

Samenvatting – deel III

Onderstaande is een samenvatting van de belangrijkste aanbevelingen uit de multidisciplinaire evidence-based klinische richtlijn “Perioperatief voedingsbeleid, Deel III: *“Pre- en postoperatief voedingsbeleid bij kinderen, inclusief kinder IC”*”. In deze samenvatting ontbreken het wetenschappelijk bewijs en de overwegingen die tot de aanbevelingen geleid hebben. Lezers van deze samenvatting worden voor deze informatie verwezen naar de volledige richtlijn. Deze samenvatting van aanbevelingen staat niet op zichzelf. Bij medische besluitvorming dient rekening te worden gehouden met de omstandigheden en voorkeuren van de patiënt. Behandeling en procedures met betrekking tot de individuele patiënt berusten op gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt, arts en andere zorgverleners.

De richtlijn Perioperatief voedingsbeleid (2007) is verouderd en het is van belang up-to-date aanbevelingen te geven ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering van het voedingsbeleid rondom operaties in een kwetsbare patiëntengroep: kinderen.

Deze richtlijn beoogt aanbevelingen te geven met de erbij horende onderbouwing om landelijk kwaliteit van zorg met betrekking tot het perioperatief voedingsbeleid te borgen en stimuleren. Daarnaast is veel nieuwe kennis over voedingsbeleid bij kritisch zieke kinderen beschikbaar gekomen.

In de herziene richtlijn is de 2007 richtlijn opgesplitst in 3 delen:

Deel I: Periprocedureel nuchterbeleid

Deel II: Pre- en postoperatief voedingsbeleid bij volwassenen, exclusief volwassen IC

Deel III: Pre- en postoperatief voedingsbeleid bij kinderen, inclusief kinder IC

Deel III van de herziene richtlijn gaat over kinderen die een chirurgische ingreep ondergaan vanaf de indicatiestelling ingreep (polibezoek) tot aan ontslag, inclusief intensive care (IC). Belangrijke onderwerpen hierbij zijn de preoperatieve risico identificatie en het optimaliseren van de preoperatieve en postoperatieve voedingsstatus.

In de 2007 richtlijn is het perioperatief voedingsbeleid bij kinderen terug te vinden in ‘H7. Perioperatieve voedingsbeleid bij kinderen’ (p. 95-144).

Nieuw in de huidige richtlijn is de aanbeveling dat voor het screenen op ondervoeding de STRONGkids dient te worden gebruikt. Daarnaast adviseren we dat (hoog) risicopatiënten verwezen worden naar een (kinder-)diëtist en/of kinderarts.

In de huidige richtlijn zijn meer en completere aanbevelingen gekomen met betrekking tot preoperatieve dieetbehandelingen en voedingsinterventies.

In de huidige richtlijn zijn ook meer en completere aanbevelingen gekomen met betrekking tot de postoperatieve dieetbehandelingen en voedingsinterventies. Nieuw in de richtlijn is de aanbeveling dat pas gestart wordt met parenterale bijvoeding een week na de operatie.

Hoofdstuk 3 Preoperatief screenen op ondervoeding kinderen

III - 3.1 Op welke wijze wordt het kind met risico op perioperatieve complicaties op basis van de voedingsstatus voorafgaand aan een chirurgische ingreep geïdentificeerd?

- Identificeer de voedingsstatus van de preoperatieve patiënt zo vroeg mogelijk in het behandeltraject door gewicht en lengte te bepalen, en te beoordelen in de bijbehorende groeicurve.
- Screen preoperatief iedere patiënt op het risico op ondervoeding (STRONGkids).
- Verwijs (hoog)risicopatiënten naar een (kinder-)diëtist en/of kinderarts.

Hoofdstuk 4 Optimaliseren van de preoperatieve voedingstoestand bij kinderen

III-4.1 Bij welke kinderen die een chirurgische ingreep ondergaan is een preoperatieve voedingsinterventie geïndiceerd?

- Start een voedingsinterventie bij preoperatieve kinderen met:
 - acute of chronische ondervoeding (zie definities voor afkapwaarden)
 - een hoog risico om ondervoed te raken (STRONGkids score vanaf 4)

III-4.2 Op welke wijze wordt een voedingsinterventie ingezet bij kinderen die een chirurgische ingreep ondergaan en een indicatie hebben voor een preoperatieve voedingsinterventie?

- Verwijs de patiënt die voor preoperatieve diëtbehandeling in aanmerking komt door naar kinderarts en/of (kinder)diëtist.
- Wanneer gestelde behandoelen oraal niet kunnen worden behaald, overleg dan met behandelend (kinder)diëtist, operateur en/of kinderarts zodat sondevoeding dan wel parenterale voeding opgestart kan worden.

Hoofdstuk 5 Optimaliseren postoperatieve voedingsbeleid bij kinderen (standaard afdeling en kinder ICU)

III-5.1 Wanneer wordt bij kinderen voeding postoperatief gestart?

- Start postoperatieve orale voeding zo snel mogelijk, bij voorkeur binnen 6 uur en maximaal na 24 uur tenzij gecontra-indiceerd door de operateur.
- Overweeg sondevoeding wanneer binnen 24 uur na de ingreep niet oraal gevoed kan worden.

III-5.2 Wat zijn randvoorwaardes voor postoperatieve orale voeding bij kinderen?

Ten aanzien van postoperatieve misselijkheid en braken

Conform het protocol van de NVA-SKA: postoperatieve misselijkheid en braken (POMB)

- Maak preoperatief een risico inschatting van het risico op POMB.
- Pas interventies* toe bij gemiddeld tot hoog risico op POMB.
- Behandel POMB volgens het protocol POMB van de NVA-SKA.

*zie voor de interventies het protocol NVA-SKA POMB (2015) (https://www.anesthesiologie.nl/uploads/files/KD_Protocol_SKA_POMB.pdf)

Ten aanzien van postoperatieve pijnstilling

Conform de nationale richtlijn 'Postoperatieve pijn' (2012)*

- Geef adequate postoperatieve pijnstilling volgens de geldende richtlijnen om belemmering van voedselinname/voedseltolerantie door pijn te beperken.
- Beperk, waar mogelijk, het gebruik van opioïden.

*zie https://www.anesthesiologie.nl/uploads/files/KD_RL_Postoperatieve_pijn.pdf

Ten aanzien van postoperatieve voedingssondes

- Gastrische voeding heeft de voorkeur bij chirurgische kinderen die in de postoperatieve fase een indicatie voor sondevoeding hebben.
- Bij kinderen met (verdenking op) maagontledigingsstoornissen kan het plaatsen van een postpylorische voeding worden overwogen

Ten aanzien van postoperatieve ileus beleid

- Mobiliseer, zo mogelijk, meteen na de operatie.

- Overweeg om adolescenten na de operatie 2 tot 3 maal daags kauwgom te laten kauwen totdat flatulentie of defecatie bereikt is.

III-5.3 Bij wie is een postoperatieve voedingsinterventie geïndiceerd?

- Start binnen 24 uur na de ingreep een voedingsinterventie bij:
 - die patiënten bij wie vroege orale voeding niet mogelijk is of
 - patiënten met een indicatie voor een preoperatieve voedingsinterventie (zie III-4.1)

III-5.4 Welke, wanneer, hoeveel en op welke wijze moet een voedingsinterventie gebruikt worden bij kinderen patiënten met een indicatie voor een postoperatieve voedingsinterventie?

- Verwijs een patiënt met een indicatie voor een voedingsinterventie door naar een kinderarts en/of(kinder)diëtist.
- Stel een individueel behandelplan op voor een patiënt met een indicatie voor een voedingsinterventie. Het team bestaat idealiter uit een diëtist en kinderarts, en/of diëtist en operateur.
- Een voedingsinterventie kan intermitterend of continu worden toegediend.
- Start parenterale bijvoeding pas na de eerste week postoperatief.