

Gäller för: VO1 Barn BUP och Kvinna

Giltig från: 2025-03-31

Innehållsansvar: Anna Stål, (annka271), Sektionsledare

Giltig till: 2027-03-31

Granskad av: Josefine Hätting, (josos), Processchef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

CPAP på förlossningen \geq v.36 +0

Förändringar sedan föregående version

Revidering markerat med gult.

Syfte

Syftet är att erbjuda nyfödda barn med måttliga andningsbesvär initial vård på förlossningen istället för på neonatalavdelning. Detta för att undvika onödig separation av barn och föräldrar och ge förutsättning för tidig hud mot hud-kontakt direkt efter barnets födelse.

Bakgrund

Andningsstörning

NAS (neonatal andningsstörning) är en snabbt övergående andningsstörning där symtomdebuten (takypné, näsvingespel, grunting, indragningar) kommer inom de första timmarna för att sedan successivt klinga av inom loppet av ett halvt dygn. Samtidig hypotermi eller mild acidosis efter en asfyxi kan påverka surfaktantsyntesen/-funktionen negativt vilket då också kan bidra till andningssymtomen.

Riskfaktorer för andningsstörning är kejsarsnitt (ffa elektiva), snabb förlossning, flerbörd, manligt kön, låg gestationsålder, tillväxthämning, asfyxi, hypotermi, maternell astma och antidepressiv medicinering hos mamma.

Anknytning

En tidig hud mot hud-kontakt mellan föräldrar och barn är viktigt både för anknytning och amning. Hud mot hud-kontakt innebär att tre grundläggande biologiska behov uppfylls. Barnet får värme, näring och skydd. Det nyfödda barnet bör i möjligaste mån få stanna hos mamman med hud-mot-hud-kontakt under de första timmarna efter förlossningen så att de kan gå igenom det "biologiska programmet", utveckla amningsreflexen och börja amma när de är redo.

En inläggning på neonatalavdelning i nära anslutning till födelsen innebär oftast att det nyfödda barnet separeras från mamman då hon inte kan lämna förlossningen. Även om den andra föräldern kan följa med barnet innebär situationen att familjen splittras under dessa första viktiga timmar efter barnets födelse. Många av de fullgångna barn som läggs in på neonatalavdelning på grund av andningsbesvär till följd av adaptionsstörning förbättras snabbt efter inläggning.

Barn aktuella för vård på förlossningen

Lindrig andningsstörning hos fullgånget barn på förlossningen.

Barn med lindrig andningsstörning kan efter beslut av barnläkare kvarstanna hos föräldrar på förlossningen. Ansvarig barnläkare ska följa upp barnet med förnyad undersökning två timmar efter behandlingsstart. Under tiden barnet är hos föräldrarna är förlösande barnmorska samt neopersonal ansvarig för att hålla barnet under uppsikt och vid behov tillkalla barnläkaren tidigare.

CPAP via Neopuff är för barnet en ansträngande form av CPAP då apparaten medför ett ökat andningsmotstånd jämfört med t ex CPAP via Fabian. Att ge CPAP via Neopuff under en längre tid kan i vissa fall vara mer ansträngande för barnet än om man avstår. Hos barn som gruntar/har indragningar men som håller saturation över 90% bör man således avstå från CPAP via Neopuff.

Inklusionskriterier

- Barn födda efter v. 35+6, prematurer v.g se [Hud mot hud efter förlossningen - neonatalvård](#)
- Syrgasbehov under $\leq 30\%$ i CPAP
- Övrigt välmående
- Andningsbesvär som en följd av adaptionsstörning (gruntig, snabbbandad, bubblar ur munnen)

Exklusionskriterer

- Asfyxi (pH under 7,0 och/eller BE -16)
- Naloxonbehandlande barn
- APGAR <6 vid 5 minuters ålder, <8 vid 10min ålder
- Pågående HLR vid 10 min ålder
- SGA, <2,5 kg
- Riskfaktorer för infektion
 - Känd GBS hos mor (positiv urinodling) där antibiotika ej givits 4h innan partus
 - Lång vattenavgång (> 18h) där antibiotika ej givits 4 h innan partus
 - Infektionsmisstanke hos mor.
- Pågående missbruk hos mor

Relativa exklusionskriterier (bedömning görs från fall till fall beroende på vårdtyngd på neonatalavdelningen)

- Tvillingar där båda är i behov av andningsstöd
- Mor med diabetes

Arbetsbeskrivning

Beslutet om barn med andningsbesvär får kvarstanna på förlossningen för vård tas av ansvarig barnläkare (barnprimärjour/neonataljour) i samråd med neonatalsjuksköterska.

Sjuksköterska och barnsköterska från Neonatal ansvarar för uppkoppling av apparatur och övervakning av barnet på förlossningen. Inställningar ordinerar av barnläkare. På barnbordet sker uppkoppling av apparatur där man reglerar inställningarna efter barnet, man sätter en v-sond och tar en första tempkontroll av barnet innan förflyttning sker till mor.

Sjuksköterska eller barnsköterska från neonatal alternativt barnmorska/undersköterska på förlossningen kvarstannar därefter hos patienten så länge CPAP-/syrgas-behandling pågår. Vem som stannar beror på vårdtyngd på respektive enhet samt patientens aktuella status, tydlig kommunikation mellan enheterna när patienten lämnas.

- Barnet ska observeras enligt bifogad övervakningslista. Vårdtillfället dokumenteras i Obstetrix (FV2) journaltext, av SSK från neonatal en summering av tillfället vid inläggning skrivs det med i inskrivningen.
- Barnen bör läggas i optimal känguruposition (fria luftvägar) hud mot hud hos föräldrar.
- Vid eventuell försämring och/eller stigande syrgasbehov trots CPAP ska ansvarig läkare kontaktas utan dröjsmål och inläggning på NEO övervägas.

Det är viktigt att vara observant på barnets kroppstemperatur. Hypotermi riskerar att förvärra andningssymtomen. För att lättare hålla normal kroppstemperatur bör barnet ligga hud mot hud hos förälder. Barnet ska ha torra filter och mössa på sig.

Om barnet orkar bör det ges samma möjlighet att ligga vid mammans bröst som om det inte hade krävt andningsstöd. Detta förutsatt att det inte äventyrar fria luftvägar.

Barnläkare ska göra en undersökning 2 timmar efter behandlingsstart och då göra en preliminär bedömning om inläggning behövs eller inte. 4

timmar efter behandlingsstart ska ett beslut ha tagits om inläggning krävs eller om förflyttning till BB kan genomföras.

Via ventrikelsonden sker tillmatning/kolustrumkit inom första levnadstimmen enligt nationella riktlinjer, med bröstmjölk ersättning eller mors bröstmjolk ca 10-15ml. Vid långvarigt CPAP behov skall även blodsocker kontrolleras innan 3 timmars ålder. Vg se bilaga 1 för steg för steg.

BB-doktorn har ansvar att **sätta diagnos i Obstetrix i samband med BUS 1** om barnet har på förlossningen behandlats polikliniskt med CPAP upp till 4 timmar enligt gällande styrdokument ”CPAP på förlossningen”. Detta är **viktigt** för att vi i efterhand ska kunna hämta statistik för att kunna motivera om behovet av rätt budgetering som vi fortfarande kommer att göra anspråk för när antalet neo-barn med andningsbesvär som vårdats inom slutenvården minskat. Vi kommer att behöva visa i siffror var resurserna har behövts för att åstadkomma denna förbättrade vård för mor-partner-barn.

Aktuella diagnoskoder:

P22.8 NAS, Lätt neoantal andningsstörning (rätt diagnos i sammanhanget).

P22.1 PAS, Pulmonell adaptationsstörning.

Aktuella åtgärds-koder:

DG001 Behandling med luftvägsmottryck CPAP

DG015 Tillförsel av extra O2

Bilaga 1.

Steg för steg:

- Barnet tas till barnbordet och neopersonal larmas
- Inom **20 min** är beslut taget om CPAP på förlossningssal eller inläggning på neonatalavdelningen enligt inklusions/exklusionskriterierna.
- Påsättning av CPAP mössa och sättning av v-sond görs vid akutbordet.
- CPAP i adekvata inställningar, där syrgas är inställt på $\leq 30\%$.
- Patient tas till mamma och läggs hud mot hud i optimal position med fria luftvägar och om möjligt vid bröstet.
- Inom 1 timmes ålder ska barnet ha tillmatning via v-sonden med 10-15ml morsbröstmjölk alternativt ersättning.
- Kontroller tas enligt övervakningsbladet (TK, AF, Syrgas, POX) samt justeringar av CPAP allt eftersom.
- 2 timmar efter behandlingsstart. Kontroll tillsammans med alternativt i samråd med läkare angående eventuell inläggning.
- Innan 3 timmars ålder ska ett p-glukos tas om fortsatt CPAP behov.
- När mor är färdig att flyttas och barnet ej har CPAP behov längre så går mor och barn till BB. Ansvarig SSK på neonatal skriver en anteckning i Obstetrix med sammanfattning och lägger övervakningsbladet med mors + barnets personnummer i avsett fack inne på läkarexp. för inskanning.
- När mor är färdig och ett fortsatt CPAP behov kvarliggert hos barnet skrivs det en kort sammanfattning i inskrivningsanteckningen i Melior.

[Övervakningslista CPAP förlossningen](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Generella direktiv om läkemedelsbehandling

Gäller för: VO1 Barn BUP och Kvinna

Innehållsansvar: Anna Stål, (annka271), Sektionsledare

Granskad av: Josefine Hätting, (josos), Processchef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9699-1702881381-242

Version: 4.0

Giltig från: 2025-03-31

Giltig till: 2027-03-31