

## TIVA-läkarmöte i Lund 2015-10-22 – 23

### Närvarande:

**Per** Ederoth och **Lars** Algotsson, Lund; **Mats** Sundvall, Karlskrona; **Johan** Sellgren, Göteborg; **Mattias** Törnudd och **Bengt** Peterzen, Linköping; **Jesper** Nyman, Stockholm; **P-O** Joachimsson, Uppsala; **Doris** Kesek, Umeå.

Ej representerat; Örebro.

Vid protokollet: P-O Joachimsson

Vi samlades till en utsökt middag i fantastisk studentikos lundensisk miljö på Thomanders studenthem på **kvällen 22/10**.

Då diskuterades bl a att avdelningskategorin TIVA riskerar att inte vara representerad i SIS:s styrelse. TIVA-läkarnätverket beslöt att genom SFTAI verka för att även fortsättningsvis avdelningskategorin **TIVA bör vara representerad i SIS:s styrelse**.

Vi instämde också med Lars A att en representant för verksamheten TIVA helst bör ingå i **Kardiologförbundets grupp för hjärtintensivvård**.

### Agenda 23/10:

Vasopressor/inotropi/VK-stöd

Fast track

Antikoagulation vid ECMO/VAD

Intressant diskussion med redovisning från alla deltagande centra hann under mötet gå igenom:

1. Vasopressor/ inotropi/mechaniskt stöd vid VK-svikt pre-, intra- och postoperativt
2. Fast track

Ad 1: (Vänsterkammarsvikt)

### Vasoplegi:

Historiskt vid hjärtkirurgi postoperativ hypertension med stort behov av vasodilatation ses knappast längre, men nu är hypotension närmast oftast förekommande och kräver behandling med vasopressor. Vanligast används inf noradrenalin (NA) och Göteborg och Linköping nämner att man vid behov vid svårkontrollerad vasoplegi går upp till 1µg/kg/min eller mer och inte anser att det finns risk för selektivt negativ effekt på tarmperfusion.

Vid ytterligare svårkontrollerad vasoplegi används vasopressin, några centra även terlipressin. Om vasopressinbehov - mät tryck centralt, a fem.

Steroider används också utöver vasopressor. Exempel: Linköping hydrokortison: 100 mg x 3, Göteborg hydrokortison 100 mg + 8 mg/h minskat med 2 mg/h/dygn, Uppsala: metylprednisolon 30 mg/kg.

Närmast anekdotisk användning av metyltionin rapporterades.

### Preoperativt känd LV-svikt:

Möjliggör förberedelse och behandling, t ex preoperativ förbehandling med levosimendan.

Preoperativ IABP nämndes från Lund och Uppsala

### Svikt vid weaning från ECC och postop:

”Felsök” med avseende på åtgärdbara/-krävande orsaker.

Reperfusion. Swan-Ganz kateter. UKG.

Handläggning med inotropa läkemedel tyckte jag var påfallande lika beskrivet från våra olika centra med några detaljskillnader.

Lund verkade vara ensamma om att i första hand välja dobutamin för inotropi.

Karlskrona använder dopamin för inotropi.  
Milrinon vanligt val för ytterligare inotropi.  
Levosimendan senare i förloppet och på TIVA.

IABP verkar användas i 3-6% av ECC-fall. Stockholm noterade en nedgång under senaste åren.  
Vid ytterligare allvarligare svikt används möjligen Impella i Linköping och Uppsala.

Som sista utväg vid den akuta perioperativa svikten används VA ECMO med central kanylering. (Av någon anledning föredrar kirurgerna i Uppsala ofta femoral kanylering även vid redan öppen bröstorg.)

#### Ad 2: (Fast track)

I en presentation från Lund visades hur vårdbehov och väntelista för hjärtoperation ökar samtidigt som resurser begränsas och krymper och vårdkedjan måste effektiviseras och vårdtider minskas för att försöka möta de ställda kraven.

Alla våra enheter försöker i detta sammanhang effektivisera vården för våra hjärtopererade patienter. Vad som menas med 'fast track' i våra händer bestäms av lokal organisation, resurser, bemanning, förekomst av intermediärvård med flera olika omständigheter.

Lund definierade standardpatienter med vårdtid på TIVA < 31 h. För den gruppen redovisade man respiratortid på c:a 6 h. Övriga kliniker redovisade resultat för "standardpatienter", med vårtid på TIVA på < 24 h, och tid till extubation på TIVA ligger då för 2014 och 2015 mellan 2,5 och 3,5 h, vilket kan följas på SIR:s utdataportal för KS Solna, SU och Uppsala.

Mest "klassisk fast track" beskrevs från Göteborg. Där väljs dagen innan op ut 2 fall med förutsättningar för snabbt och okomplicerat postop förlopp. Dessa patienter opereras sedan som morgonfall av mest erfarna operatörer och stabiliseras och extuberas på TIVA så att de kan flyttas till intermediärvårdssal på vårdavdelning innan "eftermiddagsfall" från operation läggs på fast track-fallens platser på TIVA. Även Linköping och Umeå kan flytta okomplicerade fall till intermediärvård redan operationsdagen.

Agendapunkterna med behandling av högerkammarsvikt och antikoagulation vid ECMO och VAD hann inte redovisas och diskuteras. Högerkammarsvikt och dess handläggning beslöts bli en programpunkt för kommande möte i Uppsala.

#### Nästa möte:

14-15/4 2016 i Uppsala

Föreslagna prompunker:     - Högerkammarsvikt  
                                      - Erfarenheter med PDMS, med utgångspunkt och presentation av Metavision version 6 som införs på Akademiska sjukhuset med början på Thorax under hösten 2015

P-O Joachimsson, TIVA Akademiska sjukhuset