

Handläggning av vardagsinfektioner i öppen vård för sjuksköterskor

HUVUDBUDSKAP från utbildningar våren 2009

Halsinfektion

- Har patienten samtidigt halsont, hosta och snuva rör det sig om en virusinfektion.
- Antibiotikabehandling eller ej baseras huvudsakligen på hur sjuk patienten är och att det finns stöd för att det rör sig om en streptokockinfektion.
- Strep-A har läkaren nytta av när det står och väger och streptokockdiagnosen är osäker.
- CRP har sällan något värde vid halsinfektioner.
- Streptokockinfektioner ger i Sverige idag inga farliga följsjukdomar.
- Antalet halsböljer har inte ökat efter de nya restriktiva antibiotikarekommendationerna.

Öroninflammation

- Vid misstänkt öroninflammation hos barn över 2 år med lindriga symtom kan man initialt avvakta med läkarbedömning och antibiotikabehandling.
- Otitdiagnos baseras på inspektion av trumhinnan, vilket ofta kan vara svårt på små barn med vax och trånga hörselgångar.
- Om barnet är över 2 år är det allmäntillståndet (kvarstående smärta, feber, allmänpåverkan) och ev. perforation som avgör om det bör rekommenderas antibiotikum.
- Barn under 2 år med konstaterad öroninflammation och äldre barn med perforation behandlas med antibiotikum, i första hand penicillin V (Kåvepenin).
- Komplikationen mastoidit, osteit bakom örat, tycks ej ha ökat sedan de nya behandlingsrekommendationerna infördes år 2001.

Bihåleinflammation

- Bakteriell bihåleinflammation debuterar sällan före 7-10 dagar med förkylningssymtom.
- Virusförkylningar engagerar ofta bihålorna med slemhinnesvullnad, ledande till ont över kinderna och i pannan, utan att det är ett tecken på bakteriell bihåleinflammation
- De symtom som kan tala för bakteriell bihåleinflammation är ensidig varig snuva med ensidig smärta i överkäken.
- Ökad smärta vid frambåbning eller vid knackning i panna eller mot kinden har inget värde för att avgöra bakteriell sinuitdiagnos.
- Högläge, avsvällande nässpray och vid behov smärtstillande kan alltid rekommenderas vid misstänkt sinuit.
- Vid säkerställd bakteriell bihåleinflammation förkortar antibiotikabehandling på sin höjd sjukdomstiden med 1-3 dagar beroende på svårighetsgraden.
- I dag anses bihåleinflammation vara överdiagnostiserat i många fall.
- Patient med hög feber och/eller svår smärta över sinusområdena bör handläggas snarast oavsett hur länge besvären varat.
- Vid återkommande besvär, tveksamhet om diagnos eller utebliven förbättring efter behandling, är röntgen ofta första steget.

Hosta/akut bronkit (gäller ej exacerbation av KOL)

- Akut påkommen hosta beror oftast på virusinfektion. Ofta varar hostan cirka tre veckor, men inte sällan betydligt längre.
- Antibiotikabehandling av akut bronkit ger ingen förkortning av perioden med hosta. Gäller både bronkit orsakad av virus och bakterier.
- Det finns ingen säker dokumentation om effekt av någon hostmedicin. Ofarlig hostmedicin kan ibland användas av psykologiska skäl.
- Främsta tecknet på lunginflammation hos mindre barn är feber, allmänpåverkan och snabb andhämtning, mer än 50 andetag/min om under 1 år, mer än 40 andetag/min om över 1 år.

Nedre urinvägsinfektion/cystit hos kvinnor

- Sporadisk nedre UVI hos kvinnor kan vara besvärligt, men är i de flesta fall ofarligt. En tredjedel blir besvärsfria utan behandling inom en vecka. Behandling förkortar tiden med symtom.
- Sveda, täta trängningar och frekventa miktationer orsakas med hög sannolikhet av bakteriell akut cystit.
- Diagnos kan ställas utan urinprov vid dessa symtom och frånvaro av flanksmärta, feber och vaginala symtom, undantag gravida kvinnor.
- Nedre UVI övergår sällan till övre UVI (njurbäckeninflammation).
- Asymtomatisk bakterieuri (ABU): Ofarligt (utom hos gravida). Äldre kvinnor skall inte berövas sin snälla bakteriestam vid bakterieuri utan symtom. Behandling ger ofta byte till "sämre" bakterie. Behandlas ENDAST hos gravida kvinnor pga ökad risk för pyelonefrit hos dessa.
- Symtom som trötthet, förvirring, oro eller nedsatt aptit är inte specifika för UVI och bör oftast inte föranleda urinprovstagning utan läkarkontakt.

Rörande snabbtester som Strep-A och CRP

- De flesta experter är överens om att dessa snabbtester används alltför mycket idag.
- Dessa tester bör endast tas på läkarordination efter det att läkaren undersökt och bedömt patienten.
- CRP skall alltid bedömas utifrån hur länge patienten haft sin infektion.
- CRP har inte något värde vid bedömning av öroninflammationer och halsinfektioner.
- Strep-A är meningslöst om patienten har lindriga besvär eller förutom halsont även har snuva och/eller hosta.
- Alltför många CRP-prov tenderar att bli ritual och slöseri med resurser. Vi uppfostrar patienten att tro att vid förkylning är det viktigt att söka för att få kontrollerat ett CRP. Det kan dessutom leda till onödig antibiotikaanvändning.

PowerPoint-bilder kommer att finnas på Strama Hallands hemsida: via Lina: Vårdstöd > Läkemedel > Läkemedelskommittén > Utbildningsdokumentation (i vä-spalten) **Från internet utanför LINA:** www.lthalland.se/lakemedel till Läkemedelskommitténs hemsida, där i vä-spalten Utbildningsdokumentation