

Administrering av intravenöst järn till gravid i andra och tredje trimestern

Innehåll

Förändringar sedan föregående version.....	2
Bakgrund och syfte	2
Utförande.....	2
Arbetsrutin Intravenöst järn på Mottagning för gravida och nyförlösta.....	3
Dosering	4
Administrering av läkemedel	4
Övervakning	4
Hantering av överkänslighetsreaktioner.....	5

Förändringar sedan föregående version

Nytt styrdokument som ersätter styrdokumentet "Järn – intravenös behandling".

Bakgrund och syfte

Intravenös järnbehandling är en effektiv metod vid järnbristanemi, men medför även risk för biverkningar såsom allergiska reaktioner och så kallad Fishbane-reaktion. Behandlingen kräver mer resurser jämfört med peroral järnterapi, vilket gör att patienturvalet måste ske med noggrann selektion. För gravida krävs särskild hänsyn till både den gravida och fostret. Därför ges intravenöst järn till gravida enbart i sjukhusmiljö.

Utförande

Indikation för intravenöst järn efter graviditetsvecka

20+0 och före graviditetsvecka 37+0

- Hb \leq 95
- Mikrocytär anemi
- Ferritin lågt \leq 15
- Järnbrist är den mest sannolika orsaken till anemin
- Möjligheterna till per oral järnbehandling är uttömda, det vill säga patienten har prövat flera olika sorter med god compliance.
- Anemisyntom såsom trötthet, hjärtklappning och andfåddhet
- Tiden till förväntad förlossning bör vara tillräckligt lång för att patienten ska kunna tillgodogöra sig intravenöst järn. För full effekt krävs cirka 4 veckor. Behandling ges inte utan särskilt övervägande efter graviditetsvecka 37+0 eftersom risken för att patienten kommer i värkarbete innan behandlingen haft effekt då är stor. I fall där det förväntas att svårighet att ta per oralt järn kvarstår postpartum kan intravenöst järn ges på BB om inte blodtransfusion givits.
- Patienten har fått information om risken för biverkningar i samband med intravenöst järn
- Patienten samtycker till att få intravenöst järn.

På remiss till MGN

Barnmorska skriver remiss till KK (MGN).

Information på remissen:

- Vikt (pregravid), längd och BMI
- BPU
- Aktuellt Hb och ferritin - Information om att indikationerna för järn är uppfyllda.

- Riskfaktorer för allergisk reaktion: annan allergi, svår astma, atopiskt eksem eller annan kronisk/akut inflammation (till exempel reumatisk sjukdom, SLE, Morbus Crohn) samt vilken risk-nyttavärdering som gjorts i förhållande till dessa.
- Behov av tolk.

Inga recept utfärdas av läkare på barnmorskemottagningen (BMM) utan läkemedel tillhandahålls av Mottagning för gravida och nyförlösta (MGN)

Patienten ska ha fått muntlig och skriftlig information om behandlingen på BMM.

Behandling

Intravenöst järn administreras som engångsdos om 1000 mg (om patienten inte väger mindre än 50 kg vid inskrivning, då krävs individuell dos, maxdos 20 mg/kg).

Utvärdering av behandlingseffekt

- Hb kontrolleras på BMM efter 10–14 dagar. Hb förväntas då ha stigit med 1 g/dag (det vill säga 10-14 g).

Om Hb stigit tas nytt Hb efter ytterligare 2 veckor.

Om Hb inte stigit på förväntat sätt behöver läkare konsulteras för att utvidga provtagningen och omvärdera diagnosen alternativt fundera på om patienten förlorar blod någonstans.

Arbetsrutin Intravenöst järn på Mottagning för gravida och nyförlösta

När patienten kommer

- Läkaren på antenatalmottagningen ordinerar läkemedlet i Melior
- Kontrollera puls, POX och blodtryck (för att ha ett utgångsvärde i händelse av reaktion)
- Sätt pvk i höger eller vänster armveck (ej handrygg). Kontrollera backflödet. Spola rikligt med NaCl. Kontrollera insticksstället flera gånger under tiden infusionen pågår.

Dosering

Dosering baseras på pregravid vikt

Vikt	Dos järn(III)isomaltosid (Monofer®)
<50 kg	Individuell dosering, max 20 mg/kg kroppsvikt
50-70 kg	1000 mg (=10 ml Monofer® 100 mg/ml)
>70 kg	1500 mg (=15 ml Monofer® 100 mg/ml)

Administrering av läkemedel

Monofer ska ges i ett rum där det finns en brits

Järndosen spädes i 100 ml NaCl 9 mg/ml (risken för biverkningar ökar om du späder i större mängd).

Förfyll inte aggregatet/slangen med NaCl utan anslut järnlösningen direkt, då högre spädningsfaktor minskar stabiliteten i järnkomplexet. Inga andra intravenösa spädningslösningar eller läkemedel får användas.

Starta infusionen långsamt och öka successivt hastigheten.

Vid dosering ≤1000 mg ges infusionen under minst 15 minuter.

Vid dosering >1000 mg ges infusionen under minst 30 minuter.

Kontrollera insticksstället flera gånger under tiden infusionen pågår.

Dokumentera noggrant – PVK satt i [höger/vänster] arm. Backflöde kontrollerat. Katetern spolad rikligt med NaCl. Insticksstället bedömt – utan rodnad, svullnad eller smärta.

Övervakning

Alla patienter som fått intravenöst järn ska övervakas på avdelningen/ mottagningen minst 30 minuter efter avslutad infusion. Om patienten mår bra behövs inga kontroller.

Hantering av överkänslighetsreaktioner

Symtom^{1,2,3}

- Rodnad och värmekänsla i ansiktet och på halsen
- Myalgi i balen (bröst- och/eller ryggsmärta)
- Ledsmärtor
- Hypertension

FISHBANE

- Exempelvis:
- Urtikaria (nässelutslag)
 - Hypotension
 - Takykardi
 - Hosta (andnöd)
 - Tryck över bröstet

ANDRA INFUSIONSREAKTIONER

- Hypotension, takykardi
- Andnöd, cyanos
- Väsande andning/stridor
- Ödem vid ögonen/periorbitalt ödem
- Medvetandeförlust
- Hjärt-/andningsstopp

ANAFYLAXI

BEHANDLING

- Avbryt järninfusionen
- Övervaka och observera patienten tills symtomen försvunnit:
 - Mät blodtryck, puls och andningsfrekvens/syrgasmättnad
- Informera läkare
- De flesta lindriga symtomen försvinner efter att järninfusionen stoppats
- När symtomen försvunnit kan infusionen återupptas med reducerad hastighet (50%) och långsamt ökas till vanlig hastighet om patienten tolererar det
- Överväg framtida behandlingsstrategi för patienten

- Rapportera symtomen till Läkemedelsverket
- FISHBANE lindrig infusionsreaktion 1:100-1:200

- Avbryt järninfusionen
- Informera läkare
- Uteslut andra symtom på anafylaxi
- Övervaka och observera patienten:
 - Mät blodtryck, puls och andningsfrekvens/syrgasmättnad
- Om symtomen förvärras, behandla såsom vid anafylaxi
- Överväg framtida behandlingsstrategi för patienten

- Rapportera symtomen till Läkemedelsverket

- Tilkalla akutteam
- Avbryt järninfusionen
- Påbörja akutbehandling⁴
 - Ge adrenalin im 0,3-0,5 mg (upprepas efter 5 minuter om utebliven förbättring, därefter iv vid fortsatt behov (ges av hög vårdnivå))
 - Syrgasmask 5-10 liter/minut
 - Vid svåra cirkulatoriska symtom - iv vätska, kristalloid
 - Vid ronki/väsande andning - beta₂stimulerare i spacer eller nebulisator
 - Vid stridor – nebuliserat adrenalin i tillägg till im adrenalin
 - Vid hjärtstopp - HLR

- Rapportera symtomen till Läkemedelsverket
- ANAFYLAXI < 1:200.000

Algoritmen är utarbetad med inspiration från:
1. Rampoin et al. Haematol. 2014;99(11):1671-1676
2. Lim et al. Vox Sang. 2019;114(4):363-373
3. Szebeni et al. Br J Pharmacol. 2015;172(21):5025-5036
4. Anafylaxi – Nationellt vårdprogram 2024. <https://www.sifra.se/wp-content/uploads/2024/10/2024-10-04-SFFA-Nationell-varldpogram-anafylaxi.pdf>

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kvinnosjukvård

Innehållsansvar: Dag Prebensen, (dagpr), Överläkare

Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10091-413172894-151

Version: 1.0

Giltig från: 2025-12-10

Giltig till: 2027-12-10