



Protocol Niet vorderende ontsluiting

Definitie

Onvoldoende vorderende ontsluiting is een vaak voorkomende reden van verwijzing vanuit de eerste lijn naar de tweede lijn. Het gaat hierbij om 12.8% van de nulliparae en 9.8% van de multiparae. Vaak is het een combinatie met de verwijzing vanwege wens tot pijnstilling (28.3% van de nulliparae en 19.7% van de multiparae).

Oorzaken van onvoldoende vorderen van de ontsluiting zijn onder andere, onvoldoende weeën activiteit (waaronder weeën zwakte bij epidurale pijnstilling), maternale angst en uitputting. Daarnaast kunnen pathologie in de vorm van een standsafwijking of een absolute wanverhouding een rol spelen bij niet vorderende ontsluiting. Er zijn zeer weinig studies die maternale en foetale complicaties als gevolg van onvoldoende vorderende ontsluiting hebben onderzocht. Het beoordelen van de progressie tijdens de ontsluiting behoort tot de bekwaamheid van de zorgverlener.

Omdat er veel verschillende inzichten zijn over wat een normale duur van ontsluiting is, het wel of niet bestaan van een latente fase en wanneer er een toename is in maternale en/of foetale morbiditeit staat hieronder een kort overzicht van de meest relevante richtlijnen.

De Nederlandse richtlijnen zijn verouderd (KNOV 2006 en NVOG 2013). Beide baseren zich op andere internationale richtlijnen.

De KNOV richtlijn is gebaseerd op een verouderde richtlijn van de WHO en in afwachting van revisie. De NVOG richtlijn is gebaseerd op een NICE-guideline uit 2007 en op het beleidsconcept Proactive support of labour (Reuvers).

Vooraf op het gebied van de latente fase verschillen ze.

De KNOV richtlijn spreekt van de latente fase van de baring tot 3 cm terwijl de NVOG richtlijn het bestaan hiervan niet erkent vanwege de beperkte klinische toepassing en het gebrek aan wetenschappelijk bewijs.

De NVOG stelt hierom dat de baring is begonnen bij regelmatige pijnlijke contracties en een geheel verstreken portio of gebroken vliezen. De NVOG stelt daarnaast dat er voor het moment van "in partu" zijn een periode is van onregelmatige contracties. Echter kan je de diagnose "latente fase" pas achteraf stellen, op het moment dat de actieve fase is aangebroken.

De NVOG pleit dan ook voor een meer eenduidige definitie van de start van de baring.

Eigenlijk is hier dus meer sprake van een definitie verschil dan het wel of niet erkennen van de latente fase. De KNOV stelt dat de baring begonnen is bij regelmatige uterus contracties die het begin in frequentie en kracht toenemen waarbij cervicale rijping en ontsluiting tot 3 centimeter optreedt. Zij stellen ook dat indien deze latente fase langer dan 8 uur duurt er sprake is van een verlengde latente fase met meer risico op morbiditeit en overschrijden van de draagkracht van de vrouw. Volgens de definitie van de NVOG is de baring begonnen wanneer er regelmatige contracties vast te stellen zijn en gebroken vliezen/een verstreken portio.



Doel

1. Het bieden van handvatten bij het stellen van de diagnose niet vorderende ontsluiting.
2. Het bespreken van handelingen (interventies) ter voorkoming van niet vorderende ontsluiting
3. Het beschrijven hoe de overdracht van de medische zorg dient te verlopen bij een barend waarbij een niet vorderende ontsluiting is vastgesteld, zodat deze overdracht veilig en ongecompliceerd kan verlopen.

De twee situaties die we middels dit protocol willen voorkomen:

- Bij trage maar gestage progressie en een draagkrachtige barend enkel vanwege een tijdslimiet overdragen: onnodige en daarmee onwenselijke overdracht
- Een uitgeputte barend overdragen: overdracht te laat waardoor interventies in tweede lijn mogelijk minder effectief zijn en er meer risico is op complicaties

Betrokkenen

- Patiënte en partner
- Arts-assistent
- Eerstelijns verloskundige
- Gynaecoloog
- Klinisch verloskundige
- Kraamverzorgende
- O&G verpleegkundige

Risicofactoren

Er zijn twee grote studies die maternale en neonatale morbiditeit na een langdurige ontsluiting beschrijven. In de ene studie werd gesproken van “langdurige ontsluiting” in de tweede van een ontsluiting van >30 uur bij een nullipara. Beide laten een verhoogde kans op SC (RR 1.5-2), chorioamnionitis (RR 1.5), AS <7 5 min (RR 2), opname NICU zien. Overigens beviel in de tweede studie nog steeds 75% vaginaal.

Een Cochrane review uit 2013 toonde geen positief effect aan van bijstimuleren met oxytocine op maternale en foetale uitkomsten. Wel toonde de studie aan dat de duur van de baring door bijstimulatie met ongeveer twee uur bekort kon worden. Een andere Cochrane review uit hetzelfde jaar ziet een lichte en kleine reductie in het aantal keizersnede bij vroegtijdig vliezen breken en bijstimulatie, maar geen effect op andere maternale en foetale uitkomsten.

Alle richtlijnen zijn het er overigens wel over eens dat tijdens de actieve fase van de bevalling, continue begeleiding de voorkeur heeft aangezien dat een positief effect heeft op het aantal spontane vaginale baringen. Dit wordt bevestigd door een Cochrane review uit 2017, hoewel daarbij net als in de eerdere reviews wordt aangegeven dat de kwaliteit van de bewijslast laag is.



Beleid

Graviditeit

Bereid met name de nullipara er op voor dat de duur van de actieve fase van de bevalling zelden langer duurt dan 12 uur, maar dat de aanloop naar deze fase langer kan duren waarbij ook deze aanloop meestal niet langer dan 8 uur duurt. Bespreek met de barendes dat draagkracht en evaluatie van vordering hand in hand gaan en dat zij een actieve rol heeft bij het maken van afwegingen hierin.

Partus

Vanaf de start van de actieve baring (regelmatige contracties met een verstreken portio en 3 centimeter ontsluiting) duurt de ontsluitingsfase zelden langer dan 12 uur en zullen de meeste vrouwen met gemiddeld 1 cm per uur ontsluiten. Hierbij kun je de kanttekening plaatsen dat in de meeste literatuur erkent wordt dat ontsluiting niet altijd lineair verloopt en dat bij fysiologisch verlopen baringen een langzamere ontsluiting in het begin dan gevolgd wordt door een snellere ontsluiting later.

Het partogram kan dienen als hulpmiddel om die vrouwen te identificeren die extra kritisch gevolgd moeten worden op draagkracht en waarbij eerstelijns interventies toegepast kunnen worden.

De waarschuwingslijn wordt bereikt als de ontsluiting met <1 cm per uur vordert, de actielijn indien er geen vordering is gedurende 4 uur of bijvoorbeeld slechts 0.5 cm per uur gedurende 8 uur.

Het doorkruisen van de actielijn is reden tot overleg met de 2e lijn.

Indien er na overschrijden van de waarschuwingslijn sprake is van verminderde draagkracht dan is overleg en eventueel overdracht voor pijnstilling ook aangewezen.

Bij een verlengde aanloop/latente fase van >8 uur dient ook een stop en overlegmoment ingebouwd te worden.

Het advies van de NVOG is bij een ontsluiting van minder dan 1 centimeter per uur te overwegen amniotomie en/of oxytocine bijstimulatie te overwegen.

Advies van de werkgroep

Evalueer de vordering van de ontsluiting samen met de barendes. Hierbij is het van groot belang dat de draagkracht van de barendes meegenomen wordt. Zowel uitstellen van een overdracht bij een gemotiveerde zwangere die traag ontsluit als een vervroegde overdracht bij een zwangere die de grens van haar draagkracht zijn te billijken.

Als werkgroep maken we de volgende kanttekeningen:

- Wanneer een barendes te vroeg in partu wordt verklaard, kan de bijbehorende verwachting spoedig te gaan bevallen de draagkracht negatief beïnvloeden. Het verdient daarom zeker bij nullipara de aanbeveling, gezien de mogelijk lange duur van de latente fase, terughoudend te zijn met de diagnose in partu waarbij het ook bij een verlengde latente fase belangrijk is na 8 uur te evalueren op vordering en draagkracht.
- Continue begeleiding van de barendes vanaf de actieve fase van de ontsluiting (dus vanaf “in partu”) achten wij noodzakelijk vanwege het positieve effect op het aantal spontane vaginale baringen.



- Mogelijk is het bij een spontaan verlopende baring niet zinvol om, na het stellen van de diagnose in partu, vaker dan eens per 4 uur de ontsluiting te beoordelen. Beoordeel de ontsluiting wel a 2 uur als er vermoeden is van een traag of niet vorderende ontsluiting.
- Er is vermoeden op niet vorderen van de ontsluiting als deze langzamer vordert dan 2 centimeter in 4 uur. Evalueer op dat moment de weeën (frequentie, duur), de vordering van de indaling, de draagkracht van de vrouw en biedt haar indien gewenst drinken/eten/mobiliteit/pijnstilling aan.
- Overweeg amniotomie bij onvoldoende vordering en informeer de vrouw dat dat haar bevalling met ongeveer een uur bekort en dat de weeën daar krachtiger van kunnen worden.
- Indien er sprake is van een traag of niet vorderende ontsluiting is amniotomie de eerste interventie die, na consent, in beide echelons ingezet kan worden. Indien er een wens is tot pijnstilling is het mogelijk beter om te wachten met amniotomie tot adequate pijnstilling gerealiseerd is.
- Indien er sprake is van weeënzwakke dient eerder overleg/insturen overwogen te worden.
- Een wanverhouding, absoluut of relatief, hoewel zeldzaam, is altijd een mogelijkheid. Indien er aanwijzingen zijn voor een wanverhouding (dubieuze ligging, persisterend hoogstaand caput, stagnatie bij gevorderde ontsluiting ondanks frequente weeën) is het raadzaam dit mee te nemen in het gesprek met de barende.

Overdracht vanuit de thuissituatie

Indien een barende vanuit thuis verwezen wordt vanwege niet vorderende ontsluiting heeft vervoer met eigen transport de voorkeur, zeker gezien het feit dat ambulancetransport voor eigen rekening van de barende komt en er geen meerwaarde is van ambulancevervoer in deze situatie.

Wijze van overdracht

In eerste instantie vindt overdracht tussen eerste en tweede lijn telefonisch plaats, ook om zeker te stellen dat er geen plaatsgebrek is. De daadwerkelijke overdracht dient in persoon plaats te vinden. Dit is ten eerste om een zo compleet mogelijke overdracht van informatie te waarborgen, maar ook omdat een dergelijke overdracht door patiënten doorgaans als ingrijpend ervaren wordt en continuïteit van zorg vaak een invloedrijke factor is bij hoe een baring achteraf wordt beleefd. Het heeft om die reden ook voorkeur dat de overdragend verloskundige bij de patiënte blijft tot de baring afgelopen is.

Bronnen

Perinatale zorg in Nederland anno 2020, Perined 2021 [Internet]

WHO recommendations: intrapartum recommendations for a positive childbirth experience [2018]

NICE-Guideline [2014 update 2022]

https://www.cochrane.org/CD003766/PREG_continuous-support-women-during-childbirth

Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour; George J Bugg, Farah Siddiqui, Jim G Thornton



Verloskundig Samenwerkingsverband Rotterdam-Zuid

KNOV-standaard 'Niet vorderende ontsluiting' [2006, KNOV website]

NVOG-richtlijn 'Spontane vaginale baring' [2013, NVOG website]

Protocol gemaakt door	Pauline Doedens
Besproken met	Hans Versendaal, Gynaecoloog MSZ Liv Freeman, Gynaecoloog Ikazia Rianne Bijl, AIOS Gynaecologie Ikazia Hester v.d. Hummel, 1 ^e lijn verloskundige Lineke v.d. Berg, 1 ^e lijn verloskundige Glenda Ringelsteijn, 1 ^e lijn verloskundige Senna Worlanyoh, 1 ^e lijn verloskundige Myrthe Konings, klinsich verloskundige Ikazia Gardy Laurijssen, 1 ^e lijn verloskundige Jantine Schilt, 1 ^e lijn verloskundige Rashida Visser, 1 ^e lijn verloskundige Sandra Kreukniet, Kraamverzorgende
Goedgekeurd op	11-12-2023
Geldig tot	11-12-2028



**Verloskundig
Samenwerkingsverband**
Rotterdam-Zuid