

Stramaday för primärvård 2022-09-15

Patientfall och mentimeter

Ylva 68 år hypothyreos, hypertoni

- Slagit upp ett sår på vänster underben för 2 dagar sen
- Ömmande rodnad 10-15 cm i diameter, viss svullnad, centralt ett cm-stort sår med lätt sekretion, rodnaden bleknar i periferin
- Opåverkad, ingen feber
- Stafylokockorsakad infektion? Erysipelas?
- Du väljer att behandla. Vilken behandling väljer du?
 1. PcV
 2. **Flukloxacillin**
 3. Klindamycin
 4. Cefadroxil

Erysipelas

- Homogen hudrodnad (bleknar inte ut mot periferin) som sprider sig i hudplanet
- PcV 1 g 1x3 i 10 dygn vikt upp till 90 kg
- PcV 1 g 2x3 i 10 dygn vikt >90 kg

Stafylokockinfektioner

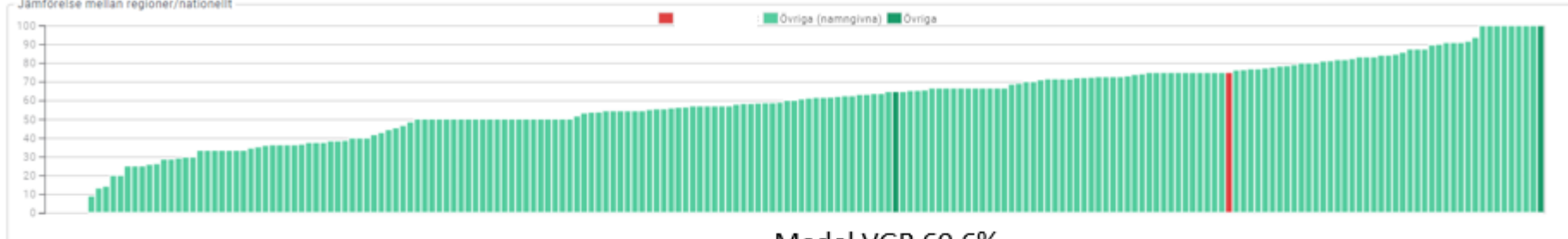
- Utgår ofta från sår
- Rodnaden är oftast mest uttalad runt såret
och bleknar ju längre bort från såret man kommer
- Flukloxacillin 1 g 1x3 i 7 dygn (10 dagar om svårläkt sår)

Erysipelas – behandlar vi med PcV i VGR?

☆ Inf47: Andel episoder med antibiotikabehandlad erysipelas som behandlats med förstahandsantibiotika

[Specifikation](#) | [Hämta resultat till Excel](#)

Jämförelse mellan regioner/nationellt



Medel VGR 60,6%

Riket 57%

Mål $\geq 90\%$

Lukas 32 år frisk

- Rodnad, svullnad och ömhet längs mediala nagelranden vänster stortå sedan 3 månader
- I status ses ett tydligt nageltrång
- Långvarig konservativ behandling utan större effekt
- Vad gör du?
 1. Förskriver flukloxacillin
 2. Förskriver flukloxacillin, återbesök för Königs operation
 3. Gör en partiell evulsio

Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation

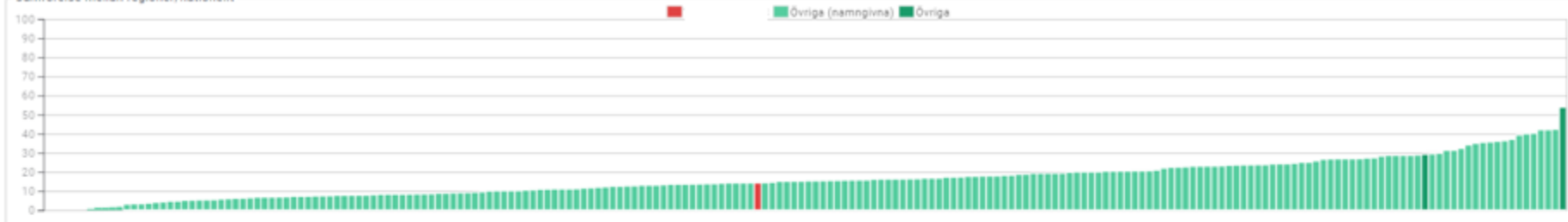
- Paronyki:
- Kirurgi!
- Antibiotika ska inte ges.

Paronyki och nageltrång – andel som får antibiotika

★ Inf51: Andel episoder med paronyki och nageltrång som behandlats med antibiotika

[Specifikation](#) | [Hämta resultat till Excel](#)

Jämförelse mellan regioner/nationellt



Medel VGR 14,3%

Riket 20%

Mål ≤5%

Dan 52 år övervikt, knäartros, röker ej

- Hosta sedan 3 veckor
- Feber 38,2°- 38,8° de första tre dagarna, sen feberfri
- Lätt snuva och halsont i början, ej nu
- Hostar upp gul-grönt slem
- Ej allmänpåverkad, inga andningsbesvär, normal andningsfrekvens, hjärtfrekvens, blodtryck och pox, en del sekretbiljud vid lungauskultation
- Vad sätter du för diagnos?
 1. Akut övre luftvägsinfektion ospecificerad J069
 2. Akut bronkit J209
 3. Ospecificerad akut infektion i nedre luftvägarna J229
 4. Pneumoni, ospecificerad J189

Akut nedre luftvägsinfektion

- Akut sjukdom med hosta, feber och minst ett annat nedre luftvägssymtom:
 - Sputumproduktion
 - Dyspné
 - Väsande andning
 - Bröstmärta

Anton 25 år tidigare frisk

- Var för 5 dagar sedan på vc med halsont som hållit på ett par dagar. Ingen hosta, heshet eller snuva. Sväljsmärta, kunde äta och dricka. Opåverkad, temp 38,1 °. I status rodnade tonsiller, inga beläggningar. Inga palpabla lymfkörtlar på halsen.
- Strep-A var positivt och Anton fick PcV 1 g 1x3 i 10 dagar.
- Nu kommer Anton med ett småprickigt exantem över bålen, ingen klåda. Aldrig haft något liknande tidigare. Inte tagit någon PcV-tablett idag och klockan är nu 16.
- Han känner sig återställd från sin halsinfektion. Vad gör du nu?
 1. Sätter in klindamycin i stället och märker journalen Cave pc
 2. Sätter ut PcV men patienten kan få det igen vid behov i framtiden
 3. Sätter ut PcV, planerar för pc-provokation på vc
 4. Patienten uppmanas att ta PcV-kuren ut, annars ökad risk för resistensutveckling

Läkartidningen

START

AKTUELLT

KLINIK OCH VETENSKAP

OPINION

LÄKARKARRÄR

OM OSS

AKTUELLT - START

NYHETER

PATIENTSÄKERHET

KULTUR

KRÖNIKA

RECENSION

MÄNNISKOR & MÖTEN

MINNESORD

PODD

REKAPITULERING

Diagnosbetecknare historia - om en stabil revolution

KONTAKT

SKRYV

PRENUMERERA

ANMÄLAN

17 ARRANGEMANG

NYHETER

Infectionsexperten:

»Dags att sluta förmedla mantrat om att fortsätta kuren ut«

Det är dags att sluta säga till patienter att de banar väg för resistenta bakterier om de hoppas på en förskrivning antibiotikakur i förtid, enligt brittiska forskare bakom en analys i British Medical Journal.

Karen Trysel

I artikeln skriver en rad infektionsexperten i Storbritannien att det finns svag evidens för att det medför ökad risk för resistensutveckling att inte fullfölja en förskrivning antibiotikabehandling - och att det är dags för beslutsfattare och läkare att släppa det budskapet.

De senaste veckorna har vissa medier runt om i världen också rapporterat om att de brittiska infektionsexperten anser att man som läkare i stället ska säga till patienter att hoppa av sin antibiotikakur när de mår bättre.

Det är en dock en missuppfattning, enligt forskarna bakom analysen. Till Reuters Health säger de att de inte motsätter sig rådet att ta antibiotika enligt ordination - något de anser är sunt förnuft och öppnar för att läkare och patienter kan ha en diskussion om när det är dags att avsluta en behandling.

ÖVERSIKT

Läkartidningen 2017/14 EBLT

Läkartidningen 20-24/2017

Läkartidningen av 2017-08-07

4 KOMMENTARER

KOMMENTERA

f

t

in

g+

o

VECKANS JOBB I FOKUS

Företagsläkare, Hälsocenter, Aronova Hälso, Lidingöping Sverige, Västra Götalandregionen

Intressenmälan AT-studenter för AT-läkare i skolan i Göteborg

»Dags att sluta förmedla mantrat om att fortsätta kuren ut« (lakartidningen.se)

2017

Läkartidningen

START

AKTUELLT

KLINIK OCH VETENSKAP

OPINION

LÄKARKARRÄR

OM OSS

OPINION - START

DEBATT

INLÄGG

SONDERT

BLOGG

REKAPITULERING

Snabbtest för ADHD - stigmatisering istället för välfärd

KONTAKT

SKRYV

PRENUMERERA

ANMÄLAN

17 ARRANGEMANG

DEBATT

Oavslutade antibiotikakurer driver resistens: Sanning eller myt?

Allen Zhao, läkarprogrammet term 9, Karolinska Institutet, Institutionen för molekylär medicin och kirurgi, Karolinska Institutet

Oscar Becklund, läkarprogrammet term 7, Karolinska Institutet

Ulrika Bragg-Martin, med dr, överläkare, avdelningen för infektionssjukdomar, Institutionen för biomedicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, Medicinska fakulteten, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Antibiotikaresistens är ett växande globalt problem. Enligt Världshälsoorganisationens (WHO) organ för övervakning av antibiotikaresistens (Global antimicrobial resistance and use surveillance system) uppvisar exempelvis E coli 6,4-92,9 procent resistens mot ciprofloxacin [1]. Huvudsakligen tre mekanismer tros driva resistensen:

- horisontell genöverföring via plasmider med gener som kodar för antibiotikaresistens (ofta flera resistensgener med samma plasmid)
- proliferation av antibiotikaresistenta bakterier på grund av det selektiva tryck som skapas av antibiotika, samt
- mutation och rekombination i bakteriellt DNA [2].

Multiresistenta bakteriestammar (som ESBL-karba, MRGA och VRE) är en växande utmaning för sjukvården i behandlingen av infektioner [1, 3]. I Afrika söder om Sahara har multiresistenta bakteriestammar exempelvis lett till hög prevalens av antibiotikaresistens vid neonatal sepsis [4].

PUBLISERAD

Läkartidningen 1-2/2021

Läkartidningen av 2021-01-12

(uppdaterad 2021-01-14)

4 KOMMENTARER

KOMMENTERA

f

t

in

g+

o

VECKANS JOBB I FOKUS

Företagsläkare, Hälsocenter, Aronova Hälso, Lidingöping Sverige, Västra Götalandregionen

Intressenmälan AT-studenter för AT-läkare i skolan i Göteborg

Oavslutade antibiotikakurer driver resistens: Sanning eller myt? (lakartidningen.se)

2021

Ia 45 år frisk, gift

- Hosta, feber, hållkänsla till hö i flanken sedan 5 dagar
- Under gårdagskvällen tyckte hon att hon blev sämre, svårare att ta djupa andetag,
- Vid undersökningen så har hon gott allmäntillstånd, feber 38,4 grader, andningsfrekvens 18/minut, pox 94 %, vid auskultation rassel basen hö lunga.
- Du ställer diagnosen pneumoni. Just som du ska ordinera penicillin V säger patienten: jag fick penicillin som barn, och då blev jag sjuk av tabletterna. Vad gör du?

1. Misstänkt pc-allergi, förskriver doxycyklin
2. Hm, pox 94 %, hon ser så trött ut, kanske sjukhusfall? Remiss till sjukhus.
3. Reaktionen på pc var länge sedan, du fortsätter att skriva ut.
4. Du genomför en po pc-provokation.

Hur ska du tänka kring provokation med penicillin vid misstänkt penicillinallergi?

1. Du letar febrilt bland dina PM och hittar till sist, efter 14 minuter, på nätet "Handläggning och provokation vid misstänkt penicillinallergi". Där står att penicillinprovokation bör utföras i "infektionsfritt skede". Hm, hur göra nu? Du skriver ut erytromycin istället.
2. Du minns en föreläsning där någon sa att "Allergiska IgE-förmedlade reaktioner mot penicilliner och cefalosporiner är ovanliga och försvinner sannolikt till stor del med tiden. Risken är mindre hos barn och extremt ovanlig vid peroral behandling." Du avstår från provokation, skriver ut penicillin.
3. Du minns en föreläsning där någon sa att "Allergiska IgE-förmedlade reaktioner mot penicilliner och cefalosporiner är ovanliga och försvinner sannolikt till stor del med tiden. Risken är mindre hos barn och extremt ovanlig vid peroral behandling." Men det känns osäkert, du genomför en peroral penicillinprovokation, observerar patienten en timma, och därefter förskriver du hela kuren.

Tidpunkt för reaktionen: Allergiska reaktioner uppträder vanligen i början av behandlingen.
Mycket sällan efter 72 timmar.

Reaktionstyp:

- A. Utslag utan klåda/ GI-besvär – inte IgE-förmedlad allergi.
- B. Utslag med klåda/lindrig urtikaria - debut efter 72 timmar, kan vara IgE allergi.
Pc-provokation lämplig.
- C. Utslag med klåda/lindrig urtikaria - debut inom 72 timmar, IgE allergi kan misstänkas. Remiss till allergimottagning.
- D. Uttalad urtikaria med eller utan led- och ansiktssvullnad. Ingen provokation.
- E. Anafylaxi eller mukokutant syndrom. Ingen provokation,

Ålder Risken för IgE-förmedlade reaktioner är mindre hos barn och extremt ovanlig vid peroral behandling. IgE-förmedlade reaktioner mot penicilliner och cefalosporiner är ovanliga och försvinner sannolikt till stor del med tiden

GÄLLER FRÅN 2023-11-01

Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård

Tecken på allvarlig infektion hos vuxna och barn

Akut mediaotit

Rinosinit

Faryngotonsillit

Akut bronkit och pneumoni

Akut exacerbation av KOL

Urinvägsinfektioner

Hud- och mjukdelsinfektioner

Sexuellt överförbara bakteriella infektioner



Risikvärdering

Risikvärdering av patienter med misstänkta infektioner utanför sjukhus, utifrån risk för allvarlig infektion/sepsis. En uppfyllt parameter räcker för risikvärdering till gult ljus respektive rött ljus.

	Grönt ljus Låg risk	Gult ljus Medelhög risk	Rött ljus Hög risk
FYSIOLOGISKA FUNKTIONER			
Beteende/ medvetandegrad	Normalt/alert	Anamnes på förändrat beteende	Objektivt förändrat beteende/ej alert
Andningsfrekvens	12-20 andetag/min	21-24 andetag/min	≥ 25 andetag/min
Saturation på luft	≥ 96 % ^a	92-95 % ^a	< 92 % (< 88 % vid kronisk obstruktiv lungsjukdom)
Blodtryck (systoliskt)	> 100 mmHg	91-100 mmHg	≤ 90 mmHg eller > 40 mmHg lägre än patientens normala tryck
Hjärtfrekvens	≤ 90 /min	91-130 /min eller nyttillkommen arytm	> 130 /min
Temperatur	≥ 36 °C	< 36 °C	
Urinproduktion		Ej kissat på 12-17 tim	Ej kissat på ≥ 18 tim
Hud		Rodnad Svullnad eller sekretion från operationssår Sårruptur	Cyanos Marmorerad eller blek hud Petekialt utslag
Komorbiditet ^a och riskfaktorer		Allvarlig komorbiditet, Riskfaktor ^b	
Social situation ^c		Avsaknad av säkerhetsnät ^c	

^a Finns inte med i Sepsis risk stratification tool (National Institute for Health and Care Excellence).

^b Hög ålder, multijuklighet eller immunosuppression (t.ex. sjukdomar med immunosupprimerande behandling, diabetes, hematologiska sjukdomar, levercirrhos, hiv, malignitet, medfödd immunbrist) trauma eller kirurgi under de senaste 6 veckorna, graviditet, kateterbärare, kronisk organsvikt, anorexi och uttallad malnutrition, uttallad obesitas och missbruk.

^c Säkerhetsnät innebär att antingen sjukvården eller någon utanför sjukvården följer patientens tillstånd.

Åtgärder

Rekommenderad handläggning av patienter med misstänkta infektioner utanför sjukhus, uppdelade i riskgrupper utifrån risk för allvarlig infektion/sepsis.

Grönt ljus Låg risk	Gult ljus Medelhög risk	Rött ljus Hög risk
Kan gå hem med allmänna råd avseende att inta vätska och ta smärtlindrande eller febernedsättande läkemedel Ombuds höra av sig vid försämring eller oro	Kan gå hem med säkerhetsnät ^a eller remitteras till sjukhus Diskuteras med sjukhusspecialist vid behov Patienter som inte remitteras till sjukhus bör få – muntlig (helst också skriftlig) information om varningssymtom ^b och observationsråd – planerad uppföljning (besök eller telefon tid).	Transporteras akut till sjukhus (ambulans med hög prioritet). För ses med syrgas. Mål för saturation > 94 % (försiktighet vid kronisk obstruktiv lungsjukdom). För ses med minst en perifer infart, därefter intravenös vätska Vid osäkerhet eller lång transporttid, diskutera med sjukhusspecialist

^a Säkerhetsnät innebär att antingen sjukvården eller någon utanför sjukvården följer patientens tillstånd.

^b Försämrat allmäntillstånd, nedsatt vakenhet, andnöd/ökad andningsfrekvens, allmän svaghet, nyttillkommen smärta, tillkomst av kräkningar eller diarréer, oro hos de som följer patientens tillstånd.