

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Innehållsansvar: Anna Stål, (annka271), Sjuksköterska

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-03-03

Giltig till: 2026-12-31

Akut omhändertagande på förlossningen av prematur

Förändringar sedan föregående version

Förlängt giltighetstiden.

Bakgrund och syfte

Det prematura barnet kräver större vårdinsats än det fullgångna barnet vid det akuta omhändertagandet.

Utförande

Arbetsbeskrivning:

Bakgrund

De prematura barnen är omogna neurologiskt, respiratoriskt, metaboliskt och immunologiskt vilket bland annat innebär ökad risk för bland annat:

- Hypotermi och hypoglykemi
- Andningsstörning
- Infektion
- Ikterus

Tänk på att vitaltecken som skrik, rörelser och tonus är mindre tydliga än hos mer fullgångna. Barnet ska helst ej utsättas för hälstick eller kärlpunktioner, sugning eller intubation utom i akut livshotande situationer.

Teamet

I teamet ingår: Undersköterskor, Sjuksköterska/barnsjuksköterska samt barnläkare. Alla i teamet ska ha genomfört CEPS utbildning.

Barnmorskor/förlossningsläkare har ansvaret över barnet fram till att barnläkare är på plats och tar över ansvaret efter rapport är given.

Vid det akuta omhändertagandet ska det vara klara roller och uppgifter. Vid svårt sjuka barn kan assistans behövas från förlossningspersonal tex med dokumentation.

Oberoende av yrkeskategori har alla i teamet ett ansvar för att omhändertagandet av barnet blir optimalt och ett ansvar för att reagera på felaktigheter.

Förberedelser

Vid graviditetsvecka >30+0 , vaginal förlossning utan riskfaktorer v.g se styrdokumentet [Hud mot Hud](#).

På akutbordet

Börja med att kontrollera bordet enligt rutin ([bilaga 1](#)). Sedan inställningar beroende på prematuritet samt ordinationer från läkare. Om blödning föreligger eller risk för blödning ska alltid blodcentralen informeras innan för att blod ska kunna finnas på plats/hämtas snabbt.

Vid curosurf tänk SALSA – [SALSA -Surfactant administered through laryngeal or supraglottic airways](#)

Vid intubation- [Intubation av nyfödda barn - neonatalvård \(vgregion.se\)](#)

Andning

Vid prematura barn använd neopuff understöd direkt vid ankomst till akutbordet, utvärdera andning därefter. Vid prematuritet <32 veckor tänk curosurf. Hyperventilera inte barnet.

Starta med FiO₂ 30% för barn < 28v, FiO₂ 21-30% för barn <32 v, övriga med FiO₂ 21%, titrera sedan syrgas efter syresättning. Undvik hyperoxemi. (SpO₂ 90-94% max) V.g se bild.

Extra syrgas vid SpO₂:

3 min	<70%
5 min	<85%
10 min	<90%

Vid SpO₂ >95% sänk O₂

Planera om möjligt för tidig nasal CPAP och förbered utrustning i lämplig storlek.

Vid barn födda <v32 tänk på att ha varsamt handhavande, med minimal stimulering.

Larynxmask kan vara ett alternativ till intubation i en HLR-situation eller vid svårigheter för ventilation med neopuff för barn >1,5kg.

Cirkulation

Om hypovolemi eller anemi bör NaCl (9 mg/ml) respektive E-konc (ORhD-neg) enligt tabell. Överväg att starta med NaCl 9 mg/ml i väntan på blodet. Dos 10-20ml/kg.

Barnets vikt	0.5 kg	1 kg	2 kg
Volym	5 ml	10 ml	20 ml

Övervakning

Vid akutomhändertagande ska alltid ett barn övervakas. De första tre minutrarna är pulsen av största vikt, därför ska EKG elektroder prioriteras eller askultation av puls. Därefter saturations probe som sätts i höger hand, pre ductus. Beroende på vilken vecka barnet är född i är deras hud skör och övervakning väljs utifrån detta:

	< v.26	v. 26-28 +6	> v. 29
EKG elektroder	Används ej	Får användas men undviks	Ja
Invasivt bltr	Alltid	Att föredra	
POX probe	Klisterfri	Klisterfri	Vanlig

Temperatur

Målkroppstemperatur för barnet är 36,5-37,5 grader Förbered för kontinuerlig temp/regelbundna tempkontroller.

För att uppnå detta sätt på värmekällan på barnbordet, ha varmt i rummet där barnet tas emot (stängda dörrar), undvika att barnet ligger på blöta dukar samt ha samtliga sidoväggarna uppe på barnbordet.

Övrigt

- Förbered för v-sond (för att kunna evakuera luft i samband med ventilering).
- Tänk på tillmatning inom 1 timme efter partus.
- Ring avd för förberedelse av rum, infarter mm.

För extremt prematura barn (< 28 veckor) bör man dessutom beakta:

- Torka INTE av barnet!
- Skör hud!
- Eventuellt vattenmadrass 38.0 grader vid akutbordet.
- Lägg barnet i plastpåse, upp till bröstkorg.
- Mössa på (alt plastpåse som täcker hjässan)

- Läggas i kuvös så snabbt som möjligt.

Arbetsgrupp

Irini Makrigianni-Lindqvist, överläkare BB Skövde Neonatal, Marie Granlund, barnsjuksköterska BB Skövde Neonatal, Hanna Johansson, undersköterska BB Skövde Neonatal, Britta Lundberg, undersköterska BB Skövde Neonatal

Källförteckning

Neonatal HLR.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Innehållsansvar: Anna Stål, (annka271), Sjuksköterska

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9699-1702881381-195

Version: 4.0

Giltig från: 2026-03-03

Giltig till: 2026-12-31