

Gäller för: Flera enheter - se eftersättsblad

Giltig från: 2025-04-16

Innehållsansvar: Hanna Davidsson, (handa25), Anestesisjuksköterska

Giltig till: 2027-04-16

Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Perioperativ temperaturmätning

Förändringar sedan föregående version

Uppdaterad version. Ändrat textinnehåll under rubrik *Bakgrund och syfte* och *Temperaturmätning peroperativt* där det lagts till information om att kroppstemperatur registreras och följs upp i SPOR.

Bakgrund och syfte

Att för AnOpIVA/SU skapa en gemensam rutin för perioperativ temperaturövervakning av patienter.

Hypotermi definieras som en kroppstemperatur under 36°C. Peroperativ hypotermi kan bero på att generell anestesi medför en vasodilatation och försämrad temperaturreglering. Kroppstemperaturen kan även påverkas av steriltvättning, kalla infusionslösningar, exponering av hud samt temperatur på operationssalen. Vid hypotermi finns ökad risk för koagulationsrubbningar med blödning och ökat transfusionsbehov, försämrad sårhäkning, sårinfektion och förlängd återhämtning. Att frysa postoperativt upplevs väldigt obehagligt av patienten.

Syftet med rutinen är att motverka perioperativ hypotermi och därmed även optimera patientens postoperativa vård.

Kroppstemperaturen följs upp i nationella perioperativa register (SPOR) som kvalitetsindikator.

Riskfaktorer

Patient: Preoperativ temp <36°C. ASA-klass II-V, barn, äldre, lågt BMI och brännskadade patienter.

Anestesi: Generell anestesi, vilket förstärks av samtidig regional anestesi.

Operation: Op.tid >60 min. Stor steriltvätt. Stor eller medelstor operationsyta. Stor vätskeomsättning/blödning.

Miljö: Temperatur på op-sal <22° C.

Preoperativt

Temperaturen mäts på riskpatienter preoperativt, på vårdavdelningen, innan patienten tas till operation. Mätvärdet registreras i Orbit under "Checklista" alternativt under "Mätvärden" i Melior. Patienten bör ha en kroppstemperatur $>36^{\circ}\text{C}$ före anestesistart. Det är att föredra att samma mätmetod för temperatur används genom hela vårdkedjan för att säkerställa jämförbarhet. Om detta inte är genomförbart, är det dock en prioritet att en preoperativ temperatur kontrolleras och dokumenteras, oavsett vilken mätmetod som har använts. Att ha en dokumenterad preoperativ temperatur är av stor betydelse, eftersom det ger en viktig referenspunkt för att identifiera potentiella förändringar genom det perioperativa förloppet.

Peroperativt förebyggande åtgärder och behandling

1. Patienttäckning från värmeskåpet. Värmemössa om tillämpligt.
2. Op. Tid >60 min eller om patienten har flera riskfaktorer används värmemadrass eller annan typ av aktiv värme.
3. Temperatur $\geq 22^{\circ}\text{C}$ på op.salen. Överväg högre vid flera riskfaktorer.
4. Förvärmade infusionslösningar och spolvätskor. Överväg infusionsvärmare.

Om temperaturen på operationssalen sänks ansvarar operations- och anestesipersonal för att åtgärder vidtas som förhindrar att patienten blir hypoterm. Om patientens temperatur är $<36^{\circ}\text{C}$ innan väckning vid generell anestesi – kontakta ansvarig anesthesiolog.

Temperaturmätning peroperativt

Patientens temperatur ska mätas om operationstiden är $>1\text{h}$ eller om fler riskfaktorer föreligger. Alla patienter som har aktiv uppvärmning ska temperaturmonitoreras. Dokumentera temperaturen på anestesikurvan var 30:e min. Registrering av temperatur görs även i avsedd flik i Orbit (under "Omvårdnadsåtgärder – anestesi" à "Temperatur vid opstart (SPOR)" och "Temperatur vid opslut (SPOR)").

1. Mät så centralt som möjligt. Vid bruk av PiCCO anges värde från denna.
2. Urinblåsemätning då KAD med termistor finns.
3. Esofagusprobe. Då operationsmetod inte tillåter detta används rektal tempmätning.
4. Undantagsvis kan mätning ske direkt från hud, men denna metod har låg tillförlitlighet.

Postoperativt

Patient bör ha kroppstemp $>36^{\circ}\text{C}$ vid överlämning till uppvaksavdelning. Om patient har varit hypoterm peroperativt eller har en sjunkande temperatur rekommenderas att man fortsätter med varmluftstäcke och varma vätskor postoperativt till dess kroppstemperaturen är stabil.

Utskrivningskriterier från postoperativ vårdinstans är $36\text{-}38^{\circ}\text{C}$.

Ansvar

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för utförandet av rutinen samt för att rutinen är känd och följs.

Vårdenhetschef och/eller vårdenhetsöverläkare har ansvaret för utförandet av rutinen samt för att rutinen är känd och följs på respektive enhet.

Uppföljning, utvärdering och revision

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att rutinen följs upp och utvärderas. Vårdenhetschef och/eller vårdenhetsöverläkare har ansvar för att rutinen följs upp och utvärderas på respektive enhet.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Granskare/Arbetsgrupp

Linda Aledal, Sektionsledare/Anestesisjuksköterska, AnOpIVA, omr 5, Operation 7. SU/ Sahlgrenska.

Lina Wessmark, Anestesisjuksköterska, AnOpIVA, omr 5, Operation 7. SU/ Sahlgrenska.

Christopher Lundborg, Sektionschef AnOpIVA, Omr 5, SU/ Sahlgrenska.

Lena Sand, Sektionschef, AnOpIVA, Omr 5, Operation 7, SU/ Sahlgrenska.

Lina Sjölund, Anestesisjuksköterska, AnOpIVA. Omr 5, Operation 7. SU/Sahlgrenska.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård Sahlgrenska, Operation 7 Sahlgrenska, Operation 6 Sahlgrenska, Operation 4 Sahlgrenska, Operation 1 och 8 Sahlgrenska, Anestesi 5 Sahlgrenska, Anestesi 1 och 2 Sahlgrenska

Innehållsansvar: Hanna Davidsson, (handa25), Anestesisjuksköterska

Granskad av: Lina Sjölund, (linsj21), Anestesisjuksköterska, Lina Wessmark, (linwe28), Anestesisjuksköterska, Linda Aledal, (linka25), Sektionsledare, Christopher Lundborg, (chrlu15), Sektionschef, Lena Sand Bown, (lensa13), Sektionschef

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-2666

Version: 3.0

Giltig från: 2025-04-16

Giltig till: 2027-04-16