

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Giltig från: 2025-06-04

Innehållsansvar: Anna Trollstad, (anntr1), Överläkare

Giltig till: 2027-09-30

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Processchef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

UVI och ABU – diagnostik och behandling under graviditet

Gäller även för Regionhälsan/MHV Skaraborg (M5) och samtliga vårdcentraler i Skaraborg. Godkänd av Åsa Prebensen, områdeschef MHV Skaraborg.

Revideringar i denna version

Revideringar markerade med gult.

Bakgrund, syfte och mål

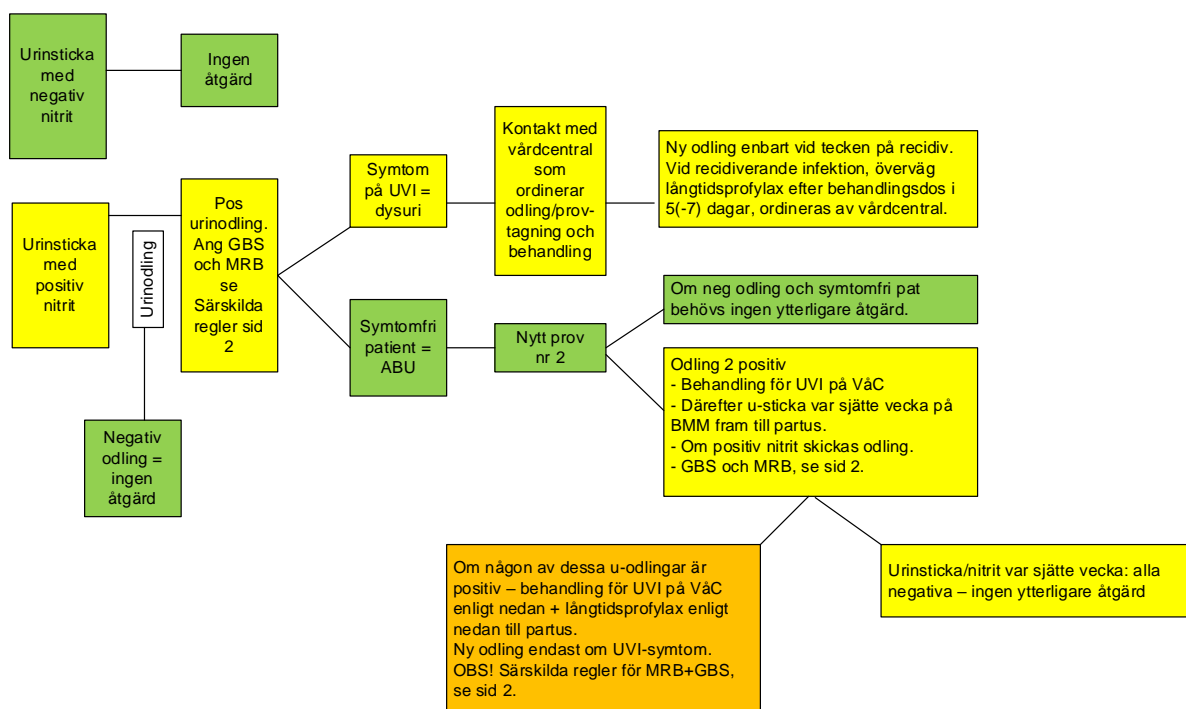
Diagnostik- och behandlingsrutin för gravida patienter med urinvägsinfektion.

Arbetsbeskrivning

Screening	<p>Urinsticka tas i samband med andra graviditetsbesöket på samtliga gravida (vecka 10–16). Om positiv nitrit skickas urinodling. De patienter med riskfaktorer enligt nedan urinodlas vid andra graviditetsbesöket + i vecka 25.</p> <ul style="list-style-type: none">• (≥ 2 odlingsverifierade UVI senaste 6 månaderna eller ≥ 3 UVI senaste året) i anamnesen.• Tidigare pyelonefrit.• Urinvägsmisbildning.• Njursjukdom.• Könststypade (oavsett vilken grad) kvinnor urinodling var sjätte vecka. Om positiv urinodling, undantaget GBS och MRB – remiss till vårdcentral från BMM.
-----------	--

<p>Urinsticka (t ex Ecur och dylikt)</p>	<p>kan övervägas vid ”diffusa”/lindriga symtom, t ex prematura sammandragningar eller låg buksmärta. Urinodling endast vid positiv nitrit. Sköts på BMM (alternativt vårdcentral).</p>
<p>Urinodling</p>	<p>görs vid anamnes på urinvägsinfektion eller misstänkta urinvägsbesvär (sveda eller smärta vid miktion) i första hand på vårdcentral, om nitrit är positiv. Riskgrupper enligt ovan – se screening.</p>
<p>Metod</p>	<p>urinodling, mittstråleprov. Ange på remissen att patienten är gravid. Helst 4 timmar sedan föregående miktion, ska ha passerat.</p>
<p>Signifikant bakteriuri</p>	<p>= 100 000 bakt/ml.</p>
<p>Asymtomatisk bakteriuri, ABU</p>	<p>Växt av samma typ av bakterier i två på varandra följande prov <i>utan</i> några besvär hos patienten. Gäller inte MRB (=ESBL, ESBL carba, MRSA eller VRE) eller GBS. ABU förekommer hos cirka 1–2 % av gravida kvinnor. Under graviditeten ökar risken att utveckla pyelonefrit med 15–30 %.</p>
<p>Dokumentation, ansvarsfördelning och handläggning</p>	<p>PAB signerar alla urinodlingar i Melior. Dokumentera i MHV3, även vad som eventuellt ordinerats på vårdcentral eller specialist-MVC + ”Popup-ruta” vid GBS eller MRB. Patientinformation angående GBS (1177). Patientinformation BMM M5 (olika språk).</p> <p>Vid ABU: PAB remitterar till patientens vårdcentral om växt (> 100 000 bakt/ml) av annan bakterie än GBS eller MRB. Provsvar + remiss till vårdcentral skrivs/faxas.</p> <p>På vårdcentral: oftast räcker bedömning av provsvar och/eller recept till patienten enligt riktlinjer i detta styrdokument.</p> <p>Om patienten har akuta dysuribesvär kontaktas patientens vårdcentral samma dag och/eller hänvisas patienten direkt dit, odling tas då av vårdcentralen. Eventuell behandling ordinerar av vårdcentral.</p> <p>Om växt av MRB i urin – remittera/behandling endast vid UVI-symtom; kontakta då Infektionsmottagningen SkaS. Gör ”pop-up-ruta” + anteckning i MHV3.</p>

	<p>Febril UVI – se rubrik längre ned i detta styrdokument. Om patienten har feber + misstänkt UVI/pyelonefrit hänvisas till förlossningen SkaS samma dag.</p> <p>GBS – se särskilt styrdokument Grupp B-streptokocker under graviditet och förlossning. GBS-bärarskap <i>ska</i> anges i MHV 3 och i en "pop-up-ruta".</p> <p>GBS i urin under graviditet oavsett bakterieantal indikerar att patienten är bärare. Om patienten inte uppvisar symtom på UVI behövs ingen ny odling. GBS i urin behandlas inte under graviditet, mer än om patienten har samtidiga dysurisyntom (sveda vid miktion och/eller täta trängningar).</p>
--	---



Behandling - enligt resistensbestämning i 5 dagar, för de flesta preparat.
För Trimetoprim 3 dagar.

Rekommenderat antibiotikaval – första- handsval

Behandling:

Nitrofurantoin	Furadantin 50 mg x 3 (5 dagar)	OBS! Furadantin är kontraindicerat vid amning av barn < 1 mån. Utsätts i avslutning till förlossning. Se Janusmed fosterpåverkan , skriv in Furadantin.
Pivmecillinam	Selexid 200 mg x 3 (5 dagar)	Försiktighet under sista graviditetsmånaden. Amning OK. Se Janusmed fosterpåverkan , skriv in Selexid.

Andrahandsval vid resistens mot ovanstående

Cefadroxil	Cefadroxil 500 mg x 2 x el 1 g x 1 (5 dagar)	Kategori A. Amning OK. Se Janusmed fosterpåverkan , skriv in Cefadroxil.
Trimetoprim	Trimetoprim 160 mg x 2 (3 dagar) endast andra och tredje trimester!	Se Janusmed fosterpåverkan , skriv in Trimetoprim.

Långtidsprofylax

Vid 2 eller fler positiva urinodlingar, PNP-kateter eller genomgången pyelonefrit, under aktuell graviditet: med annan bakterie än GBS, eller MRB ges långtidsprofylax fram till förlossning.

[Nitrofurantoin Furadantin](#) 50 mg, 1 till natten fram till partus, se även [Janusmed fosterpåverkan](#), skriv in Furadantin eller

[Cefadroxil/Cefamox](#) 250–500 mg, 1 till natten fram till partus, se även [Janusmed fosterpåverkan](#), skriv in Cefamox.

Febril UVI (pyelonefrit) och patienter som har PNP (perkutan nefro pyelostomi)

Symtom

- Eventuellt flanksmärta.
- Oftast feber $\geq 38^{\circ}$.
- Eventuellt miktionsbesvär.

Hänvisa till förlossningen om > 22+0 v, SkaS samma dag, sjukhusvård rekommenderas. På KK SkaS görs:

- Urinodling.
- Eventuellt blododling.
- Blodstatus.
- CRP och kreatinin tas.
- Patienten övervakas enligt klinikens rutiner.
- I v antibiotika, till exempel [Cefotaxim](#) 1 g x 4 ges.

- Vid förbättrat kliniskt tillstånd, byte till p o antibiotika. I första hand [Ceftibuten](#) 400 mg x 2 eller [Cefixim](#) 400 mg x (båda licensläkemedel).
- Antibiotika rekommenderas totalt i minst 10 dagar.
- I andra hand [Ciprofloxacin](#) 500 mg x 2 eller [Trimetoprim/Sulfametoxazol](#) 160 mg/800 mg x 2 eller enligt resistensbestämning (**OBS! Endast andra och tredje trimestern**).
- Därefter långtidsprofylax enligt ovan, fram till partus.
- Ny urinodling om 1–2 veckor efter avslutad behandling.

Patienter < 22+0 veckor hänvisas till vårdcentral på dagtid, till akutmottagning jourtid. Om patient < 22+0 veckor behöver slutenvård är infektionskliniken mest lämplig.

Referenser

[Prevention av tidiga infektioner med grupp B-streptokocker \(GBS\) hos nyfödda](#) Socialstyrelsen

Regional rutin [Urinvägsinfektion \(UVI\) och asymtomatisk bakterieuri \(ABU\) under graviditet](#).

Rutin [Remisshantering vid barnmorskemottagningar inom Regionhälsan](#).

Styrdokument [Grupp B streptokocker under graviditet och förlossning](#)
SkaS.

www.fass.se

www.infpreg.se (avsnitt 1)

Infpreg – [Antibiotika under graviditet](#).

www.janusinfo.se

Styrdokument [Screening av gravida för MRB \(multiresistenta bakterier\)](#)

Styrdokument [Diabetes mellitus typ 1 och 2 under graviditet – behandling](#)

Styrdokument [Könsstympade kvinnor inom mödrahälsovård \(BMM och UM\), förlossning och BB – handläggning](#)

Terapigrupp infektion – Terapiråd [Generell licens ceftibuten och cevixim](#).

Folkhälsomyndigheten [Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård](#) (kapitel Urinvägsinfektioner (UVI)/UVI hos gravida)

Nationellt kliniskt kunskapsstöd [Urinvägsinfektion under graviditet](#).

Regionhälsans riktlinje [Hantering av prover och provsvar på barnmorskemottagningar, VGR](#).

[REKlistan](#)

Patientinformation

[Patientinformation om GBS 1177](#)

[Patientinformation från BMM M5 \(olika språk\)](#)

[Urinvägsinfektion 1177](#)

Regionhälsan [GBS under graviditet](#)

MRB (patientinformation från Smittskyddet):

- [ESBL-bildande bakterier](#)
- [ESBL-carba-bildande bakterier](#)
- [MRSA](#)
- [VRE](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Innehållsansvar: Anna Trollstad, (anntr1), Överläkare

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Processchef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9716-1940753776-291

Version: 27.0

Giltig från: 2025-06-04

Giltig till: 2027-09-30