

# Zorgpad geïntegreerde zorg bij BMI > 40

*Uitgangspunt: zie bijlage doelstellingen geïntegreerde zorg door 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn.*

## Definities

Om maternaal gewicht te classificeren wordt de Body Mass Index (BMI) gebruikt:

BMI = gewicht in kg / (lengte in meters)<sup>2</sup>. Gebruik voor het berekenen van het BMI het preconceptionele gewicht of het gewicht tijdens de eerste controle.

### Classificatie BMI volgens de WHO-criteria:

Ondergewicht BMI <19

Normaal gewicht BMI 19-24,9

Overgewicht BMI 25-29,9\*

Klasse I obesitas (mild) BMI 30-34,9

Klasse II obesitas (ernstig) BMI 35-39,9

Klasse III obesitas (morbide) BMI >40

## Complicaties

### *Mogelijke complicaties gedurende de graviditeit*

- Spontane miskraam
- Diabetes gravidarum (RR 2,6-4,0)
- Zwangerschapshypertensie (RR 2,5-3,2)
- Pre-eclampsie (RR 1,6-3,3)
- Macrosomie (RR 3.2)
- Intra-uteriene vruchtdood (RR 1,2)
- Congenitale afwijkingen, zoals neurale buisdefecten en hartafwijkingen
- Complicaties ten gevolge van bariatrische chirurgie.

### *Mogelijke complicaties durante partu*

- Langzame vordering van de baring: met name tijdens de eerste fase van de ontsluiting, vanwege een grotere kans op inadequate weeënactiviteit.
- Schouderdystocie: obesitas is een onafhankelijke risicofactor voor het optreden van een schouderdystocie.
- Secundaire sectio caesarea: alle beschikbare studies beschrijven een sectiopercentage dat verdubbeld is bij vrouwen met een BMI= 40 in vergelijking met vrouwen met een normaal

BMI. De OR voor het verrichten van een sectio caesarea neemt lineair toe, met 1,29 (95%-BI 1,26-1,32) per 3 kg/m<sup>2</sup> toename van de preconceptionele BMI. Een andere studie beschrijft een sectiopercentage van 47,4% bij nulliparae met een BMI =40. Het sectiopercentage stijgt hiernaast ook nog lineair met de gewichtstoename tijdens de zwangerschap.

- Anesthesie: er is een hogere kans op complicaties ten aanzien van de anesthesie. Er bestaat een hoger risico op mislukken van regionale anesthesie en lastige intubatie.
- Fluxus: een tweemaal verhoogd risico op fluxus >1L postpartum bij BMI = 40 ten opzichte van vrouwen met een normaal gewicht. Dit verschil is nog sterker na een kunstverlossing.
- Moeizame veneuze toegang.

#### *Mogelijke complicaties postpartum*

- Endometritis: de incidentie van endometritis bij BMI = 40 is bijna 3x hoger dan bij niet-obese patienten, en ligt rond de 10%.
- Een hoog BMI is gerelateerd aan post-partum anemie. OR 2,8 (95% CI 1,7-4,7).
- Trombo-embolische processen: hoger risico op met name diep veneuze trombose.
- Mictieproblemen: vaker urine incontinentie en urineweginfecties.
- Borstvoeding: lagere kans om te starten met borstvoeding en kortere duur.
- Hoger risico op opname kind op NICU.

#### **Werkwijze**

##### *Preconceptioneel advies*

- Counseling met betrekking tot maternale en foetale risico's zoals hierboven beschreven.
- Bespreek dieetadviezen voor gewichtsreductie, verwijs indien gewenst door patiënte naar een diëtiste of gecombineerde leefstijlinterventie in overleg met de huisarts.
- Adviseer gebruik Foliumzuur 0,5mg 1dd1.
- Schildklierwaardes niet standaard bepalen, tenzij er klachten zijn die hierop wijzen.
- Medische indicatie bij BMI >40 bespreken.
- Indien zwangerschapswens na bariatrische chirurgie, zie zorgpad bariatrische chirurgie.

##### *Polikliniek*

- Gemiddelde verantwoorde gewichtstoename maximaal 6 kg. Eventueel via de huisarts verwijzing naar eerstelijns diëtiste.
- Screening op diabetes gravidarum middels OGTT.
- Cave pre-eclampsie: meet met de juiste cuff, meet zo nodig bij de intake de omtrek van de bovenarm.
- Indien door de zwangere gewenst, controles met gedeelde zorg 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn
  - Controles 1<sup>e</sup> lijn
  - Groei-echo 28-32-36 wk door 1<sup>e</sup> lijn, Indien gewenst evt 2<sup>e</sup> lijn
  - Consult 2<sup>e</sup> lijn rond 24 wk ter kennismaking
  - Consult anesthesist rond 30 wk (door 2<sup>e</sup> lijn te regelen)
  - Consult 2<sup>e</sup> lijn rond 34 wk (evaluatie consult anesthesist + beantwoorden specifieke vragen voor de 2<sup>e</sup> lijn.
  - Verdere controles 1<sup>e</sup> lijn, tenzij afwijkende bevindingen bij de controles

### *Durante partu*

- Cave mn schouderdystocie en HPP
- 2<sup>e</sup> lijns partus
- Bij opname op de verloskamers:
  - Uitwisselen van de verloskundige gegevens van de patiente en het geboortepan
  - De verpleegkundige legt het CTG aan (kan in overleg ook door de VIO of co-assistent) en prikt een waakinfuus
  - De 1<sup>e</sup> lijns verloskundige is continue bij de baring aanwezig, indien dit niet mogelijk is wordt de gehele begeleiding overgenomen door de 2<sup>e</sup> lijn
  - De betrokken zorgverleners van de 2<sup>e</sup> lijn stellen zich voor aan patiente, waarbij de 1<sup>e</sup> lijns verloskundige de taakverdeling kort uitleg
- Begeleiding van de baring
  - De 1<sup>e</sup> lijns verloskundige begeleidt de baring, zolang er geen sprake is van een suboptimaal CTG, bijkomende pathologie of meer dan 1 medische indicatie
  - De verloskundige wordt tijdens de baring bijgestaan door de verpleegkundige, die oa verantwoordelijk is voor adequate CTG registratie.
  - De 2<sup>e</sup> lijn is verantwoordelijk voor de beoordeling van het CTG en legt dit vast in het patientendossier( bij tab beoordeling foetus/foetale bewaking)
  - Er is bij alle betrokken zorgverleners bereidheid tot en mogelijkheidv voor intercollegiaal overleg, dit wordt niet beschouwd als ongewenste interferentie.
  - Eventuele discussie over taken en verantwoordelijkheden wordt niet gevoerd in het bijzijn van de patient
  - De 1<sup>e</sup> lijn kan de zorg te allen tijde overdragen aan de 2<sup>e</sup> lijn
  - De 2<sup>e</sup> lijn kan de zorg te allen tijde overnemen van de 1<sup>e</sup> lijn
  - Het moment van start uitdrijving wordt gecommuniceerd naar de 2<sup>e</sup> lijns zorgverlener
  - Het nageboortetijdperk en evt hechten wordt gedaan door de 1<sup>e</sup> lijns verloskundige, tenzij de patiente al eerder was overgedragen aan de 2<sup>e</sup> lijn of er een reden is om de patiente hiervoor over te dragen.
- Beoordeling van CTG tijdens de baring
  - Continue foetale bewaking
  - Beoordeling CTG door 2<sup>e</sup> lijn
  - Tenminste 1x per uur digitale verslaglegging van het CTG tijdens de ontsluitingsfase en iedere 15 minuten tijdens de uitdrijving, conform het geldende protocol
- Indicaties voor overname door 2<sup>e</sup> lijn:
  - Suboptimaal CTG tijdens de baring, als zodanig beoordeeld door de 2<sup>e</sup> lijn
  - Een bijkomende medische indicatie

Bij overname door de 2<sup>e</sup> lijn wordt in het belang van de patiente gezamenlijk overlegd over de rol van de 1<sup>e</sup> lijns verloskundige.

### **Verslaglegging**

- De 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn rapporteren in het patientendossier dmv partusnotities

- De verpleegkundige rapporteert overige controles en verslaglegging zoals gewend bij zowel 1<sup>e</sup> als 2<sup>e</sup> lijn
- De 1<sup>e</sup> lijns verloskundige documenteert onder de eigen inlognaam in Mosos in het patientendossier, verder zijn zij verantwoordelijk voor het invullen van de bevallingssamenvatting in het dossier.
- De 2<sup>e</sup> lijn is verantwoordelijk voor het invullen van de probleemlijst, aanmaken DBC (arts); documenteren van allergieën, behandelingsaanwijzing, medische en chirurgische voorgeschiedenis, medicatiegebruik en orderen van medicatie; de order aanvraag consult kinderarts; afronden bevallingssamenvatting; de ontslag order; ontslagbrief (klinisch verloskundige of arts); het opnemen van de zwangeren; aanmaken 'tijdelijke pasgeborene' (gegevens wijzigen na geboorte ) en partusboek.