

Covid-19 handläggning på Akutmottagningarna

Gäller för: Region Kronoberg

Bakgrund

Alla patienter i behov av akuta sjukvårdsinsatser ska erhålla en god och säker vård på länets akutmottagningar. Den aktuella förekomsten av en smittsam och potentiellt allvarlig sjukdom måste särskilt uppmärksammas. Risken för smittspridning bland patienter och vårdpersonal måste minimeras. Samtidigt får handläggning och behandling av andra normalt förekommande medicinska tillstånd inte förbises eller fördröjas.

Klinisk bild Covid-19

Symtombilden domineras av feber och luftvägsbesvär med hosta och andfäddhet. Även muskelvärk, huvudvärk, halsont och trötthet förekommer. I en del fall förekommer gastrointestinala symtom främst i form av illamående och diarré.

Allvarlighetsgraden varierar. Majoriteten får en lindrig infektion som inte kräver sjukhusvård (80%). En mindre andel utvecklar efter en tid en svårare sjukdomsbild med tilltagande tecken på andningssvikt i form av hypoxi och dyspné (15%). Ett observandum är att en del patienter kan se relativt opåverkade ut trots signifikant hypoxi. Grunden för den sjukdomsbild som utvecklas utgörs av ARDS. DT thorax kan påvisa bilaterala multipla basala ”ground glass” förändringar. Enstaka individer utvecklar kritisk sjukdom med akut respiratorisk svikt (5%). I denna grupp kan tillståndet dessutom kompliceras av samtidig sekundär bakteriell infektion med sepsis och multiorgansvikt. Det finns beskrivet fall med myocardit och kardiogen chock. Tromboemboliska manifestationer är vanligare bland de med allvarlig sjukdomsbild.

Om försämring tillstöter sker detta oftast efter flera dagars (5-10) lindrigare sjukdom. Försämringen kan gå mycket snabbt och utvecklas under loppet av ett par timmar. Den utgörs i första hand tilltagande tecken på andningssvikt.

Vissa löper större risk att utveckla allvarlig sjukdomsbild. Riskfaktorer inkluderar hög biologisk ålder, övervikt, rökning samt komorbiditet i form av hjärt-kärlsjukdom, hypertoni, diabetes, cancer, kronisk lungsjukdom.

Handläggning på akutmottagningen

Arbetsätt

- Huvudprincipen är att det medicinska arbetet på akutmottagningarna så långt som möjligt skall bedrivas enligt ordinarie riktlinjer. All triagering och registrering av parametrar sker enligt vanlig rutin.
- Formerna för sortering av patienter som söker till akutmottagningen har kompletterats med införande av pretriage utanför akutmottagningarna. Patientflödet separeras utifrån förekomst av luftvägssymtom och/eller

förekomst andra infektionstecken. Finns minsta misstanke om smittsam sjukdom genomförs triage på den fysiskt avskilda del av akutmottagningen som kallas coronaenheten.

- Riktlinjer från Vårdhygien avseende personlig skyddsutrustning gäller. <http://dokpub.regionkronoberg.se/OpenDoc.aspx?Id=173211>
- Eftersom patienter med luftvägsbesvär alltid hanteras i ett enskilt rum och ej kan vistas i väntrum bör tidigt beslut kring inläggning eller hemgång prioriteras och effektueras. Särskilda riktlinjer för snabb avtransport akuten till avdelning vid högt flöde finns utarbetade.

Misstanke Covid-19 hos patient som söker av annan orsak

- Handläggning utifrån primär sökorsak/symtom.
- Om det är aktuellt med inläggning skall provtagning avseende covid-19 genomföras.
- Patient skall vårdas på enkelrum och särskilda hygienrutiner skall beaktas.
- Isolering kan brytas efter negativt provsvar och klinisk värdering.

Misstanke/symtom förenliga Covid-19 där dessa utgör primär sökorsak

- Opåverkad patient med normala parametrar (feber accepteras) i kombination med få eller inga riskfaktorer hänvisas till egenvård i hemmet.
 - Patienten skall erhålla skriftlig och muntlig information om att återkomma vid tilltagande dyspné eller annan allmän försämring.
 - Patientnära analyser kan bli aktuella utifrån differentialdiagnostiska överväganden. Blodgas och venösa prover vid gränsfall.

Handläggning vid larm

Specifika riktlinjer finns för [HLR](#) och [Trauma](#). För övriga larmpatienter gäller tillsvidare de allmänna riktlinjerna som beskrivs för traumapatienter.

Inläggningskriterier

- Fokus bör ligga på att identifiera de patienter som är på väg att utveckla andningssvikt. Andningsarbete och parametrar som dyspné, andningsfrekvens och saturation skall särskilt uppmärksammas och värderas.
- Faktorer som påverkar beslut om inläggning inkluderar
 - Saturation <95% och/eller AF>25 hos lungfrisk.
 - Saturation <88-90 och/eller AF>25-30 vid känd lungsjukdom.
 - Större andningsarbete än patienten orkar med, andningsfrekvens (AF) >30/min är ett mått på detta liksom att patienten själv säger ”jag orkar inte”.
 - Tilltagande svaghet och svårighet att klara sig i hemmet.

- Konfusion, påverkad kognition eller medvetandegrad.
- Förekomst av riskfaktorer

Blodprover

- Provtagning enligt akutmottagningens normala rutiner. Labbsvar ändrar inte handläggning vid COVID-19 nämnvärt men behövs ur differentialdiagnostisk synvinkel.
- Blododlingar på vid indikation.
- Utvidgad provtagning utifrån differentialdiagnostiska överväganden.
- Utökad provtagning för att prediktera allvarligt förlopp covid-19 tas först vid konstaterat fall på avdelning efter rondbeslut.

Radiologi

- Radiologisk diagnostik enbart utifrån misstanke covid-19 rekommenderas inte.
- Radiologi kan från akutmottagningen i första hand övervägas i differentialdiagnostiskt syfte men den diagnostiska vinsten skall vägas mot en ökad smittorisk p.g.a. förflyttningar och fler personalkontakter.
- Särskilda rutiner för remiss, transport och röntgenundersökning gäller.

Läkemedel

- **Antiviral terapi.** Remdesivir kan övervägas till sjukhusvårdade patienter med syrgasbehov. Administreras ej på akutmottagningen. Ordination kan i vissa fall övervägas redan vid inläggning. Skall ordineras i samråd med infektionsläkare.
- **Antibiotika** ges när bakteriell infektion inte kan uteslutas. Preparatval utifrån gängse principer. Cefotaxim 1 g x3 i v kan vara ett adekvat val vid påverkad patient.
- **Steroider.** Bör erbjudas patienter som läggs in på sjukhus med syrgasbehov och inflammationstecken (feber, CRP-stegring). Betametason 6 mg x 1 p o eller i v i upp till 10 dagar.
- **NSAID.** Inga specifika kontraindikationer vid covid-19. Sedvanlig försiktighet vid all typ av akut allvarlig sjukdom.
- **ACE-hämmare.** Behandlingen ska inte rutinmässigt utsättas eller pausas under vårdtiden. Vid njursvikt och vätskebrist görs bedömning om behandlingen ska pausas.
- **Trombosprofylax.** Ökad risk för tromboemboliska komplikationer finns beskrivna. Alla vuxna patienter som sjukhusvårdas pga misstänkt eller konstaterad COVID-19 ska direkt vid inläggning insättas på trombosprofylax med LMH. För ytterligare information/dosering vg se <http://dokpub.regionkronoberg.se/OpenDoc.aspx?Id=178943>

- **Perorala antidiabetika.** God blodsockerkontroll är alltid av vikt vid vård av sjuka patienter. Gör en individuell bedömning utifrån patientens sjukdomstillstånd huruvida perorala antidiabetika ska utsättas tillfälligt till förmån för snabbverkande insulin. Metformin bör sättas ut som vanligt vid akut sjukdom. Även SGLT2-hämmare, som exempelvis Jardiance, bör pausas tillfälligt vid akut sjukdom på grund av risk för ketoacidosis.

Vätsketerapi

- Cirkulatorisk påverkan är inte framträdande vid covid-19.
- Risk för förvärrad ARDS ökar vid liberal vätsketerapi.
- Restriktiv vätsketerapi är önskvärd.
- Vid cirkulatorisk påverkan överväg annan diagnos/sepsis. Överväg hjärtpåverkan. Vissa Covid-19patienter verkar drabbas av svår myokardit och kardiogen chock.

Syrgas

- Målsaturation 92-96% hos lungfrisk
- Målsaturation 88-92% vid känd lungsjukdom och habituellt låg saturation.
- Vid behov O₂-mindre än 5 L används grimma.
- Vid behov O₂-tillförsel 5-9 L används öppen mask.
- Vid behov O₂-tillförsel > 10 L används slutna mask.
- När O₂-tillförsel, inklusive med reservoarmask, inte är tillräcklig rekommenderas vid inläggning högflöde via näsgranna (HFNC/Optiflow). Man startar med gasflöde 30 L/min och ökar flödet efter behov. Rådgör med och informera IVA-jour.
- CPAP skall ges med stor försiktighet p.g.a. risk för barotrauma i lungvävnaden och måttlig effekt vid ARDS. Kan provas vid misstanke lungödem vid hjärtsvikt. Utvärderas i så fall noga efter 1 -2 h.
- Beakta risk för aerosolbildning vid både CPAP och HFNC. Följ gällande vårdhygieniska rutiner.

Vårdnivå och monitorering första dygnet

- För varje patient som läggs in på sjukhus ska det i ett tidigt skede tas beslut kring vårdnivå och om behandlingsbegränsningar är aktuella. Beslut skall tydligt dokumenteras. Detta gäller även när beslutet är att inga begränsningar ska tillämpas. Med tidigt avses första sjukhusdagen men inte nödvändigtvis kvälls- eller natttid.
- Principerna för prioritering till intensivvård skiljer sig i nuläget inte från det normala. *Clinical Frailty Scale (CFS)* kan vara användbart vid bedömning om en patient kan ha nytta av intensivvårdsåtgärder. Varje enskild patient ska dock bedömas enligt sina riskfaktorer vad gäller samsjuklighet, ålder, funktionsgrad och egen vilja till intensivvård.

- För ytterligare information ang CFS vg se separat dokument.
- På vårdavdelning NEWS-kontroller enligt sedvanligt koncept x 4 i standardfallet. Utöver detta bör utökade andningskontroller x 8 övervägas första dygnet. Kan trappas ned på avdelning efter stabil observationstid efter kontakt med ansvarig avdelningsläkare eller utökas ytterligare.
- Utökade andningskontroller består av 1) saturation 2) andningsfrekvens 3) ökat syrgasbehov. Parametrarna ska dokumenteras.
- Utöver utökade andningskontroller rekommenderas observans gällande allmänna tecken på allvarlig sjukdom med ökat andningsarbete, trötthet och sjunkande medvetandegrad.

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare