

VSV ACHTERHOEK OOST

PROTOCOL HYPERTENSIEVE AANDOENINGEN TIJDENS DE ZWANGERSCHAP, BEVALLING EN KRAAMPRIODE

Bloeddruk

Over de definitie van hypertensie en het standaard meten van de bloeddruk zijn internationale afspraken gemaakt binnen de 'International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy' (ISSHP)(Brown ea 2000; O'Brien ea 2003).

De KNOV-standaard en de VIL hebben deze definitie en aanbevelingen overgenomen.

Definitie zwangerschapshypertensie

Er is sprake van zwangerschapshypertensie na 20 weken zwangerschapsduur bij een diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg en/of een systolische bloeddruk ≥ 140 mmHg. Deze verhoogde bloeddruk moet u minimaal twee keer vaststellen, met de hand gemeten en met een tussenpoos van minimaal 4 uur (of langer).

Bloeddruk meten

Een betrouwbare meting is een voorwaarde voor het stellen van de diagnose hypertensie. Om de metingen van verschillende zorgverleners met elkaar te kunnen vergelijken, is het belangrijk dat alle zorgverleners op dezelfde manier meten.

Meet de bloeddruk op de volgende gestandaardiseerde wijze:

- Meet de bloeddruk met een gevalideerde handbloeddrukmeter en laat deze jaarlijks ijken. Hypertensie kan uitsluitend met een handmeter gediagnosticeerd worden.
- Gebruik bij een armomtrek van maximaal 33 cm een luchtzak van tenminste 12x26 cm en bij een armomtrek tot 50 cm een van tenminste 12x40 cm.
- Meet de eerste keer de bloeddruk aan beide armen. Is het verschil < 10 mmHg, meet dan voortaan de bloeddruk aan de rechterarm. Is het verschil ≥ 10 mmHg, meet dan voortaan aan de arm met de hoogste waarde.
- Zorg dat de vrouw al twee tot drie minuten rustig rechtop zit met beide voeten op de grond.
- Laat de arm op een tafel steunen en plaats de manchet ter hoogte van het hart op de blote arm. Plaats de manchet 2-3 cm boven de elleboogsplooi, zodat er ruimte is voor een goede stethoscoop.
- Pomp op tot 20-30 mmHg boven de waarde waarop u de pols niet meer voelt.
- Laat de ballon leeglopen met een snelheid van ongeveer 2 mmHg per seconde.
- Bepaal de diastolische bloeddruk met Korotkoff 5 (tonen verdwijnen). Gebruik Korotkoff 4 (ruisen) alleen als K5 er niet is.
- Noteer de gevonden waarde op **2 mmHg** nauwkeurig

Proteïnurie en toxlab bepaling

Wanneer er sprake is van zwangerschapshypertensie met proteïnurie stelt u de diagnose 'pre-eclampsie'. Er is sprake van proteïnurie bij meer dan 300 mg eiwit per 24 uur.

- Bepaal proteïnurie bij zwangeren met hypertensie en/of hypertensieve klachten
- Screen zwangeren zonder hypertensie en/of klachten **niet** op proteïnurie
- Proteïnuriebepaling met een visueel afgelezen dipstick is onbetrouwbaar

Toxlab indicatie's ;

- Diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg en/of systolisch ≥ 140 mmHg
- Pre-eclampsische klachten zonder tensie stijging, toxlab bepalen ter uitsluiting geïsoleerde HELPP

Te bepalen in een toxlab;

- CBC (Hb, Ht thrombo's)
- ALAT, ASAT
- LDH
- Urinezuur
- Kreatinine

De visueel afgelezen dipstick wordt gebruikt als screeningsmethode bij positieve dipstick (of spoor) volgt een eiwit /kreatinine ratio via het laboratorium. De zwangere levert dan urine in bij het laboratorium.

Indien een toxlab noodzakelijk wordt geacht dan dient er een consult te worden geregeld bij de gynaecoloog. Het beleid zal worden teruggekoppeld door de gynaecoloog of klinisch verloskundige.

Hypertensieve klachten en voorlichting

Pre-eclampsie kan met klachten gepaard gaan, maar dat hoeft niet. De klachten die vrouwen rapporteren zijn terug te voeren op endotheelschade en de gevolgen daarvan.

- Vraag bij een verhoogde bloeddruk routinematig naar hoofdpijn, pijn in de bovenbuik of tussen de schouderbladen, visusklachten, oedeem, misselijkheid, braken. Vraag eventueel ook naar een gevoel van algehele malaise of een griepig gevoel zonder koorts.
- Instrueer zwangeren met een bloeddruk ≥ 130 en/of 85 mmHg bij welke lichamelijke klachten en verschijnselen zij alert moeten zijn en direct contact moeten opnemen. Dit **kan** gedaan worden met behulp van het HELLP memoblokje.

Risicofactoren

De KNOV-standaard en de VIL noemen risicofactoren voor hypertensieve aandoeningen, die de alertheid verhogen en van invloed kunnen zijn op het verwijsbeleid: nullipariteit, pre-eclampsie in eerste zwangerschap, zelf of partner geboren na zwangerschap met pre-eclampsie, pre-eclampsie bij moeder of zus, leeftijd ≥ 40 jaar, BMI > 35 , afkomstig uit Suriname, Antillen, sub-Sahara Afrika, partner van andere etnische afkomst, peridontale infectie of urineweginfectie, ≥ 5 jaar tussen deze en voorgaande zwangerschap, bloeddruk bij eerste consult $\geq 130/80$ mm Hg, geen 'mid pregnancy drop' of bloeddrukstijging voor de 30e week.

Verwijzen en terugverwijzen

Voor onderstaande afkapwaarden geldt de verwijzing wanneer genoemde systolische (SBD) en diastolische (DBD) bloeddrukwaarden verhoogd zijn, óf als een van beiden geïsoleerd verhoogd is.

De bloeddruk moet minimaal twee maal vastgesteld en met de hand gemeten zijn, met een tussenpoos van tenminste vier uur. (of langer)

Verloskundige → gynaecoloog

Hanteer de aanbevelingen uit de KNOV-standaard en de VIL:

- Zwangerschap
 - Vóór 20 weken: verwijs bij een SBD ≥ 140 en/of DBD ≥ 90 naar de tweede lijn vanwege chronische hypertensie.
 - Tussen de 20 en 36 weken: verwijs bij een SBD ≥ 140 en/of DBD ≥ 90 voor een consult naar de tweede lijn.
 - Vanaf 36 weken: verwijs bij een SBD ≥ 150 en/of DBD ≥ 95 voor een consult naar de tweede lijn.
- Bevalling
 - Verwijs in ieder geval bij een SBD ≥ 150 en/of DBD ≥ 95 en/of bij pre-eclamptische klachten en/of bij proteïnurie naar de tweede lijn. Meet tijdens de ontsluitingsfase en binnen 1 uur na de geboorte van de placenta. In de praktijk zal dit een RR meting worden bij opname of het eerste bezoek en een moment post partum of bij het vertrek van de verloskundige post partum.
- Kraamperiode
 - Verwijs in ieder geval bij een SBD ≥ 150 en/of DBD ≥ 95 , bij pre-eclamptische klachten en/of bij proteïnurie.

Gynaecoloog → verloskundige

- Verwijs tijdens de zwangerschap terug naar de eerste lijn bij normale groei van de foetus, geen proteïnurie, SBD < 140 en DBD < 90 en normale toxlabwaarden.
- Verwijs tijdens de bevalling en kraamperiode terug naar de eerste lijn bij normale toxlabwaarden en een normale tensie.

NB Zowel verwijzing als terugverwijzing gaat gepaard met een duidelijke mondelinge en/of schriftelijke overdracht. De cliënt contact op laten nemen met de verloskundige volstaat tenzij er sprake is van bijzondere omstandigheden of opname. Als de verwijzend verloskundige contact wenst met de gynaecoloog over de uitkomst van het consult dan geeft zij dit mondeling of schriftelijk aan.

Kraamverzorgende ↔ verloskundige

- De kraamverzorgende neemt direct contact op met de verloskundige wanneer ze bij de vrouw pre-eclamptische klachten signaleert tijdens bevalling en/of kraamperiode

Beleid bij eclampsie thuis

Ongeveer 1% van de vrouwen met pre-eclampsie krijgt eclampsie. Prodromale verschijnselen zijn (ernstige) pre-eclamptische klachten en hypertensie. Gezien de ernstige morbiditeit die kan optreden als gevolg van eclampsie, is het van levensbelang dat u adequaat handelt en verwijst.

In de meeste gevallen dooft een insult vanzelf uit en duurt deze niet langer dan drie tot vier minuten, vaak korter.

Conform de richtlijn van de NVOG/NVK wordt een (recidief) insult bij vrouwen met een ernstige pre-eclampsie of eclampsie voorkomen door intraveneus magnesiumsulfaat toe te dienen. Er zijn situaties denkbaar dat toediening van magnesiumsulfaat in de thuissituatie zinvol kan zijn. Dit is echter niet haalbaar, gezien de medicatie bij de verloskundige niet voorhanden is. Ook is magnesiumsulfaat niet aanwezig in een ambulance.

De verloskundige, kraamverzorgende of huisarts laat een vrouw met (dreigende) eclampsie nooit alleen, zorgt voor directe assistentie, zorgt ervoor dat de maternale luchtweg vrij is door middel van zijligging/left lateral tilt en dat de vrouw zich niet verwondt. Hiervoor kan ook een mayotube worden gebruikt.

- De verloskundige of huisarts verwijst de vrouw met spoed naar de tweede lijn.
- Verslaglegging altijd op zwangerschapskaart en ambulance vervoerrapportage

Beleid bij kraamvrouwen met antihypertensiva gebruik en hypertensie in de zwangerschap.

- Een afbouwschema voor antihypertensiva wordt meegegeven door de gynaecoloog, dit wordt genoteerd op het ontslag formulier.
- Tensie controle in het kraambed door verloskundige; ledere visite.
- Verwijs bij een tensie $\geq 150/95$ mmHg, bij pre-eclamptische klachten en/of proteïnurie.
- Bij blijvend verhoogde tensie worden de controle's overgenomen door de HA vanaf dag 10pp.
- Standaard nacontrole waarbij altijd tensie wordt gemeten. Verwijs bij een tensie $\geq 140/90$ mmHg naar de huisarts voor verdere controles.

Beleid bij alle kraamvrouwen zonder hypertensie

- Bij iedere kraamvrouw dient de tensie binnen 24-48 uur gemeten te worden. Tevens bij afsluiten kraambed.
- Verwijs bij een tensie $\geq 150/95$ mmHg, bij pre-eclamptische klachten en/of proteïnurie.
- Meet tensie bij nacontrole verwijs bij een tensie $\geq 140/90$ mmHg naar de huisarts voor verdere controles.

Preconceptiezorg

- Verwijs bij een tensie van $\geq 140/90$ naar de huisarts en geef informatie en voorlichting over mogelijke risico's bij een zwangerschap
- Geef alle vrouwen het advies om een goed mondhygiëne te handhaven en eventuele peridontale infecties te laten behandelen.
- Geef alle vrouwen voorlichting over het belang van een gezond gewicht
- Informeer vrouwen dat een volgende zwangerschap binnen 5 jaar het risico op pre-eclampsie niet verhoogd.
- Informeer vrouwen dat leeftijd boven de 40 de kans op pre-eclampsie kan verhogen

De praktijkkaart van de KNOV kan als ondersteuning gebruikt worden.