg KG oral • mit Absprache Anästhesist • warten bis Prämedikation wirkt • 10 min. vor Legen des i.v.-Zugangs EMLA-Pflaster entfernen • dann legen des i.v.-Zuganges
Narkoseeinleitung Kind	• Alle benötigten Utensilien (Kinderwagen) in greifbarer Nähe platzieren • AUF RUHIGE ATMOSPHÄRE ACHTEN!! • Überwachung beim Kind anschließen (SpO^2-Klebesensor und EKG) • i.v. Einleitung priorisieren • inhalative Narkoseeinleitung nur wenn zuvor kein i.v.-Zugang möglich gewesen ist

Inhalative Narkoseeinleitung	• AUF RUHE IM OP SAAL ACHTEN!!! • Überwachung anschließen • Passende Beatmungsmaske für Kind , um eine optimale Narkoseeinleitung per Maske zu gewährleisten • Kind soll gut fixiert sein • Wenn das Kind fest eingeschlafen ist, gibt der Anästhesist die Freigabe damit der i.v.-Zugang gelegt werden kann, fixieren des Zugangs mit Pflaster • Dann weiteres Verfahren wie i.v. Narkoseeinleitung • Lagekontrolle Tubus und Cuffdruckkontrolle sind obligat!
Narkoseausleitung	• Kurz vor Ende der OP den i.v.-Zugang mit Fixierbinden verbinden • WICHTIG! • Geduld und Ruhe □□Zu früher Extubationsversuch birgt Gefahr von Laryngospasmus • Bei Intubationsnarkose: • Entsprechenden Absaugkatheter bereitlegen (schwarzer Absaugkatheter) Mund und Rachen absaugen • Bei Extubation wird die Lunge durch Anästhesisten leicht gebläht • das Kind wird in eine Seitenlage bringen ggf. noch O^2 Gabe über Maske nötig
Postoperative Überwachung Kind im AWR	• Weiterhin Monitoring über SpO^2 Klebesensor • Frühzeitig Elternteil holen (vertraute Person ist sehr wichtig) • Analgetika-Gabe, wenn notwendig titriert geben nach ärztl. AO

Komplikationen	LARYNGOSPASMUS Auslöser: • zu früher Intubationsversuch bei inhalativer Narkoseeinleitung • Extubation währen Exitationsphase • mechanischer Reiz des Tubus • 100% Sauerstoffgabe über Maske, Atemwege freihalten durch Esmarch-Handgriff; vorsichtige Beatmungsversuche , bei weiter fallenden O^2 Sättigung, absaugen und alles Nötige für Reintubation bereitstellen • BRADYCARDIE • Atropin bereithalten ; 0,01-0,02 mg/kg i.v. • MALIGNE HYPERTHERMIE • (siehe Standard Maligne Hyperthermie) • Erhöhte Gefahr bei inhalativer Narkoseeinleitung (Triggersubstanz, Sevofluran)

Revision #1
Created 2026-07-28 06:22:50 UTC by Admin
Updated 2026-07-28 06:22:50 UTC by Admin