**Acute verloskunde**

**Situatie A (Stuitbevalling)**

- Moeilijkheid + Diakonessen

- Simulatiepatiënt MamaBirthie met kindje in stuit (stuit links voor). Hevig in partu. VO H3+. CT 140.

 Initieel in paniek, later niet meer na geruststelling. Luister goed naar verloskundige.

 Laat kindje in twee weeën geboren worden (Bracht)

- Benodigdheden MamaBirthie + doptone + eenmalig CAD + warme doeken

 Partusset + lido + epischaar + forceps

 Infuus, infuussysteem, stuwband, bloedafname set, NaCl, oxyocine

- Rolverdeling Verloskundige Erbij geroepen. Neemt leiding.

 Verpleegkundige 1e aanwezig. Helpt leider.

 Gynaecoloog Overleg en aanwezig voor instructies (trainer)

**Situatie B (Schouderdystocie)**

- Moeilijkheid + Diakonessen

- Simulatiepatiënt MamaBirthie met kindje in AAA H3+ hevig in partu. Head bobbing. Na 3 minuten geboorte caput in 2 weeen en tirtle sign. Houdt armpjes vast totdat alle manoevres gedaan zijn en herhaald worden. Laat dan schoudertje komen bij McRoberts.

- Benodigdheden MamaBirthie + doptone + eenmalig CAD + dwarsbed (schuin op bed)

 Partusset + lido + epischaar

 Infuus, infuussysteem, stuwband, bloedafname set, NaCl, oxyocine

- Rolverdeling Leerling verloskundige Doet partus initieel

 Verloskundige Leider

 Verpleegkundige 1e aanwezig. Helpt leider.

 Gynaecoloog Overleg, kan komen

**Situatie C (Navelstrengprolaps)**

- Moeilijkheid + RGD Wageningen

- Simulatiepatiënt Durante partu, Mama Birthie. Eerst beetje in partu. In ambu heftig in partu.

 Dan 5 cm (ontsluitingsring) en navelstreng eruit. Beetje in paniek wat er gebeurt

- Benodigdheden MamaBirthie. Spoedkaart navelstrengprolaps

 Partusset, doptone, tocolyse (ventolin)

 Infuus, infuussysteem, stuwband, bloedafname set, NaCl 2 zakken, CAD, klem

- Rolverdeling Verloskundige RGD Leider

 Verpleegkundige Helpt leider

 Gynaecoloog Telefonisch overleg (door trainer)

**Acute Verloskunde Workshop**

**Acute verloskunde**

**Situatie A (Stuitbevalling)**

**‘Het is donderdagochtend, 09:00, in het Diakonessenhuis. Alle verloskamers zijn bezet, het is echt heel druk. De gynaecoloog doet een sectio. U wordt gebeld door de afdelingsverpleegkundige:**

***Mw. Jubithana, 25 jaar, G1P0, AD 37+4, normale groei, is gisteren opgenomen in verband met vochtverlies. U kon het niet objectiveren. Het kindje ligt in stuit en zij staat gepland voor sectio bij 39 weken. Wegens de twijfel werd zij op de afdeling opgenomen. Ze ligt alleen op kamer 6.***

**De verpleegkundige belt u dat ze pijnlijk is. “Kan u nu komen?” vraagt ze*’.***

**Start de casus**

* Neem partusset en doptone mee
* Beoordelen in partu zijn 🡪 Ja, 4-5 contracties a 10 min, tekent +, evident helder vw
* Cortonen: 130-140 bpm. Laat CTG apparaat halen.
* VT: VO, H3+, vliezen -, stuitligging, sla (sacrum links voor) (laten voelen, niet vertellen)
* Gynaecoloog op de hoogte stellen (SBAR) – staat vast bij sectio, is er over 15 minuten
* Hulp vragen van verpleegkundige en partner van mevrouw laten bellen.
* NIET actief gaan persen.

**Mw. Jubithana is in paniek en vraagt wat er gaat gebeuren en wat ze moet doen.**

* Uitleg en geruststelling: geen sectio mogelijkheid, goed luisteren, nog niet actief persen
* Infuus, Hb en kruisbloed afnemen.
* Oxytocine infuus klaarmaken en starten tijdens de uitdrijving
* Partusset klaarmaken, inclusief lidocaïne, episiotomie schaar, forceps en warme doeken
* Kinderarts op de hoogte laten stellen
* Blaas legen
* Dwarsbed maken (patiënte letterlijk dwars in bed indien geen beensteunen)

**Mw. Jubithana is nu rustig en luistert goed. De gynaecoloog is gearriveerd en geeft u een compliment voor uw handelen. De cortonen zijn goed. De stuit staat op bekkenbodem.**

* Start actief persen
* Infiltreer met lidocaïne voor eventuele episiotomie
* Indien episiotomie wordt gezet pas bij doorsnijden van stuit
* Stuit niet aanraken totdat scapulapunten zichtpaar zijn
* Zet de Bracht in (warme doeken, hamburgergreep, oppassen voor nieren kindje)
* Kies evt. moeilijkere variant bij ervaren persoon of indien stuit te vroeg wordt aangeraakt: opgeslagen armpjes en noodzaak tot Klassieke methode (buik-buik, rug-rug) of Lövset (draaiende beweging) gevolgd door Snoo of Mauriceau met suprapubische impressie.

**Een zoon wordt geboren met APGAR 7/9/10 en geboortegewicht van 3200 gram.**

**Einde casus**

**Bonus: (1) bespreek wat te doen bij naar sacraal draaien van rug, opgeslagen armpjes, nakomend hoofd probleem, (2) bespreek (on)gunstige factoren voor stuitbevalling, (3) laat filmpje zien van stuitbevalling all-fours en bespreek wat dan te doen bij opgeslagen armpjes of deflexie caput.**

**Acute verloskunde**

**Situatie B (Schouderdystocie)**

**‘Het is dinsdagochtend 7:30 in het St. Vincentius Ziekenhuis. Het is rustig op de verloskamers met maar één patiënte in partu die wordt overgedragen:**

***Mw. Sastropawiro, 32 jaar, G2P1, AD 37+2, met diabetes gravidarum met insuline en verdenking macrosomie (bij AD 36 gg 3800 gr). Vorig jaar is ze vaginaal bevallen van een dochter van 3200 gram. Ze is sinds de nacht in partu en vlot ontsloten, half uur geleden 8cm en reflectoir. CTG goed.***

**Patiënte is erg reflectoir. U gaat met uw leerling verloskundige (3e jaars) naar patiënte toe.’**

**Start de casus**

* Cortonen / CTG goed
* Uitwendig onderzoek: grote uitzetting, gg 4000 gram, rug rechts
* VT: VO H3+ AARA (niet vertellen, maar laten voelen)
* Partusset klaarleggen (inclusief lido infiltratie + episiotomie schaar)
* Blaas legen (anticiperen op schouderdystocie)
* Dwarsbed maken (anticiperen op schouderdystocie)
* Spoedkaart erbij pakken (anticiperen op schouderdystocie)
* Start persen
* Overweeg episiotomie
* Caput aan begin van wee geboren laten worden

**Head bobbing. Bij doorsnijden caput in AAA direct turtle sign. Uitwendige spildraai blijft uit.**

* Poogt sacraalwaarts te bewegen (niet te hard)
* Instructies aan patiënte: niet persen, schouder vast, we gaan u helpen, goed luisteren
* Instructies aan verpleging / collega: kinderarts en gynaecoloog bellen, tijd bijhouden, reanimatie tafel aan laten zetten
* **H:** Hulp: “sprake van een schouderdystocie”. Laat geen fundusexpressie uitvoeren!
* **E:** Evalueren episiotomie voor ruimte manoevres (schouderdys = bony, not tissue problem)
* **L:** McRoberts (legs)
* **P:** Pressure, suprapubisch aan rechter zijde verrichten.
* **E:** Enter: Rubin / Woods
* **R:** Remove: achterste armpje afhalen
* **R:** Roll: All fours (=Gaskin) achterste armpje (mag evt. al na de **P**)
* **R:** Repeat – collega of arts of gynaecoloog neemt over – bij McRoberts succesvol

**Er wordt een aangeslagen zoon geboren. U navelt snel af en overhandigt hem aan de kinderarts. Draag over aan de kinderarts (SBAR). Er worden 5 insufflatieteugen gegeven en kortdurend beademend waarna het jongetje bijtrekt. De APGAR is 2/8/9 en het geboortegewicht 4200 gram.**

**Einde casus**

**Bonus; bespreek eventueel: (1) het advies voor een volgende partus, (2) de relatieve contra-indicatie van een vacuumextractie bij een mult met als risico schouderdystocie, (3) de manoevres indien het collega niet was gelukt met de handelingen (symfysiotomie, cleidotomie en Zavanell).**

**Acute verloskunde**

**Situatie C (Navelstrengprolaps)**

**‘Het is zondagochtend, 06:30 en u werkt als verloskundige bij de RGD in Wageningen. U werkt samen met een verpleegkundige en er is altijd een ambulance (met ambulancebroeder) beschikbaar. U mag laagdrempelig overleggen met het streekziekenhuis in Nickerie.**

***Mw. Sardjoe, 37 jaar, G7P6, is vorige week voor het eerst op controle geweest, ze wist niet dat ze weer zwager was en bleek nu al ruim 36 weken te zijn o.b.v. fundushoogte van 3/4 NX. Ze is in het verleden 6x heel vlot vaginaal bevallen. Ze komt omdat ze een gisterenavond een grote plas water is verloren en nu pijnlijke krampen heeft.’***

**Start de casus**

* Leg haar plat op bed en beoordeel of ze in partu is (Nee, 2 ctx a 10 min, 30 sec, niet pijnlijk)
* Cortonen 140-145 bpm
* Uitwendig onderzoek: ¾ NX, afgewegen hoogdligging, cBBBI.
* VT (indien verricht): geen voorliggend deel
* Provocatietest: evident helder vruchtwater
* Herkent PROM + afgeweken hoofdligging 🡪 kans op navelstrengprolaps
* Overleg (SBAR) met verloskundige / arts van Streekziekenhuis Nickerie voor overplaatsing

**‘Gynaecoloog in Nickerie vraagt of u direct kan komen met patiënte, infuus wil geven en haar plat wil laten leggen. De verpleegkundige regelt de ambu. Pak snel de spullen die u mee wilt nemen.’**

* Meenemen: doptone, partusset, infuusset (en bloedafname), CAD, extra infuuszak, medicatie (tocolyticum Ventolin beschikbaar?, synto), spoedkaarten, handschoenen
* Verpleegkundige mee?

**‘U bent 15 minuten onderweg als patiënte echt goed in partu komt. De cortonen dalen tijdens de wee tot 60bpm en herstellen traag.’**

* Overleg met gynaecoloog in Nickerie (adviseert toucheren)
* VT: 5 cm H1 caput opduwbaar, pulserende navelstreng in vulva.
* Trendelenburg en caput manueel opduwen
* Blaascatheter inbrengen en retrograad vullen met 500mL + klem erop!
* Overleg met gynaecoloog (mobiliseren OK, bellen KA, uitleg pt en luister continu cortonen)
* Cortonen blijven luisteren: herstellen na opvullen van de blaas tot 130bpm

***SBAR overdracht voorbeeld.***

**S**: 37-j vrouw, para 6, met navelstrengprolaps bij afgeweken hoofdligging

**B:** 6x partus zonder bijzonderheden, ongecontroleerde zwangerschap tot vorige week, onbetrouwbaar termijn

**A:** Sinds 30 minuten in partu, toen cortonenpathologie, VT 5 cm met navelstrengprolaps. Blaas retrograad gevuld. Daarna goede cortonen.

**R:** Indien VO vaginaal. Indien geen VO sectio, dan blaas legen.

**‘U bent aangekomen in het ziekenhuis. De gynaecoloog en verloskundige vangen patiënte op. Draag over (SBAR). De verloskundige toucheert 7 cm en pulserende navelstreng. Er wordt na legen van de blaas een sectio verrich waarna een dochter wordt geboren van 2800 gram met een redelijke start, AS 6/9/10, heeft 5 insufflaties gehad en even beademd. Na 4 dagen konden moeder en dochter naar huis.’**

**Einde casus**

**Bonus: (1) wat had u kunnen geven aan medicatie? (bespreek tocolyse Ventolin 2mg im), (2) bespreek / oefen het retrograad opvullen van de blaas.**