

Was ist neu?

Infektiologie

Mirjam de Roche

Neues in der Infektiologie

- Antibiotikumrichtlinien Inselgruppe
- Impftechnik
- Kantonale Richtlinien «Umgang mit multiresistenten Erregern in Pflegeheimen»
- Dauer der Antibiotikumtherapie: kurz, kürzer oder gar nicht?

Divertikulitis

Konservative Behandlung

Häufige Erreger

- Enterobakteriazeen
- Bacteroides fragilis
- Enterococcus spp.

Substanzen 1. Wahl

Tagesdosis (Übliche Therapiedauer)?

Amoxicillin-Clavulanat

3x1 g p.o.
(7-10 Tage)

Bei ambulanter Therapie.

Ceftriaxon

1x2 g i.v.
(7-10 Tage)

+ Metronidazol

3x500 mg p.o./i.v.
(7-10 Tage)

Bei stationärer Therapie.

🔍 divertikulitis

Erwachsene

Diagnosen

☆ Divertikulitis
Konservative Behandlung

☆ Divertikulitis
Vd. a. Perforation

×

Neugeborene

>

>

Erythema chronicum migrans, Lymphozytom

Häufige Erreger

- *Borrelia burgdorferi*

Substanzen 1. Wahl

Tagesdosis (Übliche Therapiedauer)?

Amoxicillin

3x20 mg/kgKG p.o., max. 2 g/d
(14 Tage*)

Alternative Substanzen?

Tagesdosis (Übliche Therapiedauer)?

Cefuroxim

2x15 mg/kgKG p.o., max. 1 g/d
(14 Tage*)

Clarithromycin

2x7.5 mg/kgKG p.o., max. 1 g/d
(14 Tage*)

Pneumonie

Community-acquired, ambulante Behandlung

Häufige Erreger

- Streptococcus pneumoniae
- Haemophilus influenzae
- Moraxella catarrhalis
- Mycoplasma pneumoniae

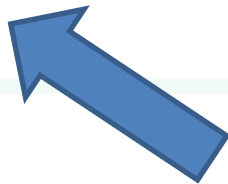
Substanzen 1. Wahl

Tagesdosis (Übliche Therapiedauer)?

Amoxicillin-Clavulanat

3x1 g p.o.

(5 Tage*)



* 2 Tage über Entfieberung und klinische Besserung.

Impftechnik

Aspiration?

Luft in Spritze belassen?



17 Monate alt

- gesund.
- seit 3 Monaten heftig juckende subkutane Knoten Oberschenkel bds.
- schlimmer während Erkältungen.
- älteres Geschwister hatte das Gleiche, verschwand erst nach 2 Jahren.

Impftechnik- Aspiration

↙ Warum hat die STIKO empfohlen, auf eine Aspiration bei der Injektion von Impfstoffen zu verzichten?

In den letzten Jahren sind international mehrere evidenzbasierte Empfehlungen für schmerz- und stressreduziertes Impfen publiziert worden, die Hinweise zu bestimmten Injektionstechniken, altersabhängigen Ablenkungsmethoden und anderen Verhaltensweisen beinhalten. Die STIKO hat diese Hinweise aufgegriffen und 2016 erstmals Hinweise zur Schmerz- und Stressreduktion beim Impfen in ihren Empfehlungen mit aufgenommen (Link siehe unten). Die STIKO weist darauf hin, dass eine Aspiration vor der Injektion nicht notwendig ist und bei intramuskulären Injektionen vermieden werden soll, um Schmerzen zu reduzieren. Die Blutgefäße an den Körperstellen, die für die Injektion von Impfstoffen empfohlen sind (M. vastus lateralis oder M. deltoideus) und in Reichweite der Nadel liegen, sind zu klein, um eine versehentliche intravenöse Gabe zu ermöglichen. Berichte über Verletzungen von Patienten aufgrund unterlassener Aspiration gibt es nicht.

Weitere Informationen

» [Empfehlungen der STIKO](#)

Stand: 09.02.2017



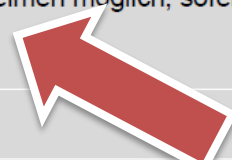
Bei einer Fortbildung erklärte ich, dass es nicht mehr notwendig sei, vor dem Impfen zu aspirieren... und löste damit Proteste besonders bei Pflegefachpersonen aus. Können Sie mir bestätigen, dass diese Haltung korrekt ist... und erklären, warum sie geändert hat? In Ermangelung spezifischer Daten war es ratsam, für Impfstoffe dieselben Regeln wie für die intramuskuläre oder subkutane Verabreichung von Medikamenten anzuwenden: Aspirieren, um so die Nadelspitze richtig zu positionieren und das Risiko einer intravaskulären Injektion zu reduzieren. **Seitdem haben sich die Daten akkumuliert**, die zeigen, dass 1) kein signifikantes Risiko für eine intravaskuläre Injektion besteht (obwohl kleine Blutungen beim Nadelrückzug häufig sind) und 2) die Schmerzen wegen der viel schnelleren Injektion reduziert werden! So ist das **NICHT Aspirieren vor dem Impfen** nun Teil der offiziellen Regeln für eine gute Impfpraxis.

Umgang mit «multiresistenten Bakterien» in Pflegeheimen



Empfehlungen für das Vorgehen bei hygienisch relevanten Problemkeimen in Langzeitpflegeeinrichtungen

Als Basis gelten die Standardhygienemassnahmen gemäss Kapitel 6	ohne Ausbruchssituation (d.h. in Einzelfällen)	in einer Ausbruchssituation innerhalb der Einrichtung (Ziel: Ausbreitung / Übertragung der Problemkeime durch zusätzliche Massnahmen verhindern)
Zimmer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einzelzimmer bei MRSA, VRE und Carbapenemasebildnern empfohlen ▪ Mehrbettzimmer bei allen übrigen Problemkeimen möglich, sofern Mitbewohner keine Risikofaktoren¹ aufweist 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einzelzimmer empfohlen (Mehrbettzimmer nur in Ausnahmefällen und nur wenn Mitbewohner keine Risikofaktoren¹ aufweist)
Zimmerkennzeichnung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht notwendig 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Notwendig
Kohortierung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei Bewohnern mit dem gleichen Problemkeim in Absprache mit einem Infektiologen möglich 	
Nasszelle / Toilette	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nasszelle und Toilette des eigenen Zimmers benützen ▪ Keine öffentlichen Toiletten in der Institution benützen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nasszelle / Toilette des eigenen Zimmers benützen ▪ Falls Nasszelle / Toilette auf dem Gang: für andere Bewohner sperren ▪ Keine öffentlichen Toiletten in der Institution benützen
Geräte, Hilfsmittel, Pflegeutensilien, Inventar (z.B. Bett, Matratze, Rollstuhl, Rollator, Waage, Behandlungswagen)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bewohnerbezogen einsetzen ▪ Nach Gebrauch mit einem wirksamen Flächendesinfektionsmittel wischdesinfizieren ▪ Nicht notwendiges Material nicht ins Zimmer nehmen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bewohnerbezogen einsetzen ▪ Nach Gebrauch mit einem wirksamen Flächendesinfektionsmittel wischdesinfizieren ▪ Nicht notwendiges Material nicht ins Zimmer nehmen ▪ Behandlungswagen nicht ins Zimmer nehmen oder fix dort belassen ▪ Tablets, Notebooks oder Mobiltelefone nicht ins Zimmer nehmen
Materialien (z.B. Pflegematerial, Einwegmaterial)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei Austritt oder Verlegung entsorgen oder dem Bewohner mitgeben (ggf. korrekt wischdesinfizieren) 	



1) Risikofaktoren: offene Wunden, Drainagen, Tracheostoma, Dauerkatheter, Immunsuppression

Aktueller Stand

- Übersetzung beim KAZA,
- voraussichtliche Publikation Mitte Februar
- Für Eilige: per Mail von infektiologie@spitalstsag.ch

Kurz, kürzer oder gar nicht?

Kurz, kürzer oder gar nicht?

Infektion	Früher Standard	Evaluiert	Gar nicht
Unkomplizierte Cystitis		3d Bactrim, Einmaldosis Fosfomycin	Symptomatische Therapie möglich
Pyelonephritis	14d	7d (Chinolon)	-
Sepsis mit gramnegativen Keimen	14d	7d	-
Ambulant erworbene Pneumonie	7 - 10d	5d (falls klinische Verbesserung und afebril)	-
Weichteilinfekt, Erysipel	7 – 14d	5d	-
Streptokokken-pharyngitis	10d	3 – 6d	möglich (ohne Warnzeichen)

