



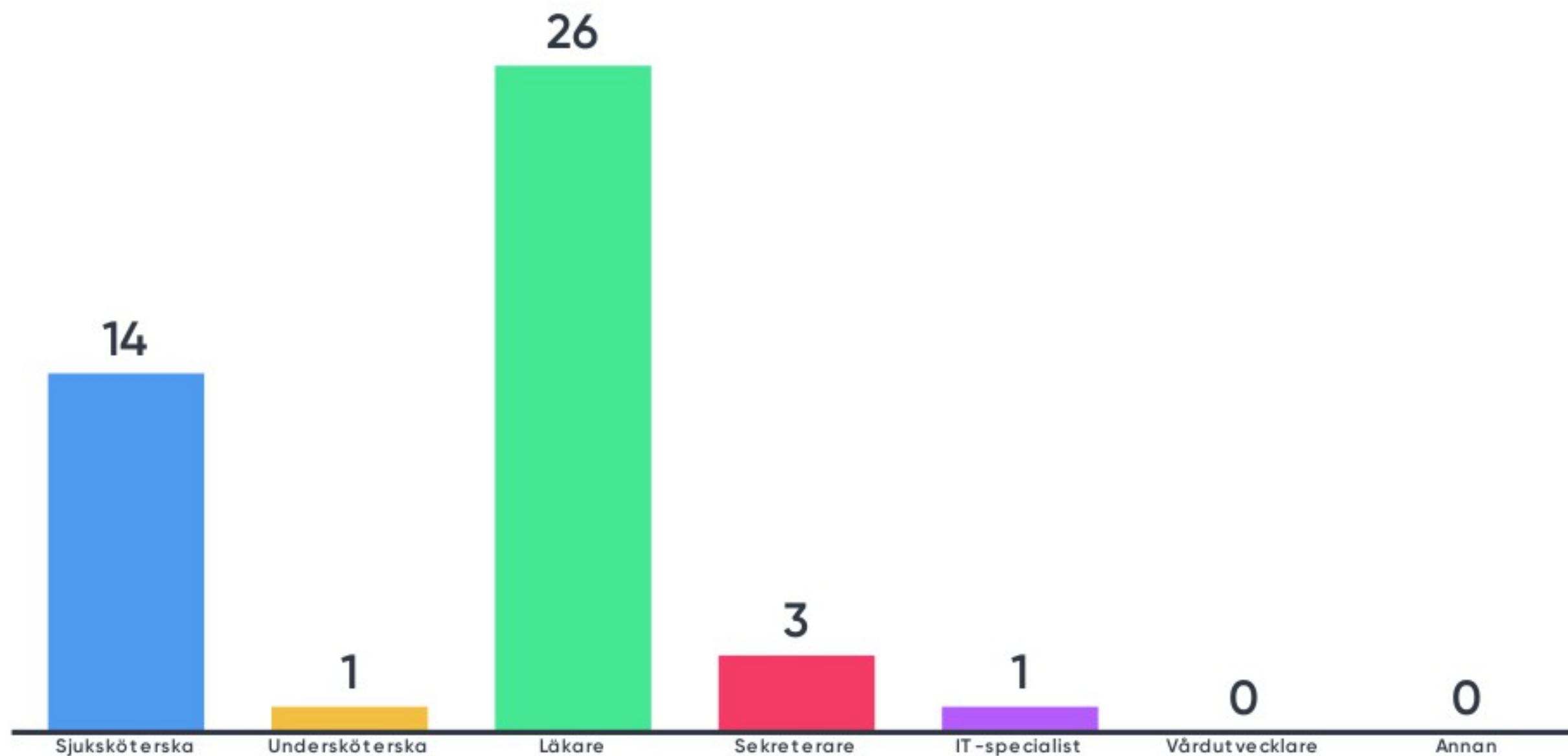
SVENSKA
INTENSIVVÅRDSREGISTRET
SIR

Mentimeter

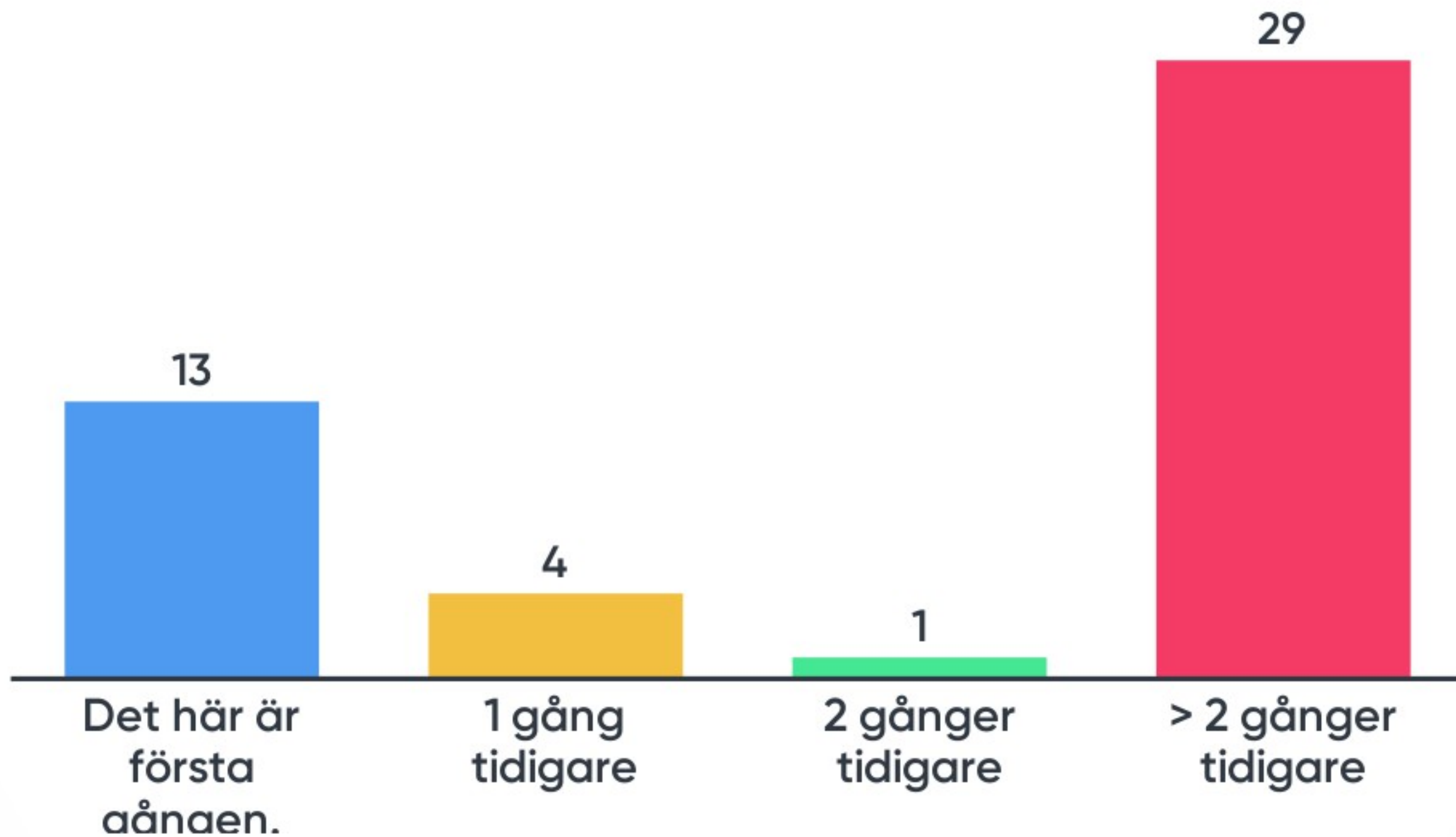
SIR:s årliga konferens Saltsjöbaden 2019

Registreringsövningar

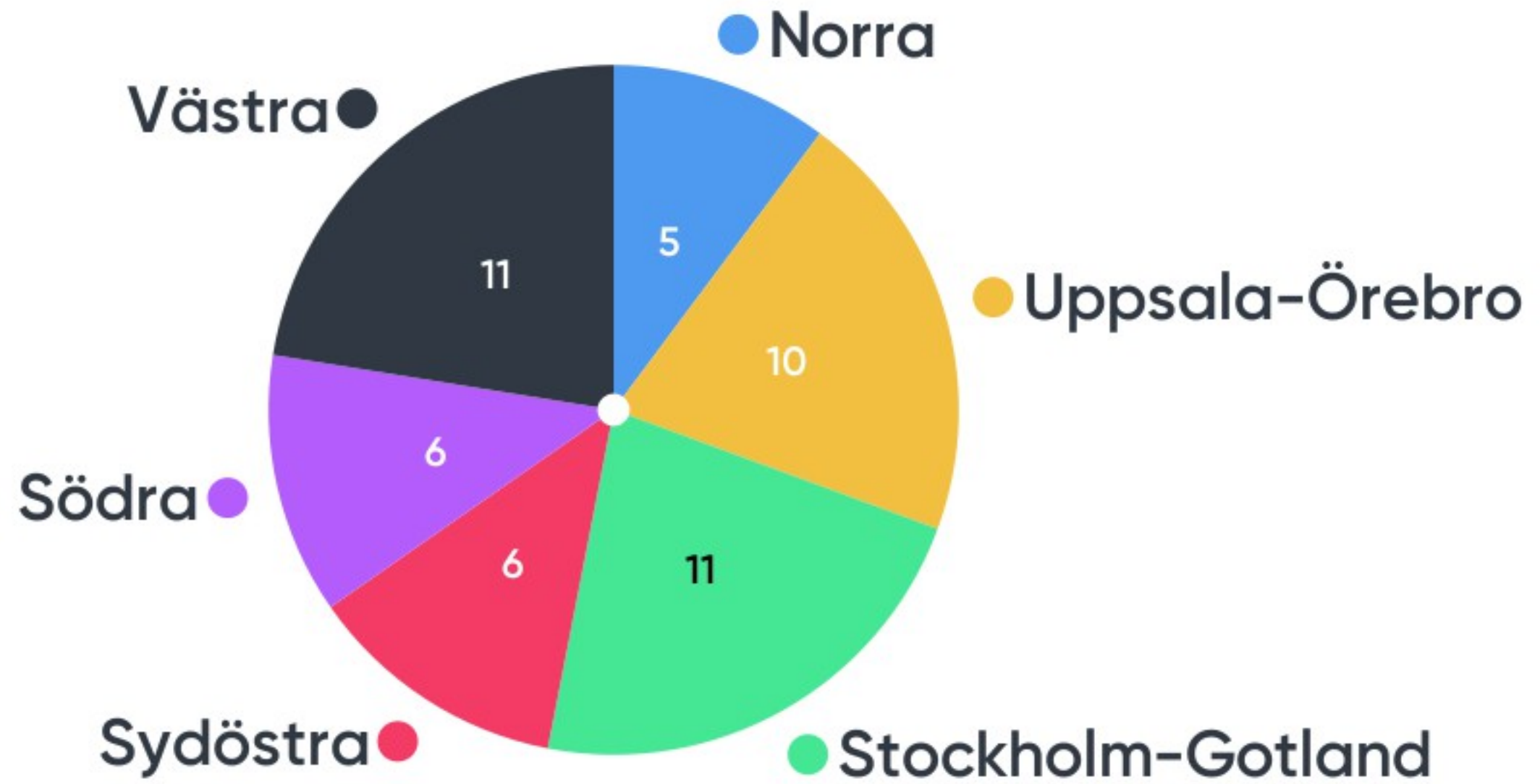
Vilken yrkeskategori tillhör du?



Tidigare deltagande i SIR-kurs?

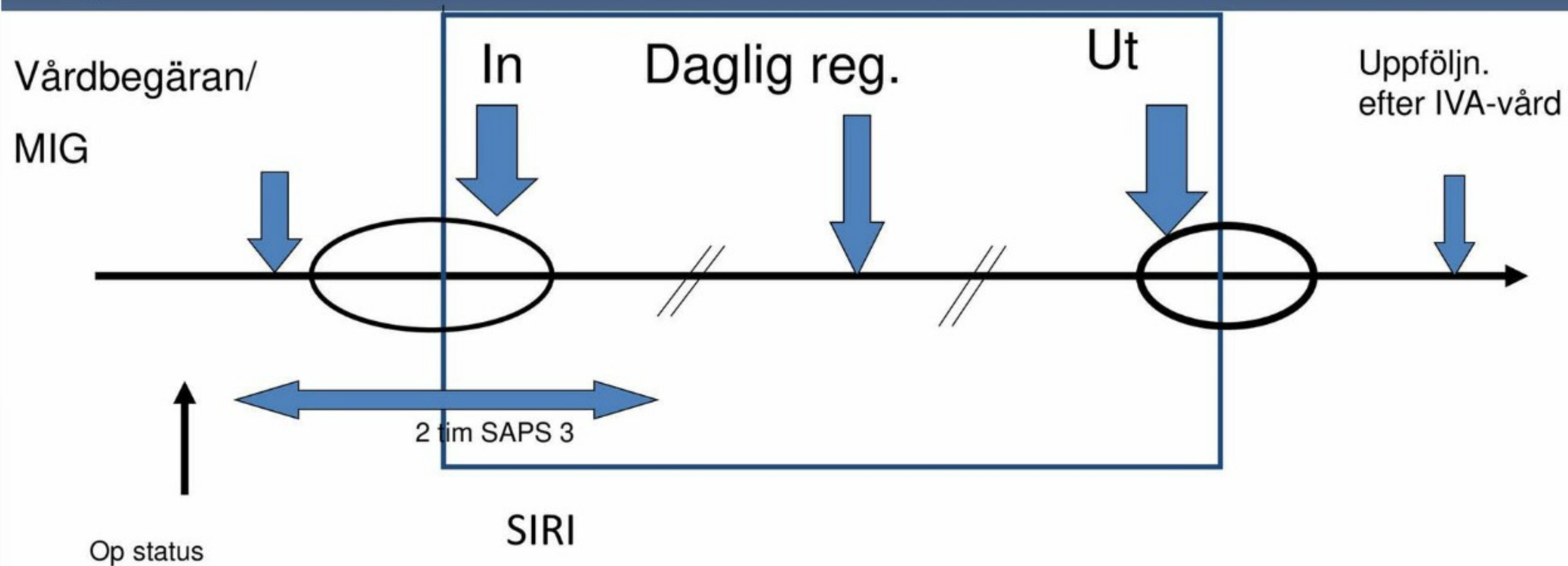


Vilken sjukvårdsregion kommer du ifrån?





IVA





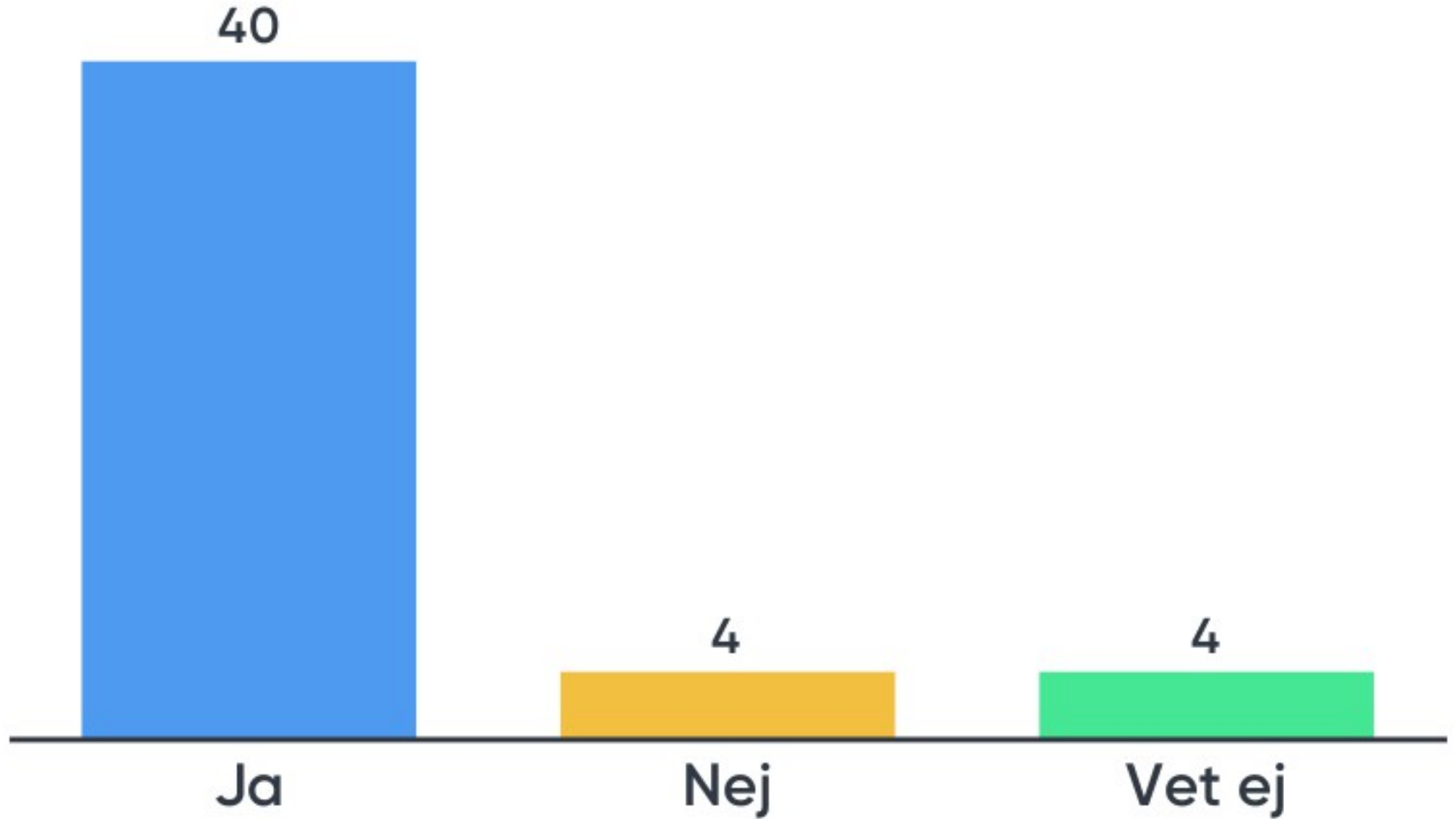
Registrering kräver en definition, men...



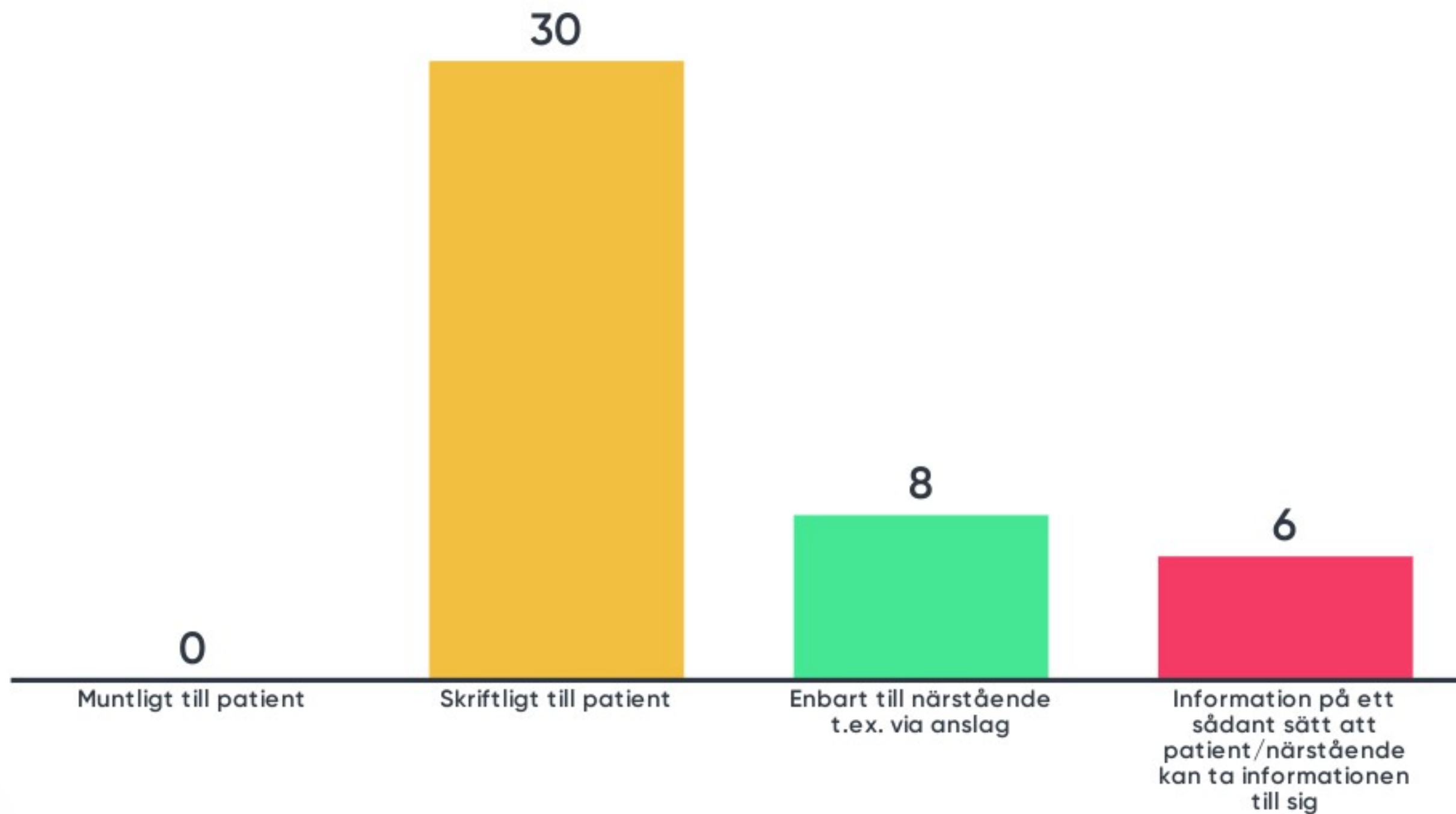
Återigen... vad är Intensivvård?

- När är det inte intensivvård?
 - Postoperativ vård
 - Övrig vård
 - HIA

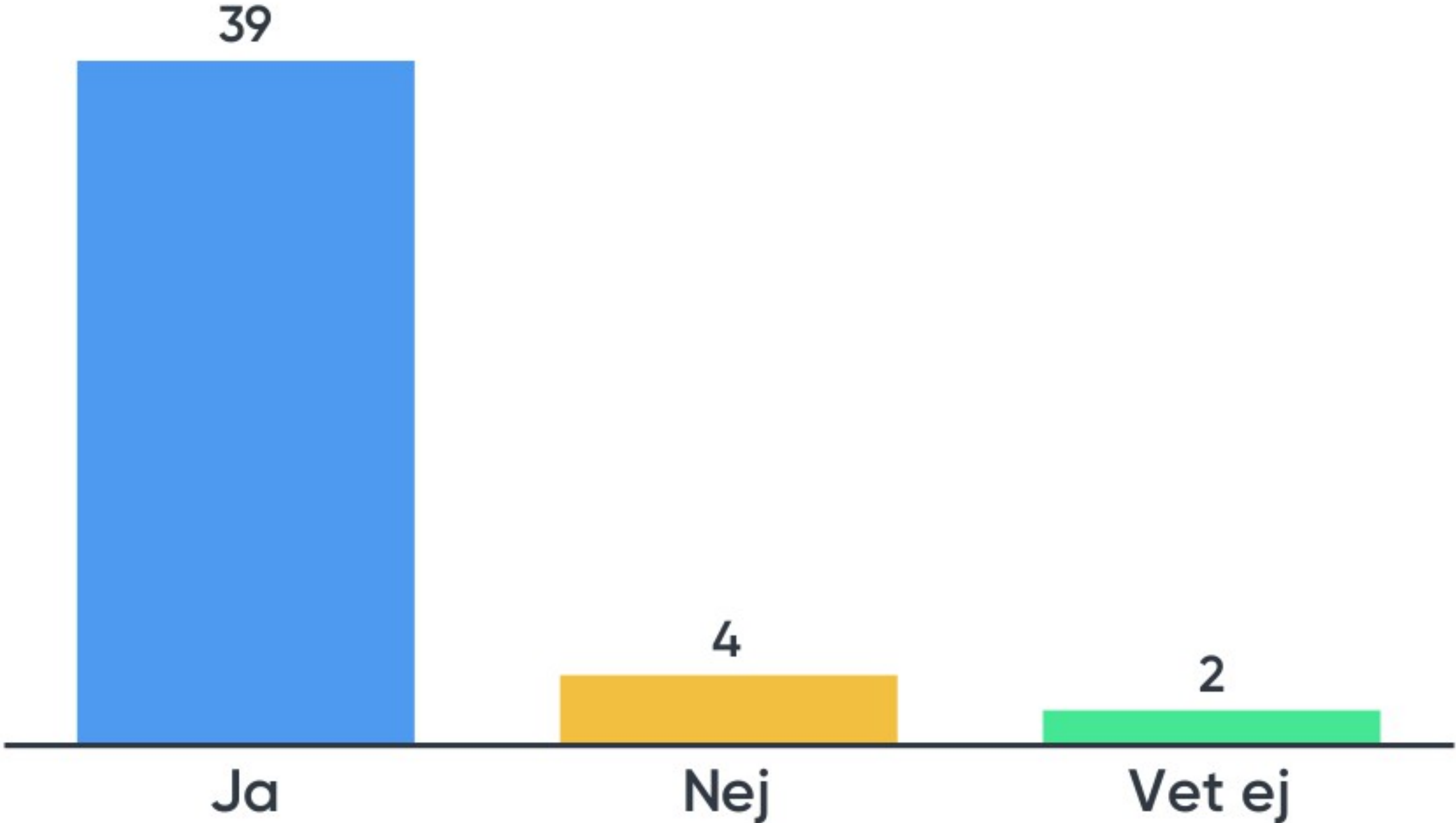
Ger din IVA någon information till patient/närstående angående SIR.-registrering



Hur gör ni detta?



Gör ni någon egenkontroll av inmatade värden?

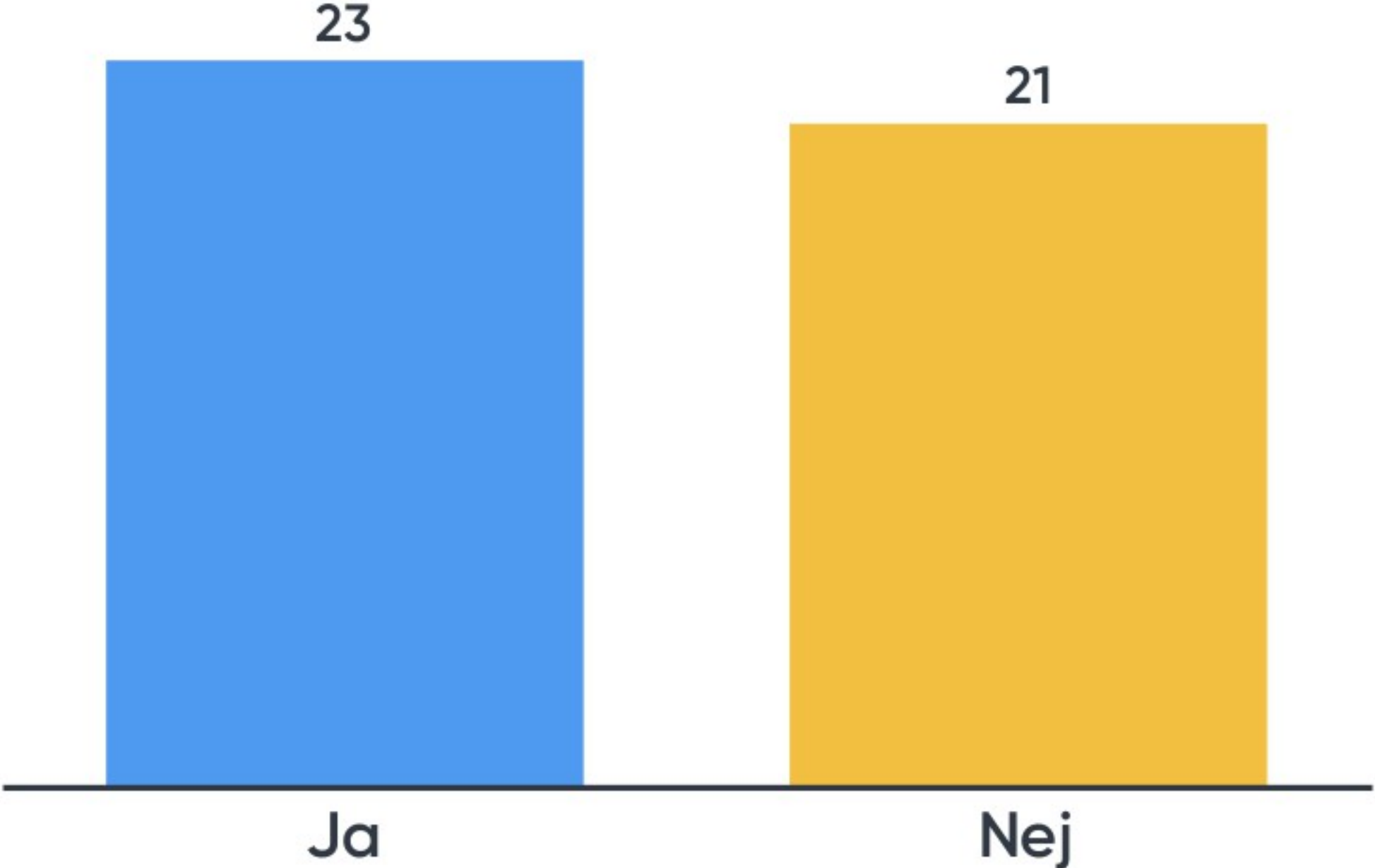


Patientfall

- Tid helt frisk man som blir tetraplegisk två veckor efter en Gula febervaccination
- Inkommer efter en dryg månads vistelse på tre olika sjukhus i Argentina.
- Extensivt utredd - en komplikation till vaccineringen.
- Diagnos:
 - Akut disseminerad encefalomyelit(ADEM)

- Kvantitativ Trachodling (QEA) visar *Klebsiella pneumoniae* i signifikant mängd - ESBL bildare.
- Dessutom *Pseudomonas Aeruginosa* och *Acinetobacter* i signifikant mängd (också i QEA)
- På lungröntgen tagen inkomstdagen ses ett infiltrat i höger underlob.

Har patienten VAP?



Multiresistens....

- Smittisoleras vid ankomst, kvant. trachodling (QEA) visar *Klebsiella Pneumoniae* - ESBLbildare
- Dessutom multiresistenta acinetobacter endast känsliga för colistin och *Pseudomonas Aeruginosa* i signifikant mängd (QEA)



Fler bakterier blir det....

- Utvecklar under vårdtiden en *Clostridium difficile* infektion med positiv toxin och växt i odlingar.

Varför registrera multiresistens?

- Ett ökande problem, en av intensivvårdens viktigaste utmaningar
- Kvantifiering av problemet
- Följa trender
- Adekvat omhändertagande ett viktigt kvalitetsmått, resursbrist?

Hotet från antibiotikaresistenta bakterier – två förhållningssätt:

10 centimeter



eller



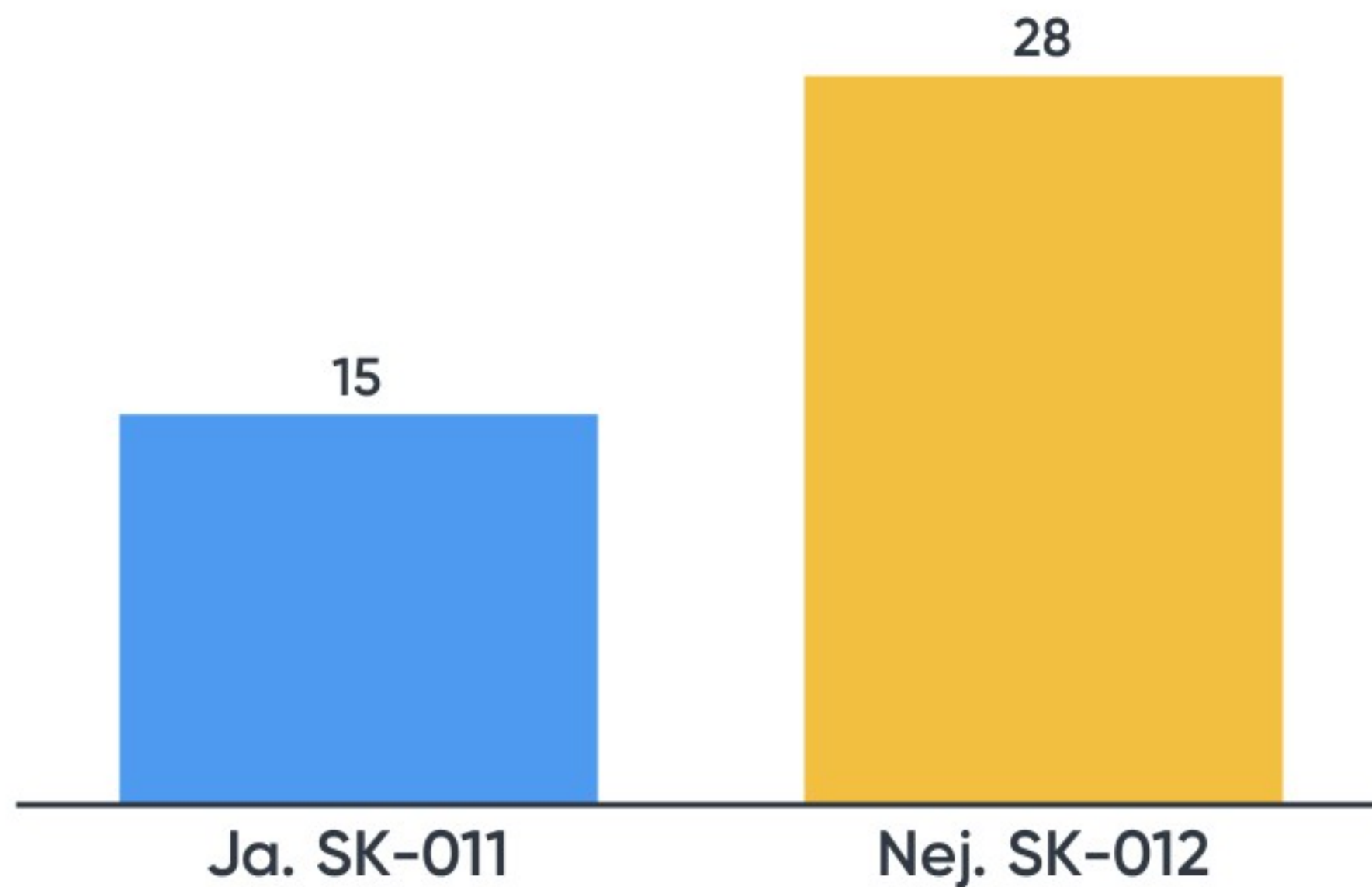
Bakteriell multiresistens

- Med bakteriell multiresistens avses:
- Staphylococcus aureus:
 - MRSA (Meticillin resistent S aureus)
 - VRSA (Vankomycin resistent S aureus)
- Enterococcus faecalis och Enterococcus faecium:
VRE (Vankomycin resistent enterokocker)
- ESBL-bildande Enterobacteriaceae (Extended Spectrum β -Lactamases)

Bakteriell multiresistens

- Vid utskrivning av patient med klinisk infektion av multiresistent bakterie kompletteras diagnossättningen enligt följande:
- MRSA infektion B95.6 + U82.1
- VRSA infektion B95.6 + U83.0
- VRE infektion B96.8 + U83.0
- ESBL infektion B96.1 + U82.2

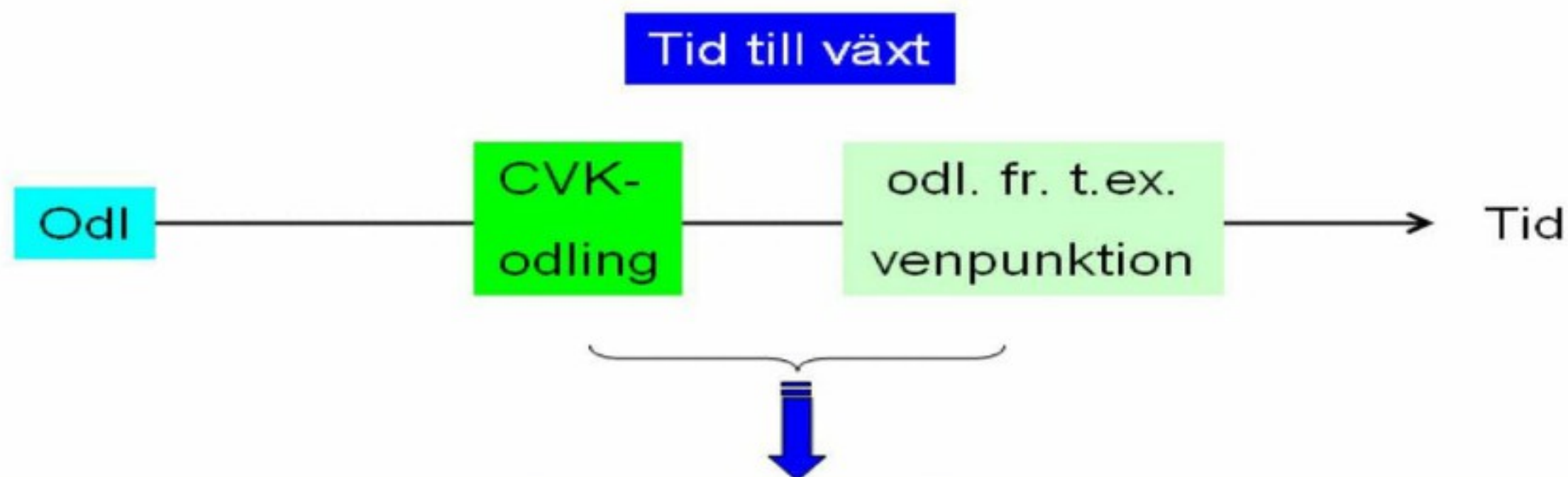
Var den känd eller diagnosticerad vid vårdtilfallets början?



Bakteriell multiresistens SK-011 och SK-012

- SK-010 är samlingskod (registreras ej) och är summan av SK-011 + SK-012.
- För patient som inkommer till IVA och screening-odlas, samt redan från början behandlas som smittad (smittisolering) gäller att om odlingar visar sig vara *positiva så skall detta registreras som SK-011, dvs känt från vårdtillfällets start.*

Hur bedöma omslagstid vid positiv blododling?



Alt 1. ≥ 120 min: Sannolikt CVK-relaterad infektion

Alt 2. < 120 min: sannolikheten för annat infektionsfokus större

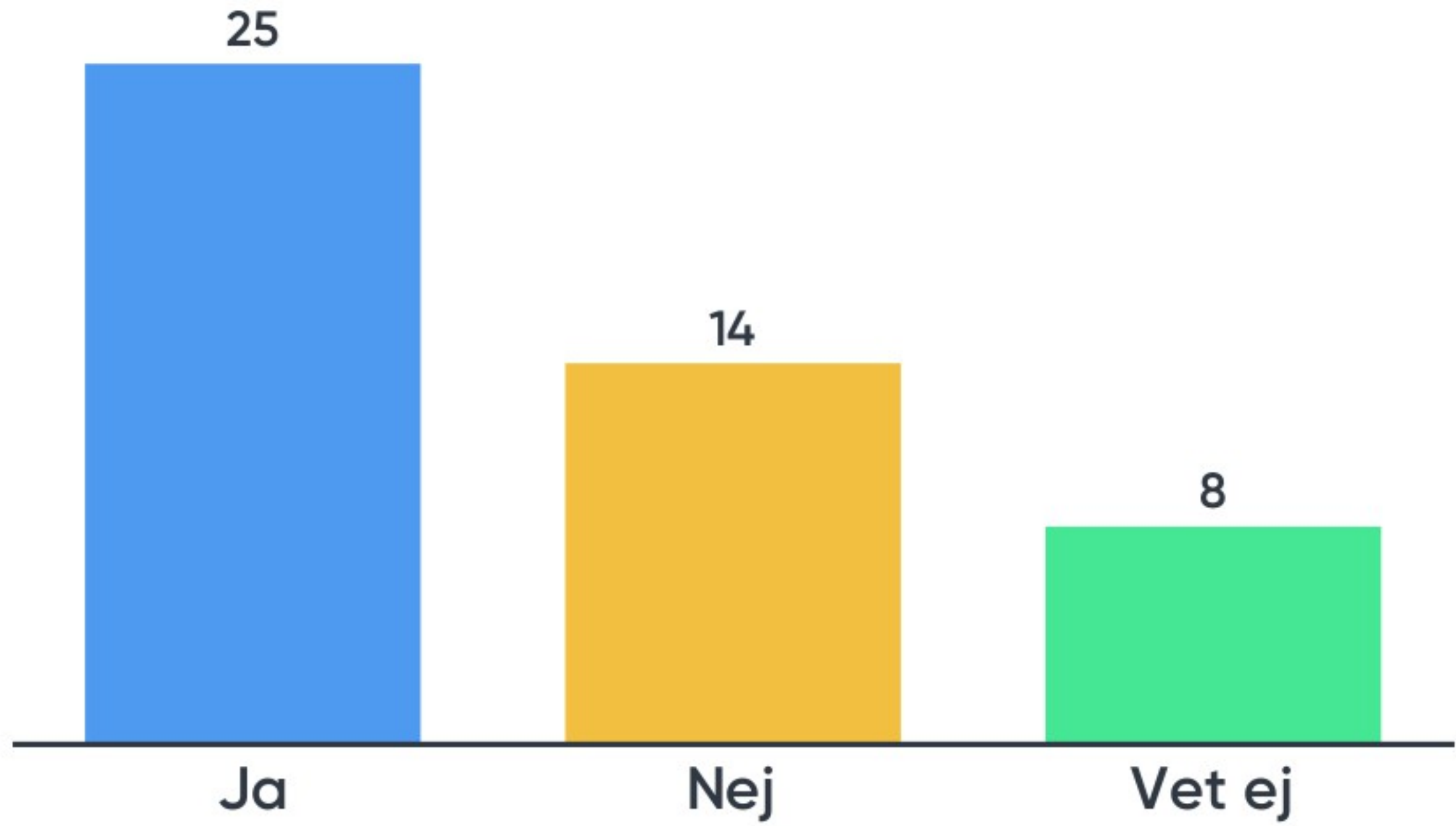
Alt 1

Sannolikheten för CVK-relaterad infektion är hög när tiden till växt är minst 120 min kortare för blod taget via den centrala venkatetern än för blod från perifer ven.

Alt 2

Om skillnaden i tid till växt är < 120 min är sannolikheten för annat infektionsfokus större.

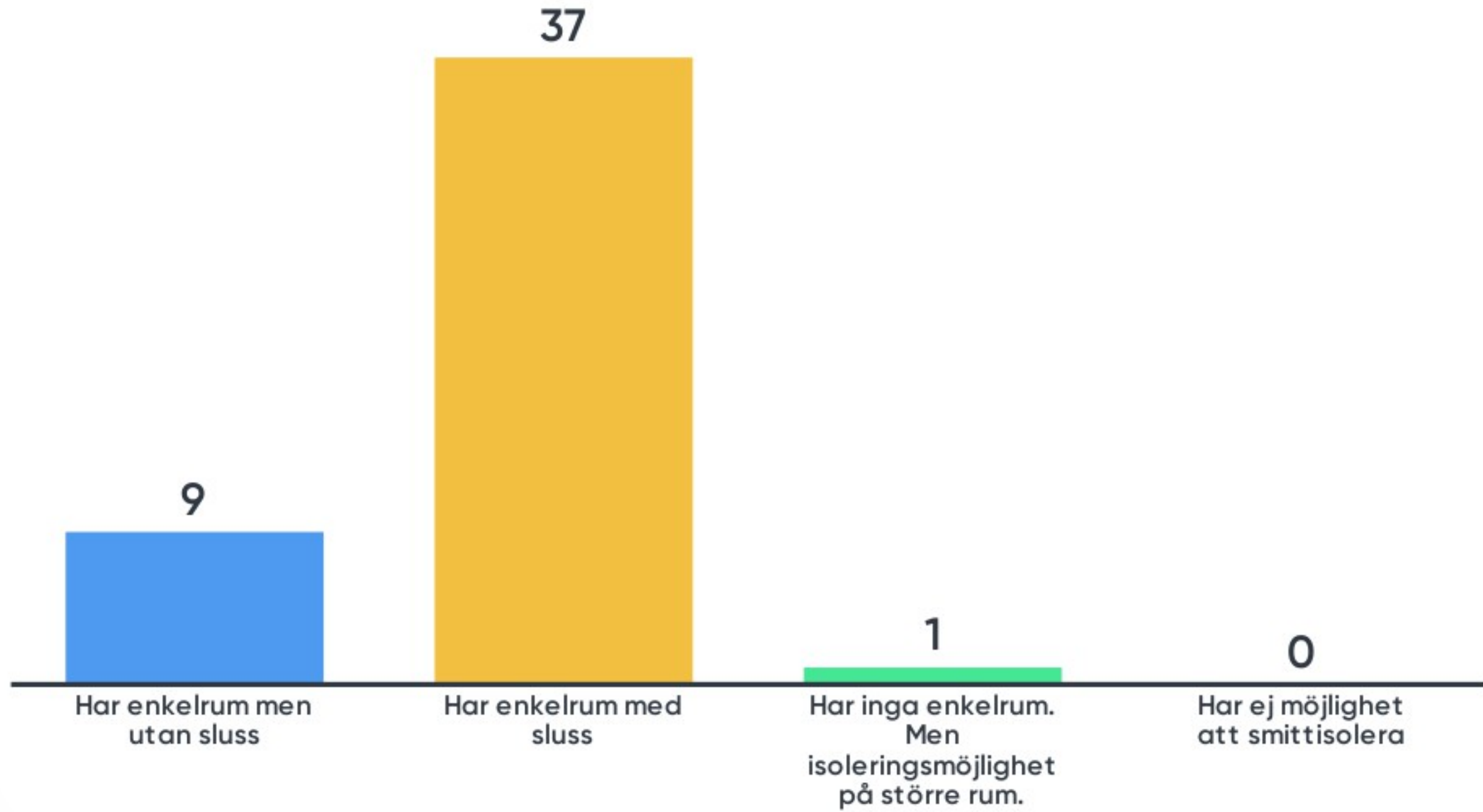
Använder ni denna diagnostiska metod?



Vad innebär smittisolering ?

- Vård av en patient i ett vådrum
- Stängd dörr och tillämplig av basala hygienrutiner

Hur ser det ut på din avdelning?



Sammanfattning

- Multiresistens registreras i SIR
 - Negativ händelse och komplikation
 - Diagnos
 - Vårdtyngd
 - Åtgärd (isolering)
- Känd innan eller upptäckt under vårdtiden
 - Svar efter utskrivning exkluderas

Opererade eller ej

- Registrering om en patient är opererad eller ej har betydelse dels för:
- att karakterisera olika patientgrupper
- SAPS3

Vad räknas som operation?

- Interventionell radiologi eller PCI räknas ej som operation
- EVAR (endovascular aortic aneurysm repair) som alternativ till öppen aortakirurgi, räknas som operation.

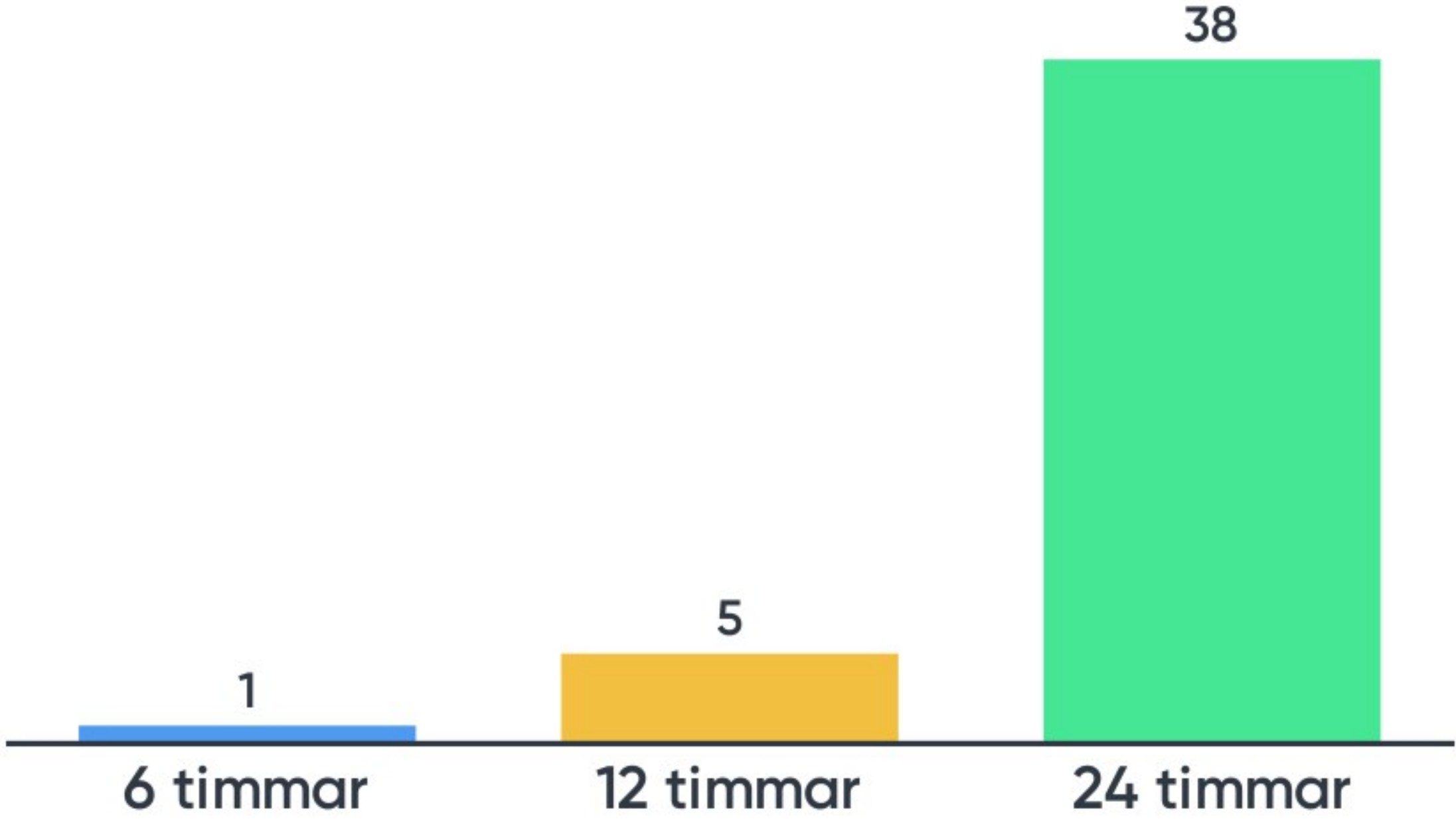
Vad räknas som operation?

- Endoskopiskt terapeutiskt ingrepp, såsom sklerosering av esofagusvaricer räknas som operation
- Men enbart diagnostisk endoskopi är inte att betrakta som operation.

Vad räknas som operation?

- Tidsfönstret för förekomst av operation är hela den sammanhängande vårdepisoden före IVA-inläggningen oavsett om patienten vårdats på flera sjukhus.

Akut eller elektiv operation



Akut eller elektiv operation?

- Akutopererad = genomförd eller avses att genomföras inom 24 timmar efter beslut
- Elektiv operation = alla andra operationer
- From 2019-01-01 gäller samma definition för barn som för vuxna enligt önskemål av BIVA-gruppen

Situation

- 56-årig kvinna med relativt nyligen diagnostiserad lokalt avancerad cholangiocarcinom. Erhållit första dosen palliativ cytostatika. Ej neutropen.
- Söker akut med andningsbesvär → utbredd lungembolisering → lägg in på vårdavd med adekvat LE-beh



Bakgrund

- Hypertoni
- Hypothyreos

Aktuellt

- Efter 8 dagars inneliggande vård respiratorisk försämring
- Bilaterala infiltrat
- Inga positiva odlings svar. Pos svamp-antigen, betaglukan
- Behandling pneumocystis jirovecii inledd (Eusaprim)
- Till intermediärvårdsavdelning. NIV. Ingen förbättring. pO_2 9 med FiO_2 0,8. AF 40 → inläggning IVA

På IVA

- Intuberas. PEEP 8. (PaO₂/FiO₂)19,5 kPa.
- Extensiv provtagning, tillägg Meronem
- Scoring-dygn 1: SOFA 7 poäng
- Scoring-dygn 2: SOFA 6 poäng
- Dygn 2. Förbättrad. Extuberas. (Pneumocystis jirovecii-DNA pos men låg mängd, kan vara subklinisk diagnos, alt att provet är taget efter påbörjande av behandling, för låg mängd för att gå vidare med antigenpåvisningsanalys (IFL))



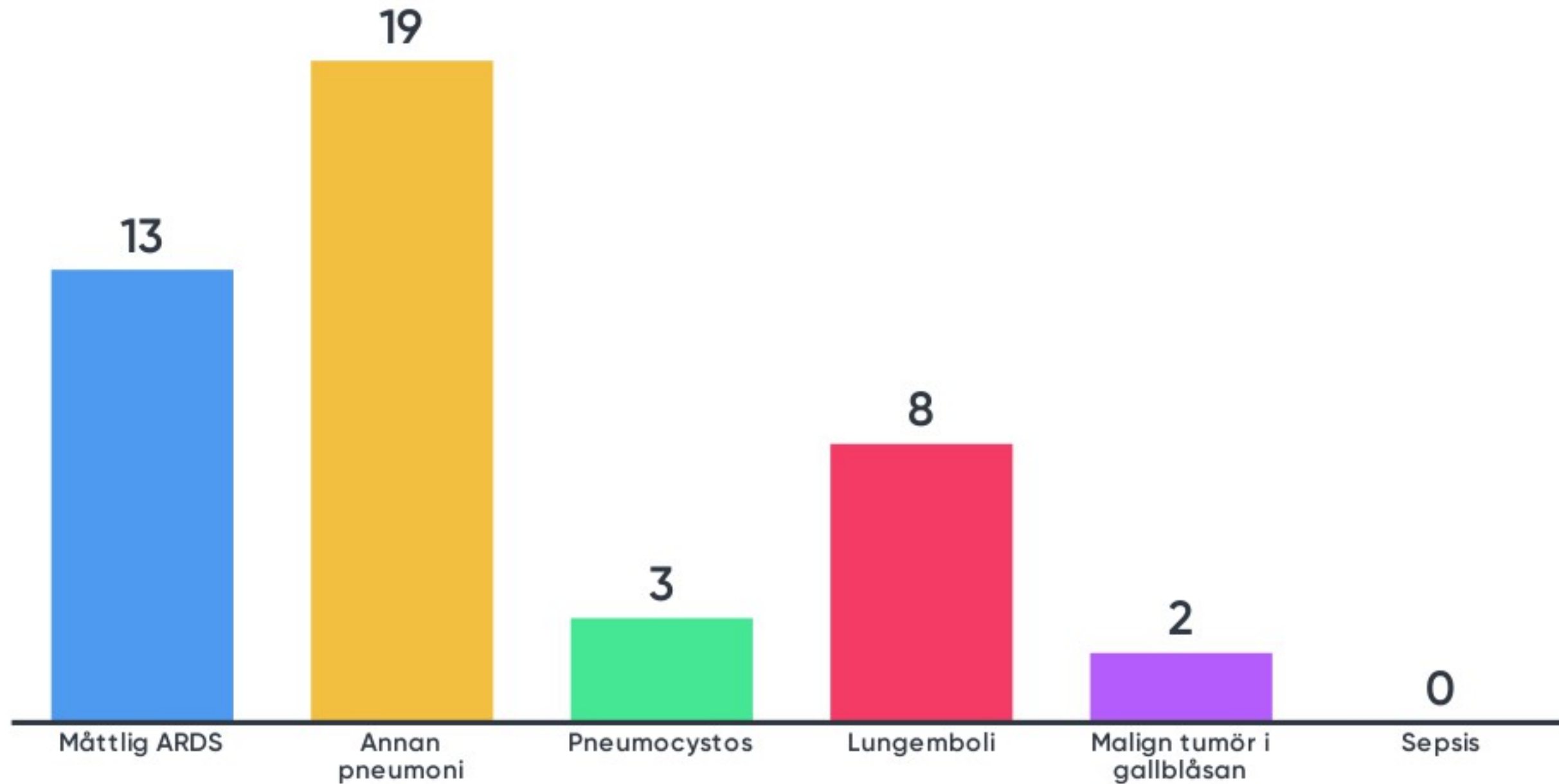
Registreringar...

- Huvudsaklig IVA-diagnos - ?
- Övriga ICD 10 - ?

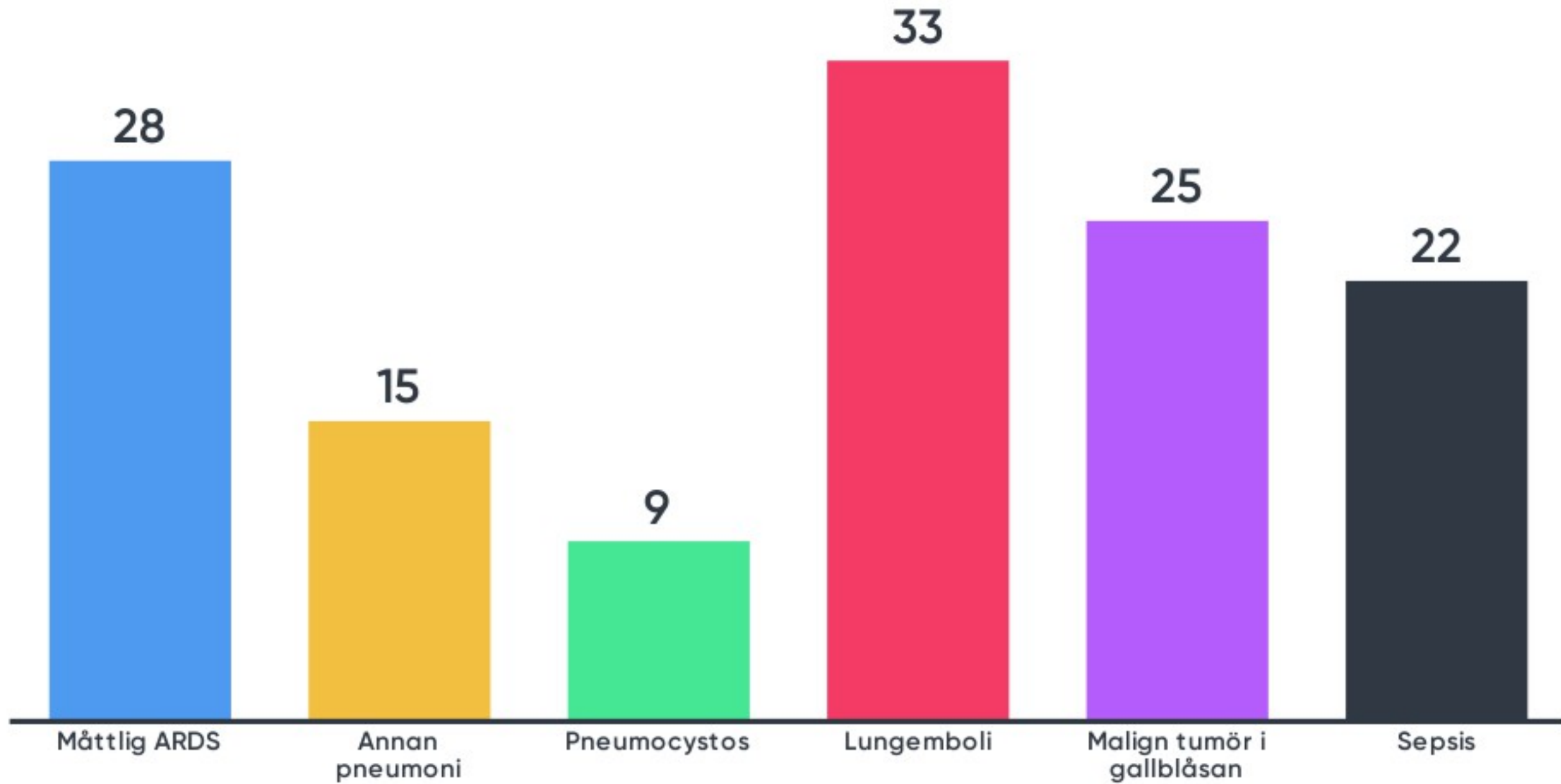
Diagnoskodning

1. Måttlig ARDS ($\text{PaO}_2/\text{FIO}_2 \leq 26,7$ och >13.3 kPa, PEEP >5 , invasiv ventilation) J80.9B
2. Annan pneumoni orsakad av ospec mikroorganism, J18.8
3. Pneumocystos B48.5
4. Lungemboli I26.9
5. Malign tumör i gallblåsan C23.9
6. Sepsis R65.1

Huvudsaklig IVA-diagnos



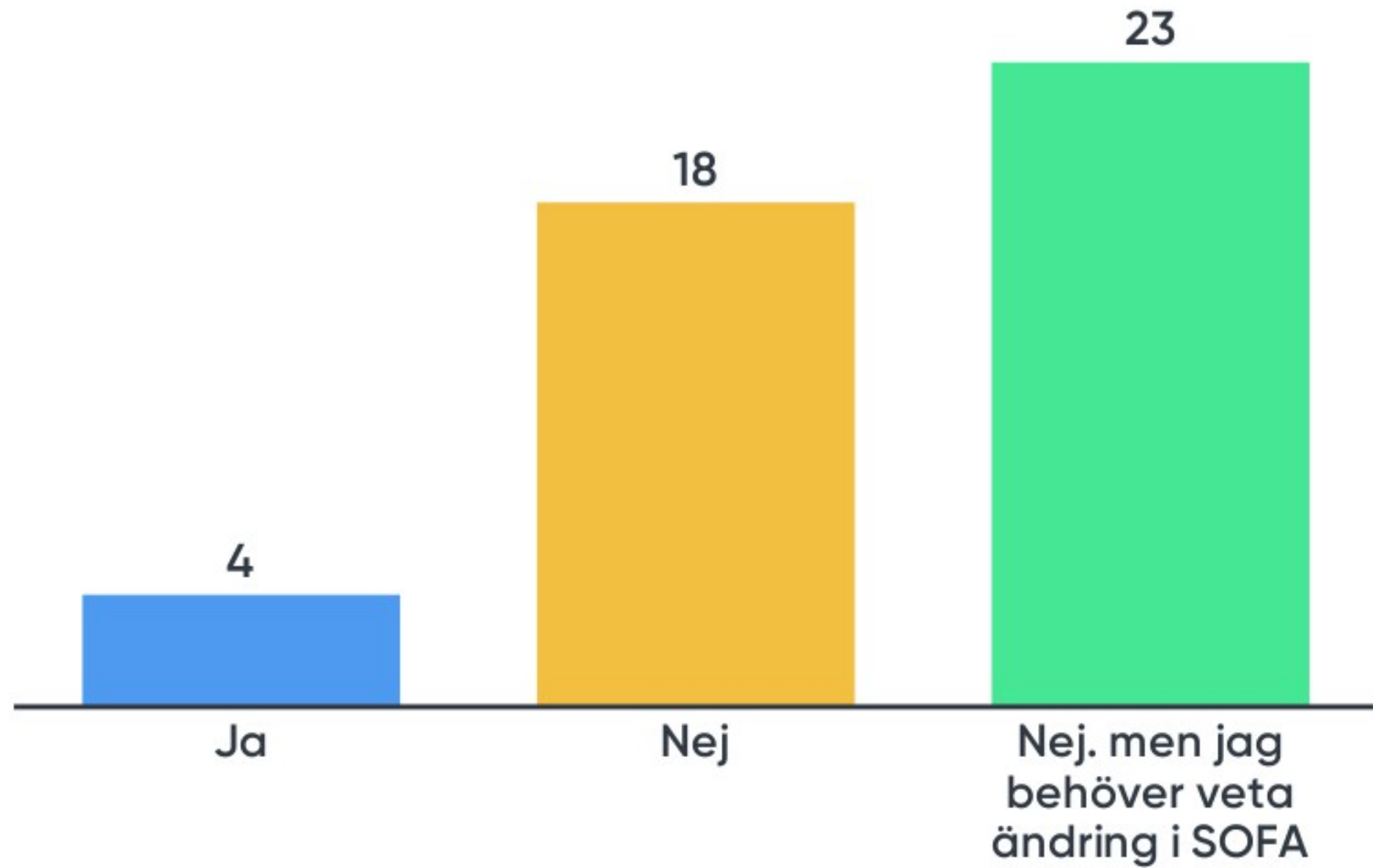
Övrig IVA-diagnos



Diagnoskodning

- Huvudsaklig IVA-diagnos
 - Måttlig ARDS ($\text{PaO}_2/\text{FIO}_2 \leq 26,7$ och >13.3 kPa, PEEP >5 , invasiv ventilation) J80.9B
- ICD 10
 - Annan pneumoni orsakad av ospec mikroorganism, J18.8
 - Lungemboli, I26.9
 - Malign tumör i gallblåsan, C23.9

Behöver jag registrera SOFA för att klassificera enligt Sepsis-3?



- 80 årig kvinna med hypertoni och reumatism, tidigare haft njursten.
- Nu vänstersidig flank/buksmärtta och diarré under helgen även haft feber och förkylning.
- Inkommer till akuten, låg saturation (88% på luft) HF 150, systoliskt blodtryck 80, feber 38,8. Laktat 10,6, pH 7,26
- Blod och urinodlas på akuten

- Läggs på medicinsk övervakningsavdelning där patienten snabbt försämras.
- Fullt på intensivvårdsavdelning så kommer till specialist intensivvårdsavdelning vid kl 23.00 på kvällen/natten.
- CT buk/thorax m frågeställning Divertikulit? Pneumoni? Fri gas? Tarm ischemi?

Sammanfattning: Vänstersidiga uretärkonkrement och därav följande vänstersidig hydronefros och hydrouretär. Vänster njure är större än motsvarande på höger sida vilket inte kan uteslutas vara tecken på svullnad. Inga uppenbara tecken på tarmischemi, men sådan kan principiellt inte uteslutas med datortomografi. Glesa diffusa förtätningar i lungornas ovanlobar vilka inte kan uteslutas vara infektiöst betingade. Bronkiolitmisstänkta förändringar laterobasalt i höger lungas ovanlob.

- Erhåller en nefrostomikateter på röntgenavdelningen

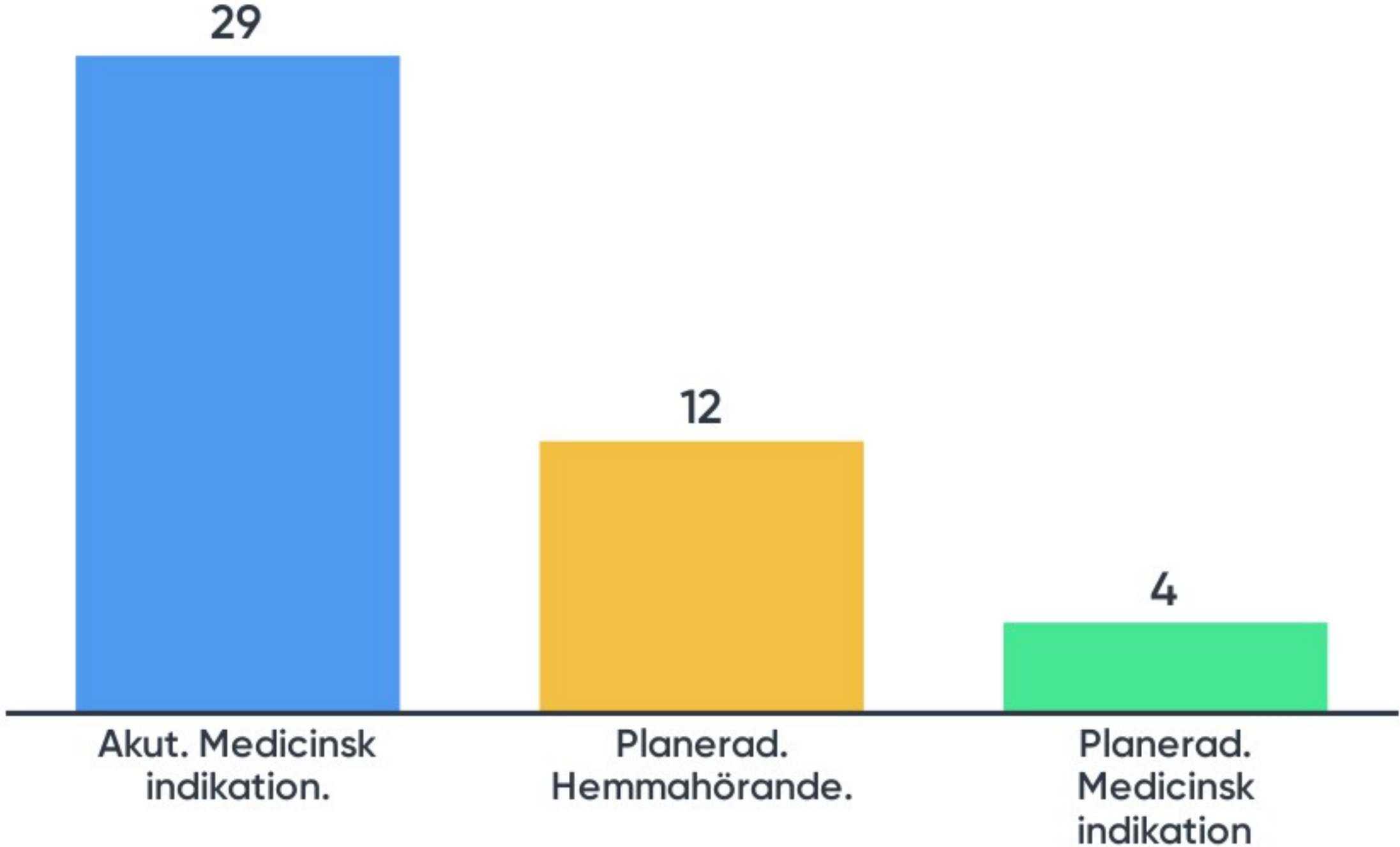
På specialistintensivvårdsavdelningen:

- Erhåller NIV men börjar få ökat syrgasbehov
- CVK
- Noradrenalin
- Sjunker i Hb

Vilken grunddata blir det när patienten kommer till Intensivvårdsavdelningen dagen efter kl. 14.40?

- Annan IVA
 - akut inläggning
 - medicinsk indikation
- Annan IVA
 - planerad inläggning
 - hemmahörande här
- Annan IVA
 - planerad inläggning
 - medicinsk indikation

Grunddata?

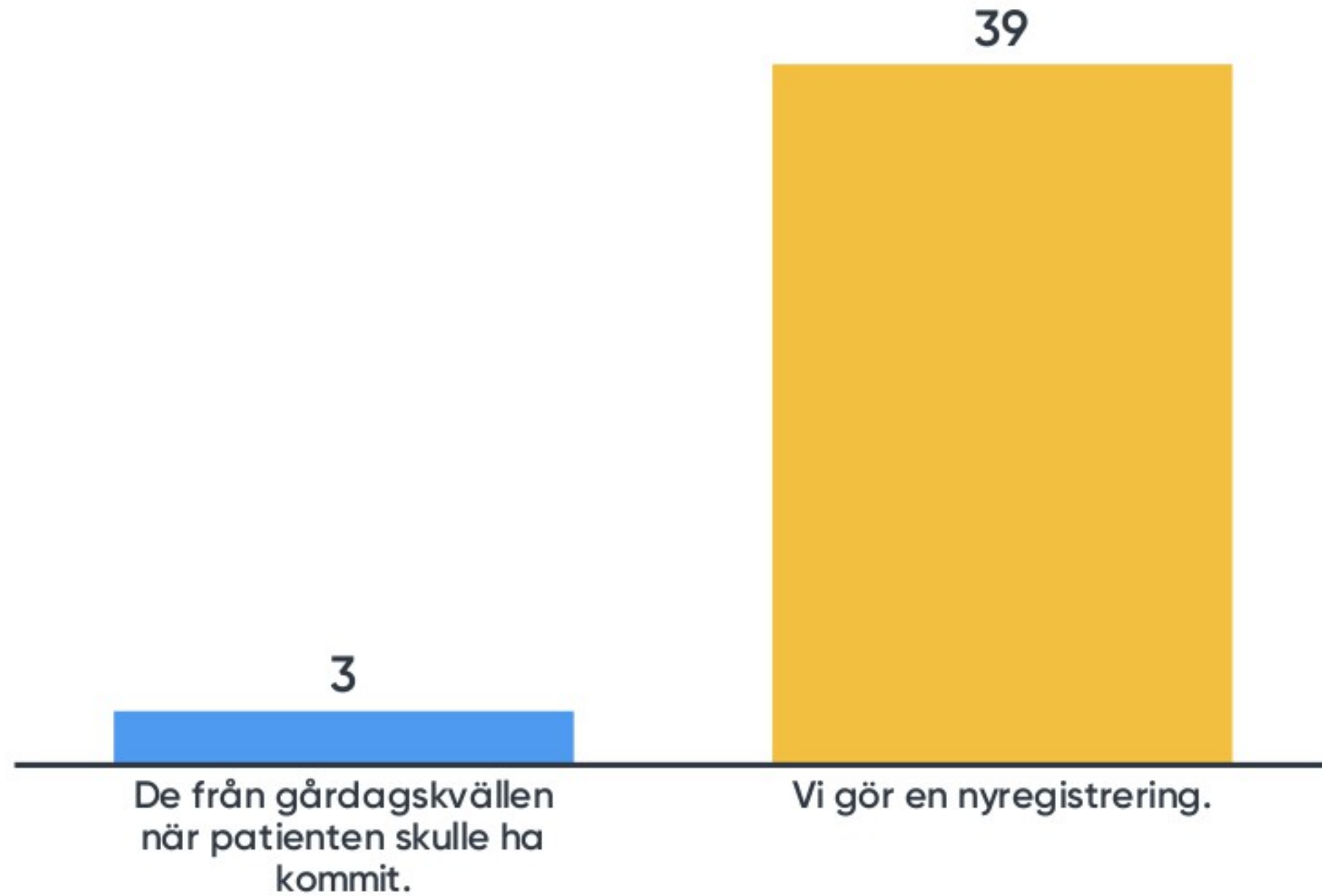


Grunddata

” Akutinläggning”

- *Nej* = patientens behov av intensivvård känd på denna avdelning sedan >12 timmar *enl. SAPS 3*
- *Ja* = patientens behov av intensivvård känd på denna avdelning sedan ≤ 12 timmar *enl. SAPS 3*

Vilka SAPS3 värden registreras?



På IVA efter ankomst

- Intuberas
- Sond
- PICCO
- Upptäcker att det kommer färskt blod i nefrostomikatetern
- Ultiva, Propofol, Noradrenalin, Dobutamin, Glukos, Insulinpump, 8 E-konc 6 plasma under eftermiddagen

	Stor vårdtyngd 3 poäng	Måttlig vårdtyngd 2 poäng	Mindre vårdtyngd 1 poäng	0 poäng
Respiration	Komplicerad ventilatorbehandling eller åtgärder minst 3ggr/h. Bronkoskopi, intuberad eller trakestomerad under passet	Okomplicerad ventilatorbehandling eller åtgärder 2 ggr/h	Syrgasbehandling eller åtgärder 1g/h	Åtgärder < än 1ggr/h
Intravenös och enteral tillförsel	Minst 8 pågående eller minst 3 injektion, tablett, mixtur/h	4-7 pågående eller 2 injektion, tablett, mixtur/h	1-3 pågående eller 1 injektion, tablett, mixtur/h	Tillförsel < 1 gång/h

VTS pass 1: Intuberas, Remifentanil, Propofol, Noradrenalin, Dobutamin, Glukos, Insulin, 8 E-konc 6 plasma.



VTS pass 1: har en CVK, får en PICCO kateter och kopplar övervakning till den, går på CT (3 personal).

	Stor vårdtyngd 3 poäng	Måttlig vårdtyngd 2 poäng	Mindre vårdtyngd 1 poäng	0 poäng
Hygien, mobilisering och transport	Stort omvårdnadsbehov eller kräver samtidig hjälp av minst 4 personal eller isolering Transport utanför avd. med minst 4 personal	Måttligt omvårdnadsbehov eller Kräver samtidig hjälp av 2-3 personal Transport utanför avd. med 1-2 personal	Mindre omvårdnadsbehov eller Kräver hjälp av 1 personal	Inget omvårdnadsbehov
Speciell behandling eller vårdåtgärd	Esophagusballongsond Hemodynamisk övervakning Kuvös Terapeutisk hypotermi Ecmo Leverdialys IABP Behandling vid hjärtstopp	Artärkateter * CVK/CDK* Epidural-/spinalkateter* Pacemaker* Intraabdominell tryckmätning	PVK* Blåskateter* Subcutan venport*	Ingen speciell behandling

	Stor vårdtyngd 3 poäng	Måttlig vårdtyngd 2 poäng	Mindre vårdtyngd 1 poäng	0 poäng
Njure	CRRT, Plasmaferes, Peritonealdialys barn	Spoldropp Peritonealdialys vuxen	Timdiures Vägning av blöja	Dygnsmängd urin
Sår, drän, sond och stomi	Komplicerad sårvård eller minst 4 drän, stomier eller sonder	Måttligt komplicerad sårvård eller 2-3 drän, stomier eller sonder *	Enkel sårvård eller 1 drän eller sond *	Inget sår, drän, sond eller stomi

VTS pass 1: sond, nefrostomikateter, hematurikateter med spoldropp

Diagnos?

J80.9C Svår ARDS

J15.9 Bakteriell pneumoni ospec

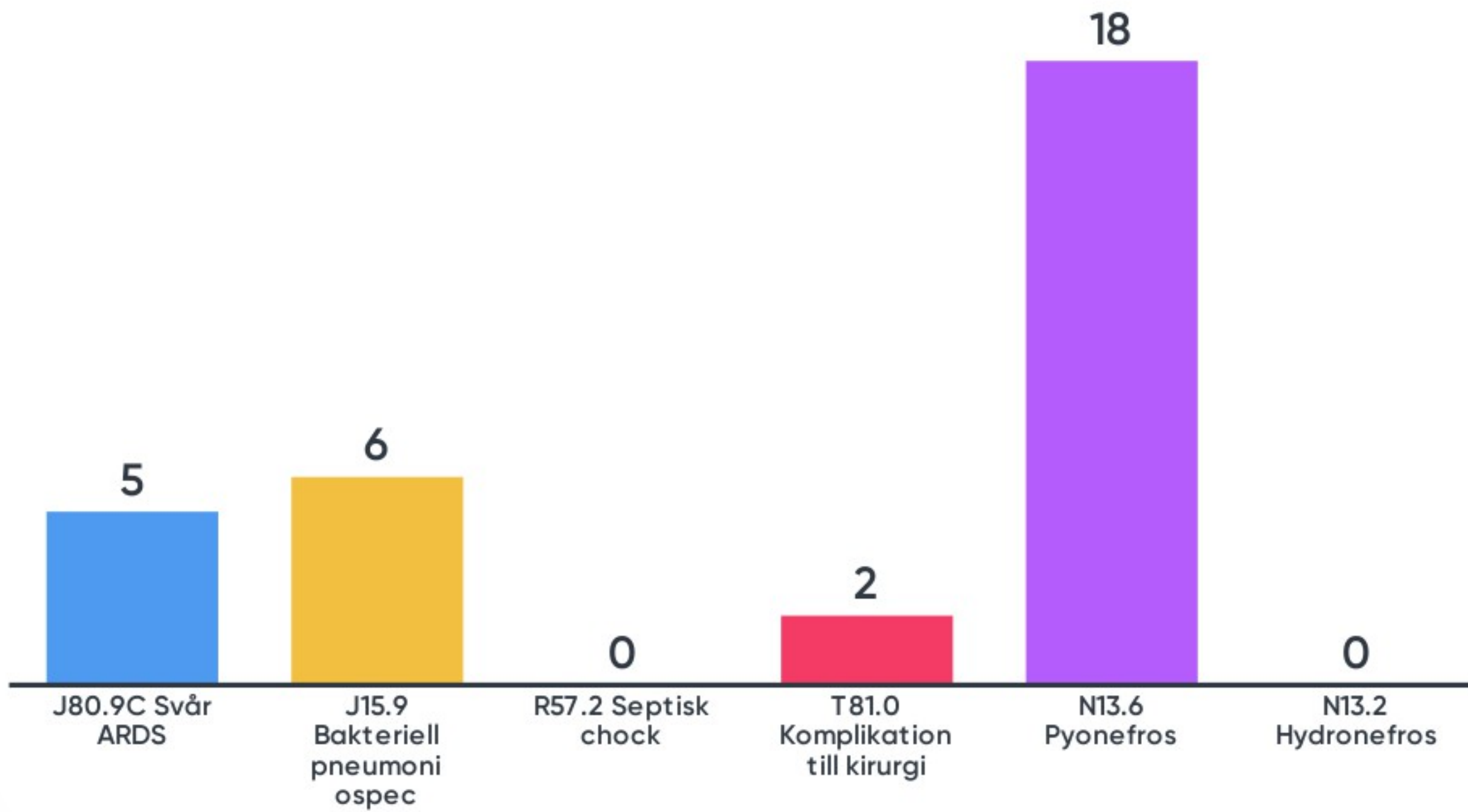
R57.2 Septisk chock

T81.0 Blödning och hematom som komplikation till kirurgiska och medicinska ingrepp som ej klassificeras på annan plats

N13.6 Pyonefros

N13.2 Hydronefros

Huvudsaklig IVA diagnos?



Dag2

- Fortsatt höga syrgasflöden i respiratorn mellan 85%-100%
- PaO₂/FiO₂-kvoten mellan 7,5 – 10.
- Rtg pulm: Sedan föregående undersökning har tätheten ökat något på höger sida där tillkomst av pleuravätska får misstänkas.
- Progress av retrokardiell atelektas. Inga avgränsbara infiltrat men sådana kan döljas av mer generella förtätningar. Diffusa lungkärl där inkompensation/övervätskning kan föreligga.

Dag 3

- Svar på E-Coli i blododl och urin tagna på akuten
- Fortsatta höga syrgasflöden 80-90%
- PaO₂/FiO₂kvot mellan 11-12
- Önskad Rass -3
- Bedöms kl 13 till Rass -5

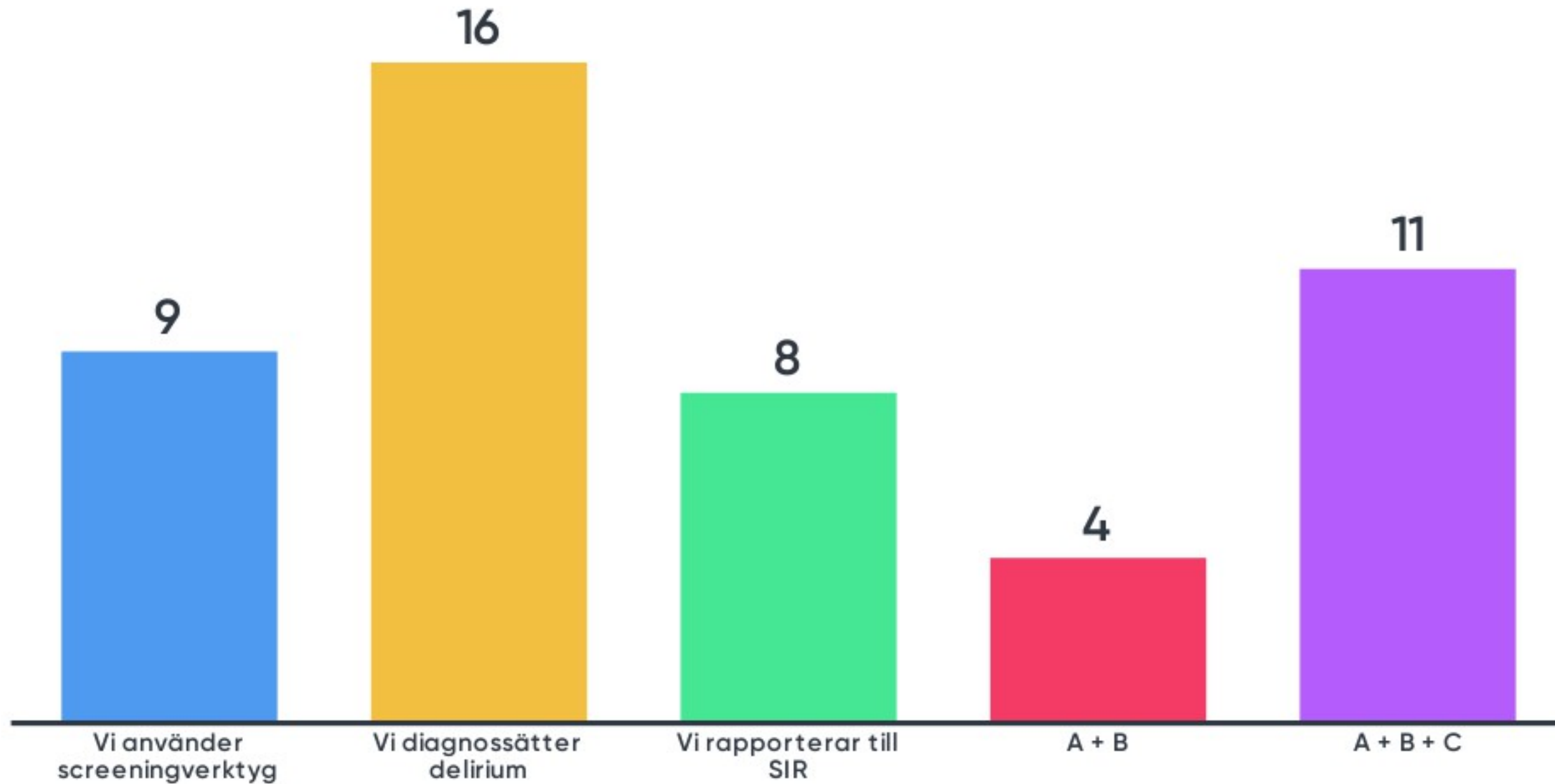
Dag 10

- RASS 0, viss besvär av tuben. Svag i armar och ben
- Extubering kl 11.00
- Högflödesgrimma 40l flöde 40% syrgas
- NIV varannan timme 20 min under första dygnet efter extubering
- Mobiliseringsstol kräver 3 personal vid överflyttning

Dag 11

- Inte sovit något på natten, bett personalen ta bort duvorna på salen.
- Glad och leende, svarar att allt är bra! Pratar rätt ut även om ingen är i närheten.
- Orkar ej lyfta eller röra sina armar och ben, kramar händer med viss latens
- Tas upp i mobiliseringsstol

Hur långt har ni kommit med ert deliriumarbete?



Ytterligare diagnoser

- F05.8 Delirium specificerat
- Critical illness neuropati (CIN): G62.8
Critical illness myopati (CIM): G72.9
CIN + CIM G83.8

Dag 12

- Inte sovit något på natten
- Pigg i blicken men tittar frågande på en när man pratar med henne
- Mumlar, svårt att höra vad hon säger.
- Tar bort högflödesgrimman och får syrgas via öppen mask
- Mobiliseringsstol

Temperaturreglering

- DV032 - Aktiv temperaturreglering UNS
- DV034 - Inducerad hypotermi (vi har tidigare haft texten Aktiv hypotermi för denna kod, men rättat till rätt KVÅ-text i senaste riktlinje)
- FXC00 - Partiell kardiopulmonal bypass utan användande av oxygenator (vi har tidigare haft texten Aktiv uppvärmning, men nu i senaste riktlinje heter Aktiv uppvärmning med hjälp av hjärtlungmaskin"

DV032

- Aktiv temperaturreglering UNS (DV032) avser en åtgärd där man värmer/kyler patienten med hjälpmedel (ej hjärt-lungmaskin) och siktar mot normotermi (36-38 °C).
- Ger ingen poäng i vårddyngd. (VTS eller NEMS)

DV032

- Kyla en högfebril patient till normaltemp
- Hålla temp/värma upp till normotemp på brännskadepatienter
- Värma upp till normotemp vid nedkylda patienter
- Kyla till 36 grader vid hjärtstopp
- Lägga på ett värmetäcke på en nyopererad patient

Pleuradrän

1. Pleuratappning – TGA30
2. Inläggande av toraxdränage – GAA10
3. Perkutant inläggande av toraxdränage – TGA35

PIM 3

- Tidigare frisk flicka 3 år.
- 2 dagar hosta och hög feber.
- IVA läkare kallas till akutmott.
 - A: Kraftiga indragningar
 - B: Andningsfrekvens 70, rassel bilateralt. SpO₂ 83 %
 - C: Hjärtfrekvens 186, BT 80/45
 - D: RLS 3
- Reservoirmask 10L/min. Svårstucken.

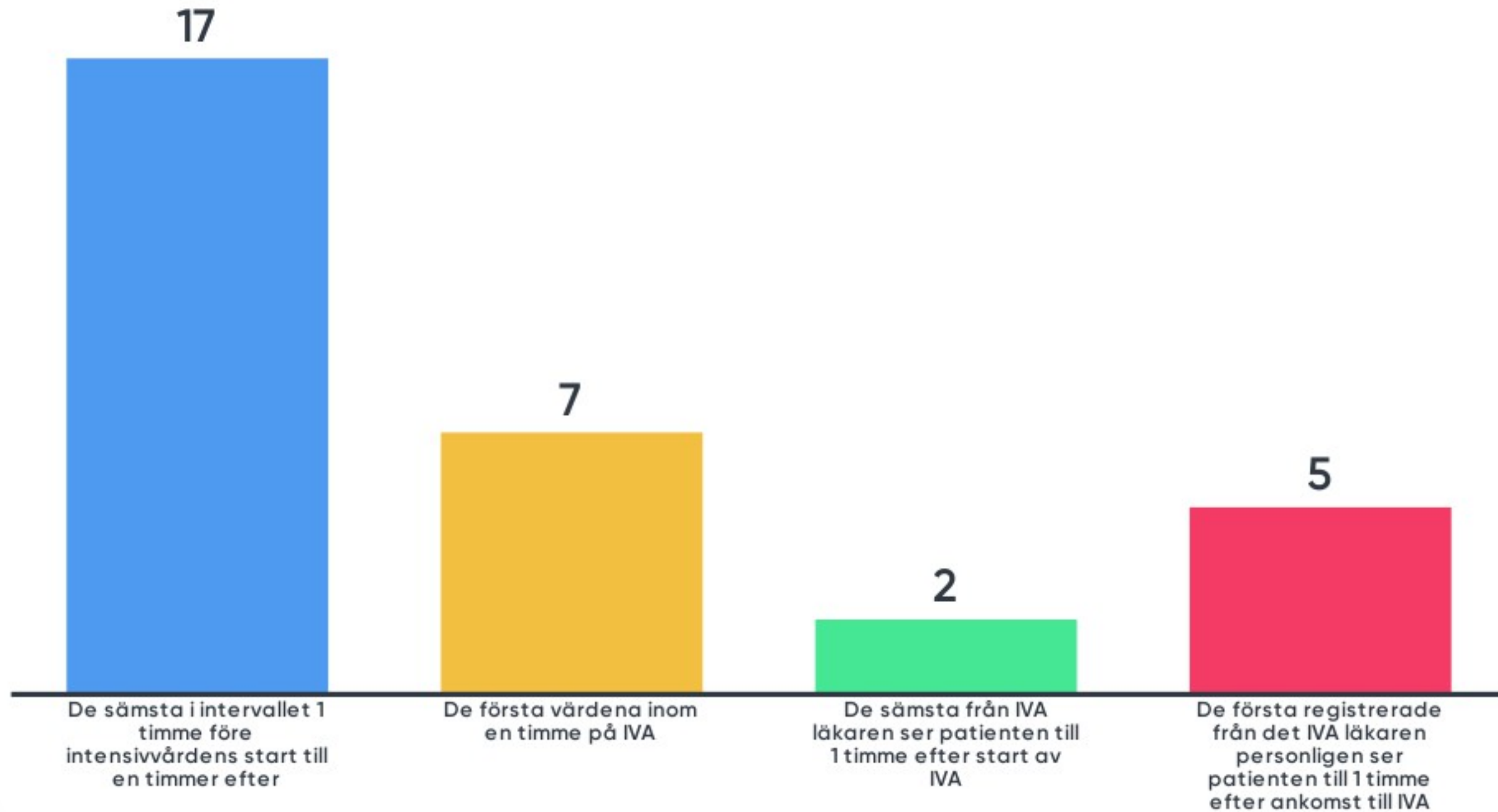
PIM 3

- Kapillär blodgas pH 7,02, pCO₂ 7,8, Laktat 4,1, BE -5,6.
- IVA läkare sätter IO nål,
 - vätskebolus 20ml/kg,
 - IVA sjuksköterska ger cefotaxim,
 - inhalerar adrenalin
- Patienten tas till IVA efter ca 30 min.

PIM 3

- På IVA
 - A: något mindre indragningar
 - B: AF 55, SpO₂ 93%.
 - C: HF 160, BT 100/50
 - D: RLS 1
- Artärgas pH 7,16, pCO₂ 5,8, pO₂ 9, Laktat 1,9 och BE -3

Vilka värden ska med i PIM3?



PIM3

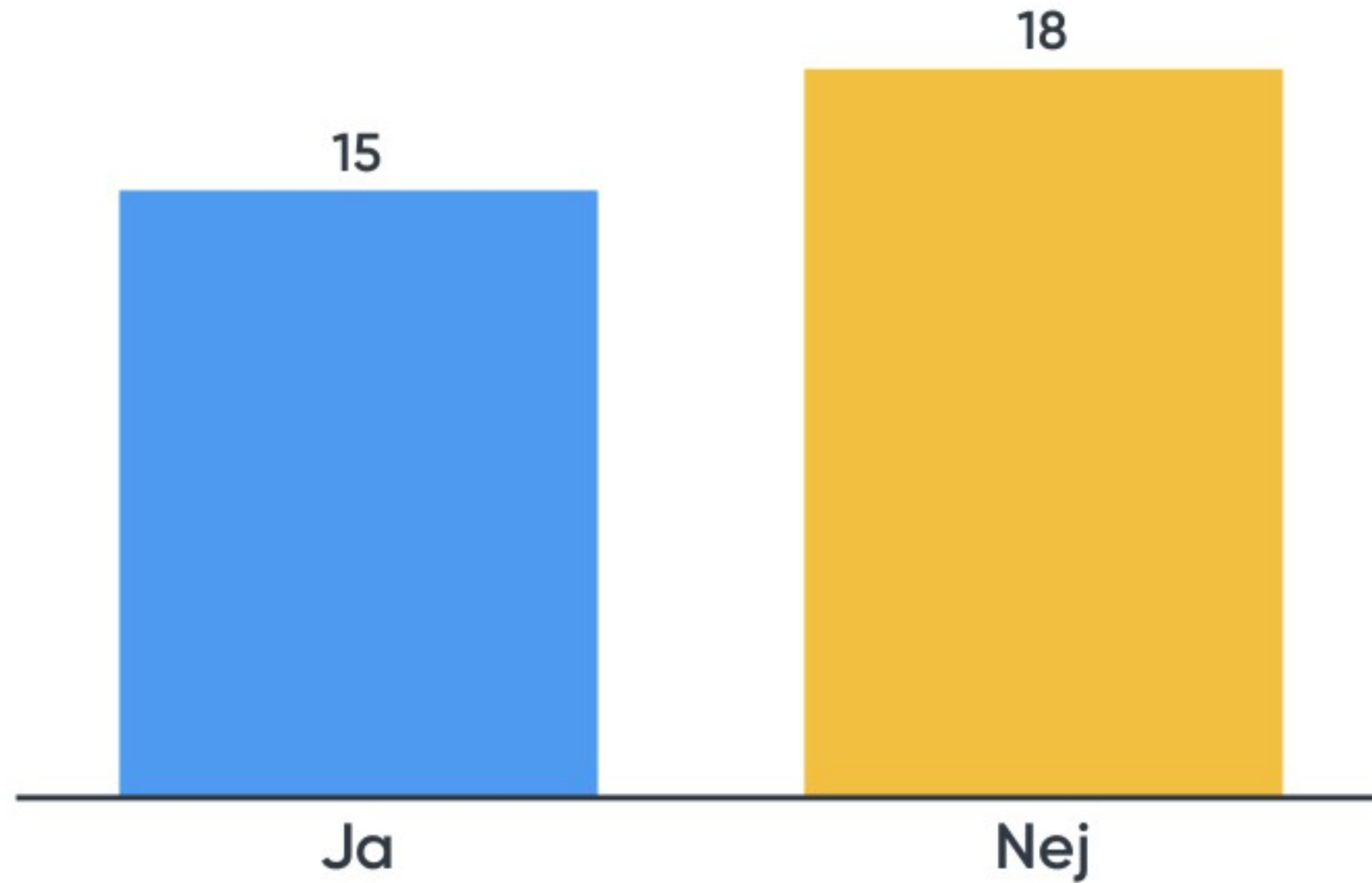
- PIM3 baserar sig på det första värdet på varje variabel som registreras under perioden från första personliga mötet mellan barnet och mottagande IVA-läkare (eller en läkare från ett transportteam som påbörjar IVA-vård) upptill 1 timme efter ankomst till IVA.
- Första kontakten kan vara på akutmottagningen, en avdelning på sjukhuset eller vid hämtning från ett annat sjukhus.

- 67-årig man med myelom inkommer till sjukhuset med hög feber och andningspåverkan.
- Vårdas initialt på infektionsavdelning men efter ett dygn så överförs han till IVA

Tubläckage

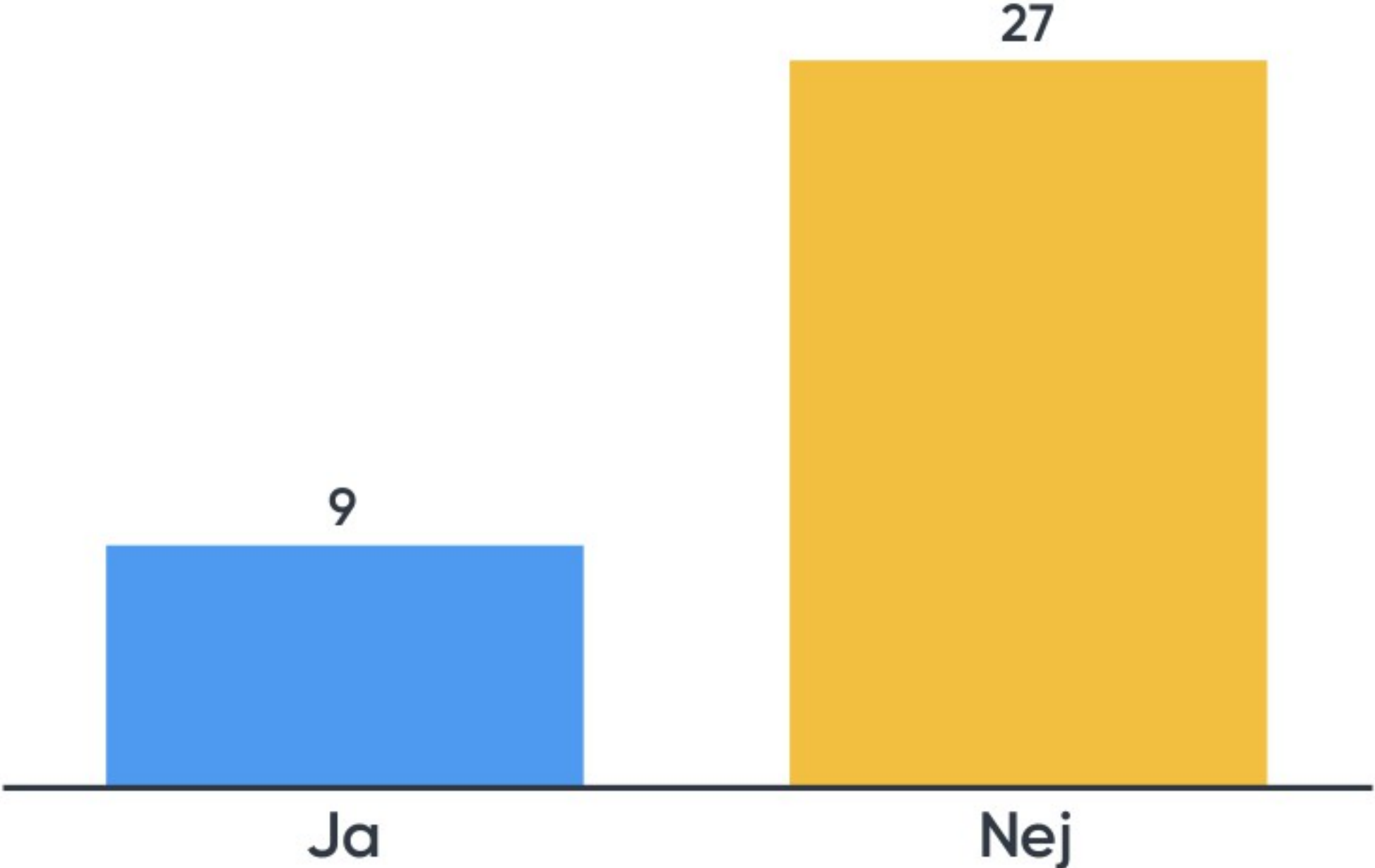
- Blodgaserna försämras och patienten intuberas.
- Några timmar efter intubation beslutas om att byta till en större endotrakealtub pga läckage.

SK-070 Trakealtub / kanyl dysfunktion som leder till allvarlig händelse



- Trakealtub-/kanyl dysfunktion som leder till allvarlig händelse definieras av följande negativa händelser eller komplikationer:
 - Oplanerad, accidentell extubering/dekanylering av patienten själv eller av annan person
 - Stopp i eller dislokation av endotrakeal tub eller trakealkanyl.

Oplanerad reintubation SK-090

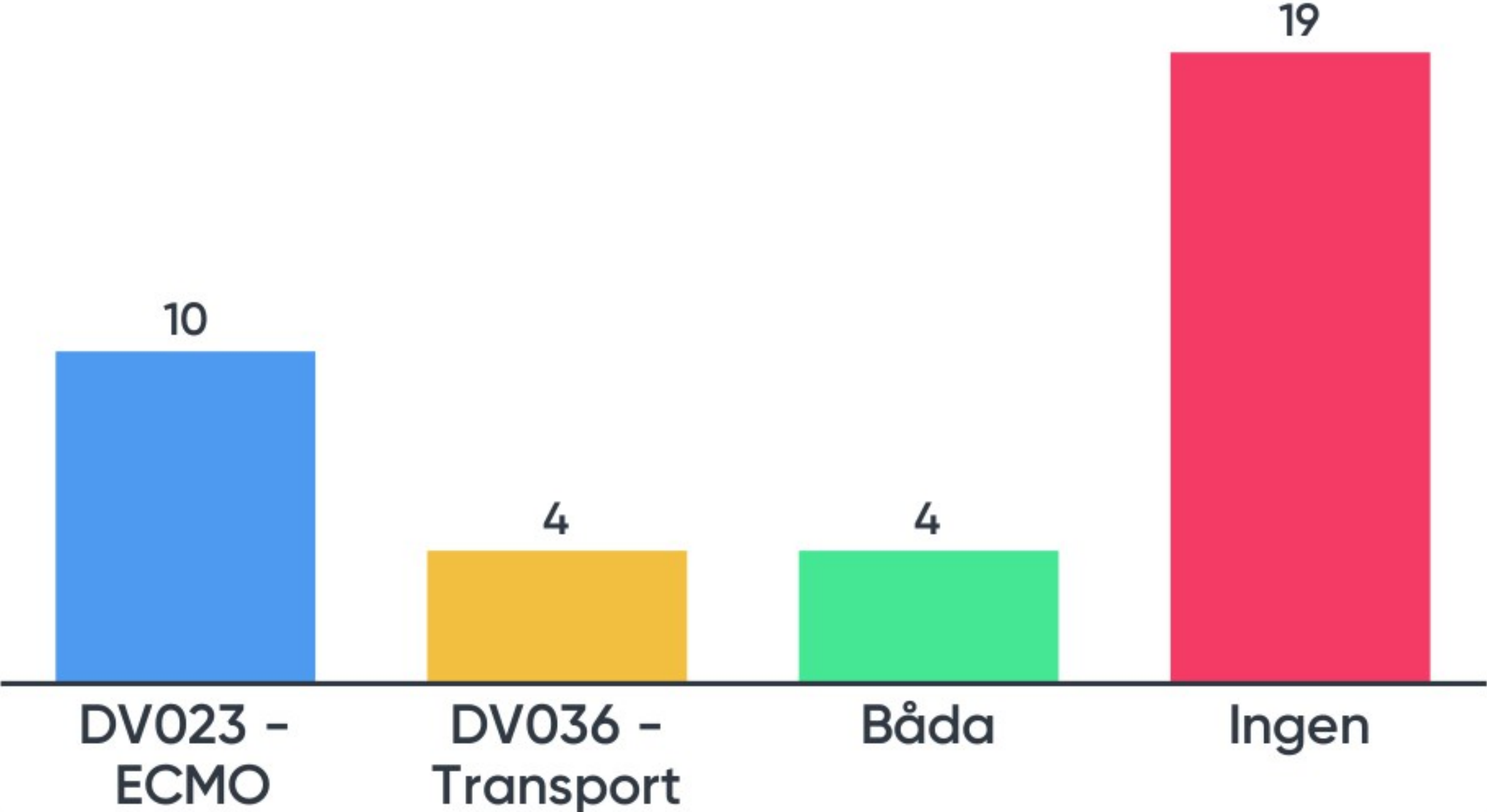


- Utvecklar en svår ARDS som kräver mycket tung sedering och muskelrelaxation för att optimera respiratorbehandlingen.
- Influensa PCR påvisar Influensa A H1N1.
- Blododlingarna visar på växt av pneumococker.
- Bakteriell sekundär infektion bedöms föreligga.

ECMO

- Fortsatta problem med respiratorbehandlingen och efter 3 dygn så tas kontakt med ECMO-enheten på KS-Solna.
- Det finns ingen plats i Stockholm men man ordnar en plats på ett tyskt sjukhus.
- Samma kväll kommer ECMO- teamet kanylerar, startar ECMO och transporterar.

Registrering av åtgärd?



Transport

- Det gäller all transport av IVA patient utanför den egna avdelningens väggar oavsett om den sker i säng, ambulans, helikopter, till lands, till sjöss och till havs!
- **Förutsättningen är att det sker med IVA-personal och under fortsatt vårdansvar.**

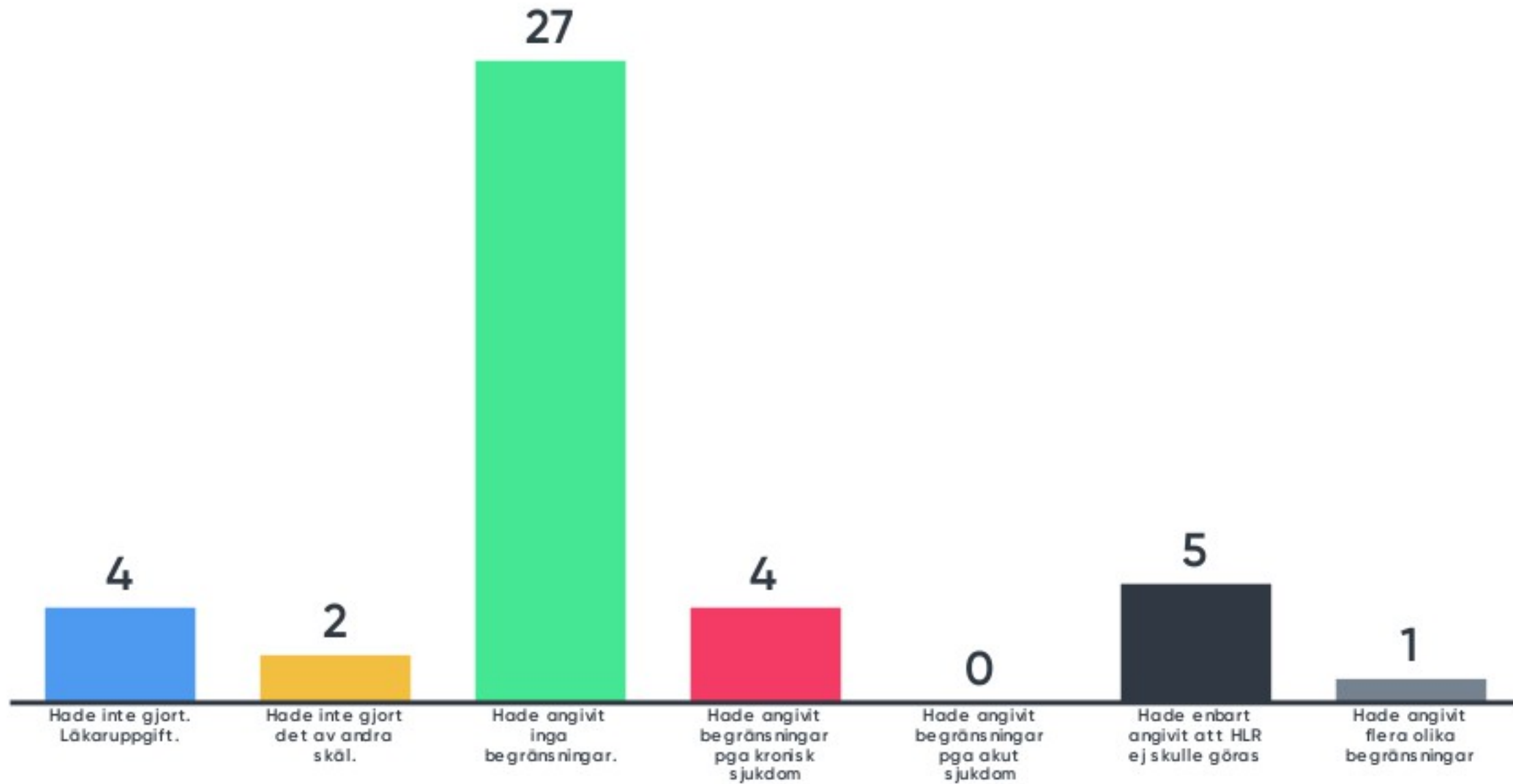
Dag 1 – 33 på sjukhus

- F.d. rökare. Värk i leder. Förtidspensionerad.
- Patologisk fraktur av humerusdiafysen med välavgränsad osteolytisk uppkläring
- CT Thorax + Buk (luncancer misstänks)
- Humerusfrakturen opereras
- Cytologi visar carcinom förenligt med metastas från primär lungcancer.
- Försämras i sin andning. Akut CT Thorax.

Dag 33

- PAL tar kontakt med Öronklin för palliativ trakeal stent.
- MIG-uppdrag kl 13:30
- På avd är pat trött men väckbar. Kolsyreretention.
- AT-läkare från lungmedicinsk avd ringer IVA kl 15:45 för hjälp
- Patienten tages till IVA för
 - Medicinskt rådrum och
 - Diskussion kring behandlingsstrategi inför eventuell akut op. under kvällen.

Utifrån given information. Hur hade du registrerat behandlingsstrategi?



Dags för SAPS3

Box I poäng

SAPS3 – Box I

Box I beskriver patienten före intagning för intensivvård. Den omfattar ålder, komorbiditet, beskriver eventuell vistelse på sjukhus före intagning för intensivvård samt vissa specifika terapeutiska åtgärder.

Delpoäng	0	3	5	6	7	8	9	11	13	15	18
Ålder, år	<40		40<60				60<70		70<75	75<80	≥80
Komorbiditet (Flerval, poäng summeras)		Speciell terapi m.m. ¹		Kronisk hjärtsvikt, Hematologisk, malignitet ^{2,3}		Cirrhos, AIDS ^{3,4}		Cancer ⁵			
Vårdplats på sjukhus ⁶ före IVA (enval)	Operation		Akutmott		Uppvakning, Intermediär- IVA/Post-op, Annan IVA	Vanlig vårdavd. Annan plats					
Tid på sjukhus före IVA, dagar	<14			14<28	≥ 28						
Terapi före IVA		Vasoaktiva farmaka ⁷									

¹ Systemisk steroidbehandling dagligen i en dos motsvarande minst 0.3 mg / kg prednisolon inom en 6 månaders period, extern strålbehandling av invasiv malignitet inom en 6 mån period, kemoterapi pga malignitet, vaskulit, reumatoid artrit eller inflammatorisk tarmsjukdom.

² Kronisk hjärtsvikt NYHA IV (trötthet, dyspne eller viloangina). Lymfom, akut leukemi eller myelom.

³ Poäng dubbleras när båda tillstånden förekommer

⁴ Biopsiverifierad cirrhos, kliniska tecken på portal hypertension

⁵ Cancersjukdom spridd bortom regionala lymfkörtlar.

⁶ Samma eller annat sjukhus

⁷ Kontinuerlig infusion av adrenalin, dobutamin, dopamin (5µg/kg/min eller mer), levosimendan, milrinon, noradrenalin eller vasopressin under >1 tim före intensivvård

SAPS3

■ Box I poäng

SAPS3 – Box I

Box I beskriver patienten före intagning för intensivvård. Den omfattar ålder, komorbiditet, beskriver eventuell vistelse på sjukhus före intagning för intensivvård samt vissa specifika terapeutiska åtgärder.

Delpoäng	0	3	5	6	7	8	9	11	13	15	18
Ålder, år	<40		40<60				60<70		70<75	75<80	≥80
Komorbiditet (Flerval, poäng summeras)		Speciell terapi m.m. ¹		Kronisk hjärtsvikt, Hematologisk, malignitet ^{2,3}		Cirrhos, AIDS ^{3,4}		Cancer ⁵			
Vårdplats på sjukhus ⁶ före IVA (enval)	Operation		Akutmott		Uppvakning, Intermediär- IVA/Post-op, Annan IVA	Vanlig vårdavd. Annan plats					
Tid på sjukhus före IVA, dagar	<14			14<28	≥ 28						
Terapi före IVA		Vasoaktiva farmaka ⁷									

¹ Systemisk steroidbehandling dagligen i en dos motsvarande minst 0.3 mg / kg prednisolon inom en 6 månaders period, extern strålbehandling av invasiv malignitet inom en 6 mån period, kemoterapi pga malignitet, vaskulit, reumatoid artrit eller inflammatorisk tarmsjukdom.

² Kronisk hjärtsvikt NYHA IV (trötthet, dyspne eller viloangina). Lymfom, akut leukemi eller myelom.

³ Poäng dubblas när båda tillstånden förekommer

⁴ Biopsiverifierad cirrhos, kliniska tecken på portal hypertension

⁵ Cancersjukdom spridd bortom regionala lymfkörtlar.

⁶ Samma eller annat sjukhus

⁷ Kontinuerlig infusion av adrenalin, dobutamin, dopamin (5µg/kg/min eller mer), levosimendan, milrinon, noradrenalin eller vasopressin under >1 tim före intensivvård

- Box II poäng

SAPS3 – Box II

Box II beskriver omständigheter som leder till intagning för intensivvård.

Dessa omfattar anledning/-ar till intagning inklusive planeringskategori, förekomst av infektion samt kirurgiskt status och, i förekommande fall, operationstyp.

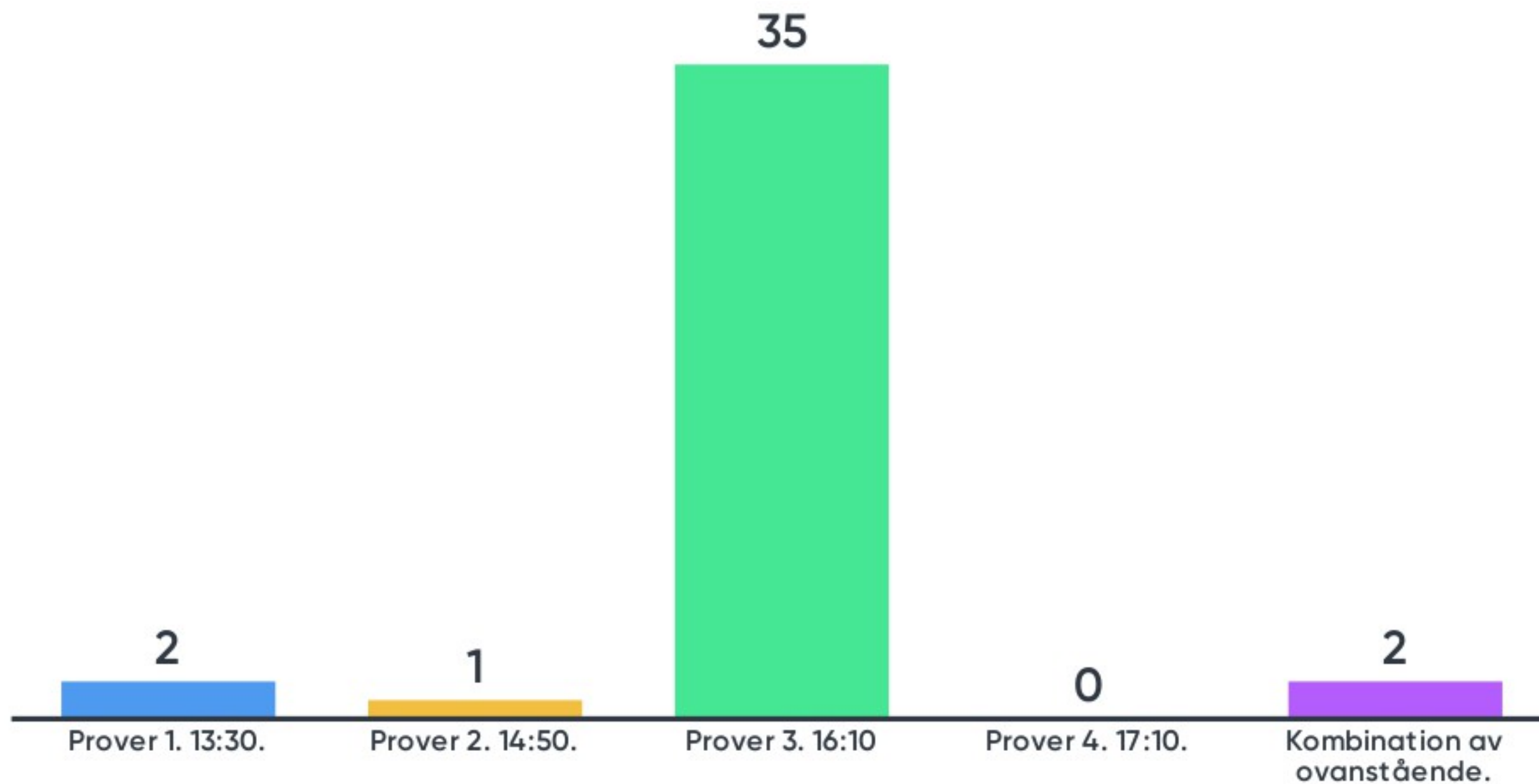
Delpoäng	0	3	4	5	6
Planeringskategori		Oplanerad inläggning			
Intagningsorsak	Se tabell A nedan				
Kirurgiskt status	Elektiv kirurgi ¹			Ingen kirurgi	Akut kirurgi ¹
Operationstyp	Se tabell B nästa sida				
Akut infektion vid inläggning			Nosokomial ²	Djup luftväg ³	

¹ Elektiv kirurgi sker minst 24 tim efter beslut, akut kirurgi sker eller avses ske inom 24 tim efter beslut

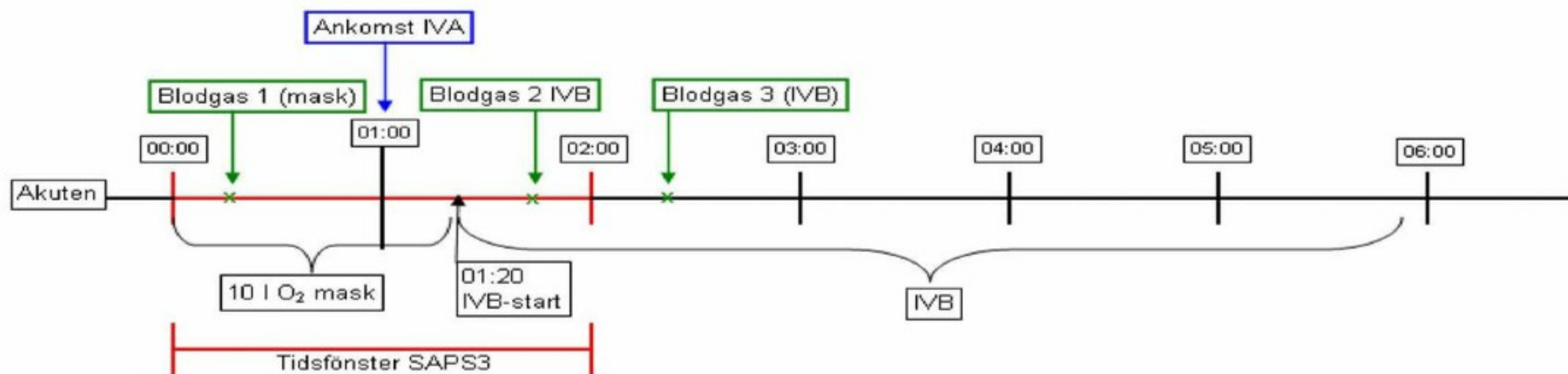
² Infektion som utvecklats efter minst 48 tim på sjukhus eller sekundärt till medicinsk/kirurgisk procedur.

³ Pneumoni, lungabscess eller annan djup luftvägsinfektion med undantag av bronkit

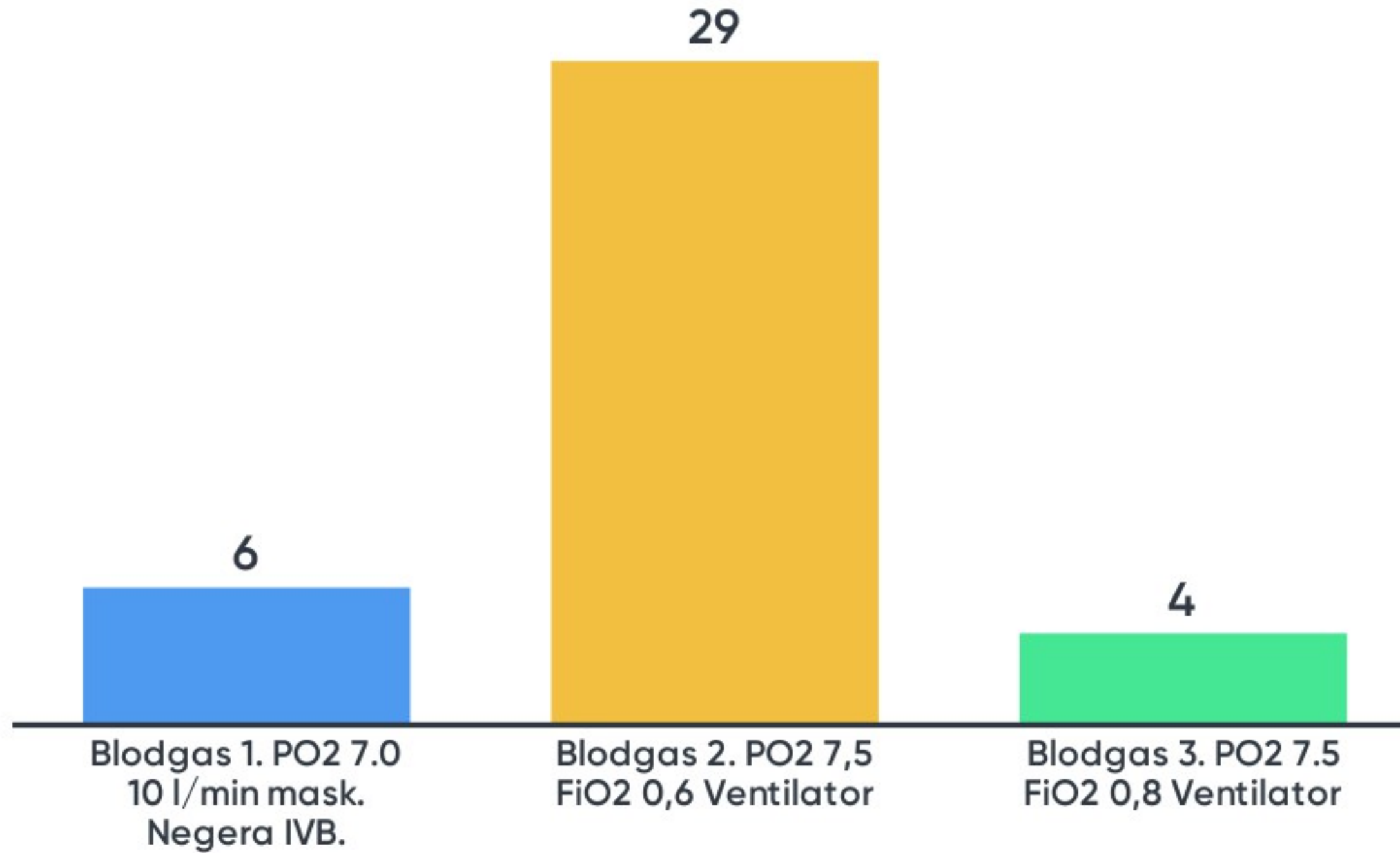
Vilka prover använder du för Box 3?



P_aO_2 och $F_I O_2$ och andningsmode



Vilken blodgas använder du för Box 3?



Rätt svar

- Respektera tidsfönstret! Blodgas tagen utanför +/- 1 timme från ankomsten till IVA ogillas!
- Om Du har en blodgas för såväl spontanandning (oavsett syrgastillförsel) som CPAP/NIV/IVB, båda inom tidsfönster, så väljer Du blodgasen för CPAP/NIV/IVB och anger IVB, PaO₂ samt korresponderande FIO₂!
- Om Du har flera blodgaser, med enbart spontanandning men med varierande syrgastillförsel, alla inom tidsfönster, så väljer Du blodgasen med lägst PaO₂, oavsett mängden syrgastillförsel och negerar IVB!
- Om Du har flera blodgaser, alla med CPAP/NIV/IVB och alla inom tidsfönster, så väljer Du blodgasen med lägst PaO₂/FIO₂-kvot! FIO₂ måste korrespondera med PaO₂! Välj det FIO₂ då Du tog blodgasen!

Vad är mest rätt eller fel?

- Patienten har en period med spontanandning och en period med CPAP/NIV/IVB, båda inom tidsfönster, men Du har bara blodgas med spontanandning

Vad är mest rätt eller fel?

- Väljer IVB samt att PaO₂-värde saknas
Ger noll poäng i Box III.
- Väljer sämst PaO₂-värde och negerar IVB,
trots att detta förekommit under del av tidsfönstret
Ger 5 (om PaO₂ < 8 kPa) eller 0 (om PaO₂ ≥ 8 kPa) poäng i Box III

Endast observation i SAPS 3

- Övervakning och enkel post-operativ ventilator-urträning, rutinmässig postoperativ vård, preoperativ IVA-vård inför elektiv kirurgi och vård av intoxikation utan organsvikt.