

# CPAP/HFG-behandling på förlossningen $\geq$ v.35+0

Nytt dokument 2025-09-02

## Innehållsförteckning

Bakgrund och syfte .....	2
Barn aktuella för vård på förlossningen.....	4
Arbetsbeskrivning .....	6
Arbetsgrupp .....	8

## Bakgrund och syfte

Syftet är att erbjuda nyfödda barn med måttliga andningsbesvär initial vård på förlossningen i stället för på neonatalavdelning. Mot bakgrund av NOBAB.s riktlinjer och med stöd av FN:s barnkonvention bör lokaler, flöden och samarbete anpassas och utvecklas för att möjliggöra god, säker och nära vård av mammor och det nyfödda barnet.

De första timmarna efter förlossningen är en känslig period för den nyförlösta mamman och det nyfödda barnet, separation bör då undvikas. I de fall separation är oundviklig av medicinska skäl eller ur patientsäkerhetsperspektiv, bör partner eller annan anhörig ges möjlighet att ge barnet närhet. Separation mellan mamma och barn de första timmarna efter förlossningen har en negativ inverkan på mamman som blir mindre mottaglig för barnets signaler och barnets förmåga till självreglering. Det är svårt att i efterhand kompensera detta.

Då barnet vårdas hud mot hud med mamman de första timmarna blir mamman i stället mer mottaglig för barnets signaler, lär sig tyda dessa tidigare och anknytning främjas.

Barnets andning och cirkulation stabiliseras och förmågan att reglera kroppstemperaturen förbättras då barnet vårdas hud mot hud, även hos prematur födda barn. Förmågan till självreglering ökar, risken för behov av medicinska åtgärder minskar och dödligheten minskar. Utsöndringen av stresshormoner hos barnet blir lägre vilket minskar risken för hypoglykemi, närheten till mammans hud och bröst främjar barnets vilja att suga och stimulerar mammans mjölkproduktion. Mammor som vårdar sina barn hud mot hud de första timmarna ammar sina barn längre, full amning är vanligare och risken för postpartumdepression minskar.

## Andningsstörning

Neonatal andningsstörning (NAS) 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 asfyxi kan påverka surfaktantsyntesen/-funktionen negativt och därmed bidra till andningssymtomen. Riskfaktorer för andningsstörning är kejsarsnitt (fa elektiva), snabb förlossning, flerbörd, manligt kön, gestations- ålder, tillväxthämning, asfyxi, hypotermi, maternell astma och antidepressiv medicinering hos mamma.

Pulmonell adaptionsstörning (PAS), är den lite mer uttalade formen av andningsstörning där symtomen är liknande, men kvarstår längre tid, ibland flera dagar.

## Hud mot hudvård

Enligt med det nationella kunskapsstödet från SKR om initial obruten hud mot hudkontakt och samvård (publicerat 20 dec 2024) har hud mot hudvård en betydande positiv inverkan på både cirkulation och respiration hos nyfödda barn.

**Cirkulatorisk stabilisering:** Hud mot hudvård underlättar barnets fysiologiska övergång från fostertillstånd till extrauterint liv. Genom att vårda barnet hud mot hud stimuleras termoregleringen och blodcirkulation, vilket främjar stabilisering av hjärtfrekvens och blodtryck. Detta är särskilt viktigt för nyfödda med omogna organsystem.

**Respiratorisk stabilisering:** Hud mot hudvård har också visat sig förbättra andningsrytmen hos nyfödda. Barnet kan uppvisa en mer regelbunden andning, vilket minskar risken för apné och andra

respiratoriska komplikationer. Hud mot hudvård främjar även en mer effektiv övergång tillsjälvständig andning efter födelsen.

Inläggning på neonatalavdelning i nära anslutning till födelsen innebär ofta en separation och splittring av familjen 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 adaptationsstörning förbättras snabbt efter inläggning.

## Barn aktuella för vård på förlossningen

### **Andningsstörning hos barn $\geq 35$ gestationsveckor på förlossningen.**

Barn med 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 på förlossningen är neo personal ansvarig för att hålla barnet under uppsikt och vid behov tillkalla neoläkaren tidigare.

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

### **Inklusionskriterier:**

- Barn födda från v. 35+0, prematurer v.g se [Hud mot hud efter förlossningen](#)
- Syrgasbehov och behov av nCPAP eller HFG

- Övrigt välmående
- Andningsbesvär som en följd av adaptionsstörning (gruntig, snabbandad)

### **Exklusionskriterer:**

- Kraftigt påverkat allmäntillstånd
- Asfyxi (pH under 7,0 och/eller BE -16)
- Naloxonbehandlade 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 kvarstannande på förlossningen för vård tas av neoläkare i samråd med neosjuksköterska. NCPAP via Neopuff bör undvikas om barnet har saturation >90 % då detta medför ökat andningsmotstånd. Neonatalpersonal ansvarar för nCPAP/HFG-uppkoppling, övervakning och initial vård. Neonatal SSK eller BSK kvarstannar därefter hos patienten så länge nCPAP pågår.

- Uppkoppling av NCPAP/HFG görs på barnbordet under värme. Inställningar ordinerar av neoläkare.
- V-sond sätts.
- Temperatur kontrolleras innan barnet flyttas till modern, säkerställ torra filter och mössa.
- Hud-mot-hud i optimal känguruposition.
- Vid eventuell försämring och/eller stigande syrgasbehov trots nCPAP/HFG ska ansvarig läkare kontaktas utan dröjsmål och inläggning på NEO övervägas.
- Neoläkare 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 på neonatal krävs eller om förflyttning till BB kan genomföras.
- Via ventrikelsonden sker tillmatning med bröstmjölksersättning eller mors bröstmjolk ca 10-15ml. Kolostrumkit ges inom första levnadstimmen enligt nationella riktlinjer.
- Vid långvarigt nCPAP/HFG behov skall även blodsocker kontrolleras innan 3 timmars ålder.

**Neoläkare** har ansvar att **sätta diagnos i Obstetrix** om barnet har behandlats på förlossningen polikliniskt med CPAP enligt gällande styrdokument "CPAP på förlossningen".

Aktuella diagnoskoder:

**P22.8 NAS**, Lätt neonatal andningsstörning

**P22.1 PAS**, Pulmonell adaptationsstörning.

Aktuella åtgärds-koder:

**DG001** Behandling med luftvägsmottryck CPAP

**DG015** Tillförsel av extra O2

## Utförande

Steg för steg:

- Barnet tas till barnbordet och neopersonal larmas.
- Inom 30 min är beslut taget om nCPAP/HFG på förlossningssal eller inläggning på neonatalavdelningen enligt inklusions/exklusionskriterierna utförda.
- Påsättning av nCPAP mössa och sättning av v-sond görs vid akutbordet under värme, nCPAP/HFG i adekvata inställningar. Säkerställ att nCPAP luft når lungor genom att lyssna med stetoskop.
- Patient tas till mamma och läggs hud mot hud i optimal position med fria luftvägar, lyssna åter med stetoskop för att säkerhetsställa att luft når lungor.
- Inom 1 timmes ålder ska barnet ha tillmatning via v-sonden med 10-15ml morsbröstmjolk alternativt ersättning.
- Kontroller tas var 30 min eller enligt läkarordination och dokumenteras på övervakningslistan (Puls, AF, Syrgas, POX, temp) samt justeringar av nCPAP/HFG allt eftersom.

- 2 timmar efter behandlingsstart utförs kontroll tillsammans med alternativt i samråd med läkare angående eventuell inläggning.
- Innan 3 timmars ålder ska ett p-glukos tas om fortsatt nCPAP/HFG behov.
- 4 timmar efter behandlingsstart ska ett beslut ha tagits om inläggning krävs eller om förflyttning till BB kan genomföras.
- När mor är färdig att flyttas och barnet **ej** har ett nCPAP/HFG behov längre så går mor och barn till BB. Ansvarig SSK på neonatal skriver en anteckning i Obstetrix i F2:an under journaltext med sammanfattning och lägger övervakningsbladet med mors + barnets personnummer i avsett fack inne på läkarexp neo östra för inskanning.
- När mor är färdigvårdad på förlossningen och ett fortsatt nCPAP/HFG behov kvarligger skrivs barnet in på Neonatal. En inskrivningsanteckning/ankomstsamtal skrivs i Melior.

### [Övervakningslista CPAP förlossningen](#)

## Arbetsgrupp

Margret Johansson Gudjonsdottir, Sektionschef

Cathrine Fransson, Vårdenhetschef

Victoria Svalander, Barnsjuksköterska

Nina Kristiansen, Specialistundersköterska

Granskare:

Elisabeth Heinz, Överläkare

Kristina Högberg, Barnsjuksköterska

Carina Ribbing, Barnsköterska

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet AnOpIva neonatal barn

**Innehållsansvar:** Cathrine Fransson, (catfr2), Vårdenhetschef

**Godkänd av:** Angela Hanson, (angha), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9774-1570060579-972

**Version:** 3.0

**Giltig från:** 2026-02-03

**Giltig till:** 2028-02-03