

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Giltig från: 2026-05-07

Innehållsansvar: Susanna "Sanna" Nygren, (susny9), Överläkare

Giltig till: 2028-05-07

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

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

# Administrering av intravenöst järn till gravid kvinna i andra och tredje trimestern

## Förändringar sedan föregående version

2026-05-07 sidan 3 tagit bort att barnmorska måste ringa konsultläkare innan infusionen startas. Konsultläkare är ansvarig men behöver inte kontaktas. Anledningen är att anafylaxi är mycket ovanligt och detta är en förberedelse för att så småningom kunna administrera monofer utanför sjukhus.

2026-03-09: Rutinen förlängs, inga medicinska ändringar

## Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version .....	1
Bakgrund och syfte.....	1
Utförande.....	2
Arbetsrutin Intravenöst järn på MGN .....	3
Arbetsgrupp.....	6
Bilagor .....	6

## Bakgrund och syfte

Intravenös behandling med järn är en effektiv åtgärd vid järnbristanemi men innebär också risk för biverkningar i form av allergiska reaktioner samt s k Fishbane reaktion. Behandlingen är resurskrävande jämfört med per oral behandling. De patienter som erbjuds behandling behöver selekteras väl. För gravida är det ytterligare hänsyn som behöver tas i relation till graviditet och foster, varför all administrering av iv järn sker på sjukhus.

## Utförande

### Indikation för intravenöst järn efter graviditetsvecka 20+0 och före graviditetsvecka 37+0

- Hb  $\leq$  95
- Mikrocytär anemi
- Ferritin lågt  $\leq$  15
- Järnbrist är den mest sannolika orsaken till anemin
- Möjligheterna till per oral järnbehandling är uttömda, dvs patienten har prövat flera olika sorter med god compliance.
- Anemisyptom såsom trötthet, hjärtklappning och andfåddhet
- Tiden till förväntad förlossning bör vara tillräckligt lång för att patienten ska kunna tillgodogöra sig intravenöst järn. För full effekt krävs ca 4 v. Behandling ges inte utan särskilt övervägande efter v 37+0 eftersom risken för att patienten kommer i värkarbete innan behandlingen haft effekt då är stor. I fall där man förväntar sig att svårighet att ta per oralt järn kvarstår postpartum kan intravenöst järn ges på BB om inte blodtransfusion givits.
- Patienten har fått information om risken för biverkningar i samband med intravenöst järn
- Patienten samtycker till att få intravenöst järn

### På remiss till SU

Läkare på BMM (eller barnmorska på delegation av läkare) skriver remiss till KK (MGN/SU).

Information på remissen:

- Vikt (pregravid), längd och BMI
- Aktuellt Hb och ferritin
- Information om att indikationerna för järn är uppfyllda.
- Riskfaktorer för allergisk reaktion: annan allergi, svår astma, atopiskt eksem eller annan kronisk/akut inflammation (t ex reumatisk sjukdom, SLE, Mb Crohn) samt vilken risk-nyttavärdering som gjorts i förhållande till dessa.
- Behov av tolk.

Inga recept utfärdas av läkare på BMM utan läkemedel tillhandahålls av KK/SU

Pat ska ha fått muntlig och skriftlig information om behandlingen på BMM.

### Behandling

Intravenöst järn administreras som engångsdos om 1000 mg (om patienten inte väger mindre än 50 kg vid inskrivning, då krävs individuell dos, maxdos 20 mg/kg).

## Utvärdering av behandlingseffekt

- Hb kontrolleras på BMM efter 10–14 dagar. Hb förväntas då ha stigit med 1 g/dag (dvs 10-14g).

Om Hb stigit tas nytt Hb efter ytterligare 2 veckor.

Om Hb inte stigit på förväntat sätt behöver läkare konsulteras för att utvidga provtagningen och omvärdera diagnosen alternativt fundera på om patienten förlorar blod någonstans.

## Arbetsrutin Intravenöst järn på MGN

### Innan patienten kommer

Kontrollera att det finns en ordination i Melior

### När patienten kommer

- Ge patienten den skriftliga patientinformationen (vid tolkbehov; gå igenom den med hjälp av telefontolken/tolkappen om informationen inte finns på det språk patienten talar)
  - Be patienten fylla i patientformuläret (bilaga 1). Om någon av de första 6 frågorna besvaras med ”ja” ska läkare kontaktas och en risk-nyttavärdering ska göras. Denna ska vara dokumenterad i journalen innan behandlingen ges, alt ska hänvisning ske till läkaranteckning i MHV3 där detta redan är gjort.
  - Kontrollera puls, POX och blodtryck (för att ha ett utgångsvärde i händelse av reaktion)
1. Sätt nål

### Administrering av läkemedel

Monofer ska ges i ett rum där det finns en brits och där utrustning för övervakning finns.

Monofer<sup>®</sup> administreras som intravenös infusion, max 20 mg/kg kroppsvikt (räknat på inskrivningsvikt MHV1) per infusionstillfälle.

Järndosen spädes i 100 ml NaCl 9 mg/ml (risken för biverkningar ökar om man späder i större mängd).

- Förfyll inte aggregatet/slangen med NaCl utan anslut järnlösningen direkt, då högre spädningsfaktor minskar stabiliteten i järnkomplexet. Inga andra intravenösa spädningslösningar eller läkemedel får användas.

Starta infusionen långsamt och öka successivt hastigheten.

Vid dosering  $\leq 1000$  mg ges infusionen under minst 15 min.

Vid dosering  $> 1000$  mg ges infusionen under minst 30 min.

## Övervakning

Alla patienter som fått intravenöst järn ska övervakas på avdelningen/mottagningen minst 30 min efter avslutad infusion. Om patienten mår bra behövs inga kontroller. Vid symptom kontrolleras puls, blodtryck, POX och andningsfrekvens.

## Biverkningar

### Fishbanereaktion (1-2/100)

Självbegränsad reaktion med flush, akut bröst- och ryggsmärtor (alt trångghetskänsla i bröstet) utan hypotension (lågt blodtryck)

#### Åtgärd

- Stäng av droppet
- Övervaka patienten: puls, blodtryck, POX, andningsfrekvens
- När patienten är stabil avlyssnas fosterljuden (vid avvikande fosterljud kopplas CTG)
- Om reaktionen klingar av och fosterljuden är normala: starta infusionen igen på halva hastigheten (om patienten medger detta). Oftast kommer reaktionen inte tillbaka.
- Diagnossätt: Kod för läkemedelsreaktion: T88.7 + Y57.9 (se nedan)
- Pat kan få järn igen

### Anafylaxi (<1/1000)

En akut, potentiellt livshotande systemisk reaktion som involverar två eller fler organsystem:

- Andningsvägarna  
(Heshet, bronkobstruktion, skällhosta, sväljningsbesvär, hypoxi, cyanos, andningsstopp)
- Hud (klåda, flush, urtikaria, angioödem)
- Mag-tarm (buksmärta, illamående, diarré, kräkning)
- Hjärta-kärl (Hypotoni, arytm, hjärtstopp)

#### Åtgärd

- Stäng av droppet
- Övervaka patienten: puls, blodtryck, POX, andningsfrekvens

Lågt blodtryck talar för anafylaxi och inte Fishbane (jämför vad patienten hade när hon kom)

#### Vid misstanke om anafylaxi

- Ring på hjälp (bm, usk)
- Tillkalla ansvarig läkare.
- Hämta akutlåda (anafylaxi Monofer) och akutväska/vagn (där finns syrgas).
- Larma narkos (tel 39090, säg ”Narkoslarm Nya mottagningsbygganden Östra plan 0”).
- Koppla Ringeracetat , låt gå snabbt
- Sätt en PVK till
- Övervaka puls, blodtryck, POX och andningsfrekvens
- Koppla syrgas vid hypoxi (POX<95%)

Usk dokumenterar åtgärder/parametrar i protokoll (bilaga 2).

I akutlådan ”anafylaxi Monofer” finns följande läkemedel (ges på läkarordination)

- Adrenalin; Epipen 300 mikrogram (ges im i låret)
- Antihistamin, Desloratadin 5 mg, 2 tabletter (ges som engångsdos)
- Betapred 0,5 mg 10 st, lös upp i lite vatten

**Adrenalin är det viktigaste läkemedlet- ges intramuskulärt i låret!**

Vid behov av ytterligare läkemedel, öppna akutväskan.

Fortsatt behandling av anafylaxi kan tex vara

- Adrenalin 1 mg/ml: 0,3–0,5 mg im (kan upprepas efter 5 min)
- Betapred 4 mg/ml, 2 ml iv (om inte per oral behandling kan ges)
- Inhalation ventoline vid obstruktivitet, i akutväskan finns:  
-Förladdad autohaler med Airomir (salbutamol) 0,1 mg/dos, ge 1-2 inalationer (maxdos 16 doser/dygn)  
Alternativt  
-Ventoline (salbutamol) 2 mg/ml via nebulisator, en behållare innehåller 2,5 ml (=5 mg ventoline). Börja med att ge 5 mg"
- Fosterövervakning endast om den gravida är stabil - larmsnitt kontraindicerat vid instabil patient
- När patienten är stabil ska ett CTG köras

Vid verifierad anafylaxi

- En pat som fått en anafylaktisk reaktion ska inte ha iv järn igen

**Diagnoskoder och åtgärds-koder**

Huvuddiagnoskod

- O99.0 (Anemi hos modern som komplicerar graviditet, förlossning och barnsängstid).

Åtgärds-kod

- DT016 (Läkemedelstillförsel, intravenös + lägg till monofer i texten).
- ZV055 (dagsjukvård)
- ZV211-ZV215 (tidsåtgång)

Vid reaktion som föranleder att infusionen behöver avbrytas och startas om ska även koderna för läkemedelsreaktion sättas:

- T88.7 (Ospecificerad ogynnsam effekt av droger och läkemedel)
- Y57.9 (Läkemedel eller drog i terapeutiskt bruk som orsak till ogynnsam effekt)

Vid anafylaxi ska läkare besluta att kod ska sättas:

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

- T88.6 (Anafylaktisk chock orsakad av adekvat läkemedel eller medicinsk substans som ordinerats och givits på rätt sätt)
- Y57.9 (Läkemedel eller drog i terapeutiskt bruk som orsak till ogynnsam effekt)

## Arbetsgrupp

Karin Breding, vårdenhetsöverläkare avd 310/311, Hanna Friberg, vårdenhetsöverläkare avd 308, Erica Ginström Ernstad, sektionschef.

## Granskad av

Erica Ginström Ernstad, medicinsk ledningsansvarig, sektionschef, obstetriken.

## Bilagor

1. [Intravenös järnbehandling-patientinformation](#)
2. [Patientformulär för intravenös järnbehandling](#)
3. [Protokoll ANAFYLAXI MONOFER](#)

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Obstetrik

**Innehållsansvar:** Susanna "Sanna" Nygren, (susny9),  
Överläkare

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

**Godkänd av:** Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9786-1429723585-355

**Version:** 4.0

**Giltig från:** 2026-05-07

**Giltig till:** 2028-05-07