

Intrauterin fosterdöd > v22+0

Gäller för: Förlossningsavdelningen

Diagnos

Vid misstanke om intrauterin fosterdöd säkerställs diagnosen av läkare med hjälp av ultraljud på BB/förlossningen eller ultraljudsmottagningen. Visa föräldrarna! Lyssna och finns till hands, låt patienten och partnern ge uttryck för var de känner - ge tid. Informera sedan om det man vet och försök svara på frågor.

Planera för fortsatt vård, informera om utredning och förlossningssätt

Besluta om tid för förlossning, eventuell induktion.

De allra flesta vill gå hem till nästa dag för att vara i ro tillsammans, och induceras dagen därpå.

Lämna broschyren ”Att förlora ett barn” till paret, kontakta patientansvarig barnmorska inom MHV. Detta ordnas av patientansvarig barnmorska på förlossningen.

Induktion

Induktionssätt bestäms av graviditetslängden och cervixstatus. Jämför även PM vid senaborter.

Om kort graviditetslängd gärna förbehandling med Mifegyne.

Om omogen cervix lämpligen induktion med prostaglandin.

- **Graviditetsvecka 22+0 - 25+6**

Vag Cytotec 100 µg (½ tablett) var 6:e timme om ej >2 kontraktioner/timme.

Max 4 doser.

Från graviditetsvecka 26+0

Vag Cytotec 50 µg (¼ tablett) var 4:e timme om ej >2 kontraktioner/timme.

Max 6 doser.

Alternativ om lång graviditetslängd 2 mg Minprostin vaginalt.

Om mogen cervix föreslås primär amniotomi och om behov följt av oxytocin.

Vid förlossning eftersträva personalkontinuitet. Försök få så ”normala förhållanden” som möjligt samt lugn och ro. Liberalt med smärtlindring. Ta koagulationsprover TPK, PPT, APT inför eventuell EDA. Patientansvarig barnmorska och undersköterska bör frikopplas från övrig verksamhet.

Rekommenderad basutredning – provtagning

1. **Amniocentes** för kromosomanalys och för odling görs före induktion, helst samma dag som diagnosen ställs. Görs på ultraljudslab. Frys även fostervatten, se nedan.
2. **Odlingar från moder** om feber eller andra infektionstecken, således beroende på den kliniska situationen.
3. **Serologi från modern** Herpes Simplex, CMV, Toxoplasmos, Parvovirus. Dessutom kardiolipinantikroppar, lupusantikoagulans.

Frys: Amnionvätska, (sterilt rör på u-ljud), 2 st cm-stora bitar från placenta, blod från modern (2 serumrör och 2 EDTA rör). Proverna kan frysas på mikrobiologisk avd.

Dessa prover kan senare användas för parvovirus-PCR, CMV-PCR, toxoplasmos-PCR och serologi för rubella, listeria, Q-feber etc när den kliniska bilden analyserats och riktade analyser kan bli indicerade.

Efter förlossningen

Ge föräldrarna den tid de önskar att se, hålla och röra vid barnet! För ”minnen” – gör fotavtryck och ta eventuellt en hårlock.

Barnet fotograferas och bilden sparas även på CD-skiva. Framkallas utan patientidentitet. Förlösande barnmorska ansvarar för att föräldrarna får bild och/eller CD-skiva.

Utskrivande barnmorska ansvarar för att barnet kommer till patologen.

Utredning barnet

Röntgen: ”Fosteröversikt” Rekommenderas på alla. Kan göras alla dagar. Notera all klinisk information.

Om paret inte önskar obduktion (se nedan) rekommenderas MR på röntgen. Kan i nuläget bara göras på vardagar. Remiss kallas ”MR vid perinatal död”.

Obduktion: Obduktionsremiss och PAD-remiss för placentaundersökning. Notera all klinisk information. Placenta lämnas inom 1,5 tim till patologavdelningen med remiss. Under jourtid läggs placenta i ett kärl försett

med lock och förvaras i kylskåp och lämnas till patologavdelningen under ordinarie öppentid.

Dödsbevis skrivs fr.o.m. 22+0.

Kurator, präst - begravning

Informera om kurator och sjukhuspräst. Kan bistå med psykologiskt-mänskligt stöd och hjälpa till och informera kring begravning. Sjukhuspräst söks via växeln under dagtid. Jourtid – jourhavande präst 07:00 – 22:00. Efter kl 22:00 församlingsprästen.

Hemgång - uppföljning

Tjänstgörande förlossningsläkare informerar paret efter förlossningen och ordnar utskrivning.

Föräldrapenning (29 dagar), sedan om behov sjukskrivning. Mannen sjukskrivs direkt om behov.

Barnmorska informerar om åtgärd mot bröstmjölk, ex Dostinex. Lämna häftet: ”Vi som har ett barn för lite” vid hemgång.

Återbesök till teamet: tjänstgörande förlossningsläkare, barnmorska och barnundersköterska planeras efter cirka 2 veckor för uppföljning, samtal, stöd och information.

Ett andra återbesök sker lämpligen efter ungefär 6 veckor, då med gynundersökning, svar på prover och undersökningar och ställningstagande till om någon annan stödjande kontakt behövs.

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare