

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, Svenska Barmorskeförbundet och Svenska Neonatalföreningen samarbetar för att förebygga allvarliga förlossningsskador på barn och kvinnor.

Sudden Unexpected Postnatal Collapse (SUPC) – Öväntad postnatal kollaps

Personalinformation

Framtagen av: *Löfs arbetsgrupp SUPC: Eric Herlenius & Ola Andersson*

Svenska Neonatalföreningen: Kristin Svensson

Detta dokument ska ses som en sammanställning och värdering av idag bästa kända kunskap inom det beskrivna området. Innehållet kommer att fortlöpande uppdateras. Dokumentet har ingen föreskrivande funktion, och författarna kan inte i juridisk mening hållas ansvariga för innehållet.

Bakgrund

Sudden Unexpected Postnatal Collapse (SUPC), är ett tillstånd under de första sju levnadsdygnen där till synes fullt friska nyfödda (> 35 graviditetsveckor) slutar att andas och kollapsar. Incidensen uppges till 3-133/100 000 levande födda och kan leda till svår asfyxi eller död. Incidensen av SUPC i Sverige är ca 35/100 000 nyfödda fullgångna barn, varav en fjärdedel får hjärnblödning samt 1/10 dör. En liten andel av dessa barn har en öväntad bakomliggande sjukdom, såsom hjärtfel eller infektion. En stor del av de barn som drabbas är dock helt friska. Bakgrunden är multifaktoriell dock verkar en av de allra vanligaste orsakerna till kollapsen vara andningshinder (3-6). Majoriteten av fallen sker vid tidig hud-mot-hud vård, utan observans av barnet, eller vid sovande med oavsiktligt täckta andningsvägar (2, 7).

Trots att SUPC uppmärksammas världen över, och nationella förebyggande program och rekommendationer finns i de flesta OECD-länder, är kännedom om SUPC fortfarande begränsad hos vårdpersonal samt föräldrar (8).

Förekomsten av SUPC minskar genom information i dialog med föräldrar men även genom utbildning riktad direkt till vårdpersonal (9).

SUPC kan inträffa hos SAMTLIGA barn. Risken för kollaps är störst de första timmarna och dygnet efter födelsen och sjunker sedan, men kvarstår under första veckan (10-13).

Extra observans ffa de första 2 timmarna efter födelsen samt, då viss koppling till en något högre risk för SUPC verkar finnas vid:

Tillstånd hos modern/föräldraparet:
Komplicerad/långdragen förlossning, smärtstillande med ex opioder, infektionsmisstanke.

Tillstånd hos det nyfödda barnet:
pH<7.2, BE <-10, lätt andningspåverkan (PAS), misstanke om infektioner.
Alla nyfödda innan vecka 37, kejsarsnitt och komplicerad eller långdragen förlossning.

Bristfällig info till och dialog om säker hud mot hud kontakt med föräldrarna, bristande adekvat observans på barnet, övertäckt ansikte med filt/handuk ökar risken för SUPC (3, 6).

Fria luftvägar är livsnödvändigt från och med födelsen. Undvik ej övervakad sovning i samma säng som vårdnadshavare. Samsovning i samma säng ökar kraftigt risken för SUPC och plötsligt övontad död. (3, 10-13).



Säker interaktiv hud-mot-hudkontakt

Säker oavbruten interaktiv hud-mot-hudkontakt direkt efter förlossningen främjar mammas och barnets välbefinnande samt amningen och rekommenderas till alla barn där inget medicinsk hinder föreligger, oavsett förlossningsätt (1-3). Observans på att barnet har fria luftvägar och att föräldrarna är uppmärksamma på att näsan är fri samtidigt som man inte stör det nyfödda barnets tidiga beteende.

Förebyggande handläggning av SUPC – Plötslig Övontad Spädbarnskollaps

Mödrahälsovården

Information till alla blivande föräldrar

För att säkerhetsställa det nyfödda barnets välbefinnande under hud-mot-hudkontakt:

- Att känna till vad säker hud-mot-hudkontakt innebär timmarna efter förlossningen (14).
- Att ha fokus på barnet – adekvat tillsyn – säkerställa att barnets näsa och mun ej är täckta (3).
- Att känna till det nyfödda barnets tidiga beteende direkt efter förlossningen, de nio instiktiva utvecklingsstadierna; *Födelseskrik, Avslappning, Uppvakning, Aktivitet, Vila, Kryp-/glidrörelser, Tillvänjning till bröstet, Amning och Sömn* (15).
- Efterfråga hur och att föräldrarna uppfattat informationen.

FÖREBYGGANDE AV Plötslig Spädbarnsdöd

- Från och med två timmars ålder tillämpas Socialstyrelsens förebyggande råd emot plötslig spädbarnsdöd. Se bilaga.

Förlossningen

Direkt efter förlossningen

- Efter att barnet är avtorkat, placera barnet i en något upprätt position, på mage med huvudet mot mammans bröstorg ovan bröstet. Efter kejsarsnitt läggs barnet på tvären över mammans bröst och om möjligt med huvud och bröstorg något upprätt.
- Säkra att barnet har fria luftvägar och uppmärksamma föräldrarna på att barnet alltid har fri luftväg.
- Efterfråga vad föräldrarna känner till och att de har uppfattat informationen.
- Täck barnets kropp med torr handduk – lämna ansiktet synligt.
- Påminn föräldrarna om att ha fokus på barnet och att följa barnets tidiga beteende (de nio stadierna beskrivna ovan).
- Se till att mamman ligger bekvämt i en något upprätt position (se bild) med stöd under armarna för att undvika att barnet faller.
- När barnet börjar söka sig mot bröstet – säkerställ att föräldrarna vet hur de ska stötta bröstet för att det inte ska falla över barnet näsa, exempelvis vid större och mjukare bröst.
- Ha extra observans om barn eller mor är påverkade efter förlossningen och vid eventuell postpartal suturering – den andra föräldern/medföljande anhörig uppmärksammas på detta.
- Extra observans under transport samt på uppvaket.
- Saturationsmätare, under de första timmarna, kan övervägas vid behov av extra observans (9, 16).

Innan föräldrarna lämnas ensamma på förlossningsrummet – var försäkrad om att föräldrarna tagit till sig informationen om att:

- Ha fokus på barnet – säkerställ att barnet har fria luftvägar!
- Den andra föräldern ska vara extra observant om mamman är utmattad eller påverkad av sederig vid första amningen eller vid distraktion t.ex. vid användning av mobil eller dator.
- Den andra föräldern/vårdnadshavaren meddelar personal om han/hon tillfälligt måste lämna rummet.
- När vårdnadshavare sover, sover barnet säkrast på rygg i egen säng nära föräldern.

Eftervården

Säker hud-mot-hudkontakt med föräldrarna och amning under de första dagarna i livet

- Föräldrarna påminns om att när barnet är hud-mot-hud bör barnet ligga upprätt med huvudet mot förälderns bröstorg, något ovan bröstet – ej ihopsjunken. Minst en förälder ska vara vaken och ha fokus på barnet vilket gäller även om barnet är påklätt och/eller ligger på förälders arm.
- Stödjande undervisning om att barnets läge kan justeras vid bröstet för att säkerställa fria luftvägar.
- Barnets kropp kan täckas med en filt, för att undvika avkylning, men ansiktet ska vara fritt!
- Uppmärksamma föräldrarna på att:
 - alltid placera barnet på rygg då barnet ligger ensamt
 - inte täcka för ansiktet
 - undvika mekaniskt luftvägshinder eller kroppsposition som försvårar andning och kan bidra till kvävning.
- Efterfråga hur de uppfattat informationen.

När föräldrar/vårdnadshavare sover

Barnet sover säkrast i egen säng nära föräldern när ingen vårdnadshavare är vaken eller om ingen personal har fokus på barnet.

Förebyggande råd om Plötslig Spädbarnsdöd (SIDS) (SIDS)

<https://www.socialstyrelsen.se/barnochfamilj/barnshalsa/plotsligspadbarsdod>

Referenser

1. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebboy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet* 2016; 387 10017:491-504.
2. Meek J, Noble L. IMplementation of the ten steps to successful breastfeeding saves lives. *JAMA Pediatrics* 2016.
3. Feldman-Winter L, Goldsmith JP, Committee On F, Newborn, Task Force On Sudden Infant Death S. Safe Sleep and Skin-to-Skin Care in the Neonatal Period for Healthy Term Newborns. *Pediatrics* 2016; 138 3.
4. Pejovic NJ, Herlenius E. Unexpected collapse of healthy newborn infants: risk factors, supervision and hypothermia treatment. *Acta Paediatr* 2013; 102 7:680-8.
5. Poets A, Urschitz MS, Steinfeldt R, Poets CF. Risk factors for early sudden deaths and severe apparent life-threatening events. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition* 2012.
6. Ludington-Hoe SM, Morgan K. Infant Assessment and Reduction of Sudden Unexpected Postnatal Collapse Risk During Skin-to-Skin Contact. *Newborn and Infant Nursing Reviews* 2014; 14 1:28-33.
7. Bass JL, Gartley T, Kleinman R. UNintended consequences of current breastfeeding initiatives. *JAMA Pediatrics* 2016.
8. Addison C, Ludington-Hoe S. Maternity Nurses' Knowledge about Sudden Unexpected Postnatal Collapse and Safe Newborn Positioning. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2020; 45 2:116-21.
9. Paul DA, Johnson D, Goldstein ND, Pearlman SA. Development of a single-center quality bundle to prevent sudden unexpected postnatal collapse. *J Perinatol* 2019; 39 7:1008-13.
10. Herlenius E, Steinhoff L, Drevin G, Pejovic N, Forsberg D. Sudden unexpected collapse of newborn infants: incidence, risk factors and role of perinatal transition. 2nd Congress of joint European Neonatal Societies (jENS) • 58th ESPR/ESN Annual Meeting, 7th International Congress of UENPS. Venice: *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine (JPNIM)*; 2017
11. Bass JL, Gartley T, Lyczkowski DA, Kleinman R. Trends in the Incidence of Sudden Unexpected Infant Death in the Newborn: 1995-2014. *J Pediatr* 2018; 196:104-8.
12. Lavista Ferres JM, Anderson TM, Johnston R, Ramirez JM, Mitchell EA. Distinct Populations of Sudden Unexpected Infant Death Based on Age. *Pediatrics* 2020; 145 1.
13. Anderson TM, Ferres JML, Ramirez JM, Mitchell EA. Sudden Unexpected Postnatal Collapse Resulting in Newborn Death in the United States. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2021.
14. Fleming PJ. Unexpected collapse of apparently healthy newborn infants: the benefits and potential risks of skin-to-skin contact. *Archives of disease in childhood Fetal and neonatal edition* 2012; 97 1:F2-3.
15. Widstrom AM, Brimdyr K, Svensson K, Cadwell K, Nissen E. Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatr* 2019; 108 7:1192-204.
16. Du Plessis J, Kirk M, Quilatan M, Mehta S. Continuous pulse oximetry during skin-to-skin care: An Australian initiative to prevent sudden unexpected postnatal collapse. *Acta Paediatr* 2021; 110 4:1166-70.