

Fosterövervakning i samband med förlossning

Råd för utfärdande av klinikrutiner/PM

Författare: Maria Jonsson och Malin Holzmänn SFOG, Linda Rilby och Charlotte Elwander SBF

Detta dokument ska ses som en sammanställning och värdering av idag bästa kända kunskap inom det beskrivna området. Syftet är att dokumentet ska kunna tjäna som förlaga vid framtagande av klinikvisa rutiner/PM. Innehållet kommer att uppdateras fortlöpande. Dokumentet har ingen föreskrivande funktion, och författarna kan inte i juridisk mening hållas ansvariga för innehållet. För information om intagningstest hänvisas till HTA-analys och SBUs rapport.

Principer

- Kontinuerlig CTG-övervakning rekommenderas när indikation föreligger enligt tabell nedan.
- Intermittent auskultation bör ske när indikation för kontinuerligt CTG inte föreligger.
- Bedömning av CTG görs enligt nationella riktlinjer på ctgutbildning.se
- Vid avvikande CTG ska barnmorskan vidta adekvata åtgärder samt vid behov konsultera barnmorskekollega eller läkare.
- Vid patologiskt CTG ska läkare tillkallas omgående.
- Signering med klassificering av pågående CTG-registreringar ska göras av ansvarig barnmorska minst varannan timme och i samband med överlämning eller vid intervention. Vid konsultation av läkare eller mer erfaren barnmorska ska CTG signeras av denne.
- Skalpelektrod ska användas om yttre registrering är otillräcklig för bedömning av CTG.

Intermittent auskultation

- Auskultation bör ske var 15 – 30 min under öppningsskedet samt efter varje värk i krystskedet
- Vid täta värkar under öppningsskedet och passivt utdrivningsskede rekommenderas avlyssning var 15:e min.
- Auskultation bör ske under 30 – 60 s direkt efter värk i syfte att identifiera decelerationer eller förändring i basalfrekvens. En fördröjning i avlyssning kan innebära att komplicerade variabla eller uniforma sena decelerationer missas.
- För utförligare beskrivning se avsnitt om intermittent auskultation på ctgutbildning.se

Indikationer för kontinuerlig CTG-övervakning vid etablerat förlossningsarbete

Absolut indikation	Relativ indikation ²
• Avvikande eller patologiskt CTG	• Tunt mekoniumfärgat fostervatten
• Oxytocinstimulering	• Aktiv krystning > 30 min
• Onormal blödning / smärta	• Prematuritet ≤ 36+6 v
• Feber > 38 °C eller andra infektionstecken ¹	• Överburenhet ≥ 42+0 v
• Tjockt mekoniumfärgat fostervatten	• Fetal immunisering
• Avvikande fostertillväxt	• Oligo-, eller polyhydramnios
• Sätessändläge	• Essentiell hypertoni, graviditetshypertoni
• Flerbörd	• Icke insulinbehandlad diabetes
• Hepatos med gallsyror ≥ 40 µmol/l	• Tidigare kejsarsnitt med vaginal födsel efter
• Preeklampsi	
• Insulinbehandlad diabetes	
• Tidigare kejsarsnitt	

¹ Öm uterus, hypertont värkarbete, illaluktande fostervatten/flytning

² Individuell bedömning med hänsyn till helhetsbild

Referenser

Herbst, A. Blix, E. Söderberg, M. M. Östlund, P (2015). Fosterövervakning med kardiocografi (CTG) vid förlossning. <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/fosterovervakning-med-kardiocografi/>

Alfirevic, Z., D. Devane, G. M. Gyte and A. Cuthbert (2017). "Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour." Cochrane Database Syst Rev 2: Cd006066.

Martis, R., O. Emilia, D. S. Nurdiati and J. Brown (2017). Intermittent auscultation (IA) of fetal heart rate in labour for fetal well-being. Cochrane Database Syst Rev 2: Cd008680.

Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour. Intermittent auscultation. The Royal College of Midwives 2012

Metodrådet i Sydöstra Sjukvårdsregionen: Vetenskaplig evidens för användning av intagningstest med kardiocografi (CTG) vid lågriskförlossningar (HTA-analys) 2021-12-01