

## **Preoperativt (i afd)**

Kontrol foster hjertelyd

Spørg til dyspepsi, kvalme, opkast og faste. Evt. præopr. sonde

BAC-test overvejes

## **Perioperativt**

Se venligst modsatte side, særligt hvis  $\geq 20GA$

Forvent vanskelig luftvej, hurtig desat. og øget risiko for aspir.

Hold PaO<sub>2</sub> og PaCO<sub>2</sub>, BT og temperatur i normalområdet for gravide. PaO<sub>2</sub> og BT er samme som hos ikke gravide.

Peroperativ foster overvågning frarådes, idet operations- og anæstesitid forlænges markant

Revertering: med atropin/neostegmin skal gives langsomt idet neostegmin passere placenta hurtigere og kan give forster bradycardi

## **Postoperativt**

Kontrol foster hjertelyd

God smertelindring er vigtig, men NSAID skal undgås 1. og 3. trimester

Tromboseprofylakse er vigtig (se app hos dsth.dk)

Højere risiko for postoperative komplikationer, især infektioner er vigtig. Normalværdier for EWS er ændret

-> se MEWS. Kvinden skal observeres og antibiotika opstartes tidligt.

## **Generelt**

Gravide skal behandles som andre patienter, gælder også scanning med kontrast til gravide traumepatienter

Unødvendig kir/anæst frarådes. Opr i 2. trim. foretrækkes Anæsetsitid og operationstid bør minimeres.

Ingen specifik anæstesiform kan anbefales, sevo afslapper uterus, Prop/remifent giver muligvis mindre PONV

Regional anæsetsi anbefales, dog ikke iv lokal. Lokal/regional kan evt. anvendes som supplement til UA

Ondansatron, suxa/rocuron, dexta, efedrin/metaox/NA, atropin, cefuroxim og metronidazol kan anvendes ifm anæst. Konstatering af manglende foster hjertelyd, der ikke er observeret, skal ikke forløses akut.

Vedr. medicin og gravide/amning anbef. [www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se)

## **Fra gestationsuge 20**

Left lateral tilt

Øget risiko for aspiration, overvej Na-citrat. Ventrikel tømning efter induktion.

Kvinden let hyperventilerende, tilstræb endtidal CO<sub>2</sub> 3,8-4,4

Tocolyse (med tractocele) bør kirurg aftale med obstetriker fra GA24-34 ved uterus-nær kirurgi.

## **Hjertestop**

Vanlig algoritme, dog manuel placering af uterus mod ve fra uge 20; perimortem sectio hvis ikke ROSC 4-5 min; calcium ved mistanke om magnesium overdosering