

Obesitas hos förlossningspatienter

Revidering

Inget nytt, bara innehållsgranskat och uppdaterat.

Sammanfattning

Handläggningsrutiner för kvinnor med BMI över 35 vid inskrivningen på MVC eller aktuell vikt på över 120 kg inför partus.

Förutsättningar

Förekomst av obesitas i populationen har ökat kraftigt de senaste decennierna. År 2021 hade 28,4% av samtliga kvinnor som skrevs in på MVC i Sverige övervikt (BMI 25,0–29,9) och 16,8% obesitas (BMI \geq 30). Andelen av övervikt + obesitas har ökat från 40% år 2015 till 45% år 2021. Förekomsten av komplikationer kopplade till övervikten ses allt oftare på våra förlossningsavdelningar.

Bakgrund

Epidemiologiska data har visat ett samband mellan högt BMI vid graviditetens början och kraftigt ökad maternell risk för graviditetsdiabetes, graviditetsinducerad hypertoni och preeklampsi. För den blivande modern med obesitas är risken för trombos och hjärt-kärlsjukdom påtagligt ökad. För det väntade barnet ökar risken för intrauterin fosterdöd, accelererad fostertillväxt (LGA=large for gestational age) och komplikationer direkt kopplade till preeklampsi framför allt i form av försämrad placentafunktion.

I samband med själva förlossningen kan skulderdystoci och därmed ibland plexusskador uppstå på grund av stort foster och värksvaghet. Primär värksvaghet har visat sig vara vanligt hos den här gruppen kvinnor. Det är vanligare med induktioner, planerade kejsarsnitt och akuta kejsarsnitt än i normalpopulationen. Induktioner misslyckas betydligt oftare än hos kvinnor med normal vikt. I efterförloppet till kejsarsnitt uppstår ofta sårinfektioner och sårruptur. Av rent fysikaliska skäl vid fetma är övervakningen via ultraljud, extern CTG, extern värkmätning samt yttre palpation försvårad, vilket kan ödelägga diagnostiken vid alarmerande förlossningsförlopp.

Anläggandet av förlossningsanalgesei/anestesi i form av EDA/spinal kan vara tekniskt svårt. I samband med generell narkos är riskerna kraftigt ökade bland annat i form av intubationssvårigheter med risk för aspiration av maginnehåll vilket kan orsaka livshotande aspirationspneumonier.

Genomförande

Vid förlossning

- Ansvarig anestesiläkare kontaktas vid inkomsten till förlossningen.
- Ge T omeprazol/ranitidin 20 mg per os när patienten är i gång i förlossningsarbete i syfte att höja magsaftens låga pH.
- Frikostig användning av abdominellt ultraljud i samband med inkomsten i syfte att säkert kunna bestämma fosterläge.
- Intravenös venväg sätts tidigt under förlossningsförloppet. Kvinnan är ofta svårstucken, varför det är en fördel att sätta nål i lugnt skede.
- Föreslå EDA för kvinnan. EDA anläggs med fördel tidigt i förloppet men aktiveras vanligen först då förlossningen är ordentligt i gång. EDA gör att vi säkrar en möjlighet till relativt snabb anestesi vid eventuellt akut sectio eller annan akut obstetrisk åtgärd.
- Värksvaghet är vanligt och oxytocin i sedvanlig dosering är ofta otillräckligt. Värdera därför värkarnas frekvens och förlossningsprogressen palpatoriskt och var beredd att gå upp i oxytocinondos för att få optimal effekt.

- Kvinnorna bör använda sina kompressionsstrumpor under (och efter) förlossningen.
- BMI ≥ 30 men < 40 ger 1 riskpoäng för trombos, kontrollera andra riskfaktorer om indikation av trombosprofylax finns.
- **Kvinnor med BMI > 40** vid inskrivning på MVC bör få **trombosprofylax** direkt efter förlossningen och under puerperiet; **sex veckor**, även om inga andra VTE-riskpoäng föreligger. Första dosen lågmolekylärt heparin ges vanligtvis två timmar efter att EDA kateter är avlägsnad. Första dygnet ges antitrombosprofylax (inj. dalteparin (Fragmin®) 2500 IE s.c. alternativt tinzaparin (Innohep®) 2500 IE s.c. var 12:e timme, därefter inj. dalteparin (Fragmin®)/tinzaparin (Innohep®) i dosering enligt nedan: baseras på postpartumvikt enligt vägning på BB.
 - 91–130 kg: inj. Fragmin® 7500 IE s.c. x 1 alt. inj. tinzaparin (Innohep®) 8000 IE s.c. x 1
 - 131–170 kg: inj. dalteparin) Fragmin® 5000 IE s.c. x 2 alt. inj. tinzaparin (Innohep®) 4500 IE s.c. x 2
 - Vid andra riskfaktorer (t.ex. preeklampsi, APC-resistens, tromboshereditet) kan det vara aktuellt med trombosprofylax även vid BMI < 40 – bedöms enligt Hem ARG:s riskscore, se riktlinje [Trombos – profylax, diagnostik, behandling under graviditet och förlossning](#), sid 3.

Sectio

- Två vana operatörer vid operationen. Om hög belastning i övrigt på förlossningsavdelningen bör om möjligt extrahjälp kallas in. Sedvanlig Joel-Cohen incision är att föredra.
- Extra stora hakar åt sidorna och nedåt samt gärna en extra hake som sätts i snittets kraniella del och dras uppåt. Traxi® (Panniculus retractor) film kan användas för att lyfta buk fett upptill.
- Fascian sys med PDS.
- Två rader subkutan sutur (t.ex. första raden enstaka, andra raden fortlöpande) vilket minskar risken för serom.

- Vid både elektiva och akuta sectio ges trombosprofylax (dalteparin (Fragmin®)/tinzaparin (Innohep®)) med dosering och behandlingstid enligt föregående stycke.

BB-tid

- Morgontemperaturen kontrolleras dagligen p.g.a. den kraftigt ökade infektionsrisken.
- Patienten ska uppmuntras till tidig mobilisering. Stödstrumpor.

Utskrivning

- Vid utskrivningen informerar obstetrikern kvinnan extra noggrant om tecken på specifika komplikationer (infektioner, trombossjukdomar). Kvinnan uppmanas att vara fysiskt aktiv och ta promenader om möjligt.
- Fortsatt användning av stödstrumpor under 12 veckor.
- Trombosprofylax enligt sid 2.

Diagnoskod

E66.9 Fetma ospec. (sätts på patienter med BMI \geq 30 i tidig graviditet)

Z51.8 Trombosprofylax

Referens

Graviditetsregistret Årsrapport 2021:

[GR Årsrapport 2021_3.0.pdf](#)

Socialstyrelse:

[Risker med övervikt och fetma vid graviditet](#)

Dokumentinformation

För innehållet svarar:

Stina Berver, specialistläkare, kvinnokliniken, SÄS, Borås

Fastställt av:

Karolina Andersson, verksamhetschef, kvinna och barn, SÄS, Borås

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Nyckelord:

Obesitas, förlossning, BMI över 35, trombosprofylax

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kvinnoklinik

Innehållsansvar: Stina Berver, (stibe5), Specialistläkare

Godkänd av: Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

Dokument-ID: SAS9641-1173499273-126

Version: 7.0

Giltig från: 2025-04-07

Giltig till: 2027-04-02