

Souhrn doporučení (D) a návrhů (N)

D1	Pokud je to možné, je třeba se u všech dětí vyhnout delšímu lačnění.	1C
D2	Doporučujeme podpořit zdravé děti v příjmu čirých tekutin (zahrnujících vodu s cukrem nebo bez cukru, džus bez kousků dužiny a čaj nebo kávu bez přidaného mléka) až do 1 hodiny před úvodem do anestezie u plánovaných výkonů.	1C
N3	Vyvarujte se prodlouženého lačnění, neboť může být asociováno s akumulací ketolátů.	2C
N4	Vyvarujte se prodlouženého lačnění, neboť může být asociováno s nižším systolickým krevním tlakem v průběhu anestezie.	2C
N5	V otázce snížené incidence hladu, žízně a diskomfortu u více liberálních režimů lačnění jsou důkazy rozporuplné.	2B
N6	V otázce objemu žaludečního obsahu u délky lačnění pro čiré tekutiny zkrácené na méně než dvě hodiny jsou důkazy rozporuplné.	2B
D7	Doporučujeme předoperační režim lačnění s méně než 2 hodinami pro čiré tekutiny, protože vedou ke kratší reálné délce lačnění.	1B
D8	U kojenců by kojení mělo být podporováno do 3 hodin před úvodem do anestezie.	1C
D9	Zahuštěné mateřské mléko, v porovnání s mateřským mlékem, klinicky významně nezpomaluje vyprazdňování žaludku a jeho příjem tedy může být podpořen do 3 hodin před úvodem do anestezie.	1B
N10	U kojenců by příjem umělé výživy (nebo živočišného mléka) měl být podporován do 4 hodin před úvodem do anestezie.	2B
D11	Příjem pevné stravy by měl být povolen do 6 hodin před úvodem do anestezie.	1C
N12	Lehká snídaně (pevná strava nebo jiné než čiré tekutiny) může být povolena do 4 hodin před úvodem do anestezie.	2C
N13	Samotná přítomnost gastroezofageální refluxní choroby nevyžaduje odlišný režim lačnění oproti režimu zdravých dětí.	2B
N14	Vyprazdňování žaludku u nedonošených dětí může být v porovnání s donošenými dětmi mírně prodloužené, nicméně s ohledem na výše uvedená doporučení R8-S10 je klinický význam tohoto poznatku nejasný.	2C
N15	Samotná přítomnost funkční/bezvrébové dyspepsie nevyžaduje odlišný režim lačnění oproti režimu zdravých dětí.	2C
N16	Samotná přítomnost vrozené srdeční vady nevyžaduje odlišný režim lačnění oproti režimu zdravých dětí.	2B
N17	Obezita nevyžaduje odlišný režim lačnění oproti režimu dětí normální hmotnosti.	2C
N18	Přítomnost chirurgicky korigované atrezie jícnu/tracheoef ofageální píštěle bez dokumentovaného zpomaleného vyprazdňování žaludku nebo stenózy jícnu nevyžaduje odlišný režim lačnění oproti režimu zdravých dětí.	2C
N19	Samotná přítomnost diabetu I. typu nevyžaduje odlišný režim lačnění oproti režimu zdravých dětí.	2C
N20	Pro doporučení specifických a odlišných požadavků lačnění s ohledem na vliv medikace a environmentálních faktorů nejsou důkazy dostačující.	
N21	Žvýkání žvýkačky nezvyšuje objem žaludečních tekutin natolik, aby bylo zvýšeno riziko aspirace, nicméně by dětem před úvodem do anestezie měla být položena otázka, jestli mají v ústech žvýkačku, a v případě, že ano, měly by být požádány o její vyplivnutí.	2B
N22	U dětí vyživovaných pomocí intestinální sondy nebo gastrostomie by měla být dodržena stejná klinická doporučení pro lačnění před anestezii jako u ostatních dětí a v závislosti na konzistenci a obsahu kalorií podávané potravy (čirá tekutina, mléko, hustá polotuhá tekutina).	2C
N23	Ultrazvukové zhodnocení žaludečního obsahu a objemu může být využito u dětí podstupujících plánovaný výkon, pokud nebyly pokyny lačnění dodrženy, a také u dětí podstupujících urgentní výkon.	2C
N24	Plocha průřezu (CSA) antra žaludku může být využita jako vhodný náhradní parametr pro obsah žaludku. Ultrazvukové snímky mohou být nejvíce spolehlivě pořízeny v poloze na pravém boku při využití definovaného protokolu.	2B
N25	Kvalitativní systémy hodnocení jsou upřednostňovány před výpočty žaludečních objemů. Zkušený vyšetřující může využít kvalitativní interpretace ultrazvukového zobrazení pro odlišení tuhých složek od tekutých, obdobně i větších objemů od menších.	2B
D26	U dětí by měl být vždy podpořen časný, liberální příjem tekutin, pokud není kontraindikován.	1B

Pro tvorbu odborných doporučení a zvážení metodologické kvality podpůrné literatury v případě, že byla kvalita důkazů nízká nebo byla zapotřebí opětovná formulace doporučení, byl využit tříkrokový Delphi proces. Každé doporučení, návrh nebo prohlášení bylo předmětem hlasování a procesu hledání konsenzu. Během původního Delphi procesu vyvstaly otázky shledané vysoce relevantními pro PICO. Pokud byly vyhodnoceny jako již adekvátně podložené při vyhledávání literatury, byly relevantní důkazy zpracovány dle GRADE a Delphi procesu.

První kolo

V prvním kole byla prohlášení jednotlivých pracovních skupin diskutována a upravena při videokonferenci. Bylo vybráno 23 tvrzení pro další zpracování.

Druhé kolo

Ve druhém kole byla využita platforma pro ankety (SurveyMonkey.com), členové pracovních skupin měli možnost vyjádřit se ke schválení nebo zamítnutí každého z 23 tvrzení, navíc s možností návrhů změn. V rámci ankety dosáhly 3 tvrzení plného schválení, 11 dosáhlo konsenzu nejméně

v 75 % (predefinovaná hranice konsenzu) a zbylých 9 byla navržena jedna nebo více změn k diskuzi v dalším kole. Celkem se zapojilo 20 respondentů.

Třetí kolo

Ve třetím kole byla všechna prohlášení s konsenzem a s návrhy alternativních formulací zapracována do druhého průzkumu, který byl následně rozeslán pracovní skupině dva týdny před finální Delphi videokonferencí, během níž byl stanoven výsledný seznam doporučení. Průzkum sestával ze dvou částí. V první části bylo prezentováno 18 tvrzení s jednou nebo více alternativními formulacemi navrženými členy. V druhé části byla na základě 4 tvrzení s několika navrženými úpravami vytvořena sada multiple-choice otázek pro rozhodnutí, např. jaké tekutiny mají být zařazeny mezi čiré tekutiny nebo např. jestli má být příjem mateřského mléka povolen nebo podporován. Výsledných 23 revidovaných prohlášení bylo shrnuto do seznamu 12 doporučení s konsenzem (nicméně, žádné z nich nedosáhlo plné shody mezi autory) a 11 s nesouhlasem ohledně detailů. Při závěrečné Delphi videokonferenci bylo každé tvrzení krátce prodiskutováno a následné hlasování pomocí funkce zdvižení ruky vyústilo v 21 doporučení, která dosáhla konsenzu, z nichž u dvou bylo dosaženo úplné shody. Dvě další doporučení byla odevzdána k diskuzi ([Příloha 5](#)).