

Gäller för: Kvinnoklinik

Innehållsansvar: Natalia Ödman, (natod1), Överläkare

Godkänd av: Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-01-28

Giltig till: 2027-01-20

# Postpartum – riskbedömning och medicinska kontroller

## Sammanfattning

I Sverige föds ca 112 000 barn per år och ungefär 70 % av förlossningarna är okomplicerade. Vården efter förlossning behöver vara individuellt anpassad med hänsynstagandet till flera faktorer. Utifrån dessa faktorer riskgrupperar vi patienter och bedömer vilken vårdnivå den enskilda kvinnan kommer att behöva.

### Innehållsförteckning

Postpartum – riskbedömning och medicinska kontroller .....	1
Sammanfattning .....	1
Förutsättningar .....	2
Lågrisk/grön .....	2
Riskpatient/gul .....	2
Högrisk/röd .....	3
Genomförande .....	4
Medicinska kontroller .....	4
Dokumentinformation.....	9
Referensförteckning.....	9

## Förutsättningar

### Lågrisk/grön

#### Kriterier:

- Tidigare väsentligen frisk mor
- Okomplicerad graviditet med normal barnvikt
- Okomplicerad förlossning enkelbörd från och med vecka 37

Lågrisk/grön patient kan få gå hem inom 6 - 24 timmar postpartum om ”medicinska kontroller”, beskrivna på sid 4 samt checklistan ”Hemgång 6 – 24 timmar efter förlossningen – checklista för barnmorska och barnläkare, SÄS”, är godkända. Med godkända medicinska kontroller menas normala vitala parametrar (andning, blodtryck, puls, temp samt adekvat blödning/avslag och självständig adekvat miktion).

### Riskpatient/gul

Inläggning på BB rekommenderas om patienten behöver observation och/eller medicinsk intervention eller tidig post partum samtal. Patient som bedöms vara riskpatient pga psykosocial anamnes och/eller BB-vistelse pga. barnets indikation, bör inte kräva ”medicinska kontroller” längre än 6 – 24 timmar efter partus.

#### Kriterier för riskpatient/gul:

##### 1. Särskild psykosocial anamnes

Komplicerad social situation (t ex ensamstående, bristande kontaktnät, våld i hemmet, missbruk under aktuell graviditet, misstanke om anknytningsproblem). Ålder <18 år eller >40 år och förstföderska.

##### 2. Interkurrenta sjukdomar

- Graviditetsdiabetes (d.v.s. Whiteskalan A och AB) samt även Whiteskalan B, C, D (olika lång sjukdomsduration av diabetes typ I med endast lindriga kärlkomplikationer).
- Hjärt- och kärlsjukdom utan behov av varken medicinering eller särskild övervakning (ej tidigare hjärtsvikt, ej tidigare arytmier, ej nedsatt hjärtats pumpfunktion: EF >40% ).
- Lindrig till måttlig psykisk sjukdom.
- Njursjukdom med normal eller lätt förhöjd s-kreatinin men <125µmol/l.

- Inflammatorisk tarmsjukdom under kontroll.
- Systemsjukdom.
- Malignitet (kräver individuell planering, var god se antenatalmottagningsanteckningar).
- Hudsjukdomar (impetigo herpetiformis kräver behandling och observation avseende maternella komplikationer: kramper, delirium, hjärt- och njursvikt; erythema nodosum gravidarum och graviditetspemfigoid kräver behandling men kan ev. remitteras ut till hudspecialist).
- Thyreoidea sjukdomar som behöver handläggning postpartum (till exempel ingen planering sedan tidigare).

### 3. Graviditet och förlossning

- PE och hypertoni.
- Graviditetskomplikation (JJ-kateter, pyelonefrit, bukoperation under graviditet, immobilisering på grund av foglossning eller benfraktur, symptomgivande hemorrojder osv).
- Kejsarsnittsförlossning.
- Instrumentell förlossning.
- Traumatisk förlossning.
- Infektion utan feber (t.ex. GBS, hepatit, HIV, herpes osv).
- Flerbörd.
- Vattenavgång >18 timmar i fullgången tid (om patienten inte är GBS-bärare och ingen komplikation inträffat, kan konverteras till ”Grön”).
- Korioamnionit.
- Förlossning innan vecka 37 + 0.
- Blödning > 1000 ml (blödning >2000ml ger röd riskpoäng).
- Omfattande bristning (grad 3 och 4 samt grad 2 eller perineotomi med större hematom).
- Medicinering som kan påverka barnet.
- Om 3 eller > riskfaktorer för VTE föreligger.
- Om inskrivnings BMI >40
- Tolkbbehov.
- Bröstopererade mammor/eventuellt amningsproblem.

## Högrisk/röd

Observation enligt läkarbedömning/planering. Läggs alltid in på BB för medicinsk intervention samt post partum samtal. Patientansvarig läkare (förlossningsläkare eller BB-läkare) utfärdar tydlig planering inför BB-vistelse.

### Kriterier för högriskpatient/röd:

- Svår PE, svår hypertoni, eklampsi, HELLP-syndrom som är stabila (har stabiliserats på IVA eller förlossningsavdelning).

- Oklar feber peripartalt och/eller postpartum (risk för sepsis).
- Blödning >2000ml (risk för cirkulatorisk påverkan och koagulopati).
- Fördröjd postpartum blödning, rikligt avslag.
- Buksmärta.
- Svår huvudvärk. Postspinal huvudvärk.
- Komplicerad sectio.
- Andnöd eller thoraxsmärta.
- Smärta, rodnad eller svullnad i ben (risk för ben- eller bäckentrombos).
- Urinretention.
- Medicin- eller observationskrävande hjärt-kärlsjukdomar (högre mortalitetsrisk vid tidigare hjärtsvikt eller arytmi eller EF <40 %).
- Insulinbehandlad diabetes med njur- eller andra uttalade kärlkomplikationer (Whiteskalan F).
- Interkurrenta sjukdomar som inte är under kontroll, till exempel SLE, morbus Crohn, ulcerös kolit, epilepsi.
- Njursjukdom med nedsatt njurfunktion med s-kreatinin >125 µmol/l.
- Njurtransplanterad patient (risk för PE, hypertoni, infektioner, avstötningsreaktion).
- VTE under graviditet.
- Svår depression med suicidrisk/psykos eller anamnes på psykos.
- Kombination av eventuellt flera ”gula” riskfaktorer

## Genomförande

### Medicinska kontroller

#### A

**Andning. Andningsfrekvens vid ankomst, därefter 1 gång/dag om läkare ej ordinerat annat, framförallt:**

- Hos sectio patienter.
- Feber under förlossning och postpartum.
- Känd hjärtsjukdom (dyspné + taky- eller arytmi kan vara tecken på begynnande hjärtsvikt).
- Lungsjukdomar (till exempel svår astma, rökning).
- Känd trombosbenägenhet (till exempel pågående Fragmin-behandling).
- Normal andningsfrekvens i vila 12 - 16/min och kontrolleras 1 ggr/dag. Vid dyspné bedöms patienten enligt M-NEWS-skala innan läkare kontaktas för en bedömning. O-[NEWS 2-Bedömningssystem för vitalparametrar \(vg.region.se\)](https://www.region.se)

## B

### Blodtryck, puls och temp.

1. Blodtryck mäts inom 4 timmar efter partus, helst utan aktuell blodtrycksmedicinering om situationen tillåter. Därefter utvärdering om blodtrycksmedicinering fortfarande är aktuell. Vid svår PE/graviditetshypertoni rekommenderas: fortsatt insatt antihypertensiv behandling minst två dygn post partum, minska behandlingen successivt när blodtryck understiger 130/80 mm Hg.
2. **Målbloodtryck efter partus är <140/90.** Blodtryck >140/90 <150/100 vid ett tillfälle kan accepteras om patienten inte har några subjektiva symtom (huvudvärk, ont under höger arcus). I så fall skall det följas upp redan inom 2 timmar. Vid upprepade blodtryck  $\geq$  140/90 skall patienten sättas in på blodtrycksmedicinering.
3. Vid preeklampsi/graviditetsinducerad hypertoni/kronisk hypertoni utan medicinering: blodtryck och puls kontrolleras 2 ggr/dygn, vid medicinering upp till 4 ggr/dygn. Rekommenderad vårdtid 2 - 3 dagar.
4. **Vid svår preeklampsi/eklampsi/svår hypertoni** kontrolleras blodtryck initialt 4 ggr/dygn. Rekommenderad vårdtid postpartum minst 4 dygn. För val av antihypertensiv medicinering, se PM ”preeklampsi”.

### Förstahandsval:

- Labetalol (trandate) 100 – 400 mg po 2 - 4 gånger dagligen **eller** depåtablett Metoprolol 50 – 100 - 200 mg 1 gång dagligen (eventuellt Seloken ZOC, Metoprolol). OBS! Försiktighet till kvinnor vars barn löper större risk för hypoglykemi och bradykardi (prematura, FGR/SGA).
- Nifedipin (adalat) 10 – 40 mg po 1 – 2 gånger dagligen, men helst som depåtablett Nifedipin (Adalat Oros) 20 – 60 mg po 1 gång dagligen. Det är på grund av problem med recept på vanlig tablett Nifedipin.

### Andrahandsval (och fram för allt vid kroniska tillstånd/misstanke om kroniskt tillstånd):

- Enalapril (Renitec) startdos 5 mg x 1 per os, maxdos 20 mg x 1.

Det finns ingen plats för ”kontinuerlig **vid behovs**” **medicinering** mot hypertensiva tillstånd postpartum. Om man behöver ordinera extra tablett mot högre blodtryck, skall det antingen ingå i BT-basmedicinering eller sättas ut inom kort.

5. Utskrivning kan ske om minst två blodtrycksmätningar ligger <140/90.
6. Vid preeklampsi med organpåverkan/ HELLP/ Graviditetsrelaterad fettlever AFLP följs prover tills värdena ”vänt”. Inför utskrivning planeras uppföljande provtagning, tex med 2 veckors intervall tills värdena är normala förslagsvis via MVC, vilket ska meddelas dit. Om inte transaminasstegring helt normaliserats inom 6 veckor (mycket sällsynt) ska patienten remitteras för fortsatt uppföljning via hepatolog. Patienten kan aviseras via söndagslistor. Länk till sidan 27 [Hypertensiva tillstånd under graviditet \(vgregion.se\)](http://vgregion.se).

### **Praktiska riktlinjer inför hemgång:**

Länk till sidan 29 - 30 ”uppföljning post partum” [Hypertensiva tillstånd under graviditet \(vgregion.se\)](http://vgregion.se)

Blödning/uterusbedömning: Uterus palperas och skall vara väl kontraherad, avslag ska inte vara rikligare än medelriklig mensblödning. Berätta för patienten om normal avslagsmängd, om livmoderns normala återbildning samt eftervärkar. Eventuellt behov av smärtlindring och värme.

Vid kraftigare blödning:

- Tillkalla hjälp och läkare, ta fram ”blödningslåda”. Lagg patienten med sänkt huvudända, massera uterus.
- Aortakompression vid kraftig blödning skall tillämpas
- Sätt in två intravenösa nålar och koppla 1000 ml Ringer-Acetat i snabb takt.
- Ge injektion Oxytocin (Oxytocin) 1 ml iv eller 1 ml im
- Ge injektion Metylergometrin (Methergin) 1 ml iv (OBS! kontraindicerat vid hypertoni och PE).
- Ge injektion Tranexamsyra (Cyklokapron) 1 g i v
- Kontrollera att urinblåsan är tom, sätt KAD. Full urinblåsa ökar risken för uterusatoni.
- Om dålig effekt av Oxytocin (Oxytocin) och Metylergometrin (Methergin), ge tablett Misoprostol (Cytotec) 2 stycken sublingualt, alternativ 4 stycken per rektum.
- Vidare handläggning enligt läkarordination (var god se riktlinje ”Postpartum – blödning”). Ställningstagande till vård på förlossning

**Blåsan.** Yttre palpation av urinblåsan och uppgift om att blåsan inte är tömd inom 4 timmar postpartum ska inge misstanke om urinretention. Be patienten kissa och kontrollera därefter med bladderscan (var god se

riktlinje [”Postpartum – urinretention”](#). KAD-kateter efter sectio dras när spinal bedövning har avtagit, det vill säga cirka 6 timmar till högst 12 timmar postpartum.

**Bukinspektion** (sår/förband) efter sectio inspekteras 1 gång/dag. Byts enligt rutiner vid tecken på infektion eller blödning. Tag bort efter cirka 1 vecka. Om steriliteten vid utskrivning har brutits får man byta förband dagligen.

**Bristning** bör inspekteras vid utskrivning. Vid uttalad svullnad kan isbinda erbjudas första dygnet. Viktigt med adekvat smärtlindring. Glöm ej ”bristningspärm” för patienter med perineal bristning grad 3 – 4. För hjälp med bedömning av bristning var god se riktlinje [”Perineala bristningar samt perineotomi i tidig postpartum period”](#).

## M

**Mediciner** (punkt 1 - 2 justeras inom första 4 timmar på BB och därefter minst 1 gång dagligen vid rondens):

1. Smärtlindring vid sectio och större bristningar grad 2-3-4 samt POS (Alvedon 500 mg 2x4 + Ibumetin 400 mg x4). Vid överkänslighet mot NSAID, kan ibuprofen (Ibumetin) ersättas av att paracetamol (Alvedon) byts mot kodein + paracetamol (Panocod). Vid sectio under narkos kan vid behov enstaka injektioner Morfin ordineras första dygnet.
2. Trombosprofylax/ behandling:
  - Börja med kompressionsstrumpor.
  - Avvakta med trombosprofylax vid pågående blödningskomplikation, stabilt läge avseende blödning minst 6 - 12 timmar innan dalteparin (Fragmin) ges. Ge initialt 2500 E var 12:e timma.
  - Avvakta med farmakologisk trombosprofylax vid svår kontrollerat blodtryck.  $\geq 160/100$  mm Hg på grund av ökad risk för intrakraniell blödning.
  - Alltid trombosprofylax efter sectio enligt PM.
  - Vid sectio och HELLP ges trombosprofylax minst en vecka och kan vara aktuellt vid andra riskfaktorer såsom blodtransfusionskrävande anemi, stor blödning och antitrombinbrist och så vidare.
  - Annan ökad risk/risker för venös tromboemboli (planeras under graviditet via antenatalmottagning).
  - BMI  $>40$  enligt PM (se PM obesitas hos förlossningspatienter).

3. Bulkmedel. Obligatoriskt vid sfinkterskada och generöst vid större bristningar; kan även erbjudas till övriga vid problem med förstoppning.
  4. Rh-profylax helst inom 48 timmar, senast 72 timmar.
  5. Eventuellt Levaxinjusteringar postpartum (var god se motsvarande riktlinje).
  6. Diabetes medicinering och uppföljning efter partus:
    - Vid diabetes typ 1 strax efter partus ges pregravida insulindoser, eventuellt även lägre. Observera hypoglykemisk i anslutning till att laktation kommer i gång 1 – 2 dygnsprofiler bedöms av läkare innan hemgången. Tid till ordinarie diabetesmottagning ska bokas inom 4 - 6 veckor postpartum.
    - Vid typ 2 diabetes postpartum behöver patienten ha kvar sin Metformin eller insulinbehandling i pregravid dos. Kvinnor som står på Metformin kan amma. 1 – 2 dygnsprofiler bedöms av läkare innan hemgång. Patienten remitteras till vårdcentral för fortsatt uppföljning. [”Diabetes typ 2 under graviditet samt graviditetsdiabetes – Handläggningsrutiner SÄS”](#)
    - Vid läkemedelsbehandlad graviditetsdiabetes avslutas läkemedelsbehandling direkt efter förlossning. Första dagen postpartum görs en ny plasmaglukosprofil på normal kost (alternativt kan göras i hemmet av patient). Samtliga patienter med GDM remitteras till VC via MVC.
  7. Eventuell anemibehandling (se riktlinje [”Järninfusion under graviditet och postpartum samt efter stor blödning”](#)). Hb tas inför första rondan hos följande patienter:
    - Efter sectio eller annan bukoperation.
    - Vid blödning > 500 ml peripartalt och/eller svimningskänsla, takykardi, dyspné post partum.
    - Alla patienter efter manuell placentalösning.
    - Vid Hb <= 100 före partus.
    - Rubellavaccination. M-M- RVAXPRO (Priorix) som numera används, är ett vaccin som samtidigt skyddar mot röda hund, mässling och påssjuka. Att modern tidigare haft någon av dessa sjukdomar är inget hinder för vaccination. Obs kontraindikationer:
    - Plasma- eller blodtransfusion. Rubella-vaccination rekommenderas tidigast 3 månader efter Rhesonativdos. Remiss till vårdcentral får utfärdas av BB-läkare.
    - Känd allergi mot vaccinet, ägg eller neomycin.
    - Känd immuninsufficiens eller behandling med immunosuppressiva medel.
- Punkt 3 - 8 behöver inte justeras mitt i natten men bör tas upp vid rondan.

## V

Vikt kontrolleras inför första rondan på alla patienter med BMI > 40 vid in-skrivning [”Obesitas hos förlossningspatienter”](#)).

## Dokumentinformation

För innehållet svarar

Natalia Ödman, överläkare inom gynekologi och obstetrik

Fastställt av

Erica Cedervret Nilsson

Nyckelord

Riskbedömning, postpartum, blodtryck, urinretention, blödning

## Referensförteckning

1. SFOG Rekommendationer för vård efter förlossning för modern och bar-net 2013
2. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and re-tained placenta
3. SFOG ARG-rapport N72 Preeklampsi 2014
4. Decreased rates of nosocomial endometritis and urinary tract infection after vaginal delivery in a French surveillance network, 1997-2003. Ayzac L1, Caillat-Vallet E, Girard R, Chapuis C, Depaix F, Dumas AM, Gignoux C, Haond C, Lafarge-Leboucher J, Launay C, Tissot-Guerraz F, Vincent A, Fabry J; Mater Sud-Est Study Group Official.
5. Acta Obstet Gynecol Scand. 1999 Jan;78(1):33-6. Manual removal of the placenta. Incidence and clinical significance. Tandberg A1 , Albrechtsen S, Iversen OE.
6. Obstetrik. Henrik Hägberg, Karel Marsal, Magnus Westgren. 2008.
7. [www.medscinet.se/infreg](http://www.medscinet.se/infreg)

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Riktlinje

**Gäller för:** Kvinnoklinik

**Innehållsansvar:** Natalia Ödman, (natod1), Överläkare

**Godkänd av:** Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SAS9641-1173499273-141

**Version:** 17.0

**Giltig från:** 2025-01-28

**Giltig till:** 2027-01-20