

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Giltig från: 2025-02-27

Innehållsansvar: Lisa Parén, (lisjo19), Överläkare

Giltig till: 2027-02-27

Granskad av: Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Feber under förlossning

Revideringar i denna version

2025-02-17

-temp mäts enligt klinikens rutiner, rektaltemp ej förstahandsval.

-förtydligande att vid feber skall Ringer-acetat gå in på ca 30 minuter och strax därefter skall tempen omkontrolleras utan dröjsmål.

Syfte

Ökad medicinsk säkerhet för mor och barn i samband med feber under förlossning.

Bakgrund

Temperatur – definitioner

Normal maternell temperatur: $\leq 37,4^{\circ}\text{C}$. Sub-feber: $37,5 - 37,9^{\circ}\text{C}$. Feber: $\geq 38^{\circ}\text{C}$. Temperaturen mäts enligt klinikens rutiner.

Icke infektiösa orsaker till feber

EDA, dehydrering, varmt bad/dusch, hög rumstemperatur, misoprostol (Cytotec/Angusta).

Hur EDA orsakar feber är ofullständigt känt, men effekten tros uppstå via en (icke infektiös) inflammatorisk reaktion. Risken för feber ökar med durationen av EDA; <6 tim 7% utvecklar feber; >18 tim 34%. Även hypertermi utan infektiös orsak är kopplat till försämrat barnutfall.

Infektiösa orsaker till feber

Chorioamnionit

Chorioamnionit debuterar vanligen efter vattenavgång. Viktigaste riskfaktorerna är långvarig vattenavgång, långdragen förlossning och

många vaginalundersökningar (>5-6). Chorioamnionit kan även föregå och/eller vara orsak till vattenavgång eller värkar. Förekomsten uppskattas till 1–2% av förlossningar i fullgången tid och 5–10% av prematurförlossningar. Chorioamnionit gör fostret mer känsligt för syrebrist och ökar risken för hjärnskada.

Klinisk definition: Temperatur $\geq 38^{\circ}\text{C}$ och minst två av följande:

- Maternell takykardi > 100 slag per minut.
- Fetal takykardi > 160 slag per minut.
- LPK > 15 .
- Ömhet över uterus.
- Illaluktande fostervatten/flytning.

Annan fokal eller systemisk infektion

Pyelonefrit, pneumoni, influensa, appendicit etc.

Utförande

Initiala åtgärder vid feber

- Infundera 1000 ml Ringer-acetat på ca 30 minuter
- Svalka av patienten (upp ur eventuellt bad).
- Kontrollera om temp strax efter Ringer-acetat gått in

Om tempen normaliserats (utan febernedsättande läkemedel), avvakta ytterligare åtgärd, fortsatt observans för eventuell feber. Vid högfebril eller allmänpåverkad patient tillkallas läkare utan att invänta effekten av Ringer-Acetat.

Handläggning

Kvarstående feber trots iv vätska kräver läkarbedömning av patienten, ställningstagande till orsak och åtgärd. Börja med att ta ställning till om det föreligger infektionsmisstanke.

Feber utan infektionsmisstanke

Åtgärder

- Paracetamol 1g i.v.
- Parenteral vätsketillförsel - Ringer-Acetat.
- Svalka av patienten.
- Bensylpenicillin 3g x4 i.v. (vid pc-allergi klindamycin 900mg x3 i.v.) som GBS-profylax.

Förväntad effekt (normalisering av temperatur) inom 20-30 minuter.

Vid fortsatt feber utan specifik infektionsmisstanke:

- Planera för vaginal förlossning om CTG är normalt eller avvikande och progressen är god. Använd oxytocin med försiktighet och efter noggrant övervägande. Sectio på liberal indikation vid icke normal CTG eller tveksam progress.

Feber med infektionsmisstanke

När kriterier för chorioamnionit är uppfyllda

Indikation för snar (men inte omedelbar) förlossning.

Åtgärder vid misstanke om chorioamnionit

- Odlingar – blod, vaginalsekret/fostervatten.
- Grov PVK, helst 2 st.
- Antibiotikabehandling påbörjas omgående efter odling. Förstahandsval Cefotaxim 1g x4 i.v. (≥vecka 34). Se f.ö. PM [Antibiotika under graviditet](#). Eventuella alternativ diskuteras med infektionskonsult.
- Paracetamol 1g i.v.
- Parenteral vätsketillförsel – Ringer Acetat.
- O-NEWS-score, OBS sepsis!

Förlossning vid feber med infektionsmisstanke

- Planera för vaginal förlossning om CTG är normalt eller avvikande och progressen är god. Använd oxytocin med stor försiktighet och noggrann övervägning.
- Om oxytocinstimulering pågår skall patient med misstänkt infektiös feber klassas som högriskpatient.
- Observera att skalpblodprov inte ger information om graden av infektion hos fostret.
- Sectio på liberal indikation vid icke normal CTG eller tveksam progress.

Efter förlossning

- Inför flytt till BB skriver läkare plan för fortsatt handläggning. Om ingen infektionsmisstanke föreligger avslutas antibiotika i Melior.
- Vid ev chorioamnionitmisstanke informeras barnläkare för uppföljning av barnet.
- Eventuellt odling från placenta/fosterhinnor.

Hållpunkter för annan fokal eller systemisk infektion

För tillståndet sedvanlig utredning, behandling, övervakning. OBS Sepsis! Handläggning av förlossningen är beroende av övriga omständigheter, individuellt ställningstagande.

Bilagor

Bilaga 1. [Flödesschema](#)

Ansvar

Gäller för all personal inom Verksamhetsområde Obstetrik, SU. Ansvar för spridning och implementering har VEC/VÖL. Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar och lagar.

Uppföljning, utvärdering och revision

Ansvarig för revision: Lisa Parén, överläkare. Verksamhetschef ansvarar för uppföljning av innehållet i rutinen. Medvetet avsteg från rutinen kopplat till patient dokumenteras i Obstetrix/Melior. Övriga orsaker till avsteg rapporteras i MedControl PRO.

Granskare

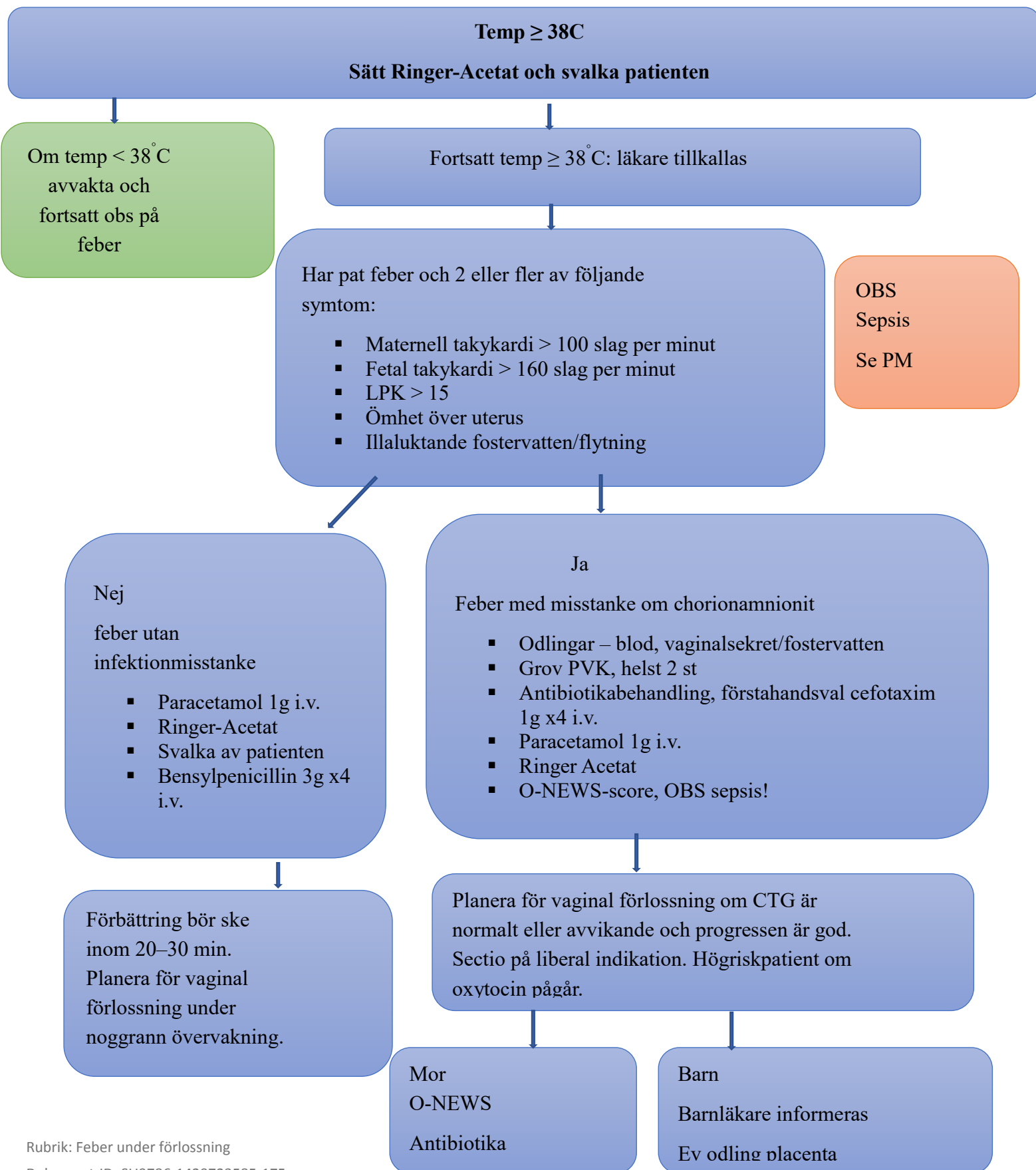
Lena Otterlind, VÖL. Hanna Friberg VÖL, Linda Rilby KPO, Carina Jung KPO, Lisbeth Rörfeldt KPO, Anna-Karin Ringqvist
Verksamhetsutvecklare

Medicinsk rådgivare

Erica Ginström Ernstad, medicinsk ledningsansvarig, sektionschef obstetrik SU

Bilaga 1

Flödesschema



Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Innehållsansvar: Lisa Parén, (lisjo19), Överläkare

Granskad av: Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9786-1429723585-175

Version: 11.0

Giltig från: 2025-02-27

Giltig till: 2027-02-27