

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Giltig från: 2025-03-04

Innehållsansvar: Malin Melin, (malen8), Specialistläkare

Giltig till: 2027-03-31

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Processchef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

# Feber under förlossning

## Revideringar i denna version

Revidering markerad med gult.

### Definition

Kroppstemperatur  $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$  vid två upprepade tillfällen med 30 minuters mellanrum, eller kroppstemperatur  $\geq 39,0^{\circ}\text{C}$  vid ett tillfälle. Temperaturen ska tas med örontermometer på samtliga patienter på förlossningen. Om örontermometer visar förhöjd temperatur ( $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$ ) hos kvinna i aktivt förlossningsarbete bör detta bekräftas med rektal termometer. Det är då rektaltemperaturen som styr handläggningen.

### Bakgrund, syfte och mål

Orsaker till feber under förlossning:

- Icke-infektiösa orsaker:
  - EDA.
  - Misoprostol (Angusta).
  - Dehydrering.
  - Varmt rum/varmt bad/varm dusch.
- Infektiösa orsaker:
  - Korioamnionit.
  - Fokal eller systemisk infektion (pyelonefrit, pneumoni, influensa, covid-19, appendicit etc.). Sedvanlig utredning, behandling och övervakning!

Den vanligaste orsaken till feber under förlossning är EDA. Den vanligaste infektiösa orsaken är korioamnionit. Korioamnionit debuterar vanligen efter vattenavgång men kan även föregå eller vara orsak till vattenavgång och/eller värkar. Vanligaste agens är en blandflora från tarm/vagina (E.coli, anaerober, GBS) och dessa infektioner har sällan ett dramatiskt förlopp. En ovanligare, men desto mer allvarlig och dramatisk situa-

tion är när kvinnan fått en GAS-infektion. Patienten blir då ofta svårt septisk inom ett par timmar (var god se nedan). I litteraturen beskrivs den klassiska korioamnioniten komma med följande symtom:

Temp  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  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.

Det är dock inte ovanligt att korioamnionit endast går med symtomet feber, varför det är mycket svårt att särskilja mellan feber orsakad av EDA och feber orsakad av infektion. Hos en patient med konstaterad feber kan man därför inte utesluta intrauterin infektion, men om man dessutom uppfyller ovanstående kriterier så förstärks misstanken om korioamnionit. ***Alla patienter i förlossningsarbete med konstaterad feber ska därför behandlas som om de har en korioamnionit!***

*Observera att CTG endast ska användas för att bedöma syresättningen hos fostret – det ska således inte användas som ett infektionsverktyg. Om fostertakykardi uppstår och varar i mer än 30 minuter föranleder detta en temperaturmätning hos modern eftersom fostertakykardi inte sällan föregår maternell feber. Fostertakykardi utan feber ska dock inte antas vara betingat av infektion, utan måste bedömas utifrån de CTG-kriterier som finns för att utesluta fosterhypoxi.*

## Arbetsbeskrivning

### Åtgärder vid konstaterad feber hos samtliga patienter

- O-NEWS
  - Observera att gravida patienter kan vara svårbedömda i en sepsissituation på grund av att de har stor kompensationskapacitet. Ökad andningsfrekvens och takykardi är oftast första tecknet på cirkulatorisk svikt.
  - O-NEWS ska följas minst varannan timme hos patienter med feber på grund av ökad risk för försämring.
- Kontakta förlossningsjouren som ska bedöma patienten kliniskt och ta infektiösanamnes.
- Plocka fram sepsiskorgen.
- Grov PVK, helst 2 st.

- Ta blodprover ”Infektionsrutin förlossningen”.
  - Blodstatus.
  - Elstatus.
  - CRP.
  - N/L-kvot.
  - Venös resp inklusive laktat.
  - **Koagulation.**
- Odlingar – blod, vaginalsekret/fostervatten, urin.
- Parenteral injektion Paracetamol 10 mg/ml, 100 ml ges iv var 6:e timme i febernedsättande syfte.
- Parenteral vätsketillförsel – **Plasmalyte.**
- Antibiotikabehandling påbörjas omgående efter odling. Första handsval Cefotaxim 1 g iv var 8:e timme till partus. Eventuella alternativ diskuteras med infektionskonsult.
- Kontinuerligt CTG med skalpelektrod.

## Åtgärder vid konstaterad feber och sepsis

- Kontakta narkosjour och infektionsjour.
  - Om barnmorska och läkare har olika åsikter om patientens tillstånd och barnmorskan känner stark oro för patientens hälsa är hon berättigad att ringa narkosjouren på eget initiativ.
  - Infektionsjouren får bedöma behov av tillägg av exempelvis Dalacin och om man ska öka på dosen Cefotaxim.
- Ta snabbtest för GAS vaginalt (odlingspinnar finns i sepsiskorgen).
- Se till att det finns tillräckligt med personal tillgänglig för att kunna tillgodose patientsäker vård.
- Vid vätskebehandling hos septiska patienter med cirkulationsvikt eftersträvas kristalloidinfusion 30 mg/kg under 3 timmar (baserat på inskrivningsvikt). Om patienten trots detta är cirkulatoriskt instabil utgör detta indikation för IVA-vård. **OBS! CAVE kristalloid > 2000 ml hos gravida och nyförlösta patienter!** Dessa patienter är relativt spädda på grund av ökad plasmavolym. Överväg därför blodprodukter vid behov av volymbehandling > 2000 ml.
- Bedöm laktat och ta ställning till behov av upprepning av prover. Om laktat > 4 är detta indikation för IVA-vård. Om laktat < 4 hos instabil patient kan detta tas om efter några timmar för att utvärdera behandling.

## Förlossning

Korioamnionit gör barnet mer känsligt för syrebrist och ökar risken för hjärnskada. Korioamnionit är därför indikation för snar förlossning oavsett gestationsålder.

Sikta på vaginal förlossning om CTG är normalt och progressen är god. Sectio liberalt vid avvikande/patologiskt CTG eller tveksam progress.  
*OBS! Skalpblodprov säger inget om graden av infektion hos fostret!*

Vid sepsis med allmänpåverkad patient ska i första hand modern prioriteras, barnet i andra hand.

Vid IUFD hos patient med infektionssymtom kan fostret ha gått under på grund av en intrauterin infektion. Det är därför viktigt med "source control" – patienten behöver bli förlöst för att minska infektionsbördan. I första hand vaginal förlossning. Ha i åtanke att patienten måste vara tillräckligt stabil om man överväger sectio – bedömning i samråd med narkosläkare. Observera dock att IUFD hos patient med infektionssymtom inte måste vara kopplat till intrauterin infektion. I dessa fall är det mycket viktigt med klinisk bedömning och infektionsanamnes.

## Efter förlossning

Barnläkare informeras för uppföljning av barnet.

Eventuellt odling från placenta/fosterhinnor.

Modern följs avseende kliniska symptom och O-NEWS-kontroller. Nytt ställningstagande till antibiotikabehov görs av den läkare som rondar BB. Om snar regress av alla symptom och fynd kan behandlingen avslutas.

## Länkar

Obstetriskt NEWS	<a href="#">Obstetrisk NEWS 2 ett bedömnings- och screeninginstrument (vgregion.se)</a>
Temperaturmätning:	<a href="#">Temperaturmätning - Vårdhandboken (vardhandboken.se)</a>
Läkemedel:	- Paracetamol <a href="#">Paracetamol Fresenius Kabi</a> - FASS Allmänhet - Cefotaxim <a href="#">Cefotaxim Stragen - FASS Vårdpersonal</a>
Kunskapsstöd för vårdgivare	<a href="#">Sepsis – Tidig identifiering och behandling</a>
Internetmedicin	<a href="#">Sepsis och septisk chock</a>

## Referenser

- DSOG [Feber under födsel](#) (2019) [Obstetrik — DSOG](#).
- UpToDate [Intraamniotic infection \(clinical chorioamnionitis or triple I\) - UpToDate](#).
- Feber under förlossning, <https://alfresco-offentlig.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/46030/Feber%20under%20f%C3%B6rlossning.pdf?a=false&guest=true>.
- Feber under förlossning <https://alfresco-offentlig.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/47570/Feber%20under%20f%C3%B6rlossning.pdf?a=false&guest=true>.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** VE Barn o Kvinna

**Innehållsansvar:** Malin Melin, (malen8), Specialistläkare

**Granskad av:** Emelie Ottosson, (emery1), Processchef

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

**Dokument-ID:** SKAS9716-1940753776-129

**Version:** 6.0

**Giltig från:** 2025-03-04

**Giltig till:** 2027-03-31