



Zorgpad Hypertensieve Aandoeningen

Voorstellen voor wijziging van dit zorgpad zijn uitgevraagd via survey monkey aan de achterban en aan de mandaatgroep ter bespreking voorgelegd. De voorgestelde stellingen/wijzigingen in het zorgpad worden in rood omkaderd aangeduid.

Besluitvormig in de mandaatgroep door consent op 24 oktober 2025.

De werkgroep heeft wijzigingsvoorstellen gedaan op basis van de onderbouwing in de Bijlage 1.

©2025, Geboortezorg Consortium Limburg (GCL)

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 11 Vroeggeboorte, versie V2.2 jan 2025".

Disclaimer

Dit document is samengesteld onder redactie van de werkgroep Vroeggeboorte 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).



Zorgpad 9 hypertensieve aandoeningen

In het revisiedocument wordt het volledige zorgpad weergegeven. De voorgestelde wijzigingen worden in rood omkaderd aangeduid.

De gewijzigde stellingen zijn via surveymonkey uitgevraagd. De besluitvorming en overwegingen mbt de revisie met literatuuronderbouwing is opgenomen in het document "Revisiedocument Zorgpad 9 Hypertensieve aandoeningen V2.6.2.

Besluitvormig in de mandaatgroep door consent op 13 december 2024 , 31 januari 2025 en 4 april 2025

9.1 Definities

- *Milde/matige*
zwangerschapshypertensie: SBD 140 - 159 mmHg en/of DBD 90 - 109 mmHg.
- *Ernstige*
zwangerschapshypertensie: SBD ≥ 160 mmHg en/of DBD ≥ 110 mmHg.
- Proteïnurie: ≥ 0.3 g/24 uur of ≥ 30 g/mol kreatinine
- *Ernstige* proteïnurie: > 5.0 g/24 uur of > 50 g/mol kreatinine
- Pre-eclampsie: zwangerschapshypertensie + proteïnurie OF
zwangerschapshypertensie + IUGR $<p10$
- *Ernstige* pre-eclampsie:
 - 1) *ernstige* hypertensie in de zwangerschap + proteïnurie
 - 2) hypertensie in de zwangerschap + *ernstige* proteïnurie
 - 3) pre-eclampsie + HELLP syndroom

NB. De differentiatie in mild/ matige/ ernstige pre-eclampsie, wordt niet gemaakt uitsluitend op basis van zwangerschapsduur.

9.2 Risicofactoren HT aandoeningen

- De Expect calculator, beschikbaar via www.zwangerinlimburg.nl, heeft de voorkeur boven NICE risicofactoren voor het definiëren van de vrouwen met een verhoogd risico op pre-eclampsie.

- Voor zwangerschapshypertensie blijven **naast de risico-factoren** uit de Expectcalculator onderstaande NICE risicofactoren van toepassing (NICE guideline Hypertension in pregnancy, 2011).

- **Hoog** risicofactoren: hypertensieve aandoening i.a.

- **Matige** risicofactoren:

- zwangerschapsinterval >10 jaar
- meerlingzwangerschap

- Er is, volgens NICE criteria, sprake van een **hoog risico** op een hypertensieve aandoening, indien de zwangere:

- De hoog risicofactor of
- Beide matige risicofactoren heeft.



- Er is, volgens NICE criteria, sprake van een **matig risico** op een hypertensieve aandoening, indien de zwangere:

- 1 risicofactor heeft

9.3 Detectie HT aandoening

- **Bloeddruk meting**
Bij elke prenatale controle wordt de bloeddruk gemeten.

9.4 Preventie HT aandoeningen

- **Calcium**

- Adviseer aan alle zwangeren om 1 gram calcium per dag tot zich te nemen ter preventie van pre-eclampsie, bij voorkeur door suppletie in tabletvorm. Dat kan ook door intake via de voeding (zuivel en /of kaas of plantaardige producten met veel calcium). Verwijs hierbij actief naar het Voedingscentrum.
- Adviseer voldoende vit D en beweging om de calcium opname te bevorderen.
- Let op! Bij calcium in combinatie met ferrofumaraat en/of thyroxine gebruik: calcium dient ten minste 4 uur voor of na ferrofumaraat/thyroxine ingenomen te worden i.v.m. de opnamecapaciteit.

-

- **Aspirine**

- Adviseer aan zwangeren met een verhoogd risico op een hypertensieve aandoening: Aspirine **1dd 80-100mg** vanaf 12 wk zwangerschap tot en met 35+6 weken zwangerschapsduur of eerder wanneer een bevalling binnen een week aannemelijk is.

- Adviseer aan zwangeren met een verhoogd risico op een hypertensieve aandoening, waarbij het risico volgens de Expectcalculator **>5,2 %** is: Aspirine **1dd 160mg** vanaf 12 wk zwangerschap tot en met 35+6 weken zwangerschapsduur of eerder wanneer een bevalling binnen een week aannemelijk is.

NB Let op bij een meerlingzwangerschap is de expectcalculator niet te gebruiken en dient door de zorgverlener zelf een risico inschatting gemaakt te worden.

De Expect calculator, beschikbaar via www.zwangerinlimburg.nl, heeft de voorkeur boven NICE risicofactoren voor het definiëren van de vrouwen met een verhoogd risico op pre-eclampsie, voor zwangerschapshypertensie blijven **naast de Expectcalculator** de NICE risicofactoren van toepassing die **niet zijn meegenomen in de Expectcalculator** (9.2).

Onderstaande zorg voor vrouwen met een hoog risico op een hypertensieve aandoening wordt gegeven **aanvullend** op de basiszorg die voor alle zwangere vrouwen geldt (9.3).



- Vrouwen waarbij het risico op Pre-eclampsie volgens de Expectcalculator tussen 3.0 en < **5.2%** is:
 - Aspirine **1dd 80-100 mg** vanaf 12 wk zwangerschap tot en met 35+6 weken zwangerschapsduur of eerder wanneer een bevalling binnen een week aannemelijk is.
- Vrouwen waarbij het risico op Pre-eclampsie volgens de Expectcalculator >**5,2 %** is:
 - Aspirine 1dd 160mg vanaf 12 wk zwangerschap tot en met 35+6 weken zwangerschapsduur of eerder wanneer een bevalling binnen een week aannemelijk is.
 - Extra echo biometrie bij 28 + 32 + 36 weken

NB Overweeg om bij vrouwen met SSRI – gebruik en/of gastric bypass, een maagbeschermer voor te schrijven in verband met verhoogd risico op ulcus.

9.5.1 Contra-indicaties aspirine profylaxe

- In de volgende situaties is het preventief gebruik van aspirine (1dd 80 – 160 mg) gecontra-indiceerd, overleg bij twijfel met een arts:
 - Overgevoeligheid voor salicylzuurverbindingen of prostaglandinesynthetaseremmers (bv. optreden van astma-aanval of collaps na gebruik van acetylsalicylzuur of andere prostaglandinesynthetaseremmers bij astmapatiënt).
 - Hemorragisch CVA in de anamnese (bv. hersenbloeding).
 - Maag-/ darmbloeding in de anamnese.
 - Ulcus pepticum (maagzweer) in de anamnese.
 - Versterkte bloedingsneiging of stollingsstoornissen (bv. trombocytopenie of hemofilie)
 - Ernstige nier-/ of leverinsufficiëntie
 - Bij eerder gebruik maagklachten en maagpijn (gerelateerd aan gebruik van salicylzuurverbindingen of prostaglandinesynthetaseremmers)
 - Ernstig hartfalen

9.5.2 Hoofdbehandelaarschap

Bij vrouwen met een *hoog* risico op een hypertensieve aandoening tijdens de zwangerschap, wordt bij de intakebespreking (per VSV) bekeken wie hoofdbehandelaar wordt. Gezien de variatie in ernst van hypertensieve aandoeningen en de vele andere factoren die bij het inschatten van het (herhalings)risico een rol spelen, is gekozen het hoofdbehandelaarschap per individu te bepalen

9.6 Verdenking HT aandoening

- De hartfrequentie (pols) dient in combinatie met de bloeddruk gemeten te worden bij alle vrouwen met een verdenking op een hypertensieve aandoening, vastgestelde hypertensie en/of klachten passend bij een hypertensieve aandoening.
- Als diagnostische test voor proteïnurie tijdens de zwangerschap, wordt primair de eiwit-kreatinine-ratio (EKR) bepaald in het lab (niet d.m.v. stick).



- **Stijging van de bloeddruk, maar <140/90 mmHg**
Wanneer sprake is van een stijging van de systolische bloeddruk van >30 mmHg en/of diastolisch bloeddruk >20 mmHg t.o.v. de bloeddruk bij de daaraan voorafgaande meting of de bloeddruk bij de eerste prenatale controle, zijn de volgende aanbevelingen van toepassing:
 - Eiwit-kreatinine-ratio bepalen (aansluitend)
 - Herhalen bloeddrukmeting + pols (< 1 week)
- **Stijging van de bloeddruk >140/90 mmHg en/of klachten passend bij een hypertensieve aandoening**
Wanneer sprake is van een *de novo* bloeddruk >140/90 mmHg en/of klachten passend bij een hypertensieve aandoening, vindt **2^e lijns evaluatie** (in het ziekenhuis) plaats bestaande uit:
 - Een automatische bloeddrukmeting elke 3-5 minuten gedurende 30 minuten
 - Bij bevestiging hypertensie bestaat het aanvullende onderzoek uit:
 - Eiwit-kreatinine-ratio bepalen: indien >50 diagnose PE gesteld, indien tussen 30-50 EKR herhalen. Als blijkt dat bij herhaling de waarde >30 is dan is ook de diagnose PE gesteld.
 - Inzetten van bloedonderzoek 'toxlab', ten minste inzetten:
 - Hemoglobine, trombocyten
 - Ureum, Urinezuur, Creatinine
 - ASAT, ALAT, LDH
 - Echo biometrie inclusief vruchtwatermeting, tenzij de laatste echo biometrie <2 weken geleden heeft plaatsgevonden.
 - Laagdrempelig dopplermeting van de a. umbilicalis
 - CTG (optioneel): heeft weinig meerwaarde indien sprake is van een normale groei, vruchtwater en leven voelen, maar wordt in de praktijk vaak routinematig uitgevoerd tegelijkertijd met de automatische bloeddrukmeting (30 minuten).

9.7 Beleid zwangerschap HT aandoening

9.7.1 Hoofdbehandelaarschap

- Indien zwangerschapshypertensie is vastgesteld, is het afhankelijk van de bevindingen tijdens de klinische evaluatie (bloeddrukmeting, EKR, toxlab, biometrie en evt. doppler) waar de verdere prenatale controles plaatsvinden en of overdracht van zorg nodig is.
- Bij pre-eclampsie en/of HELLP is de gynaecoloog hoofdbehandelaar.

9.7.2 Milde/matige zwangerschapshypertensie

- **Maternaal**
 - Starten met antihypertensiva kan overwogen worden.



- Een daling van de bloeddruk <140/90 mmHg, dient < 1 week na het starten van antihypertensiva meetbaar te zijn. Indien de bloeddruk onvoldoende gedaald is, dient de dosering en/of frequentie en/of soort antihypertensivum aangepast/aangevuld te worden.
- **Foetaal**
 - Elke 2-4 weken een echo biometrie en vruchtwater meting. Een dopplermeting van de a. umbilicalis wordt alleen op indicatie verricht.

9.7.3 Ernstige zwangerschapshypertensie of pre-eclampsie

- **Maternaal**
 - Er is op basis van een vastgestelde pre-eclampsie een (dag)opname-indicatie afhankelijk van het fenotype
 - Er is een opname-indicatie bij RR >160/110 mmHg, afwijkend PE lab of proteinurie >50
 - Bij een PE op basis van een hypertensie in combinatie met een IUGR, maar zonder maternale uiting wordt de opname indicatie gesteld op basis van noodzaak foetale bewaking
 - De aanwezigheid van maternale klachten, afwijkend lab en verhoogde EKR worden meegenomen in de besluitvorming
 - Na een initiële (dag)opname kan bij een stabiel beeld bij een milde PE thuismonitoring of dagelijkse poliklinische controle worden overwogen.
 - Starten met antihypertensiva.
 - Bij voorkeur methyldopa (Aldomet), labetalol (Labetalol, Trandate) en nifedipine (Adalat) of een combinatie van deze middelen.
 - De hoogte van de hartfrequentie (pols) speelt een rol bij de keuze voor het antihypertensivum.
 - Een daling van de bloeddruk dient < 24 uur na het starten van antihypertensiva zichtbaar te zijn. Hierbij wordt gestreefd naar een bloeddruk van onder de $\pm$ 135/85 mmHg. Bij onvoldoende daling van de bloeddruk dient de dosering en/of frequentie en/of soort antihypertensivum aangepast/aangevuld te worden.
 - Bloeddruk meten (ten minste 3 maal daags)
 - Bloedonderzoek 'toxlab' (ten minste 2x per week)
 - EKR bepaling (2x per week)
 - Bij positieve proteïnurie heeft routinematige herhaling van de EKR geen toegevoegde waarde.
 - Dagelijks vragen naar symptomen/klinische verschijnselen passend bij een hypertensieve aandoening.
 - Magnesiumsulfaat is geïndiceerd bij ernstige pre-eclampsie en/of een eclamptisch insult of bij de verwachting dat de baring voor 32⁺⁰ weken plaats zal vinden, ter maternale en foetale neuroprotectie.
 - Bij pre-eclampsie voor 32⁺⁰ weken en de verwachting dat de baring binnen enkele dagen plaats zal vinden, dient tevens overplaatsing naar een perinatologisch centrum plaats te vinden.
- **Foetaal**



- Elke 2-4 weken een echo biometrie en vruchtwater meting. Een dopplermeting van de a.umbilicalis wordt alleen op indicatie verricht.

9.8 Beleid baring HT aandoening

9.8.1 Zwangerschapshypertensie

- Bij zwangerschapshypertensie wordt gestreefd naar baring bij 37⁺⁰ – 38⁺⁰ weken zwangerschap, tenzij de maternale of foetale conditie eerder ingrijpen noodzakelijk maakt.
- Bij zwangerschapshypertensie met een *stabiel normale* bloeddruk (<140/90 mmHg) met (onveranderde) medicatie, bestaat de mogelijkheid een expectatief beleid te voeren t.a.v. de baring ook na 37⁺⁰ – 38⁺⁰ weken zwangerschap.
- Bij vrouwen met een *milde/matige* hypertensie in de zwangerschap wordt de bloeddruk durante partu elk 2 uur gemeten.
- Bij vrouwen met *ernstige* zwangerschapshypertensie wordt de bloeddruk durante partu continue (elke 5 minuten) gemeten totdat een stabiele bloeddruk 135/85 mmHg bereikt is met medicatie. Daarna wordt de bloeddruk elke 15 minuten gemeten.

9.8.2 Pre-eclampsie en/of HELLP

- Bij pre-eclampsie/ HELLP wordt gestreefd naar baring bij 37⁺⁰ weken zwangerschap, tenzij de maternale of foetale conditie eerder ingrijpen noodzakelijk maakt.
- Bij vrouwen met pre-eclampsie en/of HELLP wordt de bloeddruk durante partu continue (elke 5 minuten) gemeten totdat een stabiele bloeddruk 135/85 mmHg bereikt is met medicatie. Daarna wordt de bloeddruk elke 15 minuten gemeten.

9.9 Beleid postpartum HT aandoening

9.9.1 Kraambed

- **Observatie**
 - *Milde/matige* hypertensie, klinische postpartum observatie ten minste 24 uur.
 - *Ernstige* hypertensie, pre-eclampsie en/of HELLP, klinische postpartum observatie ten minste 48 uur.
 - In geval van PE met alleen hypertensie en/of IUGR <p10 waarbij er voor de bevalling geen reden was voor klinische opname, kan ook postpartum de follow-up poliklinisch worden voortgezet.
- **Bloeddruk meting**

Bij vrouwen met een hypertensieve aandoening tijdens de zwangerschap, wordt de bloeddruk postpartum:



- Ten minste 3dd gemeten tot aan het ontslag in een klinische setting
- Daarna gedurende 48 uur pp ten minste 1dd gemeten gedurende het kraambed
- Na 48 uur pp ten minste gemeten bij elke visite van de verloskundige

▪ **Bloedonderzoek**

- Bij vrouwen met pre-eclampsie en/of HELLP tijdens de zwangerschap, wordt postpartum voor ontslag bloedonderzoek ingezet: hemoglobine, trombocyten, ureum, urinezuur, creatinine, ASAT, ALAT, LDH.

▪ **Afbouwen antihypertensiva**

- Gedurende het kraambed worden antihypertensiva na overleg tussen verloskundige en gynaecoloog afgebouwd.
- Na het kraambed worden antihypertensiva door de gynaecoloog, huisarts of internist verder afgebouwd. Hierbij wordt gestreefd naar de uitgangsbloeddruk.

9.9.2 Nacontrole (6 weken pp)

Bij vrouwen met een hypertensieve aandoening tijdens de zwangerschap vindt een fysieke nacontrole plaats in de 2e lijn. Tijdens de nacontrole wordt:

- Bloeddruk en pols gemeten

Daarnaast worden zij:

- Geïnformeerd over het **verhoogde risico bij toekomstige zwangerschappen**, waar zij rekening mee dienen te houden.
- Geïnformeerd over de **cardiovasculaire risico's** op de lange termijn waar zij rekening mee dienen te houden
- Gewezen **op beschikbare patiëntinformatie** (oa de patiëntenvereniging van stichting HELLP-syndroom, [hellp.nl](https://www.hellp.nl)).
- Geadviseerd hun bloeddruk jaarlijks bij de huisarts te laten controleren*.

**Vb ontslag brief ha.*

De zwangerschap van patiënte werd door een hypertensieve aandoening gecompliceerd. Zij heeft hierdoor een verhoogd lifetime-risico risico op hypertensie en hart- vaatziekten.

Volgens de actuele richtlijn CVRM adviseren wij de eerste 5 jaar na de bevalling jaarlijks en daarna eens per 3 jaar een cardiovasculaire risicofactor screening uit te voeren in de 1e lijn, waarbij bloeddruk en laboratoriumonderzoek (cholesterol, HDLC, LDLC en triglyceriden, glucose, nierfunctie, microalbuminurie) worden bepaald.



9.9.3 Preconceptioneel Consult

- Bied vrouwen met een hypertensieve aandoening (zwangerschapshypertensie, PE, HELLP) in de voorgeschiedenis, bij 6 maanden postpartum een preconceptioneel consult aan bij de eerste, tweede of derde lijn (afhankelijk van noodzaak en/of wens dan de cliënt) voor uitleg over risico's op korte en lange termijn en mogelijke complicaties waar men op dient te letten.
- Een preconceptioneel consult voor vrouwen met een hypertensieve aandoening in de voorgeschiedenis, bevat ten minste een bloeddruk meting en een screening op proteïnurie.

9.10 Samenvatting

HYPERTENSIEVE AANDOENINGEN		(HT, PE, HELLP)	
DEFINITIE	▪ Milde/matige zwangerschapshypertensie = SBD 140 - 159 mmHg en/of DBD 90 - 109 mmHg ▪ Ernstige zwangerschapshypertensie = SBD $\geq$ 160 mmHg en/of DBD $\geq$ 110 mmHg ▪ Proteïnurie = $\geq$ 0.3 g/24 uur of $\geq$ 30 g/mol kreatinine ▪ Ernstige proteïnurie = $>$ 5.0 g/24 uur of $\geq$ 500 g/mol kreatinine ▪ Pre-eclampsie (PE) = zwangerschapshypertensie + proteïnurie en/of IUGR $<p10$ ▪ Ernstige pre-eclampsie = ernstige hypertensie in de zwangerschap + proteïnurie of hypertensie in de zwangerschap + ernstige proteïnurie of pre-eclampsie + HELLP		
DETECTIE Laag risico Preventie	WIE? Alle zwangeren Alle zwangeren	WANNEER? Elke controle Hele zwangerschap	WAT? Bloeddruk meten Calcium 1dd 1 gram
Hoog risico Preventie	Risicofactor(en) (9.2) Expectcalculator 3.0 - <5.2 Expectcalculator > 5.2	elke 2 wk —12 wk tot aan 35+6 wk 12 wk tot aan 35+6 wk	Extra prenatale controles —Aspirine 1dd 80d-100 mg Aspirine 1dd 160 mg
DIAGNOSTIEK	$\uparrow$ SBD >30 mmHg en/of $\uparrow$ DBD >20 mmHg t.o.v. vorige meting of intake en $<140/90$ mmHg	< 1 wk na vaststellen	• Bloeddruk + pols meten



	<i>de novo</i> >140/90 mmHg	Direct 2e lijns evaluatie	• Uitvragen sympt./klachten • 30 min. bloeddruk + pols • EKR • Toxlab: Hb, trombocyten, ureum, urinezuur, creatinine, ASAT, ALAT, LDH • Echo biometrie + vruchtwater • Laagdrempelig doppler a. umbilicalis
BELEID Zwangerschap	Hypertensie en/of klachten (o.a. gejaagdheid)		• Bloeddruk + pols meten
	Alle zwangeren met een HT aandoening	Elke 2-4 wk Baring < 32 ⁺⁰ wk Baring < 34 ⁺⁰ wk	• Echo biometrie (optie a.umb) • Overplaatsing perinat. centrum • MgSO₄ • Corticosteroïden im

	Milde/matige HT	-	• Antihypertensiva overwegen
		<1 wk na starten AHT	Streefwaarde ± 135/85 mmHg
	Ernstige HT	Direct	• Klinische opname voor stabilisatie
		Direct	• Start methyldopa, labetalol, nifedipine of combinatie
		24u na starten AHT	→ pols meewegen in besluit AHT
			Streefwaarde ± 135/85 mmHg
	Pre-eclampsie*	Direct	• Klinische opname
		3x /dag	• Bloeddruk meten
		2x / wk	• Toxlab
		2x / wk	• Proteïnurie vervolgen
		1x /dag	• Vragen naar sympt./klachten
	Ernstige PE	Direct	• Magnesiumsulfaat iv
	Eclampsisch insult	Direct	• Magnesiumsulfaat iv
Baring	Onderstaande termijnen worden aangehouden, tenzij de maternale of foetale conditie eerder ingrijpen noodzakelijk maakt		
	Hypertensie	37 ⁺⁰ – 38 ⁺⁰ wk	• Baring nastreven of expectatief bij stabiele RR < 140/90 mmHg met onveranderde medicatie
	PE/HELLP	37 ⁺⁰ wk	• Baring nastreven



	Milde/matige HT Ernstige HT / PE RR > 135/85 mmHg RR < 135/85 mmHg	Durante partu a 2 uur Durante partu elke 5 min elke 15 min	- Bloeddruk meten - Bloeddruk meten - Bloeddruk meten
Kraambed	Milde/matige HT	Direct postpartum Klinisch min. 3dd Na ontslag 48 uur pp min 1dd Na 48 uur pp bij visite vk	- Bloeddruk meten - Bloeddruk meten - Bloeddruk meten - Bloeddruk meten
	Ernstige HT of PE/HELLP	Direct postpartum Klinisch min. 3dd Voor ontslag Na ontslag 48 uur pp min 1dd Na 48 uur pp bij visite vk	48u maternale klinische observatie - Bloeddruk meten - Toxlab - Bloeddruk meten - Bloeddruk meten
	PE met alleen HT en/of IUGR <p10 zonder proteïnurie met stabiel beeld of voor de bevalling geen opname noodzakelijk	Overweeg poliklinische follow up Na ontslag 48 uur pp min 1dd Na 48 uur pp visite vk	- Toxlab - Bloeddruk meten - Bloeddruk meten
	Verloskundige i.o.m. gyn Gyn / huisarts / internist	Gedurende kraambed Na kraambed	- AHT afbouwen - AHT afbouwen Streefwaarde = uitgangsbloeddruk
6 weken pp	Gynaecoloog		Fysieke controle Bloeddruk
6 mnd pp	Huisarts/2e lijn / 3e lijn		Consult uitleg over risico's op korte en lange termijn en mogelijke complicaties
Preconceptio- neel consult	Verloskundig /gynaecoloog	Vrouwen met hypertensie in de voorgeschiedenis	Tenminste bloeddrukmeting en EKR



Bijlage 1

Zorgpad Hypertensieve aandoeningen

Literatuur document

https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/hypertensieve_aandoeningen_in_de_zwangerschap/startpagina_-_hypertensieve_aandoeningen_in_de_zwangerschap.html (NVOG 2023)
<https://www.knov.nl/kennis-en-scholing/richtlijnen-en-standaarden/richtlijn/hypertensieve-aandoeningen-2> (KNOV 2023)

9.4

Voedingscentrum -> zwanger en gezonde voeding

<https://www.voedingscentrum.nl/nl/zwanger-en-kind/zwanger/gezond-eten-tijdens-de-zwangerschap.aspx#voedingsstoffen>
<https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/calcium.aspx>
<https://nevo-online.rivm.nl/>

Met de dagelijkse aanbevelen 2 tot 3 porties melk en melkproducten (1 portie = 150 gram) en 40 gram kaas krijg je zo'n 80-90% van de aanbevelen hoeveelheid calcium binnen. De rest haal je uit andere producten, zoals dranken (water, koffie, thee), graanproducten en groenten.

Milligram calcium per product

- 360 - Boerenkool gekookt (200 g)
- 228 - Magere yoghurt (150 ml)
- 215 - Volle yoghurt (150 ml)
- 207 - Kaas 30+ (20 g)
- 185 - Melk halfvol (150 ml)
- 165 - Kaas 48+ (20 g)
- 164 - Karnemelk (150 ml)
- 164 - Broccoli (200 g)
- 121 - Camembert (20 g)
- 90 - Kikkererwten (200 g)
- 80 - Witte en bruine bonen (200 g)
- 70 - Amandelen (25 g)
- 50 - Hazelnoten (25 g)
- 20 - Verse geitenkaas (20 g)
- 20 - Noten gemengd (25 g)

9.5

Aspirin for Evidence-Based Preeclampsia Prevention trial: effect of aspirin in prevention of preterm preeclampsia in subgroups of women according to their characteristics and medical and obstetrical history

[Liona C. Poon, MD^{a,e}](#) · [David Wright, PhD^f](#) · [Daniel L. Rolnik, MD^a](#) · ... · [Otilia Gonzalez-Vanegas, MD^m](#) · [Nicola Persico, MDⁿ](#) · [Kypros H. Nicolaides, MD](#)



2017 Nov;217(5):585.e1-585.e5.

doi: 10.1016/j.ajog.2017.07.038. Epub 2017 Aug 4.

9.7 EKR

The 2021 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy classification, diagnosis & management recommendations for international practice

Laura A Magee et al, *Pregnancy Hypertension*, Volume 27, March 2022, Pages 148-169 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2210778921005237>