Gäller för: Verksamhet AnOpIva neonatal barn
Giltig från: 2024-09-25
Innehållsansvar: Ann-Charlotte Andersson, (annan156), Barnsköterska/skötare
Giltig till: 2026-09-25
Granskad av: Lennart Stigson, (lenst13), Medicinsk rådgivare
Godkänd av: Angela Hanson, (angha), Verksamhetschef

Arbetsgrupp:

Ann-Charlotte Andersson, Barnsköterska
Christina Ragnarson, Barnsjuksköterska
Lena Sjögren, Sektionsledare

Granskare:

Lennart Stigson, Överläkare

Revideringar i denna version

Tagit bort avsnitt som finns beskrivna i andra rutiner samt uppdaterat i enlighet med nya rutiner.

Syfte

I samband med födseln byter barnet miljö på ett radikalt sätt. Från en fuktig, mörk och ren miljö med jämn temperatur hamnar det nyfödda barnet i en torr miljö med skiftande temperatur och ljus samt som innehåller en mängd mikroorganismer (1). Det ställs därför höga krav på omvårdnaden.

Arbetsbeskrivning

Mellan överhuden och läderhuden finns ett antal stödstrukturer som håller ihop hudlagren. Dessa stödstrukturer är glesare hos underburna barn vilket kan leda till att överhuden lättare lossar från underliggande lager. Därför är det viktigt att tänka på att inte ”gnugga” barnet med handdukar e dyl eftersom stödstrukturerna som håller ihop hudlagren är glesare hos underburna barn vilket kan leda till att överhuden lättare lossar från underliggande lager (1). Av samma anledning är det stor risk för s.k. stripping vid t.ex. tejpborttagning (1). Stripping innebär stor risk för bakteriell infektion eftersom huden då har förlorat sin barriärfunktion.

All onödig användning av tejp på förtidigt födda barn ska undvikas.

Cavilon™ No Sting Barriärfilm
Cavilon™ är ett hudskyddsmedel som lägger sig som en film ovanpå huden och därigenom skyddar för stripping i samband med borttagandet av tejp. Den har dokumenterad effekt mot stripping i samband med borttagandet av tejp (5), luktar inte och svider inte vid applicering. Effekten kvarstår upp till 72 timmar om man inte tvättar bort den (6).
Efter applicering vänta 30–60 sekunder innan tejpning, man kan annars få en allergisk reaktion.

Ska inte strykas på före PVK-sättning (6) men kan strykas på huden när PVK:n är på plats.
Ska heller inte användas under DuoDERM® eftersom DuoDERM® tillsammans med Cavilon™ fäster för hårt och kan då orsaka stripping vid borttagandet.

Niltac ™
Niltac™ motverkar stripping genom att silikonet i Niltac™ löser upp klistret i tejpen genom en kemisk process och gör den lätt att ta bort (7). Det är därför viktigt att trycka in medlet ordentligt i tejpen och därefter vänta ett par sekunder innan man börjar lossa på tejpen.

Kuvösen
Bytet från en vätskemiljö till en luftmiljö sätter igång en snabb mognadsprocess i huden (1,8,9). Till viss del kan även den accelererade nybildningen av hudceller pga. den ökade påfrestningen vid

kontakt med kläder, lakan o dyl. påverka mognaden. Den accelererade nybildningen kan jämföras med den som sker i läkningen efter brännskador samt sårläkning (9).
Huruvida denna mognad sker i samma takt oberoende av graden av underburenhet är studierna oeniga om. I vissa studier sker mognaden hos alla barn på ca 2 – 3 veckor (8,9) medan andra menar att hos de allra mest omogna barnen, födda i v 23 – 24, kan det ta upp till 9 veckor innan huden liknar det fullgångna barnets (10).

Genom att hornlagret är så tunt hos barnet fött i graviditetsvecka 24, 0,01 – 0,05 mm, jmf med 3 mm hos en vuxen (11), så tränger kroppsvätskan lätt genom den tunna hinnan ut i omgivningen vilket gör att barnet förlorar upp till 10 ggr mer vätska jämfört med det fullgångna barnet (12). Det kan bli uppemot 80 ml/kg/dygn (13).

Barn födda före v 29+0
Kuvös med extra fukt (helst 100 %). Hög luftfuktighet bidrar till termoneutralitet, minskar vätskeförluster via huden (14) och ökar överlevnaden (15). Fukten sänks efter 7 dagar (i samband med 2:a kuvösbytet) långsamt ner till 50 % vg se patient/salsrutiner för instruktion kring hur sänkningen görs.
Bäddas med antidecubitusmadrass och ”sko”. Renbäddas och tvättas ur dagligen.
Medan barnet har extra hög luftfuktighet, ska kuvösen bytas dag 4 och dag 7. Därefter byts kuvösen 1 g/vecka.

Barn födda v 29+0 →
Kuvös med 50 - 60% fukt.
Bäddas med antidecubitusmadrass och ”sko”. Renbäddas och tvättas ur dagligen.
Kuvösen byts 1 g/vecka.

Förebyggande hudvård i samband med CPAP-behandling (se även rutinen ”nCPAP. Omvårdnad i nCPAP – neonatal”

Barn födda före v 26+0
mepilex® transfer
Silikonbelagt skumförband som minskar risken för uppluckring av huden samt absorberar sårsekret. Det bibehåller även en fuktig miljö. Silikonbeläggningen minskar risken att förbandet fastnar i sår och orsakar därigenom ingen smärta vid borttagande. Det är formbart och kan lyftas för inspektion för att sedan sättas på igen (16).

mepilex® transfer används:
Bakom öronen, används så länge som barnet behöver CPAP-behandling
I armhålorna, används ca 2–3 veckor.
Inspekteras dagligen i samband med vägningen. Före applicering av mepilex® transfer tvättas huden ren samt torkas torr.

DuoDERM® Extra Thin
Ocklusiv gelbildande hydrokolloidplatta
Består av gelatin och cellulosa som ökar absorptionen samt pektin som sänker pH-värdet vilket motverkar ökning av ett flertal patogena mikroorganismer och därmed minskar risken för infektioner (16). Kan ge upphov till allergier. Var uppmärksam på om barnet uppvisar lokala rodnader, svullnad eller oklar feber i samband med användning av DuoDERM®.Extra Thin. Vid misstanke på överkänslighet för materialet ska all DuoDERM® Extra Thin plockas bort och ersättas med annat material.

DuoDERM® Extra Thin används:
Som tryckavlastning för att undvika skavsår runt näsborrarna (11). Skyddar dock inte fullt ut mot trycksår. Var därför noga med att inte dra åt banden för hårt.
Ska inte användas hos barn med MMC eftersom DuoDERM® Extra Thin innehåller Latex.

Barn födda v 26+0 →:
mepilex® transfer
mepilex® transfer används:
Bakom öronen, används så länge som barnet behöver CPAP-behandling

DuoDERM® Extra Thin
DuoDERM® Extra Thin används:
Som tryckavlastning för att undvika skavsår runt näsborrarna (11). Skyddar dock inte fullt ut mot trycksår. Var därför noga med att inte dra åt banden för hårt.
Ska inte användas hos barn med MMC eftersom DuoDERM® Extra Thin innehåller Latex.

Elektroder
Barn födda före v 26+0
Dag 0 – 14
Ska inte användas så länge som barnet har övervakning med invasivt blodtryck. I samband med UCG under denna tid får endast de gråa elektroderna som är snälla mot huden användas.

Dag 14 →
Gelelektroder. Byts i samband med kuvösbyte 1g/v.

Barn födda i v 26+0 till v 28+6:
Dag 0 – 14
Behöver inte användas så länge som barnet har övervakning med invasivt blodtryck.

Dag 14 →
Gelelektroder. Byts i samband med kuvösbyte 1g/v.

Barn födda v 29+0 →:
Gelelektroder. Byts i samband med kuvösbyte 1g/v eller vid badning.

Ljusbehandling
Ljusbehandling startas endast enligt läkarordination. På de minsta barnen brukar man dock börja ljusbehandla när bilirubinvärdet stiger >100 µmol/L.

OBS! Barn < v 24 samt äldre barn med väldigt sårig hud kan ha intermittent ljusbehandling dvs. ljusbehandlingen pågår i 3-timmarsperioder med 3 timmars paus däremellan.

Om Biliblanket är ordinerad får den inte läggas ovanpå barnet eftersom slangen är tung och trycker på barnet.

Munvård
Munhålan har en artrik flora av mikroorganismer som under friska förhållanden lever i balans med kroppens infektionsförsvar. Hos en patient med nedsatt allmäntillstånd kan det innebära att normalt förekommande orala mikroorganismer får utrymme att utveckla infektioner.

Hos barn som inte intar föda via munnen tenderar saliven att bli seg. Detta medför att det fastnar mycket bakteriebeläggningar på slemhinnan. För att undvika sprickor och sår som kan bli en inkörsport för infektioner ska slemhinnor och läppar hållas väl fuktade och insmorda.

Alla barn oavsett graviditetsvecka
Viktigt att torka kindernas insida för att få bort ev beläggning, sekret samt återfukta slemhinnan.

Cerat behöver inte användas rutinmässigt utan endast om barnet har torra läppar.

Barn födda före v 29+0
Munnen torkas ur minst var 3:e timma med Proxident muntork small indränkt med vatten.

Barn födda v 29+0 →
Munnen torkas ur minst var 3:e timma med Proxident muntork large indränkt med vatten.

Torr hud/hudsprickor
Barn födda före v 29+0
Torr hud behandlas i första hand med mepilex® transfer på utsatta områden. Vid behandling av böjveck (knäveck, fotleder, handleder mm) kan man fixera mepilex® transfer med elastisk linda alt Coverflex®. Tänk på att vända Coverflex® ut-och-in pga att insidan är mjukare.

Sprucken hud eller hud som trots behandling med mepilex® transfer inte har blivit bättre behandlas med barnolja som stryks/baddas på torra områden 2 ggr/dag tills huden har återfått sin normala smidighet.

Barn födda v 29+0 →
Torr eller sprucken hud behandlas med barnolja som stryks/baddas på torra områden 2 ggr/dag tills huden har återfått sin normala smidighet.

Omvårdnad vid blöjbyte
Förebyggande för alla barn
Direkt vid första skötning läggs en klick vaselin runt anus. Detta upprepas vid varje skötning. Tvätta med oljeblandat vatten eller patientbunden barnolja varje gång barnet har bajsat.

Barn födda före v 29+0
Använd alltid mjuka tvättlappar.

Om barnet får röd eller sårig stjärt
Barn födda före v 29+0
Stjärten smörjs med ett tunt lager Cavilon™ Barrier Cream x 4 dvs varannan skötning

Barn födda v 29+0 →
Stjärten smörjs med Cavilon™ Barrier Cream (enligt ovan) eller inotyol® som torkas bort med barnolja när barnet har bajsat. Låt inotyol® sitta kvar som skydd om barnet bara har kissat. inotyol® får endast användas på barn äldre än 29 grav.veckor.

Riktlinjer gällande barn oavsett graviditetsvecka
Salva/kräm
Rutinmässig användning av salvor eller krämer rekommenderas inte till gravt underburna barn pga smärta vid appliceringen samt risken för att man ”gnuggar” sönder huden när man stryker på salva/kräm (19).

Behandling av kladdiga ljumskar eller svamp i ljumskarna
Sorbact® bygger på en naturlig process, hydrofob interaktion. Detta innebär att två hydrofoba (vattenavstötande) ytor binds till varandra i närvaro av vätska. De allra flesta patogena mikroorganismer såsom bakterier och svamp är hydrofoba och binder till Sorbact®s hydrofoba yta (18).

När Sorbact® används måste ytan ha direktkontakt med huden och man får därför inte använda några salvor eller krämer.
Klipp till önskad längd av tamponaden och lägg i ljumsken. **Byts vid varje skötning**.

Observation av insticksställen
För att minska risken för tromboflebiter alt. lokala infektioner ska alla insticksställen vid PVK, drän, centrala katetrar etc inspekteras minst 1 gång/pass.
Infarter där det ges injektioner/läkemedelsinfusion ska inspekteras före samt efter given injektion/infusion.
Vid rodnad runt insticksställen för PVK eller annan misstanke om tromboflebit/infektion ska PVK dras omgående. Vid rodnad runt övriga insticksställen ska läkare konsulteras för beslut om vidare åtgärd.

Tvättning
Alla barn ska badas/helavtvättas 3 ggr/vecka. Undvik tvål i badvattnet, badolja bör vara förstahandspreparat. Det bästa är om föräldrarna håller reda på när det är dags. Hos väldigt sköra barn kan man dela upp tvätten på flera skötningar.

Tejpning av ärr
När ärret läker så kan cellerna bli överaktiva och orsaka upphöjda, ilsket röda ärr. För att minska risken för detta ska vi tejpa ärren enligt följande:

7–10 dagar efter operationen tas ev. stygn enligt ordination. Om det inte finns några stygn som ska tas så lyft på förband och Steri-Strip™ och bedöm hur såret ser ut. Om såret glipar någonstans så lägg på nya Steri-Strip™ och vänta en vecka till.

När såret inte glipar, ta bort Steri-Strip™ och tejpa längs med hela såret med Micropore™-tejp (papperstejp).

När barnet når fullgången tid eller tidigast 4 v efter operationen byts tejpen till Leukoplast®-tejp (klethäfta). Den innehåller zink som är viktig för sårläkningen och nybildningen av celler.
Om tejpen lossnar ska ny sättas på. Byt tejp med 2 – 3 veckors mellanrum eller om den blir smutsig eller hård.

När det är dags att byta så passa på att bada bort tejpen när barnet ändå ska bada. I samband med byte av tejp ska ärret och omgivande hud smörjas med mjukgörande salva. Vänta då ett par timmar med att sätta på ny tejp så att salvan hinner gå in i huden ordentligt.

Tejpen ska sitta kvar tills ärret är blekt och plant men det är väldigt individuellt hur länge man behöver hålla på med tejpning. Man får helt enkelt pröva genom att låta bli att tejpa ett tag. Om då ärret blir rosa/rött, upphöjt eller ser irriterat ut så får man tejpa ett par veckor alt. någon månad till. Ju mörkare hudfärg desto längre behöver ärret tejpas.

Sträva efter att barnets föräldrar så snart som möjligt tar över ansvaret för tejpningen efter att ha blivit informerade om hur de ska gå tillväga. Glöm inte att dela ut föräldrainformationen.

Ansvar

Ansvar för spridning och implementering har VEC.
Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar/lagar

Uppföljning, utvärdering och revision

Revisionsansvarig: Ann-Charlotte Andersson, Barnsköterska
Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior.
Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO.

Kunskapsöversikt

1. Omvårdnad av det nyfödda barnet. Lars Wallin (red). Studentlitteratur. 2001.
2. Vohra S, Frent G, Campbell V, Abbott M, Whyte R. Effect of polyethylene occlusive skin wrapping on heat loss in very low birth weight infants at delivery: A randomized trial. The Journal of Pediatrics; 1999 may; 134 (5): 547 – 51.
3. Vohra S; Roberts R S, Zhang B, Janes M, Schmidt B. Heat loss prevention (HELP) in the delivery room: A randomized controlled trial of polyethylene occlusive skin wrapping in very preterm infants. J Pediatr. 2004 Dec;145(6):750-3.
4. PM “Navelvård av nyfödda”. Vårdhygien vid SU. Rev 120302.
5. Irving, V. Reducing the risk of epidermal stripping in the neonatal population: An evaluation of an alcohol free barrier film. Journal of Neonatal Nursing; 2001; Jan 7 (1): 5-8.
6. Cavilon™ No Sting Barrier Film. Produktinformation. 3M™.
7. Niltac™. Produktinformation från www.niltac.com
8. Harpin V A, Rutter N. Barrier properties of the newborn infant´s skin. The journal of Pediatrics; 1983 Mar;102 (3):419-25.
9. Evans NJ, Rutter N. Development of the epidermis in the newborn. Biology of the neonate; 1986;49(2):74-80.
10. Kalia Y N, Nonato L B, Lund C H, Guy R H. Development of skin barrier function in premature infants. The Journal of Investigative Dermatology; 3; (2); aug 1998.
11. Squires AJ, Hyndman M. Prevention of nasal injuries secondary to NCPAP application in the ELBW infant. Neonatal Network; 2009 Jan/feb;1(28): 13-27.
12. Hammarlund K, Sedin G. Transepidermal water loss in newborn infants III. Relation to gestational age. Acta Pædiatrica Scandinavica; 1979;68:795-801.
13. Cartlidge P. The epidermal barrier. Seminars in Neonatology; 2000 Nov;5(4):273-80.
14. Harpin V A, Rutter N. Humidification of incubators. Archives of Disease in Childhood; 1985 mar;60(3):219-24.
15. Silverman W A, Blanc W A. The effect of humidity on survival of newly born premature infants. Pediatrics; 1957 sep;20(3):477-86.
16. Sårgrupp Göteborg Bohus. Sår och sårbehandling 2010. www.sahlgrenska.se/sggb.

17. Evidence-based Clinical practice guideline. The Association of Women's health, Obstetric and Neonatal Nurses. 2001.
18. Sorbact®. Produktinformation från www.abigo.se

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet AnOpIva neonatal barn

Innehållsansvar: Ann-Charlotte Andersson, (annan156), Barnsköterska/skötare

Granskad av: Lennart Stigson, (lenst13), Medicinsk rådgivare

Godkänd av: Angela Hanson, (angha), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9774-1570060579-49

Version: 9.0

Giltig från: 2024-09-25

Giltig till: 2026-09-25