

Rubrik  
**Vattenavgång i och efter  
graviditetsvecka 36+0**

Dokumenttyp  
**Riktlinje**

Gäller from 2020-02-24 Giltigt t o m 2022-02-24

Sida:

Författare  
**Herbst Andreas**

Faktaägare  
**Teleman Pia, Teleman Pia**

1 (3)

Gäller för (enhet)  
**VE kvinnosjukvård, SUS**

*Utskrivet dokument gäller inte som original!*

Version:  
7

## Vattenavgång i och efter graviditetsvecka 36+0

De flesta (ca 70%) patienter med vattenavgång kommer i spontant värkarbete inom 24 timmar. Vid längre exspektans ökar risken för korioamnionit, endometrit och neonatal sepsis.

**Diagnostik:** Synligt fostervatten vid spekulumundersökning. I tveksamma fall palpera cervix (hela hinnor?), och bedöm med ultraljud om normal mängd fostervatten i uterus.

### Handläggning

Patienter som ringer pga. misstänkt vattenavgång ska bjudas in för kontroll samma dag kl.08:00-22:00. Vid vattenavgång efter kl. 22:00 kan patienten oftast vänta till påföljande morgon, så länge hon inte tillhör riskgrupp. Kontrollera journalen avseende ev. GBS-förekomst.

Vid kontrollbesöket kontrolleras:

- Spekulumundersökning (Vattenavgång? Klart vatten?)
- Bukpalpation (Fosterläge? Fixerat huvud i bäckeningången?). Om palpationsfyndet inte är tydligt ska ultraljudsundersökning göras för kontroll av bjudning.
- Temperatur
- CTG

### Vid förekomst av riskfaktorer

Följande patientgrupper bör kvarstanna för induktion eller observation efter vattenavgång:

- Feber, känt GBS-bärarskap, eller tidigare neonatal sepsis: Antibiotika enligt PM. Bör induceras samma dag.
- Vattenavgång innan vecka 37+0: Bör kvarstanna för observation eller induceras samma dag. Antibiotika enligt PM.
- Mekoniumfärgat fostervatten: Bör induceras samma dag.
- Rörligt huvud ovan bäckeningången: Bör kvarstanna för observation eller induceras samma dag.
- Instabilt fosterläge: Bör kvarstanna för observation, och om inte huvudbjudning ta ställning till vändning och induktion samma dag.
- Sätetsbjudning: Ställningstagande till förlossnings sätt i samråd med patienten. Induktion rekommenderas inte. Om patienten önskar föda vaginalt bör hon kvarstanna hon för observation i väntan på spontant värkarbete. Se PM Sätetsförlossning.
- Avvikande CTG-mönster: Patienten bör kvarstanna för observation/bedömning och ställningstagande till åtgärd.

Eftersom man inte påvisat nackdelar med tidig induktion efter vattenavgång finns inte medicinska skäl att avvakta med induktion för patienter som av andra skäl läggs in för övervakning, eller som har ett starkt önskemål om induktion.

### **Vid normal kontroll, utan riskfaktorer**

Om allt är normalt, och fosterhuvudet välinställt i bäckeningången, rekommenderas patienten avvakta spontana värkar i hemmet, och induktion nästföljande dag om hon inte kommit i värkarbete.

Patienten uppmanas att även kontrollera temperaturen på kvällen, samt att observera fosterrörelser.

Om patienten inte kommit i spontant värkarbete inom 24 timmar (18-36 timmar), bör hon erbjudas induktion.

Om det inte gått 18 timmar från vattenavgången nästa förmiddag, eller om man av annat skäl väljer att avvakta med induktion ytterligare en dag, ska patienten ändå återkomma dagen efter vattenavgången för kontroll (CTG, temperaturmätning).

Längre exspektans än 48-72 timmar avråds pga. infektionsrisken.

### **Antibiotikaproylax**

Om inte andra riskfaktorer föranleder tidigare profylax (se ovan) ges antibiotika efter 15 timmars vattenavgång med start *när patienten inkommer med värkar eller för induktion*, och till patienter i värkarbete där 15 timmar gått sedan vattenavgång.

Se även:

PM: Antibiotika i den obstetriska verksamheten, rekommendationer

PM: Bjudning vid induktion, kontroll

PM: Induktionsmetoder vid förlossningsinduktion

**Referenser:** Se Riktlinje om indikationer för förlossningsinduktion, Region Skåne 2018.

