

Titel

Cortonen luisteren

Specialisme

Obstetrie en gynaecologie

Soort document

Achtergrondinformatie bij VSV-protocol

Trefwoorden

Doptone, cortonen, hartfrequentie, acceleraties, deceleraties, bradycardie, tachycardie

Doel

Meer inzicht geven in de informatie waarop het protocol is gebaseerd.

Definities

Laagrisico zwangere

In de eerstelijnszorg – zorg in de buurt - verlenen verloskundigen en huisartsen de zorg aan vrouwen die een gezonde zwangerschapsverloop hebben. Deze vrouwen hebben een laag risico op complicaties tijdens de zwangerschap en de bevalling. Deze verloskundigen zijn deskundig en opgeleid in het begeleiden van een natuurlijk (fysiologisch) verloop van de zwangerschap en bevalling. Door een zorgvuldige risicoselectie selecteren ze welke zwangeren gespecialiseerde verloskundige hulp nodig hebben van de tweedelijnszorg.

Actieve fase baring

Toenemende krachtige, frequente (à 2-3 min). contracties die 40-60 seconden duren, verstreken cervix, vanaf 3-4 cm. ontsluiting en progressie 1 cm. per 1-2 uur.

Variabiliteit

Snelle variaties in het hartfrequentiepatroon zij de schommelingen rond de basale hartfrequentie van de foetus die optreden wanneer de hartfrequentie van slag op slag wordt berekend en geregistreerd.

Acceleratie

Een periode van toename van de hartfrequentie met meer dan 15 slagen per minuut boven de basisfrequentie.

Deceleratie

Een periode van afname van de hartfrequentie met meestal meer dan 15 slagen per minuut onder basisfrequentie gedurende minimaal 10 seconden.

Sinusoïdaal patroon

Wordt gekenmerkt door het optreden van variaties in de foetale hartfrequentie met een amplitude van meer dan 15 slagen/ minuut (tijdens baring >25 slagen/ minuut).

Extra info

Classificatie van het CTG volgens gemodificeerde FIGO-richtlijn

CTG classificatie	Basis hart frequentie	Variabiliteit Activiteit	Deceleraties
Normaal CTG	<ul style="list-style-type: none">• 110-150 bpm	<ul style="list-style-type: none">• Acceleraties• 5-25 bpm	<ul style="list-style-type: none">• Vroege deceleraties• Ongecompliceerde variabele deceleraties met een duur <60 sec en een slagenverlies <60 slagen
Suboptimaal CTG	<ul style="list-style-type: none">• 100-110 bpm• 150-170 bpm• Korte periode bradycardie (<100 bpm \leq 3 min)	<ul style="list-style-type: none">• >25 bpm (saltatoir patroon)• <5 bpm >40 min met afwezigheid van acceleraties	<ul style="list-style-type: none">• Ongecompliceerde variabele deceleraties met een duur <60 sec en een slagenverlies >60 slagen
Combinatie van verschillende suboptimale kenmerken betekent een abnormaal CTG			
Abnormaal CTG	<ul style="list-style-type: none">• 150-170 bpm en verminderde variabiliteit• >170 bpm• Persisterende bradycardie (<100 bpm >3 min)	<ul style="list-style-type: none">• <5 bpm >60 min• Sinusoidaal patroon	<ul style="list-style-type: none">• Gecompliceerde variabele deceleraties met een duur >60 sec• Herhaalde late deceleraties
Preterminaal CTG	<ul style="list-style-type: none">• Totaal verlies aan variabiliteit (<2 bpm) en reactiviteit met of zonder deceleraties of bradycardie		

<p>Praktische verloskunde <i>Ontsluitingstijdperk</i> Regelmatige tussenpozen, tenminste 15-30 seconden in aansluiting op wee. Basale hf 110-160 BPM Acceleraties > 15 seconden is gunstig Deceleraties en bradycardie < 110 BPM evenals tachycardie > 160 BPM zijn aanwijzingen voor pathologie</p> <p><i>Einde ontsluitingstijdperk</i> Globale richtlijn intermitterende auscultatie is 2x p/u in actieve fase van baring</p> <p><i>Uitdrijving</i> Tijdens de uitdrijving wordt na elke wee de harttonen gedurende 15-30 seconden beluisterd.</p> <p>Voel tijdens het luisteren pols van moeder.</p>	<p>NICE guideline <i>First stage</i> Gedurende tenminste 1 min. elke 15 min. Indien er (mogelijk) sprake is afwijkende basishartfrequentie (< 110 BPM), verminderde variabiliteit, een sinusoidaal of saltatoir patroon, bradycardie en irregulier hartritme:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Luister frequenter, bijvoorbeeld 3 opeenvolgende contracties (afhankelijk van de situatie). • Breng het complete klinische beeld in kaart, denk hierbij o.a. aan de houding van de patiënt, de kracht en frequentie van de contracties en maternale controles (tensie, pols en temperatuur). <p>Voel maternale pols elk uur en vaker als er enige twijfel/ zorgen zijn om maternale en foetale hf te onderscheiden.</p>	<p>Up to Date <i>First stage, actieve fase</i> Er zijn geen studies verricht die richtlijnen over intermitterende auscultatie vergeleken hebben. Bij gebruik in laagrisico zwangerschappen, is het gebruikelijk om het foetale hartritme te bepalen, beoordelen en meten tijdens en meteen na een wee tenminste elke 30 minuten .</p> <p><i>Uitdrijvingsfase</i> Tenminste elke 15 minuten wordt het foetale hartritme bepaald, beoordeeld en gemeten.</p> <p>Als zich risicofactoren voor foetale nood voordoen, dan wordt het foetale hartritme elke 15 minuten bepaald, beoordeeld en gemeten tijdens de ontsluitingsfase en tenminste elke 5 minuten tijdens de uitdrijving.</p>
---	---	---

Datum protocol

Gepubliceerd in 2017, herzien in januari 2021

Bronvermelding/literatuurverwijzing

- Heineman, M. J., Evers, J. L. H., Massuger, L. F. A. G., & Steegers, E. A. P. (2012). Obstetrie en gynaecologie. Elsevier Gezondheidszorg.
- Henderson, C., & MacDonald, S. (2004). Maye's Midwifery. Bailliere Tindall.
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. (2013). Foetale bewaking. <https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2019/09/Foetale-bewaking-3.0-14-11-2013-2015-2019.pdf>
- NICE. (2017). Intrapartum care for healthy women and babies. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>