

Mötesanteckningar BIVA höstmöte Uppsala 13-14 november 2024

Deltagare:

Lund BIVA: Pernilla Heide, John Berntsson, Ellen-Maria Olsson

K Solna BIVA: Camilla Linnarsson, Katarina Johansson, Katarina von Schewelov

Uppsala BIVA: Cecilia Kristoffersen, Emelie Persson, Carmen Garcia Miranda

SU BIVA: Ann G Wallöf, Ola Ingemansson

SIR: Amanda Johansson, Frida Hagdahl

VTs, vårdtyper

Vi går igenom de olika punkterna i VTS2014 i Pasiva. Vi är nöjd med det som står men vill ändra eller lägga till lite för att göra det mer inriktat för barn. Vi diskuterar i Biva-gruppen och när vi är klara skickar vi de nya förslagen till Pasiva & SIR (Amanda).

BIMA som åtgärd? Vi pratade även om BIMA som vårdtyp, inte på gång riktigt än inom barn.

SIR Amanda informerade om förmötet på Vår Gård

SIR står inte för kostnaden i år pga besparingar som det är för alla regioner. Men uppmanar att vi ändå kan delta i mötet. Det är inte sagt att vi allt kommer få betala själva, vi får se vad framtiden säger. 3 st personer får åka från vardera Biva.

Nya definitioner/diagnoskriterier för ARDS, Sepsis & Njursvikt

Vi fick mejl från Tomas som är ordförande i SfBabi. Han hade två förslag till förändringar i registreringen av barn i SIR. Det första kommer från hela styrelsen och det andra från honom själv.

1. Vi i SfBabi har under våren/sommaren varit i kontakt med Svenska Barnläkarföreningen som har skrivit ett vårdprogram för sepsis hos barn. Både SfBaBi och BLF föreslår att diagnoskriterierna för sepsis och septisk chock hos barn görs enligt de nya Phoenix sepsis score kriterierna som har tagits fram av delar av SCCM. <https://doi.org/10.1001%2Fjama.2024.0179>. Vi tror att en enhetlig registrering/definition av sepsis och septisk chock i både Sverige och hela västvärlden kommer att vara till fördel för att tolka den data som registreras i SIR. Om ni önskar att jag presenterar detta vid tillfälle gör jag det gärna.
2. Det andra gäller registreringen av akut njursvikt hos barn som i diagnosättningsdokumentet beskrivs följande:

Barn <16 år

Samma kriterier som njurdysfunktion vid "sepsis/septisk chock:

- S-kreatinin tredubblat jämfört med utgångsvärdet för patienten
- Urinproduktion <0,5ml/kg/tim

KDIGO-kriterierna gäller normalt för både barn och vuxna. Jag kan därför inte förstå varför dessa avsteg gjorts jämfört med vuxna. För det första, oligurin saknar tidsaspekt och en låg timdiures endast en timme bör inte ge diagnosen. För det andra, även hos barn bör start av RRT på akut renal indikation (inte som toxinborttagning) föranleda diagnosen akut njursvikt. Detta skulle innebära att kriterierna blir mer lika för vuxna och barn.

I övrigt tycker jag att det är önskvärt att överväga möjligheten att registrera AKI grad 1,2,3. Jag tror att det skulle innebära betydligt bättre möjligheter finnas att utvärdera renal outcome i den svenska intensivvårdspopulationen.

Vi diskuterade detta på höstmötet och kommer fortsätta på vårmötet.

Dokumentera ARDS i Pasiva och detta ska vi översätta till svenska.

BIVA mottagning

Marie, Gunnar & Sara kom och pratade om Biva-mottagningen och var med i vår diskussion.

Empathic – 30, PedsQI – infant och PedsQI – 4.0 är olika enkäter som vi använder på vår Biva mottagning i Uppsala.

Stockholm har en post-Biva mottagning, Lund har precis börjat, Göteborg har för sina hjärtbarn.

Bra med mer än ett möte för vissa familjer.

Om man frågar om donation, viktigt att nämna att det kanske inte går att donera heller.

I Uppsala har vi dagbok till alla Iva-Barn.

Man kan ha videosamtal via 1177.

ECMO

Fyll i oxynator i Pasiva.

Som åtgärd ska vi välja vilken typ av ECMO inte den som heter enbart ECMO. Inaktivera för andra användare för att inte riskera felregistrering.

Om patienten har NO på mask kan personalen få biverkningar som heshet, hosta, tappa rösten, huvudvärk.

Brännskador

Fredrik & Sämi kom och föreläste om brännskador för oss. Brännskador är en av Uppsalas ansvarsområden.

Linköping är också mera ansvariga men tar inte barn under 12 år.

11 miljoner brännskador i världen, hälften i Indien.

1960 kom man på att hyvla den brännskadade huden tills det började blöda. Läkaren köpte rakhyveln då.

9 av 10 brännskadade barn är skållskada. Ca 20 vårdtillfällen/år på Biva i Uppsala.

Huden väger 5-6 kg och den byts ut var 3-4:e vecka. D-vitamin bygger/håller hudbarriären.

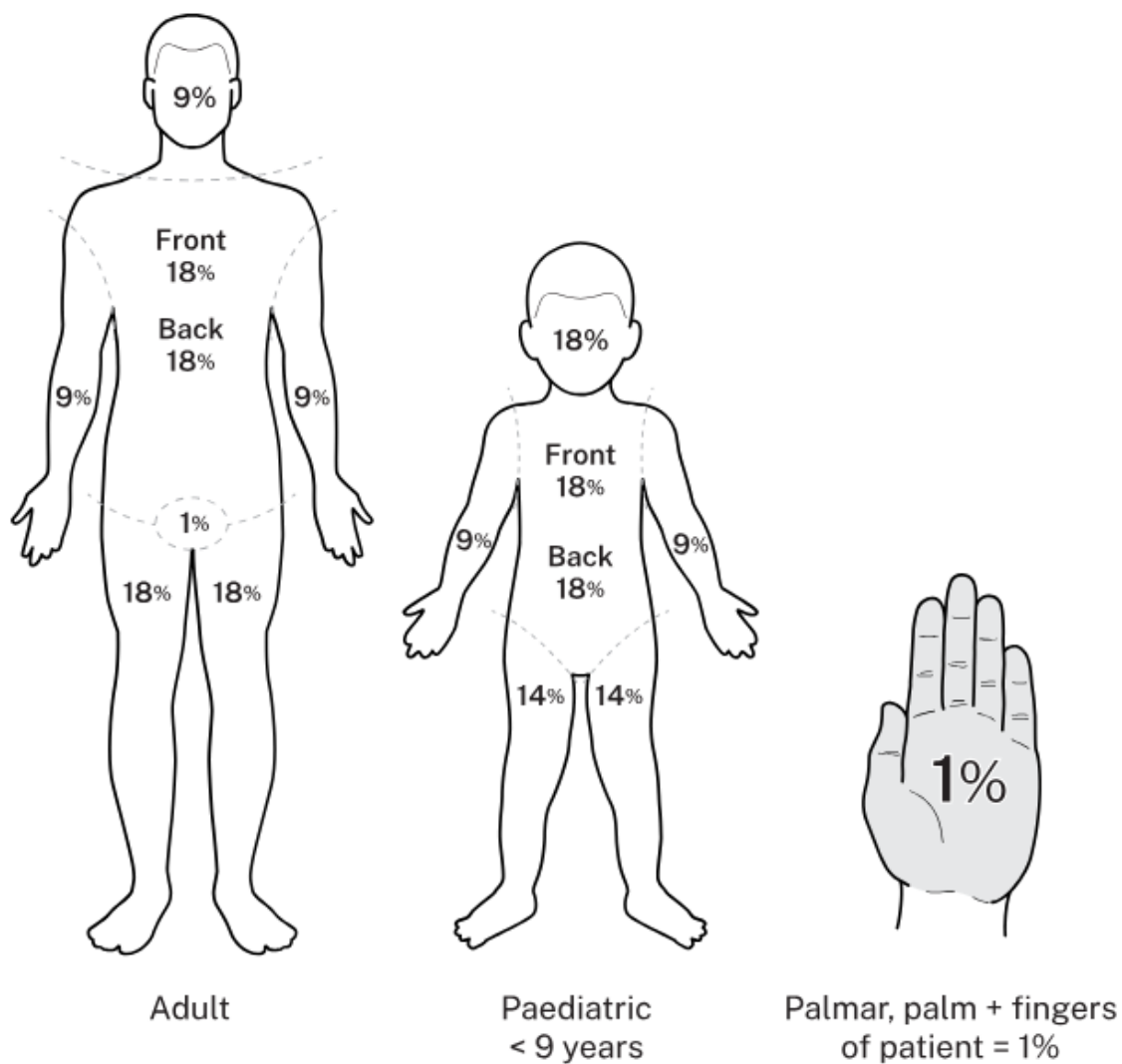


Diagram showing Rule of Nines for TBSA.

Brännskador beräknas enligt TBSA

Man bedömer även graden av brännskada 1-3.

1:a graden Epidermal skada – Rodnad, sveda, snabb kapillär återfyllnad, inga blåsor.

2:a graden Delhudsskada (Ytlig och djup).

Ytlig delhudsskada – Bildas blåsor tex vid skållning. Fuktig yta som gör ont.

Djup delhudsskada – Tex. efter skållning, flamskador. Blek hud, långsam eller ingen kapillär återfyllnad.

3:e graden Fullhudsskada – Tex. efter eld i kläder. Ingen känsel varken för tryck eller stick.

Parkland formeln $4 \text{ ml} \times \text{vikt} \times \% \text{ bränd yta}$. Denna vätska är på ett ungefär.

Viktigt att ha koll och mäta urin, överfyll inte med vätska.

I det akuta skedet ge inte antibiotika, diuretika, nouradrenalin.

Brännskade op helst max 3h. På salen där man lägger om ska graderna vara drygt 30.

Hypermetabola i 2 år.

Briva har uppföljning på sina patienter efter 6 månader och sedan efter 12 månader.