

Gäller för: Verksamhet Medicin Geriatrik och Akutmottagning Östra

Giltig från: 2025-04-24

Innehållsansvar: Katarina Glise Sandblad, (katgl2), Specialistläkare

Giltig till: 2027-04-24

Granskad av: Katarina Glise Sandblad, (katgl2), Specialistläkare

Godkänd av: Sofia Ekdahl, (sofek1), Verksamhetschef

Lungemboli direkt - poliklinisering

Uppdateringar sedan föregående version

Uppdatering av hjärtskademarkörer och flödesschema

Syfte

Hemgång från akutmottagningen eller inom 24 h från avdelning, för patienter med lungemboli som bedöms ha låg risk för komplikationer.

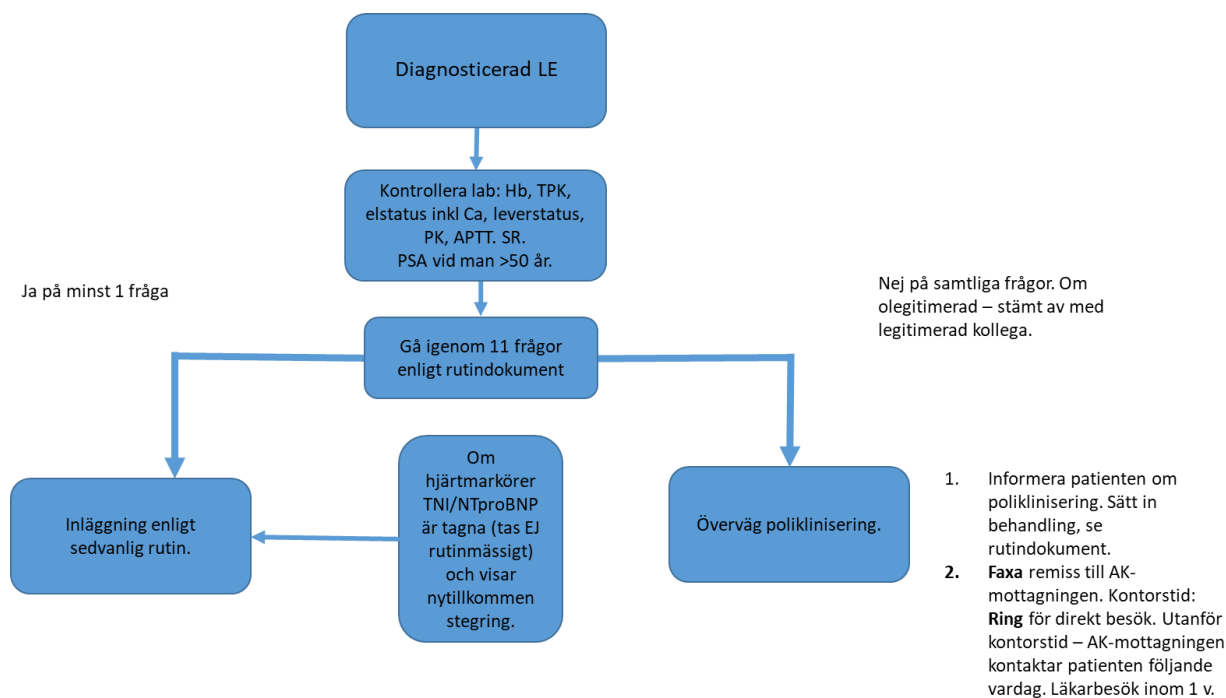
OBS: Gäller endast patienter som bor i Göteborg.

Arbetsbeskrivning

Bakgrund

Den kliniska bilden vid insjuknande i lungemboli skiljer sig mycket mellan patienter. En del patienter går direkt in i chock eller avlider, medan många patienter är relativt opåverkade. Eftersom en stor andel av patienterna är opåverkade av sin lungemboli, har man på många håll i världen börjat poliklinisera de lungembolipatienter som betraktas som lågriskpatienter.

När patienten skickas hem från akutmottagningen får patienten inom något dygn träffa en AK-sjuksköterska för mer information samt eventuell remiss för stödstrumpor. Inom första veckan skall patienten dessutom få träffa en läkare på trombosmottagningen för klinisk bedömning och ställningstagande kring vidare malignitetsutredning.



Läkare på akuten

Frågor för ställningstagande till om en patient med diagnosticerad LE kan skickas hem från akuten.

Svarar du **ja** på någon av följande frågor, skall patienten **läggas in**.

1. Hemodynamiskt instabil? *
2. Trombolys/Embolektomi nödvändig?
3. Hög risk för blödning? **
4. Saturation under 90% på luft?
5. LE diagnostiserad under pågående behandling med antikoagulantia?
6. Behov av iv smärtstillning?
7. Medicinsk eller social anledning till behov av sjukhusvård mer än ett dygn? ***
8. Kreatininclearance <30 ml/min?
9. Allvarlig leverfunktionsnedsättning?
10. Graviditet?
11. CT visar lungemboli med engagemang av centrala kärl **** eller högerkammarpåverkan.

*Puls > 110 slag/min, systoliskt blodtryck < 100 mmHg

**GI blödning de senaste 14 dagarna, ischemisk stroke de senaste 4 v, hemorragisk stroke eller intrakraniell blödning senaste året, operation de senaste 2 v, bakomliggande sjukdom med ökad blödningsrisk, TPK under $75 \times 10^9/L$, okontrollerad hypertoni >180 mmHg syst eller >110 mmHg diast.

*** Hjärt/lungsjukdom som ger små kardiopulmonella reserver, uttalad malignitetsmisstanke som exv uttalad ofrivillig viktnedgång, demens, missbruk, social svikt.

**** Huvudartärer, 2 eller flera lobartärer.

Prover: Hb, TPK, Elstatus inkl Ca, Leverstatus, PK, APTT. SR. PSA vid man över 50 år. Lägg ÖTROMB som betalningsansvarig enhet för SR och PSA i Labbest.

Status: Lyssna på hjärta och lungor. Underbensödem? Palpera buk – misstänkt malignitet? Vid stark misstanke, mer utförligt malignitetsstatus.

Om hjärtmarkörer är tagna (tas EJ rutinmässigt) och visar nytillkommen stegring av TNI/NTproBNP lägg in.

Recept: Patienten skall i första hand få NOAK,

Xarelto: Skriv recept för 15 mg x2 i 3 veckor, dvs 42 tabletter alt startförpackning 15+20 mg, 49 tabletter. Trombosmottagningen skriver ut mer när patienten kommer till mottagningen.

Eller Eliquis: Skriv recept för 10 mg x2 (2 st 5 mg tablx2) i 7 dagar, sedan 5 mg x2, 98 tabletter.

Vid patient med känd malignitet kan NOAK ges till vissa patienter, LMWH till andra. Se gärna riktlinjer från SSTH eller prata med tromboskonsult Östra.

Det är även möjligt att ge Innohep med plan att sedan byta till Waran.

Patientfolder: I polikliniseringspärmen på akuten (står i skåpet där övriga rutinpärmars finns) finns en informationsfolder till patienten.

Remiss: Skickas när beslut om hemgång tagits av legitimerad läkare eller i samråd med legitimerad läkare.

Remiss **faxas** till AK-mottagningen. Skriv med patientens **mobilnummer**. Om patienten inte talar svenska, skriv svensktalande anhörigs nummer.

Faxnummer AK-mottagningen: 338 8734. Ring även AK-mottagningen för direkt besök hos AK-sjuksköterska, Dect 35954. (Vardagar 08-15:30). Övriga tider går patienten hem och blir uppringd följande vardag för besök på AK-mottagningen.

AK-sjuksköterska

Polikliniseringspatienter skall komma direkt från akuten alternativt kontaktas telefonledes första vardagen efter akutbesöket. Information om sjukdomen, läkemedel och klinisk bedömning görs vid besöket. För närmare information, se [checklista](#). Vid tveksamhet rörande om patienten är lämplig för hemgång, kontakta AK-läkare. Läkartid bokas snarast möjligt, ring ansvarig AK-läkare för att informera om att tid är bokad.

Trombosläkare

Ansvarar för ställningstagande till vidare malignitetsutredning, preliminär behandlingstid med antikoagulantia, när nästa återbesök på trombosmottagningen skall äga rum samt prover inför detta.

Ansvar

Respektive linjeförstaperson ansvarar för att rutinen är känd och följs.

Uppföljning, utvärdering och revision

Revisionsansvarig ansvarar för uppföljning och utvärdering. Avvikelse hanteras enligt SUs riktlinjer för MedControl Pro.

Kunskapsöversikt

ESC 2019: [Acute Pulmonary Embolism \(Diagnosis and Management of\)](#)

ACCP 2016: [Antithrombotic Therapy for VTE Disease: CHEST Guideline and Expert Panel Report](#)

Granskare/arbetsgrupp

Henry Eriksson, Docent emeritus.

Azra Sujlic, sjuksköterska AK-mottagningen

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Medicin Geriatrik och Akutmottagning
Östra

Innehållsansvar: Katarina Glise Sandblad, (katgl2),
Specialistläkare

Granskad av: Katarina Glise Sandblad, (katgl2), Specialistläkare

Godkänd av: Sofia Ekdahl, (sofek1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9883-1783878302-9

Version: 10.0

Giltig från: 2025-04-24

Giltig till: 2027-04-24