

Gäller för: VO1 Barn BUP och Kvinna

Giltig från: 2025-12-29

Innehållsansvar: Nora Johansson, (norjo2), Sektionsledare

Giltig till: 2027-12-31

Granskad av: Josefine Hätting, (josos), Processchef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

# Vård av prematurer i slutenvård

## Förändringar sedan föregående version

Revidering markerat med gult.

### Syfte

Tydliga riktlinjer om amningsstöd, nutrition, omvårdnad, observation, provtagning och behandling av ikterus för prematurer som vårdas på avdelningen.

### Utförande

#### Arbetsbeskrivning

Bakgrund:

De prematurfödda barnen är omogna neurologiskt, respiratoriskt, metaboliskt och immunologiskt vilket bland annat innebär att:

- de inte vaknar självmant/somnar lätt ifrån under matning/amning
- deras minskade depå brunfett leder till ökad risk för hypotermi och hypoglykemi
- deras omogna lever medför ökad risk för ikterus
- de har ökad risk för andningsstörningar
- de har ökad infektionskänslighet

Det prematura barnet ska helst ej utsättas för hålstick eller kärlpunktioner, sugning eller intubation utom i akut livshotande situationer.

För akut omhändertagande av prematurer se styrdokument [Akut omhändertagande på förlossningen av prematur.](#)

## På neoavdelning

Vårdas på neonatalavdelning i slutenvård från start

Barn födda i Vecka:	<v. 27	27 +0 – 28 +6	29 +0 – 32 +0
Temperatur initialt	34-36	33-37	33-35
Fukt	95%	85% (från dag 7: 50%)	50%

Tänk på att man vid lägre luftfuktighet kan behöva öka temperaturen i kuvösen. Tänk på att täcka över delar av kuvösen för skydd mot ljus- och ljudintryck, men låt gärna någon del vara öppen så att det går att observera barnet (framförallt om barnet har centrala infarter).

När barnet klarar av att hålla sin temperatur vid en kuvöstemperatur på 28-29°C kan barnet flyttas över till säng, med vattenmadrass. Tänk på vid byte/sänkning av temperatur att barnets vikt ska ha vänt och gå stadigt upp.

Vattenmadrass används på prematurer med födelsevecka 32-36, med starttemperatur mellan 37-38°, med hänsyn till födelsevikt. Barn som ligger på vattenmadrass ska enbart ha blöja och mössa.

### Temperaturs mätning:

**Kontinuerlig rektaltemp:** Används på de akut sjuka barnen med IVA vård, där kontinuerlig temp är av vikt. Finns vid alla återupplivningsbord samt IVA salar.

**Rektaltemp:** Är den mest pålitliga mätningen. Används alltid som första temp samt som kontrollerande temp.

**Panntemp:** Likvärdig i värde som rektaltemp och används i första hand i ”vardagen”. Viktigt att vid värmekällor som kuvös, ljusbehandling, skötbord samt öppenvårdskuvös ska tempen ligga i samma miljö i 15-20 min innan tempen tas. Om mössa så ska denna avlägsnas och vänta 1 min innan temp tas.

**Axilltemp:** Används enbart om panntemp inte **KAN** användas. Är vår minst tillförlitliga metod.

## Övervakning

Prematura barn med födelsevecka <v35 ska ha övervakning i någon form för mer info se styrdokument [Övervakning vid neonatalvård \(vgregion.se\)](#).

Prematura barn löper en större risk för apnéer i nyföddhetsperioden och det är av vikt att behandlingen med koffeincitrat startas så snabbt som möjligt för bästa effekt, helst innan 48 timmars ålder. För dosering och handläggning v.g. se styrdokument [Apnéer under neonatalperioden - handläggning \(vgregion.se\)](#)

### Blodtryck, cirkulation:

Täta manschettryck tas rutinmässigt på sjuka prematura barn som inte har invasiv tryckmätning. BT bedöms och volym ges vid behov, ev. inotrop stöd. Ställningstagande för UCG.

### Normalvärden i mmHg – syst/diast (medel)

Vikt i kg	1 dag	1 vecka	1 mån
0,75	42/25 (35)		
1,0	46/26 (38)	50/30 (43)	60/45 (48)
1,5	48/27 (38)	68/40 (47)	69/44 (53)
2,0	(40)	(50)	(56)
2,5	59/32 (43)	(60)	(68)
3,0	68/40 (50)	(62)	83/46

### [Hypotension hos nyfödda - behandling \(vgregion.se\)](#)

#### Provtagning:

Påverkade barn följes avseende blodgas. Om O<sub>2</sub>-behov var 6:e till var 4:e tim. samt vid försämring tills tillståndet förbättrats eller stabiliserats.

P-glucos tas på alla prematurer innan andra tillmatningen för vidare p-glucos mätningar samt korrigerig av hypoglykemi se [Hypoglykemi - neonatalvård \(vgregion.se\)](#) Vid snabb behandling av hypoglykemi med värden <2,6 ges till prematurer i första hand KBM/BM. Om p-glukos mindre än 2,0 ska infart finnas och bolusdoser ska övervägas och glukosinfusion startas.

#### **Glucogel ska inte användas till barn under GV 35.**

Blodgas (PNA), Blodstatus, CRP och IL-6 ska alltid tas på prematurer, överväg vid första provtagning blododling samt infart. Korrigera ev. elektrolytrubbningar inkl. hypocalcemi (jon Ca <1,0).

Om barnet ej har **en central infart som t.ex.** NAK/NVK tänk på att försöka samköra så mycket som möjligt för att förhindra flera stick. Var alltid 2 vid provtagning för att kunna hålla om barnet, om möjligt låt föräldern vara med och hålla om. Ta gärna provet en kort stund efter att barnet ätit (om ej p-gl ska tas).

### Infarter:

För insättande av NAK/NVK och provtagning ur NAK/NVK se [Navelkateter - neonatalvård \(vgregion.se\)](#)

Barn med FV <1500 gram ska ha NAK och NVK, då de ska ha PPN från start. Om opåverkad, kan man vänta ½-1 timma innan katetersättning.

Barn med FV >1500 gram: Ska ha PVK i första hand. Men NAK och NVK övervägs vid allmänpåverkan, efter genomgången svår asfyxi, vid lågt BT som inte snabbt korrigeras med t ex volym, samt vid kvarstående andningsstörning från 2 timmars ålder om O2-behovet är >30% samt ökad andningsfrekvens. Dubbellumen-NVK används i första hand i navelvenen.

Perifer artärnål används till barn där invasivt blodtryck behövs eller täta provtagningar är indicerat och där NAK ej är möjligt att sätta.

Om barnet har NAK eller perifer artärnål ska invasivt blodtrycksmätning **ALLTID** vara kopplat för att upptäcka accidentell glidning av katetern.

NAK	NVK
Normalt sett ges aldrig läkemedel i NAK, annat än på läkarordination.	Färsk frusen plasma (FFP)
Färsk frusen plasma (FFP) el Blod kan i undantagsfall ges i NAK med pågående spoldropp	Blod. <i>Blodtransfusion får ej ges i samma skänkel som glukos utan elektrolyter</i>
<b>Ge aldrig inotropa droger, calcium eller svampmediciner</b>	Infusioner och läkemedel

## Nutrition

Stabila prematurfödda och fullgångna barn ges normalt enteral uppfödning var 3:e timme med start under de första levnadstimmarna. Om möjligt bör barnet få droppar av mammans råmjölk eller bröstmjölk i munnen.

Efter födsel ska alla prematura barn ha tillmatning inom 1 timme.

Startmängder:

Gestationsålder vid födelsen	Bolus Startmängd (ml/kg/mål)	Bolus Daglig ökning (ml/kg/mål)	Full enteral nutrition (dagar till 150 ml/kg/d)
v. 28 +0 – 31 +6	5 x 8	5	4-7
v. 32 +0 – 34 +6	5-10 x 8	5	4-7
v. 35 +0	5-10 x 8	Till stabila barn kan fri matmängd ges upp till önskad dygnsmängd	4

Mer information om enteral nutrition vg se [Enteral nutrition - neonatalvård \(vgregion.se\)](http://vgregion.se)

Vid behov av parenteral nutrition vg. Se [Parenteral nutrition - neonatalvård \(vgregion.se\)](http://vgregion.se)

Vid behov av matdropp vg se [Kontinuerlig sondmatning - neonatalvård \(vgregion.se\)](http://vgregion.se)

## CPAP-behandling

För omvårdnad i CPAP - [nCPAP. Omvårdnad i nCPAP \(vgregion.se\)](http://vgregion.se)

## Risker/Komplikationer

- Tryckskador – Tänk på att alternera mellan mask och prongar samt ta av hjälm och titta.
- Meteorism/luftfylld tarm.
- Pneumothorax

CPAP ska användas redan från start till prematura barn med egen andningsdrive som utvecklat andningsstörning, även utan behov av extra O<sub>2</sub>. Ju mer omoget barn, desto större indikation.

Bedöm alltid om barnet kan ha pneumothorax **med hjälp av astodia lampa (genomlysningslampa eller röntgen)** som orsak till andningsstörning. För barn <32 frukostigt med röntgen pulm innan eller tidigt i samband med CPAP-behandling för att utesluta pneumothorax. Vid försämring under pågående CPAP-behandling måste alltid pneumothorax uteslutas.

Viktigt att när man vårdar barn med andningsstöd att ta kontroller av vitala parametrar, för att utvärdera samt förändring av behandling.

Vid högt Pco<sub>2</sub> och flertalet apneer ska **DUOPAP** övervägas v.g se [nCPAP – DUOPAP/NIPPV via Fabian Therapy evolution eller Leoni respirator. Gemensamma riktlinjer för neonatalsjukvården i Västra Götaland \(vgregion.se\)](#)

Överväg respiratorvård under alla steg.

När tryck samt syrgasbehov på CPAP kan sänkas till 3-4 cm H<sub>2</sub>O, ska man överväga övergång till HFG alternativt avslutning av behandling. **Läkare ordinerar flöde på HFG vanligtvis med start på 5-8 L/min, oavsett storlek på barn. De flesta barn räcker det med att börja med 6 L/min**

#### **Antibiotika:**

Antibiotikaterapi är alltid indicerad till påverkade, sjuka nyfödda barn. Ju mer prematurt barnet är, desto större är sannolikheten för infektion. **Normala prover utesluter aldrig infektion**, framför allt i akutskedet. [Infektion hos nyfödda \(vgregion.se\)](#) för dosering av preparat v.g. se [Antibiotika i nyföddhetsperioden \(intravenös\) för neonatalverksamheten \(vgregion.se\)](#)

#### **Elimination:**

Alltid urinmätning första dygnet samt på barn med infusion. Ska kissa inom de första 24 tim.

Helst 2ml/kg/tim. 1:a dygnet ok med 0,5-1ml/kg/tim. Dygn: 2-3, 3-4ml/kg/tim eller mer . Dygn 4 och efter 1-3ml/kg/tim.

Mekoniumavgång första eller andra dygnet, men inom 48 timmar.

#### **Hud och vävnad**

Tänk på att prematurt födda barn har en känsligare hud än det fullgångna barnet. För observationer samt hjälpmedel v.g. se styrdokument [Hudvård nyfödda barn](#).

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** VO1 Barn BUP och Kvinna

**Innehållsansvar:** Nora Johansson, (norjo2), Sektionsledare

**Granskad av:** Josefine Hätting, (josos), Processchef

**Godkänd av:** Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SKAS9699-1702881381-221

**Version:** 3.0

**Giltig från:** 2025-12-29

**Giltig till:** 2027-12-31