## Endring siden forrige versjon

Ingen faglige endringer

## Hensikt

Sikre

* God ivaretakelse av gravide innlagt med akutt skade eller sykdom.
* Forsvarlig behandling for det aktuelle traume eller den aktuelle sykdom

## Målgruppe

Leger, sykepleiere og jordmødre i Sykehuset Østfold (SØ)

## Fremgangsmåte

Generelt:

Primærvakt anestesi bør være informert om alle med akutt sykdom og GA over 20.

Primærvakt føde/gyn bør være informert om alle med akutt sykdom og GA over 22+5.

Primærvakt NFI bør være informert om alle med akutt sykdom og GA over 22+5 hvor det er risiko for at barnet må forløses.

### Graviditet og traumer

* I 2. og 3. trimester kan selv små traumer få uheldige følger for fosteret. Traumer kan

forårsake for tidlig løsning av placenta (abruptio), prematur riaktivitet, prematur vannavgang og, i ekstreme tilfeller, uterusruptur og direkte skade på fosteret.

Stumpt traume mot abdomen/uterus utgjør den største faren for fosteret fordi den uelastiske placenta kan løsne fra den elastiske uterus. Det er risiko for at det samme kan skje hvis den gravide utsettes for raske akselerasjoner eller deselerasjoner.

* I utgangspunktet skal en håndtere og prioritere traumatiserte gravide etter samme retningslinjer som ikke-gravide. Optimal resuscitering av mor er beste initiale behandling for fosteret fordi maternelt sjokk utgjør en stor risiko for intrauterin fosterdød.
* Unngå aortacaval kompresjon ved å venstreforskyve livmor eller å legge den gravide 30° i venstre skråleie, både ved resuscitering og kirurgi (i vanlig ryggleie blir venøst returvolum redusert og den gravide blir hypotensiv).
* Mistenk hypovolemi før pasienten får symptomer på det. Start volumøkende tiltak selv hos normotensive. Er den gravide først sjokkert av hypovolemi, er sjansene små for å redde fosteret uten sekvele.
* Viktig med oksygenbehandling ved lav SpO2. Maternell SpO2 < 95 % kan gi fosterskader.
* Ved røntgenundersøkelse bør man, om mulig, skjerme mors abdomen.
* Ved kirurgi kan det være nødvendig å gi tocolytika for å forhindre/utsette prematur fødsel.
* Perimortem sectio: Hvis avansert hjerte-lungeredning ikke gir spontan sirkulasjon hos mor i løpet av 2-3 minutter og svangerskapsvarighet >20 uker eller uterus i navlehøyde, skal perimortem sectio påbegynnes innen 4 minutter for å redde mors liv ved vedvarende hjertestans. Prosedyre: [Hjertestans - gravide](https://kvalitet.so-hf.no/docs/pub/dok41809.htm)

### Graviditet og akutt abdomen

* Det er sterk korrelasjon mellom intraabdominale akutte inflammatoriske prosesser og premature rier.
* Anamnese og funn er ofte mindre typiske hos gravide enn hos ikke-gravide med samme sykdom.
* Tegn på peritoneal irritasjon kan være fraværende fordi bukveggen er løftet og strukket.
* Appendicitt er den hyppigste ikke-obstetriske årsak til akutt kirurgi i svangerskapet.

Mens appendix er lokalisert ved McBurneys punkt i tidlig svangerskap, blir den progressivt forskjøvet oppover og lateralt med økende svangerskapslengde. Mot slutten av svangerskapet kan appendicitt forveksles med cholecystitt.

Ved appendicitt forventes leukocytose, men i 2. og 3. trimester er leukocytose opp til 16 000 normalt.

### Graviditet og akutte indremedisinske sykdommer

Akutte hjerte- og lungesykdommer og akutte intoksikasjoner innebærer økt risiko for abort, prematur fødsel, intrauterin fosterdød og fosterskade.

### Gynekologisk tilsyn (tilkalling/diagnostikk/behandling)

* Primærvakt føde/gyn, evt. sekundærvakt føde/gyn, tilkalles ved alle akuttinnleggelser der graviditeten

vurderes å være truet pga traume eller sykdom, eller pga den planlagte behandling. I praksis vil det hovedsakelig dreie seg om svangerskap som har vart 22+5 uker eller lenger, individuell vurdering ved svangerskapsvarighet mellom 20 og 22+5 uker. Det skal være lav terskel for tilkalling.

* Ved tvil om nødvendigheten av tilsyn, kan man konsultere vakthavende gynekolog.
* Gynekologen vurderer hva tilsynet skal omfatte. Vanligvis vil det være aktuelt med GU og ultralyd og, etter 28 ukers graviditet, CTG-registrering. Individuell vurdering angående CTG-registrering under 28 ukers graviditet.
* Ved mistanke om abruptio bør CTG-registreringen pågå i minst 4 timer.
* Ved operasjon av gravide bør gynekolog vurdere behovet og muligheten for CTG-overvåking både preoperativt, peroperativt og postoperativt såfremt svangerskapsvarighet tilsier at dette er mulig. CTG-overvåking forutsetter tilstedeværelse av person som kan tolke CTG.

#### Referanser

|  |  |
| --- | --- |
| [F/2.2.10-04](https://kvalitet.so-hf.no/docs/pub/dok41809.htm) | [Hjertestans - gravide](https://kvalitet.so-hf.no/docs/pub/dok41809.htm) |

|  |
| --- |
|   |

#### Vedlegg

|  |  |
| --- | --- |
|   |   |

**Slutt på Prosedyre**