

Dokumentnamn: Fosterövervakning vid aktiv förlossning			Sidor: 2
Gäller för: Förlossningen kvinnosjukvården i	Godkänd av:	Utarbetat av: (bör framgå att det är utarbetat av ett team av såväl barnmorskor som läkare)	Revisionsansvarig:
Utfärdat datum:	Giltigt t.o.m:		Utgåva:

Fosterövervakning vid aktiv förlossning

Syfte:

Målsättningen med fosterövervakning är att upptäcka hypoxi så att åtgärder kan vidtas för att förhindra asfyxi hos foster.

Vid definition av aktiv förlossning ska 2 av följande kriterier vara uppfyllda:

1. Regelbundna, smärtsamma sammandragningar
2. Vattenavgång
3. Cervixdilatation 3-4 cm

Intagningstest:

Utförs snarast efter ankomst. Auskultation med tratt, kontroll av moderns puls och CTG som bedöms enligt nationell klassifikation.

Under öppningsskedet:

A) Låg risk enligt riskbedömning vid inkomst (se PM riskbedömning):

Fosterljud avlyssnas under minst 1 minut var 15:e minut direkt efter kontraktion och en minut under värkpaus.

Kontroll av värkstatus 1g/timme.

Yttre palpation + vaginalundersökning minst var 4:e timme eller oftare vid avvikelse. Kontinuerligt stöd rekommenderas under aktivt förlossningsarbete.

Ovanstående ska dokumenteras i partogram.

Rekommendation avseende intermittent CTG finns hos majoriteten av kliniker. Tidsintervallen varierar. Arbetsgruppen har inte evidens eller tungt vägande praxis för detta eller ett specifikt tidsintervall.

B) Vid identifierad risk alternativt avvikelse från det normala förloppet:

Individuell bedömning i samråd med läkare, men tätare CTG alternativt kontinuerlig CTG registrering rekommenderas.

Se det nationella CTG-klassificeringssystemet.

Varje klinik bör upprätta egna riktlinjer för riskbedömning. Riktlinjerna bör innehålla en sammanställning över situationer som anses innebära riskfaktorer så att hela vårdteamet använder samma kriterier i sin riskbedömning.

Exempel på riskfaktorer för asfyxi:

- Abnormt värkarbete
- Feber
- Fetal malposition
- Fosterhjärtfrekvensavvikelse
- Högriskgraviditet (preeklampsi, hypertoni, diabetes, immunisering, hepatos etc)
- Patologisk fostervattenmängd
- Tidigare sectio
- Tillväxthämning
- Tjockt mekoniumfärgat fostervatten
- Vaginal blödning (ej teckningsblödning)

C) I samband med vattenavgång avlyssnas fosterhjärtljuden.

D) Vid analgesi eller tillförsel av läkemedel hänvisas till respektive riktlinje/PM.

Under utdrivningsskedet:

Utdrivningsskedet kan enligt WHO delas in i 2 faser:

Fas 1: Tiden från att cervix är retraherad tills föregående fosterdel är slutroterat och står mot bäckenbotten. Denna fas övervakas som vid öppningsskedet.

Fas 2: Att kvinnan börjar krysta aktivt och/eller föregående fosterdel är slutroterat mot bäckenbotten. Om fosterhjärtljuden bedöms normala eller en normal CTG-registrering finns i krystningsskedets början kan fosterhjärtljuden istället för kontinuerligt CTG avlyssnas intermittent efter varje värk. Om krystningsskedet pågår längre än 30 minuter ska kontinuerligt CTG ske.

Generellt:

En fortlöpande riskbedömning ska göras utifrån förlossningsförloppet. Bedömning och åtgärd ska dokumenteras.

Kommentar:

PM bör vara läsbara och användbara i situationen, helst en sida, ej mer än två. Flera bra checklistor/PM finns men gruppen har bedömt efter genomgång av inkomna listor/PM i projekt "Säker förlossningsvård" att ovanstående uppgifter är av värde att ha med. Inget PM med samtliga uppgifter finns redovisade från klinikerna inom projektet. Varje klinik rekommenderas att utforma sitt lokala PM utifrån ovanstående grundförslag.