



Zorgpad 13 normale baring 2024

De gewijzigde onderdelen van het zorgpad zijn uitgevraagd bij de achterban en op 2 juni 2023 en op 3 februari 2024 ter bespreking aan de mandaatgroep voorgelegd en met consent vastgesteld. Op basis van vragen vanuit de mandaatgroep is een aantal stellingen opnieuw aan de achterban voorgelegd.

De resultaten van de achterbanraadpleging, de overwegingen en verantwoording zijn vastgelegd in bijbehorende **“Revisiedocument Zorgpad 13 Normale baring V2.4”**.

De gewijzigde aanbevelingen zijn **rood omkaderd**.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in welke vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs. Na verkregen toestemming is reproductie van dit document of delen ervan alleen toegestaan mits de authentieke bron als volgt vermeld wordt: “Geboortezorg Consortium Limburg Zorgpad 1 Basisprenatale zorg , versie V2.3 feb-okt 2024.

Disclaimer

Dit document is samengesteld onder redactie van de werkgroep Normale Baring in het kader van het GCL project zorgpaden en vastgesteld door de mandaatgroep. Hoewel aan de samenstelling de uiterste zorg is besteed, is het mogelijk dat de inhoud onjuist en/of onvolledig is. De samenstellers aanvaarden deswege geen aansprakelijkheid voor (de gevolgen van) eventueel voorkomende fouten en onvolledigheden in de teksten.

Het GCL project is mede mogelijk gemaakt door financiering van ZON MW (projectnummer 05430012220007).



Samenvatting van de gewijzigde onderdelen in het zorgpad:

13.1.1 BEOORDELING WEL/NIET IN PARTU

Beoordeling van de zwangere dient plaats te vinden, indien sprake is van:

- Gebroken vliezen in combinatie met *pijnlijke* contracties.
- Contracties (≥ 3 per 10 min.)
- Contracties in combinatie met zorgwekkend bloedverlies (10.1).

13.1.3 NIET IN PARTU – TWIJFEL OVER IN PARTU

- Indien er twijfel bestaat over al dan niet in partu zijn, wordt met de zwangere besproken wanneer herbeoordeling (fysiek of telefonisch) zal plaatsvinden. Gestreefd wordt om dit binnen 4 uur te doen waarbij de wens van de barende centraal staat.

13.2.1 CONTINUE BEGELEIDING

Zodra de zwangere in partu is verklaard, wordt er **gestreefd naar** continue begeleiding door een zorgverlener, tenzij de zwangere dit *niet* wenst (begeleiding kan gedaan worden door o.a. verloskundige, verpleegkundige, kraamverzorgende).

13.2.2. VAGINAAL TOUCHER

Een vaginaal toucher (VT) wordt na vaststelling van 'in partu', op basis van de klinische situatie en de wens van de barende vrouw uitgevoerd, maar ten minste elke 4 uur.

Na een interventie (vliezen breken en/of bijstimulatie met oxytocine) wordt een VT uitgevoerd, op basis van de klinische situatie en de wens van de barende vrouw, maar ten minste elke 4 uur.

13.2.3 PARTOGRAM

Indien er twijfel bestaat over de vordering van de baring houden we de Zhang curve als leidraad aan.

Gemiddeld kan de ontsluiting voor een primipara variëren tussen de 0.5cm/uur-0.7cm/uur en voor multipara 0.5cm/uur-1.3cm/uur, waarbij in acht wordt genomen dat de snelheid mag toenemen naarmate de baring vordert, met name vanaf 6cm ontsluiting. Zie ook bijgevoegde curve (13.1).

Indien de vrouw in partu is, dient er elke 2 uur een klinische observatie te worden verricht naar intensiteit van de weeën, CTG/harttonen, ervaring van de barende en eventuele partner.

Indien er na 2 – 4 uur, ondanks natuurlijke maatregelen ter bevordering van de baring (zoals baringshouding, legen blaas, etc), geen verandering heeft plaatsgevonden:



Bied dan de volgende mogelijke interventies aan:

- Artificieel breken van de vliezen (AROM).
- Oxytocine toediening.
- Adequate medicamenteuze pijnstilling.

Indien er na 4 uur geen verandering heeft plaatsgevonden: adviseer een interventie:

- Artificieel breken van de vliezen (AROM).
- Oxytocine toediening.
- Medicamenteuze pijnstilling.

Indien ondanks bovenstaande adequate medicamenteuze interventies, geen verandering optreedt, bespreek de optie tot sectio caesaria”.

13.3.1 START PERSEN

Bij gebruik van epidurale analgesie en het hebben van volledige ontsluiting mag er direct gestart worden met persen.

13.5 FOETALE CONTROLES DURANTE PARTU

Bij vrouwen met een laag risico op foetale nood, in de klinische setting, is niet standaard continue CTG registratie geïndiceerd, maar een intermitterend CTG.



ZORGPAD 13. NORMALE BARING

BEGRIPPEN PLAATSBEPALING OF KLINISCHE BARING

Waar in de GCL zorgpaden gesproken wordt over een plaatsbepaling voor de baring, wordt bedoeld een baring in het ziekenhuis (open verloskamer) onder verantwoordelijkheid van de eerstelijns verloskundige. Een klinische baring impliceert een baring in het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog.

13.1 BEGRIPSBEPALING WEL / NIET IN PARTU

Om semantische discussies te voorkomen heeft de werkgroep besloten geen fases van de baring te hanteren maar uit te gaan van de begrippen 'wel/niet in partu'.

13.1.1 BEOORDELING WEL/NIET IN PARTU

Beoordeling van de zwangere dient plaats te vinden, indien sprake is van:

- Gebroken vliezen in combinatie met *pijnlijke* contracties.
- Contracties (≥ 3 per 10 min.)
- Contracties in combinatie met zorgwekkend bloedverlies (10.1).

13.1.2 IN PARTU

- Primipara: 'in partu' vanaf 3 cm ontsluiting in combinatie met contracties.
- Multipara: 'in partu' vanaf 6 cm ontsluiting in combinatie met contracties.

13.1.3 NIET IN PARTU / TWIJFEL OVER IN PARTU

- Indien er twijfel bestaat over al dan niet in partu zijn, wordt met de zwangere besproken wanneer herbeoordeling (fysiek of telefonisch) zal plaatsvinden. Gestreefd wordt om dit binnen 4 uur te doen waarbij de wens van de barendes centraal staat.
- Met een zwangere met pijnlijke contracties, die op basis van de vastgestelde criteria **niet** 'in partu' wordt verklaard, dienen de verschillende opties van pijnstilling/sedatie (conform het lokale ziekenhuisprotocol) en begeleiding besproken te worden.

13.2 DURANTE PARTU

13.2.1 CONTINUE BEGELEIDING

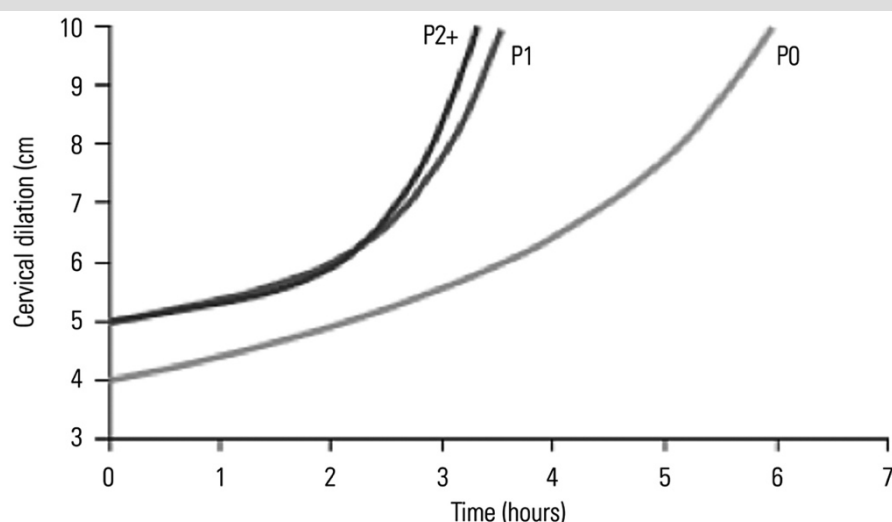


Zodra de zwangere in partu is verklaard, wordt er **gestreefd naar** continue begeleiding door een zorgverlener, tenzij de zwangere dit *niet* wenst (begeleiding kan gedaan worden door o.a. verloskundige, verpleegkundige, kraamverzorgende).

13.2.2. VAGINAAL TOUCHER

- Een vaginaal toucher (VT) wordt na vaststelling van 'in partu', op basis van de klinische situatie en de wens van de barende vrouw uitgevoerd, maar ten minste elke 4 uur.
- Na een interventie (vliezen breken en/of bijstimulatie met oxytocine) wordt een VT uitgevoerd, op basis van de klinische situatie en de wens van de barende vrouw, maar ten minste elke 4 uur.

13.2.3 PARTOGRAM



13.1 Zhangcurve

Indien de vrouw in partu is, dient er elke 2 uur een klinische observatie te worden verricht naar intensiteit van de weeën, CTG/harttonen, ervaring van de barende en eventuele partner.

Indien er na 2- 4 uur, ondanks natuurlijke maatregelen ter bevordering van de baring (zoals baringshouding, legen blaas, etc), geen verandering heeft plaatsgevonden:

bespreek dan de volgende mogelijke interventies:

- Artificieel breken van de vliezen (AROM).
- Oxytocine toediening.
- Adequate medicamenteuze pijnstilling.

Indien er na 4 uur geen verandering heeft plaatsgevonden: adviseer een interventie:

- Artificieel breken van de vliezen (AROM).
- Oxytocine toediening.
- Medicamenteuze pijnstilling.



Indien ondanks bovenstaande adequate medicamenteuze interventies, geen verandering optreedt, bespreek de optie tot sectio caesaria”.

- Bij het bepalen van het moment van de interventie dient de plaats waar de barende zich bevindt (thuis/ziekenhuis) meegewogen te worden in de besluitvorming.
- De wens van de barende om langer af te wachten alvorens over te gaan tot een interventie moet gehonoreerd worden, mits er sprake is van een goede foetale conditie.
- Bij het bepalen van het beleid wordt de draaglast/draagkracht van de zwangere door de zorgverlener meegewogen in de besluitvorming.

13. 3 UITDRIJVING

13.3.1 START PERSEN

- Bij volledige ontsluiting zonder persdrang mag maximaal 2 uur afgewacht worden alvorens gestart wordt met actief persen.
- Bij gebruik van epidurale analgesie en het hebben van volledige ontsluiting mag er direct gestart worden met persen.

13.3.2 ACTIEF PERSEN

- De periode waarin actief geperst wordt met **nulliparae** is **2 uur** onder voorwaarden van:
 - goede weeën activiteit (minimaal 2 contracties per 10 minuten, caput succedaneum)
 - voldoende vordering van de uitdrijving (inschatting parteur)
 - de inschatting dat het kind binnen 2 uur geboren wordt
- De periode waarin actief geperst wordt met **multiparae** is **1 uur** onder voorwaarden van
 - goede weeën activiteit (minimaal 2 contracties per 10 minuten, caput succedaneum)
 - voldoende vordering van de uitdrijving (inschatting parteur)
 - de inschatting dat het kind binnen 1 uur geboren wordt
- Indien niet aan bovenstaande criteria wordt voldaan is sprake van een niet vorderende uitdrijving, zie 14.4.

13.3.3 PREVENTIE SCHOUDERDYSTOCIE EN NEONATALE COMPLICATIES (ZORGPAD 15)

- Als na de geboorte van het hoofd de wee voorbij is, wordt gewacht op de volgende wee, (als de klinische situatie het toelaat), om een mogelijke schouderdystocie en neonatale complicaties te voorkomen .



13.4 MATERNALE CONTROLES DURANTE PARTU

- Durante partu dient de bloeddruk en pols minimaal eenmaal gemeten te worden.
- De temperatuur wordt alleen op indicatie gemeten.
- Er wordt actie ondernomen indien een:
 - systolische bloeddruk (SBD) <90 mmHg of >140 mmHg gemeten wordt durante partu
 - diastolische bloeddruk (DBD) <50 mmHg of >90 mmHg gemeten wordt durante partu
 - stijging van SBD ≥ 25 mmHg ten opzichte van de voorgaande meting gemeten wordt
 - stijging van DBD ≥ 15 mmHg ten opzichte van de voorgaande meting gemeten wordt
 - maternale pols <50 of >105 slagen/minuut gemeten wordt durante partu
 - subjectieve klachten bestaan die zouden kunnen wijzen op een pre-eclampsie/HELLP
 - temperatuur ≥ 38.0 °C gemeten wordt

De actie kan bestaan uit het herhalen van de metingen, verdere diagnostiek en zo nodig behandeling ter uitsluiting van vasculaire of infectieuze problematiek. (Zie *Zorgpad 9 hypertensieve aandoeningen*).

13.5 FOETALE CONTROLES DURANTE PARTU

- Een foetale basis hartfrequentie <110 of >150 slagen/minuut, vereist klinische evaluatie.
- Bij **intermitterende auscultatie** d.m.v. doptone durante partu, wordt:
 - aan het begin van de baring de foetale basis hartfrequentie vastgesteld door enkele minuten aaneengesloten te luisteren
 - ten minste elke 2 uur naar de foetale hartfrequentie geluisterd + conclusie en beleid in het dossier genoteerd
 - bij iedere interventie (VT, AROM) naar de foetale hartfrequentie geluisterd
 - tijdens de uitdrijving na elke contractie geluisterd naar de foetale hartfrequentie (documentatie achteraf)
- Bij **continue foetale bewaking** d.m.v. een cardiotocogram (CTG) durante partu, wordt:
 - tijdens de ontsluiting ten minste elk uur het CTG geclassificeerd + conclusie en beleid in het dossier te genoteerd
 - tijdens de uitdrijving elke 15 minuten het CTG te geclassificeerd (documentatie achteraf)
 - bij aanhoudende variabele deceleraties in combinatie met gebroken vliezen amnioninfusie aanbevolen.
- Bij vrouwen met een laag risico op foetale nood, in de klinische setting, is niet standaard continue CTG registratie geïndiceerd, maar een intermitterend CTG.

NB. Gezien de complexiteit van continue foetale bewaking d.m.v. CTG en de beoordeling ervan, wordt verwezen naar de NVOG-richtlijn 'Intrapartum foetale bewaking a terme', mei 2014.



13.6 PREVENTIE FLUXUS POSTPARTUM (ZORGPAD 16)

Actief leiden nageboortetijdperk

- Bespreek bij iedere zwangere het nut van postpartum profylaxe middels oxytocine ter vermindering van het bloedverlies na de bevalling
- Bij een laag risico op fluxus is het advies om preventief oxytocine te geven in placentaire tijdperk (NNT=8).

Toelichting: Number Needed to Treat = 8. D.w.z. dat er 8 zwangeren preventief oxytocine gegeven moet worden om 1x een fluxus te voorkomen.

- Bij verhoogd risico op fluxus is er een dringend advies om postpartum 10IE synto im of 5 IE synto iv te geven.

NB Nadat de richtlijn FPP herzien is, zal het zorgpad zo nodig worden aangepast