Inhoud

Doel 1
Doelgroep 1
Definitie fluxus post partum (HPP, hemorragia post partum) 1
> 1000cc bloedverlies in de eerste 24 uur na de geboorte. 1
Incidentie 1
Oorzaken 1
Risicofactoren 2
Aandachtspunten: 2
Preventie 3
Standaard partus voorzorgsmaatregelen: 3
Behandeling van een fluxus postpartum en vastzittende placenta vanuit thuissituatie 4
Verwachtingen t.a.v. de kraamverzorgende: 4
Behandeling van een fluxus postpartum en vastzittende placenta vanuit een poliklinische partus 5
Nazorg 5
Verslaglegging 5
Bronnen 5
Bijlage: ISBARR overdracht Schema 6

Het VSV protocol fluxus post partum / retentio placentae VSV bestaat uit 2 delen.
Deel 1 beschrijft de handelingen vanuit de thuissituatie.
Deel 2 beschrijft de handelingen vanuit de poliklinische partus

Doel

Gezamenlijke en eenduidige VSV afspraken maken om retentio placentae, HPP, en de gevolgen hiervan, in de 1e lijn te minimaliseren door preventie, vroege herkenning en snelle interventies.

Doelgroep

1e lijns verloskundigen, 2de lijns verloskundigen, gynaecologen, o-verpleegkundigen, kraamverzorgsters.

Definitie fluxus post partum (HPP, hemorragia post partum)

> 1000cc bloedverlies in de eerste 24 uur na de geboorte.

Incidentie

Incidentie: 12.000 vrouwen per jaar in Nederland krijgen een fluxus van >1000cc en in 750 vrouwen is daarbij een chirurgische interventie, IC-opname of transfusie met >4 PCs noodzakelijk. Er is sprake van een stijgende incidentie.

Oorzaken

- uterusatonie (meest voorkomende oorzaak)
- vastzittende placenta(rest)
- trauma van cervix, vagina, vulva, perineum
- stollingsstoornis
- uterusruptuur
- inversio uteri

Risicofactoren

- HPP in de voorgeschiedenis
- Factoren die leiden tot een verhoogde kans op atonie
  - grote uterusuitzetting bij macrosomie
  - polyhydramnion
  - meerlingzwangerschappen
  - langdurige baring
  - kunstverlossing,
  - inleiding
  - infectie
  - uterus myomatosus
  - grande multipariteit (>P4)
- Factoren die leiden tot een verhoogde kans op laceraties
  - bindweefselaandoeningen
  - littekenuterus
    - sectio in de voorgeschiedenis
    - intra-uteriene ingrepen in verleden
- Factoren die leiden tot een verhoogde kans op vastzittende placenta
  - manuele placentaverwijdering in de voorgeschiedenis,
  - littekenuterus (risico op placenta increta/percreta indien placenta ter hoogte van litteken) :
    - sectio in de voorgeschiedenis,
    - intra-uteriene ingrepen in verleden

Maternale ziekten of medicatiegebruik:

- Stollingsstoornissen (let op (familie) anamnese)
- HELLP
- Ernstige anaemie (Hb <6,0 mmol/L) (Hierbij is het risico dat patiënte sneller decompenseert)

Aandachtspunten:

- Risicoschatting aan de hand van het voorkomen van risicofactoren op HPP bij elke zwangere, tijdens intake, bij aanvang partus en bij aanvang persen. Anticipeer! (Fluxim)
- Bij een verhoogd risico op het optreden van een HPP moet gestreefd worden naar een uitgangs Hb van boven de 7 mmol/l. Is het Hb bij deze patiënte met verhoogd fluxus – risico bij 30 weken lager, check het dan bij 36 weken nogmaals en bespreek patiënte in de GIB.
- Oxytocine is het middel om actief het nageboorte tijdperk te leiden, er wordt na elke partus 5IE gegeven. Laat de patiënte niet afkoelen. Als de kerntemperatuur onder de 35,5 graden is gedaald, treedt er al een verslechtering van de bloedstolling op.
- **Schatten van bloedverlies= onderschatten van bloedverlies (met 50%)** Daarom wordt het 1e matje direct postpartum weggedaan maar de daarop volgende matjes altijd gewogen
- Bij een ernstige fluxus, waarbij fundus expressie onvoldoende resultaat geeft, kan compressie van de aorta toegepast worden. Met de vingertoppen wordt boven de fundus van de uterus, net onder de navel, de buikwand krachtig en zo diep mogelijk ingeduwd tot aan de wervelkolom.
- Prik tijdig een venflon (minimaal groen) nog voordat er daadwerkelijk sprake is van een HPP. Bij meer dan 1000cc bloedverlies zal de perifere circulatie afgeknepen worden en wordt het moeilijker om een venflon te prikken.

- Heb je eenmaal een venflon geef dan altijd nog 5 EH Oxytocine iv omdat bij een lichte shock de spieren al minder doorbloed worden en de im gegeven Oxytocine niet meer goed opgenomen wordt.
- Zorg voor een goed lopend infuus met NaCl. De eerste liter bloedverlies kan gecompenseerd worden met 1 liter NaCl. Er is in de behandeling van een fluxus geen plaats meer voor excessieve vulling met NaCl.
- Bel tijdig voor assistentie van de ambulance, dat wil zeggen bij >500ml bloedverlies en een vastzittende placenta Of >500ml bloedverlies als nog niet onder controle.
- Denk aan til-assistentie.

Preventie

Bij het identificeren van een of meer risicofactoren is er minimaal sprake van een plaatsindicatie voor de partus. Deze zullen indien reeds bekend, in de Gemeenschappelijke Intake Bespreking (GIB) worden besproken.
Ook moet bloedgroep rhesus en irregulaire antistoffen (IRA) in het MZH bekend zijn.

<u>Standaard partus voorzorgsmaatregelen:</u>

- Zorg voor een lege blaas / katheteriseer indien nodig
- Navel bij voorkeur binnen 3 minuten af.
- 5 IE synto i.v. of i.m. toedienen. Zo nodig na 15 minuten herhalen.
- Probeer middels controlled cord tractio (CCT) de placenta zo spoedig mogelijk geboren te laten worden, bij voorkeur binnen 30 minuten.
- Bij vrouwen met verhoogd risico op een fluxus: poliklinische baring, breng waakinfuus in, neem bloedbeeld/kruisbloed/IRAS af en stuur dit (via de 2e lijn) op naar het lab.

Behandeling van een fluxus postpartum en vastzittende placenta vanuit thuissituatie

Bij retentio placentae na 30 min en/of bij >500ml persisterend bloedverlies**:**

- Patiënte naar 2e lijn overdragen

  - Bel ambulance voor A1 rit, altijd, ook indien er bij een retentio placentae weinig bloedverlies is
  - Bij voorkeur zorgen dat patiënte op begane grond is voor de ambulance arriveert / voor zij instabiel wordt.
  - Zorg voor tenminste 1 infuus
  - Informeer de dienstdoende gynaecoloog volgens de ISBARR methode.
  - Opvang in principe op afdeling B4/Moeder, bij instabiele patiënte expliciet overleggen met dienstdoende gynaecoloog, want dat mogelijk opvang via SEH.
  - Laagdrempelig parallelle actie vanuit de 2e lijn (dus oproepen OK team alvorens de patiënt gearriveerd is)
  - Zorg voor lege blaas bij voorkeur middels een CAD
  - Zorg voor uterusmassage / controle stand fundus
  - Check tensie/pols
  - Geef i.v. 1 liter (indien mogelijk warm) fysiologisch zout
  - Dek patiënte warm toe (ter voorkoming van een stollingsstoornis bij ondertemperatuur) - gebruik CAVE schema acute verloskunde
  - Overleg eventueel met dienstdoende gynaecoloog over toediening van methergin 0.2 mg i.m. of cytotec 800 microgram rectaal.
  - Ga mee in de ambulance voor geven van fundusmassage / aortacompressie of instrueer de ambulanceverpleegkundige hier goed over.

Verwachtingen t.a.v. de kraamverzorgende:

- Aanwijzingen verloskundige opvolgen
- Pak het CAVE schema er bij en lees eventueel hardop de stappen voor
- Bewaren en indien mogelijk wegen van de bebloede celstofmatjes
  Deze mogen ook meegegeven worden aan de ambulance
- Kind aankleden, deur voor ambulance openen, partner opvangen, huis opgeruimd achterlaten bij vertrek naar ziekenhuis.

Behandeling van een fluxus postpartum en vastzittende placenta vanuit een poliklinische partus

Bij retentio placentae na 30 min en/of bij >500ml persisterend bloedverlies**:**

- Patiënte naar 2e lijn overdragen. Er kan gebruik worden gemaakt van het nood oproep systeem door één keer op de **gele** knop te drukken naast het bed of de deur
- Geef patiëntengegevens volgens ISBARR door aan dienstdoende gynaecoloog
- Zorg voor lege blaas (CAD)
- Breng infuus (groene naald) in en geeft patiënte 1 liter (warm) fysiologisch zout
- Tensie en pols monitoren
- Bloedverlies wegen
- Check het CAVE schema acute verloskunde
- Trendelenburg / houd patiënte warm
- Toediening nalador, methergine of misoprostol (cytotec) (alleen na overleg met gynaecoloog) Mag ook bij placenta in situ
- Blijf de uterus stand controleren: bij tekenen van atonie funduscompressie of bij persisterend bloedverlies aortacompressie

Nazorg

- Milde anemie (Hb 5,5 – 6,5 mmol/L): bij klachten oraal ijzer voorschrijven; starten na defecatie. Volgens protocol anemie.
- Bij fluxus > 1 liter worden aanbevelingen ten aanzien van volgende partus terug gecommuniceerd aan de 1e lijn.
- bij een massale fluxus van >2000cc volgt er een nacontrole bij de gynaecoloog. Er is bij de volgende zwangerschap een indicatie voor een klinische baring. Tijdens de zwangerschap kan in de GIB het moment van overname zorg besproken worden

Verslaglegging

De eerstelijns verloskundige draagt de informatie, zowel mondeling (zo nodig nogmaals bellen met de laatste informatie als patiënte met ambulance weg rijdt) als schriftelijk, over aan het ambulancepersoneel en de tweede lijn.
Zij zorgt tevens dat het formulier van de fluxus audit ingevuld wordt (formulieren naast partusboek)
De informatie die bij de overdracht minimaal uitgewisseld dient te worden:
(bij voorkeur gemeten) bloedverlies en gegeven medicatie. Indien van toepassing worden allergieën en medicatiegebruik, irregulaire antistoffen en MRSA status en mogelijke bloedtransfusie vermeld.
De zwangerschapskaart en het partusverslag worden aan het ambulancepersoneel meegegeven.

Bronnen

- CAVE
- KNOV: Het gebruik van profylactische uterotonica in Nederland in beeld gebracht. Tijdschrift voor Verloskundigen. Juni 2013
- NVOG richtlijn HPP nov. 2013

Bijlage: ISBARR overdracht Schema

I	**Identificatie** - noem je naam en functie
S	**Situatie** - naam van de patiënt en reden van overdracht
B	**Background – Achtergrond** - patiënte is G ..., P ..., AD... weken - allergieën, en andere bijzonderheden die van belang kunnen zijn in een acute situatie
A	**Assessment – getAllen** - foetale hartfrequentie (indien van belang) - toestand van kraamvrouw: bloeddruk, pols (indien van belang)
R	**Recommendation – Aanbeveling** - de verloskundige wil een A1 rit (112 centrale) of ze wil met spoed insturen (gynaecoloog) - ze kan niet zelf aan de telefoon komen, **of** Ik zet de telefoon nu op luidspreker
R	**Repeat – Herhaling** - laat degene aan wie wordt overgedragen de informatie herhalen