

Övervakning och kontroller på neonatalavdelning 10

Syfte

Behovet av övervakning baseras på barnets tillstånd och ansvarig läkare tar beslut om övervakning. Detta dokument ska vara till hjälp för att uppehålla medicinsk säkerhet men barnets övervakningsbehov beslutas individuellt och omprövas dagligen.

Rutiner för kliniska kontroller

Ingen övervakning kan ersätta kliniska kontroller där personalen ser och bedömer barnets allmäntillstånd och viktiga funktioner. I en rutinkontroll ingår puls och andningsfrekvens, allmän bedömning av barnets färg och vitalitet. Temperatur kontrolleras regelbundet, tätare vid hypo- eller hypertermi.

- Vid ny inläggning bör kontroller genomföras var till varannan timme de första 6 timmarna och därefter ungefär var 3:e timme.
- För barn med full övervakning alternativt saturationsövervakning görs kontroller normalt var 3:e timme. För helt stabila barn med full övervakning på grund av omogenhet eller enbart saturationsövervakning på grund av ett låggradigt syrgasbehov kan kontrollerna glesas till en gång per pass. Detta sker efter läkarordination.
- För barn som inte övervakas bör kontroller tas en gång per pass. Kontrollerna avvecklas då barnet närmar sig hemgång.

Syrgasdosering och monitorering

Många nyfödda barn har behov av extra syrgastillförsel under en längre eller kortare tid. Syrgas är i denna situation att betrakta som ett läkemedel. Det ska följaktligen doseras och monitoreras för att uppnå önskad effekt och undvika biverkningar, det vill säga i första hand ögonskador hos de mest omogna barnen.

Om inte annat anges på läkemedelslistan för respektive patient gäller följande:

Saturationsgräns 90-95% oavsett mognadsgrad.

Övervakningsformer

- **Fullt övervakad.** Elektroder samt saturationsövervakning. Eventuellt dubbla saturationsmätare (pre- och postduktalt). Används för svårare sjuka barn,

instabila barn, tidigt i vårdförloppet samt för barn med centrala katetrar (NAK och NVK, undantag CVK hos för övrigt stabilt barn).

- **Artärövervakning.** Blodtrycksövervakning för alla barn med NAK eller artärnål. Kan vara enda övervakningen hos stabila barn med artärnål för provtagning.
- **POX/Saturation.** Används för att övervaka syresättning och för att doseras syrgas till barnet. Används även för att övervaka syresättning och puls hos barn utan syrgastillförsel.

Övervakning på grund av omogenhet

- Barn under vecka 32. Fullt övervakad. För stabila barn sent i vecka 31 kan undantag göras.
- Barn vecka 32-33. Välmående barn utan andningsstörning övervakas under minst två dygn efter födelsen med full övervakning. Om barnet därefter är stabilt kan fortsatt övervakning ske med endast saturationsmätare.
- Barn vecka 33-34. Som ovan men med ett dygns full övervakning. För helt stabila barn i övre delen av åldersintervallet utan komplicerande faktorer kan endast saturationsövervakning övervägas.
- Barn under vecka 35 ska åtminstone övervakas med saturationsmätare.
- Barn från vecka 34+0 som varit stabil i minst fem dygn (utan att man har behövt stimulera eller ta till andra åtgärder i samband med ”dippar”) kan vara utan övervakning.
- Barn med matdropp bör mer generöst övervakas med full övervakning.

Övervakning på grund av andningsstörning

- **Akut andningsstörning (PAS, lindrig RDS, infektion)** kräver vanligen full övervakning tills tillståndet har stabiliserats. Övervakningen avslutas då andningsstörningen avklingat eller endast lindrigare takypné kvarstår.
- **Då eventuell syrgasbehandling avslutats** övervakas barnen ytterligare 6-24 timmar med full övervakning alternativt saturationsmätare. Övervakningens längd bestäms av läkare baserat på barnets tillstånd.
- **Fullgångna stabila barn (exempelvis misstänkt infektion)** med kvarstående litet syrgasbehov kan övervakas med endast saturationsövervakning.
- **Barn under vecka 35** ska då full övervakning avvecklas ha saturationsmätare.
- **Vid långdraget syrgasbehov**, hos exempelvis prematurfödda barn, avvecklas full övervakning och ersätts med saturationsmätare efter ordination från ansvarig avdelningsläkare. (OBS, Barn med långdraget syrgasbehov (ex-vis BPD) ska övervakas med saturationsmätare också vid hemgång.)

Urinmätning

Urinmätning genomförs genom vägning av blöja eller mätning av kateterurin. Den uppmätta mängden skrivs upp på övervakningslistan.

- **Urinmätning bör göras på följande barn (undantag i samråd med läkare)**
 - Barn med intravenös infusion
 - Barn med urinkateter
 - Barn med intravenös diuretikabehandling

- **Urinmätning kan övervägas och diskuteras med ansvarig läkare vid följande tillfällen**
 - Ankomstdygnet
 - Barn med andningsstörning
 - Barn med fototerapi
 - Barn med nyinsatt peroral diuretikabehandling
 - Barn som behandlas med vissa läkemedel

Behovet av fortsatt urinmätning ska ordinerars på rondan. För alla barn som vårdas på avdelningen ska det på övervakningsbladet noteras om och när barnet kissat. Man noterar mängd i ml där urinmätning är ordinerad och ett + (plus) för övriga barn.

Diures bör vara minst cirka 2 ml/kg per timme. Diuresen måste även korreleras till barnets vätskeintag och viktutveckling. Som grov tumregel brukar ett barn i balans ha en urinproduktion som motsvarar cirka 2/3-3/4 av det totala vätskeintaget.

Giltig fr.o.m: 2020-05-26
Giltig t.o.m: 2022-05-26
Identifierare: 180608
Övervakning och kontroller på neonatalavdelning 10



Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare