

Minnesanteckningar från TIVA nätverksmöte Uppsala 4 maj 2012

P-O Joachimsson Uppsala
Doris Kesek Umeå
Sten Walther Linköping
Johan Sellgren Göteborg
Hjalti Arnljots Karlskrona
Kristina Swärd Göteborg

Operationsklassifikation i SIR respektive Hjärtkirurgiregistret:

Umeå/Lund/Karlskrona rapporterar ej till SIR.

Skillnaden mellan SIR och Hjärtkirurgiregistret är att fler operationsgrupper kan rapporteras i Hjärtkirurgiregistret. Detta innebär att flera operationer hamnar under kategorin ” Annan hjärtkirurgi” i SIR registret. Wolfgang F. och P-O.J. har arbetat med detta och kommit fram till att det inte är värt mödan att försöka likrikta inrapporteringen av utförda hjärtkirurgiska ingrepp.

Validerad IVA-Higgins:

IVA-Higgins poängen omprogrammerade (Wolfgang F.) och i bruk i SIR. Artikel planeras (Wolfgang F.) Det har visat sig att kvinnor har ett annat utfall och att utgången är sämre än vad IVA-Higgins visar.

Registrering av TIVA specifika negativa händelser och komplikationer till SIR:

Definition för delirium, förmaksflimmer finns klart och skall bara dokumenteras.

Nyttillkommen njursvikt, diskuterat tidigare och man har bestämt sig för att följa RIFLE kriterierna. (Johan S.)

Lång diskussion om huruvida det allmänkirurgiska begreppet VAP passar in på våra hjärt/thoraxopererade patienter. HAP (Hospital acquired pneumonia) kanske vore bättre då våra patienter oftast har retrokardiella atelektaser och infiltratdiagnostiken blir svår. Man beslöt att kalibrera VAP tolkningen genom att vi på nästa nätverksmöte redovisar 2 patientfall/centra samt VAP frekvensen/år. Patientfallen skall innehålla rtg.bilder/rtg.svar samt klinisk data.

Stroke, nyttillkommen fokal neurologi och eller nyttillkommen icke fokal neurologi. Doris K och Bengt P. jobbar på en definition.

Procedurrelaterad hjärtsvikt. Mötet kunde inte enas om en definition, fortsatta diskussioner.

Nyttillkommen peri operativ myocardskada. Olika diagnos och ekg-kriterier. Till nästa möte skall vi redogöra för våra egna diagnos-kriterier och ekg-rutiner.

Aspen /Espen guidelines:

Ingen från Lund närvarande, där man sedan lång tid tillämpar Aspen guidelines. Doris K.som vi alla andra, en användare av Espen började sin föreläsning med att inga guidelines tar hänsyn till våra äldre patienter. Alla organfunktioner sjunker med ökad ålder och man skall såklart inte nutriera folk som inte behöver det. Hänsyn måste tagas till om patienten är gammal, varit sjuk

och transporterad under lång tid innan operationen. Allt detta gör att patienten inte har kunnat nutriera sig adekvat under flera dagar innan operationen och Doris tycker att det är viktigt att tänka på detta med tanke på nutritionsstarten. Till obesa patienter tillämpar man ”permissive underfeeding” genom att estimerar BMI till 30. Glucosbehovet är 2g/kg/dygn för alla. Protein är viktigt. Albumin är ingen bra markör på undernutrition.

Alla hade läst eller hört Greet Van Den Berghes nya studie ”Early versus late Parenteral Nutrition in Critically Ill Adults” av Michael P. Casaer och Greet van den Berghe där man fann att sen start av parenteral nutrition sammanhängde med snabbare återhämtning och färre komplikationer.

Diskussionen fördes med den nya studien i åtanke. En intressant aspekt framförd av Sten var varför G. van den Bergh initierade studien, nämligen att Parenteral nutrition anses kunna hämma kroppens naturliga system att ta hand om skadad vävnad!

Vad som är rätt eller fel lyckades vi inte diskutera oss fram till. Espen eller Aspen behöver nog debatteras flera gånger.

Nästa möte förslagsvis 25-26/10 i Stockholm

Att förbereda: 2 VAP-patientfall/centra

Peri operativ myocardskada diagnostik + ekg rutiner/centra

Hjärtliga hälsningar

Kristina Swärd