

Gäller för: Verksamhet Medicin barn, Verksamhet Kirurgi barn, Verksamhet
Barncancercentrum, Verksamhet Anestesi Operation IVA Östra
Innehållsansvar: Randolph Schnorbus, (ransc1), Sektionschef
Godkänd av: Martin Hubrich, (marhu11), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-08-25

Giltig till: 2027-12-10

Robotassisterad kirurgi - patient från barnkliniken (DSBUS)

Denna rutin gäller för

Operation 1, intensivvårds och postoperativ vård (343), AnOpIVA, område 5, Barnkliniken, (DSBUS)., område 1, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Revideringar i denna version

2019-10-09. Arbetsbeskrivning för funduplicatio borttaget

Syfte

Säkerställa processen för anestesi till barnklinikens patienter som opereras med robotassisterad teknik på operation 1.

Arbetsbeskrivning

Patientflöde

Pre-op

- Prover (Hb, krea) samt vikt/längd och blodtryck tas på barn inför anestesibedömning
- Anestesi-bedömning sker dagen innan op (13.30) av ansvarig anestesilog på CK.

Op-dagen

- Till sänghallen, CK-huset, kl 8.30 med en PVK.

Post-op

- Uppvakning på UVA-vuxen, ca 2 timmar ”njurpatienter”, 4-6 tim ”funduplicatio”
- Övervakning med enbart pox som standard
- Fortsatt post-operativ vård på avd 326
- Reoperation skall i första hand ske på DSBUS

Antibiotikaprofylax, rekommendationer:

Enligt PM ”Antibiotikabehandling-barnurologiska ingrepp” (omr1, akutsjukvård och barnkirurgi) Barium nr 11555

Öppen kirurgi (inklusive laparoskopiska njuringrepp) njurar- blåsa:
Urinodling 1 vecka preoperativt. Positiv urinodling innebär behandling efter resistensmönster, inte profylax

- Nefrektomi: ingen profylax
- Partiell nefrektomi: ingen profylax
- Neoimplantation: Profylax trim-sulfa + fortsatt långtidsprofylax per os tills första postoperativa kontroll (3-4 mån), därefter individuell bedömning
- Pyeloplastik: Profylax trim-sulfa + fortsatt långtidsprofylax alt Trimetoprimprofylax tills stent är dragen (3-4 veckor)
- Nefrektomi transabdominellt (vanligen Wilms tumör): Profylax trim-sulfa + metronidazol
- Rekonstruktiv inkontinenskirurgi (blåshalsplastik, Mitrofanoff, blåsaugment)
Urinodling preoperativt, behandla efter resistensmönster (har ofta skullshunt)
 1. Cefuroxim 30 mg/kg x 3 i 2-3 dygn från operations start
 2. Metronidazol engångsdos vid operations start
 3. Trimetoprimprofylax tills RIKstart

Pre-medicinering:

- Paracetamol, enl PM ”smärta – svaga analgetika” Omr 1. Barium nr 17984
- Sederande läkemedel– endast vid behov, enl. PM ”premedicinering inför anestesi” omr 1. Barium nr: 13981
- Ex. Klonidin oral lösning (20 µg/ml): 5 µg/kg per os med lite dryck, 60-90 min innan *alternativt* Dexdor (100 µg/ml): 1-2 µg/kg per os (späds ej) går även att ge nasalt i samma dos.

Fasta:

- Ingen fast föda efter midnatt
- Klar dryck fram till 2 timmar innan anestesi – kl 06

Per operativt omhändertagande:

Övervakning:

- Artärnål vid behov
- NMT
- BIS
- TempKAD (Se separat PM ”urinkateterstorlek barn”). Barium nr:19525
- Två grövre PVK'er
- Sond: Peroperativt (efter sövning) tunn sond efter barnets vikt och storlek.

Induktion:

- Atropin 10 µg/kg (max 0,5 mg) vid behov
- Propofol 2-3 mg/kg

Vid ökad aspirationsrisk – RSI

- Alfentanil (Rapifen®) 15 µg/kg
- Rocuronium (Esmeron®) 1 mg/kg

Vid låg aspirationsrisk:

- Remifentanil (Ultiva®)
- I andra hand: Fentanyl/Alfentanil (Rapifen®)
- Rocuronium (Esmeron®) 0,6 mg/kg

Underhåll:

- Remifentanil (Ultiva®)
- I andra hand: Fentanyl/Alfentanil (Rapifen®)
- Sevofluran MAC > 0.5 (beroende på opioid)
- Rocuronium (Esmeron®)

Antiemetika:

- Ondansetron 0,1 mg/kg, max 4 mg
- Betametason (Betapred®) 0,2 mg/kg, max 4 mg

Vid otillräcklig TOFsvär inför extubation:

- Överväg Sugammadex (Bridion®): 2 mg/kg vb,

Pre och peroperativ vätska:

- Ringer-acetat: 1-2 ml/kg/h + uppmätta/skattade förluster,.
- Glukos: om glukostillförsel startats pre-operativt skall den inte brytas, Glukos 10 % med 80 mmol Na + 20 mmol K per liter glukos, 3 ml/kg eller lägre efter kontroll av B-glukos.
- Patienter med vissa ämnesomsättningsjukdomar behöver glukostillförsel senast efter 4 timmars svält.

Postoperativt omhändertagande:

Smärtlindring:

- Lokalanestesi (Marcain®) i portarna
- Paracetamol 15 mg/kg – maxdos 60 mg/kg och dygn (> 50 kg – 1 g x 4)
- Morfin ® 0,05 – 0,15 mg/kg (1 mg/ml)
- > 50 kg – 0,1 mg/kg
- NSAID endast om inga kontraindikationer finns

Vätska:

- Bastillförsel: Ringer-Acetat, vikt > 20 kg: basalbehov per timme: 60 ml + 1 ml för varje kilo mer än 20 kg – under op-dygnet ges 75 % av detta.
ex. vikt 30 kg = 60 ml + 1 ml x 10 kg = 70 ml – 75 % av 70 ml är 53 ml
- Om glukoslösning pågår, fortsatt med samma dosering, ev. justerat efter B-glukos.

Basal övervakning UVA:

(efter PM ”uppvakningsvård på BIVA efter anestesi och kirurgi”)

Barium nr: 18461

- Vakenhet
- Hjärtfrekvens
- Syremättnad och andningsfrekvens

- Temperatur vid ankomst till UVA och senare om behov finns
- Skattning av smärta och illamående
- Inspektion av operationsområdet
- Pågående intravenösa infusioner
- Perifer cirkulation
- Förluster (v-sond, urin, avföring och blod)
- Blodtryck vid ankomst till UVA och senare om behov finns
- Inför överflyttning till vårdavdelning. Kontroll av urinblåsa om patient inte har kissat.

Utskrivningskriterier från UVA:

(efter PM ”uppvakningsvård på BIVA efter anestesi och kirurgi”)

Barium nr: 18461

- Allmänt: Minst 30-60 minuter övervakning efter narkos.
- Andning: Stabil respiration med SaO₂ minst 94% eller preoperativt värde utan extra syrgas.
- Cirkulation: Stabil cirkulation med puls och blodtryck adekvat för åldern. Ingen eller obetydlig pågående blödning
- Normotermi
- Neurologi: Patienten skall vara vaken eller lätt väckbar samt adekvat för åldern.
- Njurfunktion: Om patienten inte kastat vatten måste detta dokumenteras och rapporteras till vårdavdelning.
- Smärtlindring: Patient skall vara adekvat smärtlindrad. Mer än 30 minuter skall ha förflutit sedan senaste tillförsel av narkotiskt preparat. Motorisk påverkan av centralblockad (EDA, spinalanestesi) ska vara på retur, anestesihöjd ska vara dokumenterad och plan för fortsatt smärtlindring skall finnas i särskilt EDA-protokoll.
- Illamående: Kontroll av eventuellt illamående

Ansvar

Personal på operation 1, intensivvårds och uppvakningsavdelning (343) samt personal från barnkliniken (DSBUS) ansvarar för att arbeta utefter denna rutin. Vårdenhetsöverläkaren/ Verksamhetschefen/ Sektionschefen/ Enhetschefen ansvarar för att rutinen är känd och följs. Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar och lagar.

Uppföljning, utvärdering och revision

Vårdenhetsöverläkaren har ansvaret för att rutinen följs upp, utvärderas och revideras. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga avvikelser från rutin rapporteras i MedControl PRO.

Relaterad information

- PM "Antibiotikabehandling-barnurologiska ingrepp" (Omr1, akutsjukvård och barnkirurgi) Barium nr: 11555
- PM "Urinkateterstorlek barn" Barium nr: 19525
- PM "Smärta, svaga analgetika" (Omr1, akutsjukvård och barnkirurgi) Barium nr: 17984
- PM "Premedicinering inför anestesi" (Omr1, akutsjukvård och barnkirurgi) Barium nr: 13981
- PM "Uppvakningsvård på BIVA efter anestesi och kirurgi" Barium nr: 18461

Dokumentation

Styrande dokument arkiveras i Barium. Redovisande dokument ska hanteras enligt sjukhusets gällande rutiner för arkivering av allmänna handlingar.

Granskare/arbetsgrupp

Bertil Andersson, vårdenhetsöverläkare, IVA/UVA, AnOpIVA, Område 2

Marie Johansson, sektionsledare, operation 1, AnOpIVA, Område 2

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Medicin barn, Verksamhet Kirurgi barn, Verksamhet Barncancercentrum, Verksamhet Anestesi Operation IVA Östra

Innehållsansvar: Randolph Schnorbus, (ransc1), Sektionschef

Godkänd av: Martin Hubrich, (marhu11), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-1845

Version: 9.0

Giltig från: 2025-08-25

Giltig till: 2027-12-10