

**InZwang PROTOCOL FLUXUS POSTPARTUM (IN ANAMNESE )**

**Doel**

Protocollair vastleggen van afspraken binnen het VSV met betrekking tot HPP (hemorrhagia post partum) met als doel preventie en therapie van HPP.

**Definitie van een fluxus post partum**

> 1000ml bloedverlies in de eerste 24 uur postpartum.

**Incidentie**

Bij 4,5% van de bevallingen, meestal op basis van uterusatonie of retentio placentae. Andere oorzaken kunnen zijn: trauma aan het geboortekanaal of maternale stollingsstoornissen. HPP is de belangrijkste oorzaak van maternale sterfte wereldwijd en in Nederland verreweg de belangrijkste oorzaak van ernstige maternale morbiditeit. Herhalingsrisico 10-15%, afhankelijk van de oorzaak.

Van de vrouwen die bij de eerste bevalling wel een HPP hadden en bij de tweede bevalling niet, is de herhalingskans bij een derde bevalling 9%[[1]](#footnote-1) . Actief leiden van het nageboortetijdperk verlaagt de kans op een HPP van 24 per 1000 vrouwen naar 8 per 1000 vrouwen [[2]](#footnote-2)

**Risicofactoren voor HPP**

* HPP in de voorgeschiedenis
* Overrekking uterus (macrosomie, polyhydramnion, meerling, langdurige baring, kunstverlossing, inleiding, infectie, uterus myomatosus, grande mult >P5)
* Laceraties (littekenuterus, bindweefselaandoeningen, SC ia)
* Vastzittende placenta (MPV ia, risico op placenta increta/ percreta)
* Maternale ziekten of medicatiegebruik (stollingsstoornissen, HELLP)
* Intra-uteriene ingrepen
* Risicofactoren voor trauma genitalis (kunstverlossing, fundusexpressie, macrosomie, stortbevalling)
* Obesitas [[3]](#footnote-3)

**Aanbeveling**

* Jaarlijks training met betrekking tot het management van HPP voor alle verloskundige hulpverleners
* Schat bij iedere zwangere het risico in, pas zo nodig de zorg aan
* In principe altijd actief nageboortetijdperk bij HPP i.a.
* Juiste en volledige verslaglegging van alle data
* De ontslagbrief dient een complete weergave van alle gebeurtenissen te bevatten en een advies t.a.v. de volgende zwangerschap

**Aanvullende maatregelen bij zwangeren met een verhoogd risico op HPP op grond van de anamnese of complicaties tijdens de zwangerschap**

* Tijdens de zwangerschap een plan maken met schriftelijk vastgelegde afspraken tussen de betrokken zorgverleners (1e en 2e lijn) en client, voorkeur via het MDO.
* Tijdens de zwangerschap afname van bloed voor typering en screening in GHZ-laboratorium. Doe dit d.m.v. de 12de weeks screening bij het GHZ
* Bij een HPP in anamnese zal patiënte een advies krijgen voor plaatsindicatie of medische indicatie
* Streven naar Hb >7,0 mmol/L in de aterme periode. Indien niet haalbaar met orale suppletie > overleg 2e lijn.

**Medisch handelen bij (dreigende) fluxus**

* Oxytocine (2x 5 EH)
* Geboorte van de placenta zo spoedig mogelijk
* Katheteriseren
* Infuus zo snel mogelijk inbrengen en vullen met (warm) NaCl 0,9%
* Patiënte warm houden (goed voor de stolling)
* Patiënte plat laten liggen/ trendelenburg
* Overweeg O2 toedienen > 1,5 liter bloedverlies (8liter per minuut) of bij tekenen van shock bij een volle fles van 160 liter lukt dit 20 minuten
* Overweeg 400 – 600 mcg misoprostol sublinguaal (niet ter vervanging van oxytocine), nadat de placenta geboren is [[4]](#footnote-4). Bijvoorbeeld bij een doorgaande fluxus en weinig effect oxytocine, overleg indien nodig.
* Bloedverlies meten en continue re-assesment volgens ABCDE
* Bij atonie uterusmassage, zo nodig bimanuele uteruscompressie of aortacompressie
* Ter overweging: 1 gr tranexaminezuur in de ambulance laten geven (geadviseerd vanaf 500 ml bloedverlies)

**Beleid tijdens HPP in eerste lijn**

* Inroepen van hulp + zo mogelijk naar begane grond (thuis 112/088-246 3445: ambulance en zo nodig brandweer, contact ziekenhuis 0182505800, evt collega bellen)
* Altijd als spoedrit (A1) aanvragen (ook bij retentio placentae en geen bloedverlies). Zo snel mogelijk naar het ziekenhuis vertrekken.
* Bij thuispartus: Ambulance brengt patiënte naar VK of direct naar de OK op de 2e verdieping. Hier duidelijk over overleggen.
* SBAR-overdracht met daarin: hoeveelheid bloedverlies, retentio placentae, RR, pols en tekenen van shock

**Beleid tijdens fluxus in tweede lijn**

* Supervisor op de hoogte brengen
* OK-team laagdrempelig in huis laten komen
* Bij geen recent kruisbloed <72 uur: laborant laten komen voor cito bepaling

**PROTOCOL HPP IN ANAMNESE**

**Beleid graviditeit**

* Tijdens de zwangerschap afname van bloed voor typering en screening in GHZ-laboratorium. Doe dit d.m.v. de 12de weeks screening bij het GHZ
* Bespreek beleid rond de AD 20 wkn op het MDO (ook bij fluxus t.g.v. episiotomie in anamnese). Maak individuele afspraken m.b.v. shared decision making.
* Streven naar Hb > 7.0 mmol/l
* Beleid en afspraken voor partus duidelijk in dossier vermelden
* Overname door tweede lijn bij AD 36 – 37 weken bij placenta accreta

**Beleid partus**

* Partus op plaatsindicatie onder leiding van de eerstelijnsverloskundige
* Waaknaald door verpleegkundige (of eerstelijnsverloskundige) met afname kruisbloed
* De dienstdoende arts-assistent/ tweedelijnsverloskundige wordt SBAR ingelicht + zwangerenkaart delen
* Denk aan regelmatig blaas legen voor uitdrijving
	+ - Evalueer kracht/effectiviteit van de weeën regelmatig
		- Actief nageboortetijdperk (overweeg afnavelen na 3 minuten in verband met het actief toedienen van 1x 5IE oxytocine **IV** (CAVE hyponatriëmie bij de neonaat). Maak zelf de afweging tussen ‘vroeg afnavelen’ en oxytocine geven bij een intacte navelstreng [[5]](#footnote-5)
* Katheteriseren (indien ruimte en tijd: CAD plaatsen)
* Placenta zo snel mogelijk geboren laten worden
* Hoeveelheid bloedverlies wegen
* Baby aan de borst leggen
* Denk aan andere houdingen om zwaartekracht mee te laten werken
* Na 15 min 5 EH oxytocine IV herhalen als placenta nog niet geboren is of eerder als patiënte ruim gaat vloeien
* Overname door tweede lijn bij dreigende fluxus (> 500 ml) en/of placenta na 30 minuten nog niet geboren en/ of tekenen van shock
* Bij onverwachte thuispartus: 2e lijn bellen ter kennisgeving + situatie zo effectief mogelijk maken voor evt transport. Overweeg een ambulance (en of collega) te bellen als parallelle actie.
* Bij fluxus ia. >2 liter: Maak afspraken in het MDO en vermeld deze duidelijk in het dossier (1e en 2e lijn).

Acties 1e lijn:

* Vooraf melding binnenkomst client door eerstelijnsverloskundige
* Moment start persen wordt door verpleegkundige, in opdracht van eerstelijnsverloskundige, doorgegeven aan dienstdoende arts-assistent of verloskundige.
* Bij nageboortetijdperk is de tweede lijn verantwoordelijk. Minst tijdverlies bij actieve fluxus.

**Kraambed**

* Bij herhaling fluxus of laag Hb start Ferrofumeraat (evt controle door HA 6 wkn pp)
* Aandacht voor rust
* Aandacht voor borstvoeding
* Voldoende vochtinname
* Att psyche ouders
1. Oberg AS, Hernandez-Diaz S, Palmsten K, et al. Patterns of recurrence of post partum hemorrhage in a large population-based cohort. Am J Obstet Gynecol 2014; 210:229.e1. [↑](#footnote-ref-1)
2. Begley. Cochrane Database Syst Rev. 2019 [↑](#footnote-ref-2)
3. NVOG richtlijn hemorrhagia postpartum (HPP), 2018 [↑](#footnote-ref-3)
4. WHO Recommendations Uterotonics for Prevention of HPP [↑](#footnote-ref-4)
5. Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A, A Active versus expectant management for the women in the third stage of Labour. Cochrane Database Syst Rev 2011 [↑](#footnote-ref-5)