

# ANTIBIOTIKAVAL för Blekingesjukhuset

2024–2025

**Blododla alltid innan intravenös  
antibiotika**

För ytterligare information se  
[www.strama.se](http://www.strama.se)



## Doseringsrekommendationer vid nedsatt njurfunktion

| Kreatininclearance      | >80 ml/min        | 80–41 ml/min      | 40–20 ml/min    | <20 ml/min     |
|-------------------------|-------------------|-------------------|-----------------|----------------|
| Bensylpenicillin        | 1–3 g x 3         | 1–3 g x 3         | 1–3 g x 3       | 1–3 g x 2      |
| Kloxacilin              | 2 g x 3           | 2 g x 3           | 2 g x 3         | 1–2 g x 3      |
| Ampicillin              | 2 g x 3           | 2 g x 3           | 2 g x 3         | 1 g x 2        |
| Cefotaxim               | 1–2 g x 3         | 1–2 g x 3         | 1–2 g x 3       | 1 g x 2        |
| Piperacillin/tazobactam | 4 g x 3–4         | 4 g x 3–4         | 4 g x 3         | 4 g x 2        |
| Meropenem               | 0,5–1 g x 3–4     | 0,5–1 g x 3–4     | 0,5–1 g x 3     | 0,5–1 g x 2    |
| Ciprofloxacin           | 500–750 mg x 2 po | 500 mg x 2 po     | 500 mg x 1 po   | 500mg x1 po    |
| Tobramycin* (Nebcina)   | 5–7 mg/kg x 1     | 2,2–4,5 mg/kg x 1 | 1–2,2 mg/kg x 1 | Undvik         |
| Vancomycin**            | 1 g x 2–3         | 1 g x 2           | 1 g x 1         | Efter dalvärde |

\*Tobramycinbehandling engångsdos vid sepsis, om mer än en dos, tas koncentration direkt inför dos 2 dalvärde och 8 timmar efter given dos. Dalvärdet ska vara <1 mg/L, 8 timmarsvärdet 1,5–4 mg/L, förläng intervallat om för högt.

\*\*Vancomycinbehandling dalkoncentrationen ska ligga mellan 15–20 mg/l. Tas inför dos 3. Vid GFR <20 tas koncentration 12 timmar efter dos 1, invänta svar innan nästa dos ges. **Diskutera med infektionsläkare!**

Tänk på vid antibiotikaterapi:  
**Vilken typ av infektion?**

**Hur sjuk är patienten?**

Var sitter **fokus**?  
Tänkbara **agens**?  
Behövs **kirurgi**  
eller **dränering**?

Har valt antibiotika  
effekt? Risk för  
multiresistenta  
bakterier **MRB**?

Tolererar  
vär(l)den valt  
antibiotikum?

- Säkra odlingar före antibiotika! Urintappa vid behov.
- Snabb och korrekt antibiotikabehandling är livräddande vid allvarlig infektion. Glöm ej source control!
- Smalna av och justera behandlingen när infektionsfokus identifierats och efter odlingssvar.
- Ompröva dagligen patientens behov av antibiotika, byt från intravenöst till peroralt så snart som möjligt.
- Vid misstänkt eller säkerställd septisk chock eller meningit, kontakta infektionsjouren!
- Vid misstanke om eller bärarskap av resistent bakterie som MRSA, ESBL-carba, VRE och allvarlig infektion kontakta infektionsläkare!
- Vid immunsuppression behöver terapin ibland justeras.

**Resistensbesked enligt SIR-systemet** (uppdaterad 2021)

**S**-känslig med normaldos

**I**-känslig med högdos eller lokal där antibiotika ansamlas

**R**- resistent

## Antibiotikaallergi

Ofta övervärderat, kan försvinna med tiden. Andrahandsalternativ har ofta sämre effekt och mer biverkningar.

| Tidigare reaktion på pc                         | Handläggning                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Icke kliande utslag/och eller magbesvär         | Kan behandlas med pc (penicilliner)                                                                                                                                               |
| Kliande utslag, urtikaria och/eller ledsvullnad | Ge ej pc, men cefalosporiner och karbapenemer går bra                                                                                                                             |
| Anafylaxi eller mucocutant syndrom              | Ge ej betalaktamantibiotika, (pc, cefalosporiner, karbapenemer) men vid livshotande infektioner ska en individuell bedömning göras i samråd med infektionsläkare och anestesilog. |

Vid låg misstanke om IgE-medierad allerg (typ 1 reaktion) överväg att ge antibiotika i form av intravenös eller peroral provdos med beredskap att hantera en eventuell akut allergisk reaktion. Intravenös provdos: Ge 1/10 del av ordinarie dos i.v. Avvakta 15–30 min. Om ingen reaktion, ge resterande dos, observera patienten i 15–30 min. Per oral provdos: observera patienten minst 60 min.

## Förebygg vårdrelaterade infektioner

- Inspektera och omvärdera CVK, PICC-line, PVK och KAD dagligen. Mobilisera patienten!
- Handsprit före och efter patientkontakt, handskar vid kontakt med kroppsvätskor och förkläde vid kroppskontakt.
- Placera patienter med diarré, kräkningar eller stora öppna sår på enkelrum.
- Vid känt eller misstänkt bärarskap av multiresistenta bakterier (MRSA, ESBL klebsiella/karba, VRE) se vårdhygiens PM.

## Identifiera patienter med sepsis/septisk chock

Sepsislarm på BLS definieras som röd RETTS + misstanke om infektion som utlösande orsak.

**Röd RETTS** (en avvikande parameter räcker)

- Saturation <90 % med syrgas eller <87 % utan syrgas
- Andningsfrekvens <8 eller >30/min.
- Blodtryck <90 mmHg systoliskt
- Puls >130/min. (150/min. vid förmaksflimmer)

**+ misstanke om infektion som utlösande orsak**

(feber/anamnes på feber/frossa, tecken till luftvägsinfektion, urinvägsinfektion, smärta, kräkningar, diarré, rosfeber, svår huvudvärk/nackstelhet)

*Undersök patienten väl, leta efter infektionsfokus (inklusive infarter, katetrar)! Anamnes och epidemiologi!*

## Definition: Sepsis/septisk chock

**Sepsis** = Infektion med akut försämring av >2 SOFA-poäng.

**Septisk chock** = Infektion med kvarstående hypotension som kräver vasopressor för upprätthållande av MAP > 65 mmHg + laktat > 2 mmol/l trots adekvat vätsketillförsel.

*Var god se regionalt vårdprogram för sepsis hos vuxna!*

## Fortsatt vård

- En patient som uppfyller kriterierna för sepsislarm som stabiliseras på akutrummet kan prioriteras ned enligt RETTS-systemet men ingår fortsatt i vårdförloppet (med kontroller och uppföljning).

- En patient som inte uppfyller kriterier för sepsislarm, ”felaktigt draget larm”, utgår från vårdförloppet, men kan vara svårt sjuk av annan orsak. Beslutas av undersökande läkare.

## Handläggning och åtgärder vid sepsislarm

Prio 1-patient (röd). Notera tidpunkt för ankomst.

Handläggning enligt ABCDE

- 1) Ge **syrgas**, målsaturation 92–95 % (88–92 % vid KOL).
- 2) Två i.v. **infarter** med bra flöde (gärna 1 grön).
- 3) Ge i.v. **vätska**, minst 500 ml Ringer-Acetat på 20 min. Mer vid behov, mål BT  $\geq$  90 mmHg. Om fortsatt hypotoni efter 2000–3000 ml i.v. vätska (30 ml/kg första 3 timmarna), kontakt med anestesijour. Efter stabilisering individuell vätsketerapi.
- 4) **Odling** från blod (2+2), NPH, urin, eventuellt sår, likvor, luftväspanel.
- 5) **Sepsisprover + venös blodgas** (ev. arteriell) för laktat.
- 6) I.v. **antibiotika** beroende på misstänkt infektionsfokus, vid septisk chock, antibiotika inom 30 min. Finns känt eller misstänkt bärarskap av resistent bakterier? Kreatininvärde behöver inte tas hänsyn till för första dosen. Diskussion med infektionsbakjour liberalt.
- 7) **Vitalparametrar** var 5:e min till stabilisering.
- 8) **Vid steroidbehandling**  $\geq$  7,5 mg Prednisolon/d, överväg injektion Solu-Cortef 50–100 mg i.v.
- 9) Mål **urinproduktion** >0,5 ml/kg/h). Bladderscan, överväg KAD och DRUM.
- 10) **EKG**
- 11) **Utvärdera åtgärder**. Bestäm fortsatt vårdnivå, RETTS-nivå, kontroller, eventuellt åtgärder som bildiagnostik och konsultationer. Eventuellt vårdbegränsningar?
- 12) **Behandlingsmål**: BT  $\geq$  90 mmHg, målsaturation 92–95 %, diures 100–150 ml på 3 h, sjunkande laktat. (Vid initialt laktat >3 kontrollera nytt prov inom 2-4 h.)

## SOFA-score (Sequential failure assessment)

För patienter med infektion ska det i epikrisen anges om de haft R65.1 sepsis (≥2 SOFA-poäng) och/eller R57.2 septisk chock (kvarstående hypotension som kräver vasopressor för att upprätthålla MAP ≥65 mmHg + laktat >2 mmol/l trots adekvat vätsketillförsel) enligt sepsis-3-kriterierna.

| Organsystem                                                                            | Poäng              |                      |                  |                       |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------|------------------|-----------------------|---------------------|
|                                                                                        | 0                  | 1                    | 2                | 3                     | 4                   |
| Respiration:<br>P <sub>2</sub> O <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> (kPa)<br>eller POX (%) | ≥53,3              | <53,3/<br>92–<br>95% | <40/<br><92 %    | <26,7                 | <13,3               |
| Koagulation<br>TPK x 10 <sup>9</sup> /l                                                | ≥150               | <150                 | <100             | <50                   | <20                 |
| Lever: Bilirubin<br>(µmol/l)                                                           | <20                | 20–32                | 33–101           | 102–204               | >204                |
| Cirkulation<br>Blodtryck/<br>katekolaminer (ska<br>givits minst 1 h)                   | MAP<br>≥70<br>mmHg | MAP<br><70<br>mmHg   | Inotropiskt stöd |                       |                     |
| CNS<br>RLS eller (GCS)                                                                 | 1<br>(15)          | 2 (13–<br>14)        | 3 (10–12)        | 4–5 (6–9)             | 6–8 (<6)            |
| Njurar: kreatinin,<br>µmol/l eller<br>diures ml/dygn                                   | <110               | 110–<br>170          | 171–299          | 300–440<br><br><500ml | >440<br><br><200 ml |

MAP~diastoliskt tryck + (systoliskt tryck-diastoliskt tryck)/3  
Var god se SOFA-kalkylator i Regionalt vårdprogram för sepsis.

## Pneumonibedömning enligt CRB-65

Bedömning enligt CRB-65 kan ge vägledning om pneumonins svårighetsgrad men ersätter inte klinisk bedömning. CRB-65 gäller samhällsförvärvad infektion.

**Confusion (ny/ökad) 1 p**

**Respiration > 30/min 1 p**

**Blodtryck (systoliskt) <90 mmHg 1 p**

**Ålder: 65 år eller äldre 1 p**

**0–1 p = lätt/måttlig, 2 p = svår, 3–4 p = kritisk**

## Urinvägsinfektion

- Bakterier i urinen och positiv nitrit ses normalt hos upp till 50 % av alla äldre patienter och hos 100 % vid KAD, så kallad asymtomatisk bakteriuri (ABU)
- Behandla inte asymtomatisk bakteriuri (ABU). Undantag: under graviditet och inför urologiska ingrepp.
- Illaluktande urin, oro, trötthet och andra diffusa symtom är **inte** att betrakta som symtom på UVI.
- Urinsticka ska bara tas efter läkarordination.
- KAD ökar risken för UVI, utvärdera dagligen!

## Multiresistenta bakterier

Misstänk bärarskap hos alla patienter som:

- Vårdats/behandlats inläggande vid sjukvårdsinrättning eller behandlats polikliniskt för sår-/hudskada, dialys eller cancerbehandling utanför Norden.
- Vistats i land utanför Norden mer än 2 månader eller patient med riskfaktorer (hudåkommor, sår, urin-/faecesinkontinens, KAD eller infarter) som vistats i land utanför Norden.
- Arbetat inom sjukvården i land utanför Norden.
- Har haft nära kontakt med bärare av MRSA, VRE eller ESBL-carba i hushållet. Se vårdhygiens PM.

|                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Misstänkt fokus</b>                                                             | Behandlingsförslag dag 1–3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Allvarlig Pc-allergi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Misstänkt sepsis med okänt fokus</b>                                            | Ge i första hand riktad antibiotikabehandling enligt respektive organdiagnos. Vid okänt fokus:<br><b>Cefotaxim 2 g x 3 i.v.</b><br><br><b>alternativt Piperacillin/Tazobactam 4 g x 3 i.v.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Välj i första hand Cefotaxim i.v. eller Meropenem i.v.<br>Vid tidigare mycket allvarlig typ 1-reaktion: klindamycin (Dalacin) 600 mg x 3 i.v. och Ciprofloxacin 400 mg x 2 i.v.<br><b>Kontakta infektion!</b>                                                                                                                                      |
| <b>Septisk chock med okänt fokus</b>                                               | Antibiotika ges snarast (inom 30 minuter). Extradoser av betalaktamantibiotika.<br><b>Cefotaxim 2 g x 3 i.v. (+ extrados efter 4 timmar) och Tobramycin (Nebcina) 5–7 mg/kg x 1 i.v.</b> (den lägre dosen vid kroniskt nedsatt njurfunktion).<br><br><b>Piperacillin/Tazobactam 4 g x 4 i.v. (+ extrados efter 3 timmar) och Tobramycin (Nebcina) 5–7 mg/kg i.v.</b> (lägre dos vid kroniskt nedsatt njurfunktion).<br><br>Vid misstanke om infektion med ESBL-bildande bakterie överväg att istället välja amikacin (Biklin) 25–30 mg/kg som aminoglykosid alternativt Meropenem som singelbehandling<br><b>alt Meropenem 1 g x 3 i.v. (+extrados efter 4 timmar)</b><br><br><b>Vid IVA-vård, kontakta infektion!</b> | Välj i första hand Cefotaxim eller Meropenem (det patienten inte reagerat mot, risken för korsallergi är låg!)<br>Vid tidigare mycket allvarlig typ 1-reaktion (anafylaxi, mucocutant syndrom, toxisk epidermal nekrolys):<br>Klindamycin 600 mg x 3 i.v. + Ciprofloxacin 400 mg x 2 i.v.<br>+/- Tobramycin i.v.<br><br><b>Kontakta infektion!</b> |
| <b>Meningit</b><br><br>Obs!<br>Antibiotika inom 30 min efter ankomst till sjukhus! | <b>Kontakta infektion!</b><br><br><b>Betametason (Betapred) 8 mg x 4</b> (0,12 mg/kg x 4) i.v. ges före eller samtidigt med antibiotika!<br><b>och</b><br><b>Meropenem 2 g x 3 i.v.</b><br>eller <b>Cefotaxim 3 g x 4 i.v. och Ampicillin 3 g x 4 i.v.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Betapred 8 mg x 4 i.v och i första hand Meropenem 2 g x 3 i.v.<br>Vid tidigare mycket allvarlig typ 1-reaktion (allergi) på pc:<br>Levofloxacin 500 mg x 2 i.v. och T Linezolid 600 mg x 2 p.o. eller Vankomycin 15 mg/kg x 3 i.v.,<br>Dos ett 30 mg/kg. <b>Kontakta infektion!</b>                                                                |

| <b>Misstänkt fokus</b>                   | Behandlingsförslag dag 1–3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Pneumoni eller misstänkt pneumoni</b> | <p><b>CRB-65 0-1:</b><br/> <b>Bensylpenicillin 3 g x 3 i.v.</b> (även vid KOL eller aspiration)<br/> <b>alternativt T PcV (Kåvepenin) 1 g x 3 p.o.</b><br/> Vid nosokomial pneumoni kan Cefotaxim 2 g x 3 i.v. övervägas</p> <p><b>Pc-allergi:</b> T. Doxycyklin alt. T. Erytromycin</p> <p><b>Atypiskt agens</b>(mykoplasma/chlamydophila):<br/> T Doxycyklin 200 mg x 1 i 3 d följt av 100 mg x 1 i 4 d.<br/> Alt. T Erytromycin (Abboticin) 1 g x 2 p.o.</p> <p><b>CRB-65 2:</b><br/> <b>Bensylpenicillin 3 g x 3 i.v.</b> (under influensa-säsong överväg Cefotaxim 2 g x 3 i.v. (täckning för S. aureus)<br/> Vid allvarlig lungsjukdom (KOL stadium 3–4) överväg Piperacillin/Tazobactam 4 g x 4 i.v.</p> <p><b>Misstanke om atypiskt agens:</b><br/> Bensylpc 3 g x 3 i.v. och T. Doxycyklin 200 mg x 1 i 3 d följt av 100 mg x 1 eller T. Erytromycin (Abboticin) 1 g x 2</p> <p><b>Pc-allergi:</b> Levofloxacin 750 mg x 1 i.v./p.o.</p> |

| <b>Misstänkt fokus</b>                   | Behandlingsförslag dag 1–3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Pneumoni eller misstänkt pneumoni</b> | <p><b>CRB-65 3-4:</b><br/> <b>Cefotaxim 2 g x 3 i.v. och Erytromycin 1 g x 3 i.v.</b><br/> <b>alternativt Bensylpenicillin 3 g x 4 och Levofloxacin 750 mg x 1 i.v./p.o.</b></p> <p><b>Vid svår bakomliggande lungsjukdom:</b><br/> Piperacillin/Tazobactam 4 g x 4 i.v. och Erytromycin 1 g x 3 i.v.<br/> alternativt Levofloxacin 750 mg x 1 i.v/p.o.</p> <p><b>Vid septisk chock ge extrados av betalaktamantibiotika.</b></p> <p><b>Vid IVA-vård kontakta infektion!</b></p> <p><b>Pc-allergi:</b><br/> Klindamycin 600 mg x 3 i.v. och Levofloxacin 750 mg x 1 i.v./p.o.</p> <p><b>Svår pneumoni + IVA-vård och Pc-allergi:</b><br/> Välj i första hand Cefotaxim eller Meropenem (det patienten inte reagerat på, risken för korsallergi är låg) och Erytromycin 1 g x 3 i.v. eller Levofloxacin 750 mg x 1 i.v./p.o.</p> <p>Vid tidigare mycket allvarlig pc-allergi:<br/> Klindamycin 600 mg x 3 i.v och Levofloxacin 750 mg x 1.</p> <p><b>Vid IVA-vård kontakta infektion!</b></p> |

| Misstänkt fokus                                       | Behandlingsförslag dag 1–3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Pyelonefrit/ febril UVI</b>                        | <p><b>Cefotaxim 1 g x 3 i.v.</b><br/> <b>alt. Piperacillin/Tazobactam 4 g x 3 i.v.</b><br/> <b>alt. Tobramycin 4,5 mg/kg x 1 i.v.</b><br/> (Obs njurfunktion, koncentrationsbestämning!)</p> <p><b>Alt. Ciprofloxacin 500 mg x 2 p.o.</b><br/> (7d. kvinnor, män 10–14 d.)<br/> Alt. efter resistensbesked:</p> <p><b>Trimetoprimsulfa (Eusaprim forte) 160/800 mg 1 x 2 (10–14 d.) p.o.</b><br/> (halverad dos till äldre och vid nedsatt njurfunktion)<br/> Vid resistens för övriga medel:<br/> Ceftibuten 400 mg x 1 p.o.(licens) eller Cefixim (Suprax) 400 mg x 1 p.o., (licenspreparat finns via infektionskliniken)</p> <p><b>Gravida:</b> Cefotaxim 1 g x 4 i.v. eller/följt av Ceftibuten 400 mg x 2 p.o. i 10 d.(licens) eller Cefixim (Suprax) 400 mg x 2 p.o. i 10 d (licens finns via infektionskliniken)<br/> observans för terapivikt, se stramaappen!</p> <p><b>Vid septisk chock behandla som vid okänt fokus!</b></p> |
| <b>Cystit/ nedre UVI</b><br>Behandla bara vid symtom! | <p><b>Kvinna:</b> Nitrofurantoin(Furadantin) 50 mg x 3 p.o. 5 d. alt. Pivmecillinam (Selexid) 200 mg x 3 p.o.5 d., premenopaus 400 mg x 2 p.o. i 3 d.<br/> <b>Man:</b> Nitrofurantoin (Furadantin) 50 mg x 3, 7 d. alt. Pivmecillinam (Selexid) 200 mg x 3, 7 d.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Skelett- och ledinfektion</b>                      | <p><b>Kloxacillin 2 g x 3 – 4 i.v.</b><br/> alternativt Cefotaxim 2 g x 3 i.v.<br/> (till äldre, multisjuk patient eller om ursprung från buk- eller urinvägar misstänks).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| Misstänkt fokus                                                         | Behandlingsförslag dag 1–3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Hud- och mjukdelssinfektion</b>                                      | <p><b>Erysipelas:</b> Bensylpenicillin 1–3 g x 3 i.v.<br/> alt. t PcV 1–2 g x 3 (10 d.)<br/> Allergi: Klindamycin 600 mg x 3 i.v. alt. 300 mg x 3 p.o.</p> <p><b>Abscess, cellulit:</b> Kloxacillin 2 g x 3 i.v.<br/> alt. t Flukloxacillin 1 g x 3 (7–10 d.)<br/> Allergi: Klindamycin 600 mg x 3 i.v./300 mg x 3 p.o.</p> <p><b>Nekrotiserande fasciit:</b><br/> Meropenem 1 g x 4 i.v. (plus extrados efter 3 h) och Klindamycin 600 mg x 3 i.v.<br/> <b>Akut kirurgisk åtgärd viktig!</b><br/> <b>Kontakta infektion!</b></p> |
| <b>Bakteriell bukinfektion/ Generell peritonit</b><br>(samlingsförvärd) | <p><b>Piperacillin/Tazobactam 4 g x 3 i.v.</b><br/> <b>alt. Cefotaxim 1–2 g x 3 i.v. och Metronidazol 1,5 g x 1 dag ett, följt av 1 g x 1 i.v.</b><br/> Uppnå source control!</p> <p><b>Vid septisk chock behandla som vid okänt fokus!</b><br/> Vid allvarlig typ 1-reaktion mot pc:<br/> Ciprofloxacin 400 mg x 2 i.v. och Metronidazol i.v. alt Ciprofloxacin 400 mg x 2 i.v. och Klindamycin 600 mg x 3 i.v.</p>                                                                                                              |
| <b>Neutropen feber</b><br>(neutrofil $\leq 0,5 \times 10^9/l$ )         | <p><b>Piperacillin/Tazobactam 4 g x 4 i.v.</b><br/> (ej vid sepsis/septisk chock),<br/> <b>alt. Ceftazidim 2 g x 3 i.v.</b> (opåverkad patient, sämre effekt mot grampositiver.)</p> <p>Vid buksymtom eller <b>sepsis/septisk chock:</b><br/> <b>Meropenem 1 g x 3 i.v.</b> (plus extrados efter 4 timmar).</p>                                                                                                                                                                                                                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Övriga infektioner</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                         |
| <b>KOL-exacerbation</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Värdera infektionen! Behövs antibiotika?<br>Sputumodla alltid vid sjukhusvård.<br><br>T Amoxicillin 750 mg x 3 (5–7 d.)<br>alt. t Doxycyklin 200 mg x 1 dag 1–3,<br>följt av 100 mg x 1 (totalt 5–7 d.) |
| <b>Clostridioides difficile diarré (CDI)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | K. Vankomycin 125 mg x 4 p.o. i 10 d.<br>Vid recidiv eller svårt sjuk patient kontakta infektion!                                                                                                       |
| <b>Bensår</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Behandla vid infektionstecken såsom erysipelasbild och inte enbart på basen av odlingsfynd.<br><br>Tarmbakterier (gramnegativer) behöver oftast inte behandlas med antibiotika.                         |
| <p>Riktlinjerna i schemat gäller de första dyggen, doserna gäller vuxna med normal njurfunktion.</p> <p>Dosering vid dialys var god se:<br/><a href="http://www.sls.se/raf/kunskapsunderlag/dosering-vid-dialys">www.sls.se/raf/kunskapsunderlag/dosering-vid-dialys</a></p> <p>Beakta också patientens kroppsvikt vid dosering.<br/>Omvärdera behandlingen efter utredningsresultat och odlingssvar.</p> |                                                                                                                                                                                                         |

## Luftvägsvirus (isoleringskrävande)

*Var god se vårdhygiens PM för vårdrutiner vid luftvägsinfektioner!*

### Influensa A och B

Smittsamhet 1–2 dygn före symtom till minst 3 dygn efter symtomdebut vid antiviral behandling, annars minst 5 dygn (varav 1 dygns feberfrihet). Inkubationstid (1–3 dagar). Diagnostik via PCR-prov från nasofarynx.

Antiviral behandling vid sjukhusvård och till riskgruppsspatienter (>65 år, gravida i andra och tredje trimestern, alla med kronisk hjärt- och/eller lungsjukdom, kronisk njur- och leversjukdom, diabetes, nedsatt immunförsvar).

Behandling: Snarast, inom 48 h från debut.

-Tamiflu (oseltamivir) 75 mg x 2 i 5 d. p.o. Dosjustering vid GFR <30 ml/min.

Vid misstänkt sekundär bakteriell luftvägsinfektion överväg täckning för *S. aureus*.

Postexpositionsprofylax: Tamiflu (oseltamivir) 75 mg x 1 i 10 d.

### Covid-19

Smittsamhet redan 1–2 dagar före symtom. Inkubation (1–14 d, vanligen 2–3 d.). Diagnostik via antigen test eller PCR från nasofarynx. Ökad risk för venös tromboembolism. Diskutera med infektion alternativt se vårdprogram.

#### Smittsamhet:

-Vid sjukhusvård: 5 dygn och minst 1 dygns feberfrihet.

-Vid IVA-vård: individuell bedömning men minst 14 dagar och minst 1 dygns feberfrihet.

-Immunosupprimerade: individuell bedömning, minst 14 dagar och minst 1 dygns feberfrihet.

### RS-virus

Oftast små barn som blir allvarligast sjuka, men även äldre, lungsjuka och immunosupprimerade. Smittsamhet minst 5 dygn.