

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Giltig från: 2024-10-06

Innehållsansvar: Hanna Friberg, (hanfr5), Överläkare

Giltig till: 2026-10-04

Granskad av: Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Obesitas i samband med förlossning

Revideringar i denna version

Ny innehållsansvarig Hanna Friberg, Vårdenhetsöverläkare.

2024-09-23 förlänger datum.

Bakgrund

Förekomst av obesitas i populationen har ökat kraftigt de senaste decennierna. Mellan åren 1993 till 2008 har i riket andelen kvinnor med fetma (BMI > 30) vid inskrivningen på MVC ökat från 5 % till 12 %. Förekomsten av komplikationer kopplade till övervikten ses allt oftare på våra förlossningsavdelningar.

Epidemiologiska data har visat ett samband mellan högt BMI vid graviditetens början och kraftigt ökad maternell risk för graviditetsdiabetes, graviditetsinducerad hypertoni och preeklampsi. För den blivande modern med obesitas är risken för trombos och hjärt-kärlsjukdom påtagligt ökad. För det väntade barnet ökar risken för intrauterin fosterdöd, accelererad fostertillväxt (LGA) och komplikationer direkt kopplade till preeklampsi framför allt i form av försämrad placentafunktion.

I samband med själva förlossningen kan skulderdystoci och därmed ibland plexusskador uppstå på grund av stort foster och värksvaghet. Primär värksvaghet har visat sig vara vanligt hos den här gruppen kvinnor. Det är vanligare med induktioner, planerade kejsarsnitt och akuta kejsarsnitt än i normalpopulationen. Induktioner misslyckas betydligt oftare än hos kvinnor med normal vikt. I efterförloppet till kejsarsnitt uppstår ofta sårinfektioner och sårruptur. Av rent fysikaliska skäl vid fetma är övervakningen via ultraljud, externt CTG, extern värkmätning samt yttre palpation försvårad, vilket kan ödelägga diagnostiken vid alarmerande förlossningsförlopp.

Anläggandet av förlossningsanalgese/anestesi i form av EDA/spinal kan vara tekniskt svårt. I samband med generell narkos är riskerna kraftigt ökade bland annat i form av intubationssvårigheter med risk för aspiration av maginnehåll vilket kan orsaka livshotande aspirationspneumonier.

Hos förlösta kvinnor inom SU (2008 – 2010) var kvinnorna fördelade enligt följande avseende deras BMI vid inskrivningen på MVC:

Övervikt	(BMI 25,0-29,9)	22,8 %
Fetma	(BMI > 30-34,9)	7,3 %
Grav fetma	(>35-39,9)	2,1 %
(>40)		0,76 %

Detta gör att det inom SU rör sig om drygt 200 kvinnor per år i gruppen BMI 35-39,9 och cirka 80 kvinnor per år i gruppen BMI > 40.

Utförande

Under graviditet

- Via MVC informeras kvinnor med BMI > 35 vid inskrivningen eller vid vikt > 120 kg vid fullgången graviditet att förlossningen skall ske på Östra sjukhuset. Motiveringen är att det där finns högre läkarbemanning att tillgå vid ett eventuellt sectio.
- Vid rutinultraljud är det viktigt med längre tid för att möjliggöra en fullgod undersökning. Då tidsbokningar numera läggs in direkt från MVC får man särskilt ringa antenatalenheten ÖS om dessa patienter så att dubbel undersökningstid bokas in.
- Kvinnor med BMI > 35 rekommenderas via MVC användande av kompressionsstrumpa. Behandlingen startas tidigt, så snart som möjligt.
- Kvinnor med BMI > 40 vid inskrivningen på MVC skall remitteras för anestesikonsultation 6-8 veckor före beräknad förlossning.

Vid förlossning

- Kontrolleras att kvinnor med BMI > 40 redan träffat anestesiläkare, om detta inte är gjort kontaktas ansvarig anestesiläkare vid inkomsten till förlossningen.
- För gruppen kvinnor med BMI > 40 ges T Omeprazol®/Ranitidin® 20 mg per os när de är i gång i förlossningsarbete i syfte att höja magsaftens låga pH.

- Frikostig användning av abdominellt ultraljud i samband med inkomsten i syfte att säkert kunna bestämma fosterläge.
- Intravenös venväg sätts tidigt under förlossningsförloppet. Kvinnan är ofta svårstucken, fördel att sätta nål i lugnt skede.
- Föreslå EDA för kvinnan. EDA anläggs med fördel tidigt i förloppet men aktiveras vanligen först då förlossningen är ordentligt i gång. EDA gör att vi säkrar en möjlighet till relativt snabb anestesi vid eventuellt akut sectio eller annan akut obstetrisk åtgärd.
- Intrauterin värkmätning används frikostigt för att övervaka värkarbetet. Extra viktigt under oxytocin användning, så att doseringen blir optimal.
- Kvinnorna använder sina kompressionsstrumpor under (och efter) förlossningen.
- Kvinnor med BMI > 40 bör få trombosprofylax direkt efter förlossningen och under puerperiet; sex veckor. Första dosen Fragmin® ges så snart det är möjligt med hänsyn till given EDA/spinal (vanligtvis två timmar efter att spinal eller EDA är anlagd eller EDA kateter är avlägsnad). Första dygnet ges 2 500 E Fragmin® sc var 12:e timme, därefter:
 - 91-130 kg: 7 500 E Fragmin® sc/dygn
 - 131-170 kg: 10 000 E Fragmin® (5 000 E x 2) sc/dygn

Sectio

- Två obstetiker vid operationen. Om hög belastning i övrigt på förlossningsavdelningarna bör bakjour kallas in. Sedvanlig Joel-Cohen incision är att föredra.
- Extra stora hakar nedåt samt en extra hake som läggs i snittets kraniella del och dras uppåt vänster ("Mölnadalshake").
- Fascian sys med PDS.
- Två rader subkutan sutur (t ex första raden enstaka, andra raden fortlöpande) vilket minskar risken för serom.
- Vid både elektiva och akuta sectio ges trombosprofylax med Fragmin®. Vanligtvis ges en veckas behandling. För gruppen BMI > 40 ges sex veckors trombosprofylax, se dosering under föregående rubrik.

BB tid

- Morgontemperaturen kontrolleras dagligen pga den kraftigt ökade infektionsrisken.

Utskrivning

- Vid utskrivningen informerar obstetrikern kvinnan extra noggrant om tecken på specifika komplikationer (infektioner, trombosjukdomar). Kvinnan uppmanas att vara fysiskt aktiv och ta promenader om möjligt.
- Fortsatt användning av stödstrumpa under sex veckor.
- För kvinnor med BMI > 40 rekommenderas sex veckors behandling med Fragmin® postpartum, dos se under "förlossning".

Uppföljning, utvärdering och revision

Verksamhetschef ansvarar för uppföljning av innehållet i rutinen.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Obstetrix/Melior, om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO.

Granskare/arbetsgrupp

Ali Khatibi Esfangani Ul, Margareta Hellgren Öl, Ann Larsson Bm specialförlossningen, Katarina Knutsson Bm, antenatalenheten, Anna Lindqvist Bm, normalförlossningen, Niclas Carlberg Ul anestesikliniken.

Medicinsk rådgivare

Erica Ginström Ernstad, sektionschef, medicinsk ledningsansvarig, obstetrikern SU

Ansvar

Gäller för personal inom de enheter/verksamheter som berörs av rutinen.

Ansvar för spridning och implementering har VEC/EC.

Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar/lagar.

Referenser

- Alanis MC, Goodnight WH, Hill EG, Robinson CJ, Villers MS, Johnson DD. Maternal super-obesity (body mass index > or = 50) and adverse pregnancy outcomes. Acta Obstet Gynecol Scand. 2010 Jul; 89(7):924-30.
- Cedergren MI. Maternal morbid obesity and the risk of adverse pregnancy outcome. Obstet Gynecol. 2004, 103 (2): 219-24
- Kaiser PS and Kirby RS. Obesity as a risk factor for caesarean in a low risk population. Obstet Gynecol 2001, 97; 39:39-43

- Mace HS, Paech MJ, McDonnell NJ. [Obesity and obstetric anaesthesia](#). Anaesth Intensive Care. 2011 Jul; 39(4):559-70. Review.
- Mattsson L-Å och Ladfors L. Övervikt och fetma – en riskfaktor vid graviditet och förlossning. Läkartidningen 2003, 100 (48): 3959-61
- McDonald SD, Han Z, Mulla S, Beyene J. Overweight and obesity in mothers and risk of preterm birth and low birth weight infants: systemic review and meta-analysis. BMJ 2010, 341: c3428
- Nohr EA, Villamor E, Vaeth M, Olsen J, Cnattingius S. [Mortality in infants of obese mothers: is risk modified by mode of delivery?](#) Acta Obstet Gynecol Scand. 2011 Nov 29; doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01331.x. [Epub ahead of print]
- Ovesen P, Rasmussen S, Kesmodel U. [Effect of prepregnancy maternal overweight and obesity on pregnancy outcome](#). Obstet Gynecol. 2011 Aug; 118(2 Pt 1):305-12.
- Robinson HE, O'Connell CM, Joseph KS, McLeod NL. Maternal outcomes in pregnancies complicated by obesity. Obstet Gynecol 2005, 106(6):1357-64
- [Vahratian A](#), [Zhang J](#), [Troendle JF](#), [Savitz DA](#), [Siega-Riz AM](#). Maternal prepregnancy overweight and obesity and the pattern of labor progression in term nulliparous women. Obstet Gynecol 2004, 104 (5): 943-51
- Wolfe KB, Rossi RA, Warshak CR. [The effect of maternal obesity on the rate of failed induction of labor](#). Am J Obstet Gynecol. 2011 Aug; 205(2):128.e1-7. Epub 2011 Apr 8.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Innehållsansvar: Hanna Friberg, (hanfr5), Överläkare

Granskad av: Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9786-1429723585-214

Version: 5.0

Giltig från: 2024-10-06

Giltig till: 2026-10-04