

Gäller för: Läkare urologi, Kirurgiavdelning Alingsås,
Kirurgi-ortopedi-urologimottagning Alingsås
Innehållsansvar: Henrik Jonsson, (henjo9), Enhetschef
Granskad av: Henrik Jonsson, (henjo9), Enhetschef
Godkänd av: Joakim Samuelsson, (joasa14), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-10-30

Giltig till: 2026-10-30

Urosepsis

Vårdhandboken är styrande dokument för Alingsås lasarett. Denna lokala rutin ersätter dokument i vårdhandboken. Delar av rutinen följer vårdhandbokens dokument, men vissa delar är justerade efter lokala förutsättningar. Därför ska denna rutin följas istället för vårdhandbokens dokument.

Vårt mål:

Att minska totala användningen av cefalosporiner och kinoloner då dessa båda grupper av antibiotika verkar ha särskild betydelse för resistensutveckling.

Diagnos:

För att diagnosen sepsis ska ställas krävs att patienten har minst två av följande kriterier i kombination med en misstänkt eller verifierad infektion:

- Temp > 38° eller < 36°.
- Puls > 90 slag/min.
- Andningsfrekvens > 20.
- LPK > 12 eller < 4.
- Blodtryck < 90.

Vid misstanke om urosepsis görs följande:

- Sätt två grova infarter, helst i olika extremiteter.
- Ta prover, CRP, LPK, el-status, Hb, TPK.
- Ta blod- och urinodling.
- Vätska iv, t.ex. Plasmalyte 500–1000 ml på 30-60 minuter, upprepa vid behov.

- Sätt KAD om patienten inte har en sedan tidigare (särskilt män). Om patienten är KAD-bärare sen tidigare överväg byte vid tveksam funktion eller om den suttit mer än en vecka.
- Ge antibiotika enligt ordination inom en timma från att diagnos bedömts som sannolik.
- Om SaO₂ <95 % ge syrgas.
- Kontrollera och följ: Puls, blodtryck, andningsfrekvens, saturation, medvetande och urinproduktion, de första sex timmarna minst en gång i timman. Därefter kan kontrollerna glesas ut om patientens tillstånd är stabilt och adekvat behandling satts in.
- Ultraljud njurar alternativt CT ska göras vid misstanke om avstängd pyelit. Detta misstänks ffa när patienten antingen svarar dåligt på resuscitering, det finns ett känt hinder i urinvägarna sen innan, patienten har haft symptom talandes för detta innan insjuknandet eller om det nyligen genomförts någon form av intervention i urinvägarna som skulle kunna orsaka detta.
- Lägga in patienten (IVA alternativt avdelning).

Antibiotikaval:

Parenteral terapi:

Förstahandsalternativ: Nebcina 4,5 mg/kg x 1 iv som solobehandling, behandling i avvaktan på odlings svar. Vanligen kan man efter ett dygn övergå till peroral behandling, var god se nedan.

Om patienten har en svår sepsis ges 5-6 mg/kg kroppsvikt, överväg tillägg med Piperacillin/Tazobactam. Vid septisk chock ges 7 mg/kg kroppsvikt och Piperacillin/Tazobactam. Tobramycinkoncentration ges efter 8 timmar samt inför upprepning av tidigare given dos.

Andrahandsalternativ: Piperacillin/Tazobactam 4 g x 3 iv.

Peroral terapi:

När odlings svar föreligger och/eller patienten är feberfri.

Förstahandsalternativ: Tablett Eusaprim forte 1 x 2.

Andrahandsalternativ: Tablett Ciproxin 500 mg x 2

Behandlingslängd: Sammanlagt 10–14 dagar.

Uppföljning: Urinodling två till fyra veckor efter avslutad behandling.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Läkare urologi, Kirurgiavdelning Alingsås, Kirurgi-ortopedi-urologimottagning Alingsås

Innehållsansvar: Henrik Jonsson, (henjo9), Enhetschef

Granskad av: Henrik Jonsson, (henjo9), Enhetschef

Godkänd av: Joakim Samuelsson, (joasa14), Verksamhetschef

Dokument-ID: SV9042-122748033-155

Version: 3.0

Giltig från: 2024-10-30

Giltig till: 2026-10-30