

Scholing Zorg na kunstverlossing en sectie voor kraamverzorgenden

Korte inhoud scholing zorg voor een kraamvrouw na een sectio

Doelstelling van de scholing:

De kraamverzorgende kan adequaat zorg verlenen aan een kraamvrouw die een kunstverlossing of sectio heeft ondergaan. De kraamverzorgende kan de risico's , bijwerkingen herkennen en benoemen en hier adequaat op anticiperen.

In deze scholing komen de onderstaande aspecten aan de orde:

- vacuüm extractie;
- forcipale extractie;
- primaire sectio;
- secundaire sectio;
- zorg voor moeder en kind in het ziekenhuis;
- zorg voor moeder en kind thuis;
- risico's en bijwerkingen bij de kraamvrouw.
- huid-op-huid sectio
- verplegen op SRM kamers

Inleiding

Kunstverlossing

Soms is het nodig om via de vagina te helpen bij de geboorte van het kind. En in enkele gevallen moet de geboorte plaatsvinden via de buikwand.

In deze scholing komen de vacuümextractie, Forcipale extractie, Sectio Caesarea: primaire sectio en de secundaire sectio aanbod.

Dit zijn allen kunstverlossingen, dat wil zeggen, de baby kan niet op een natuurlijke wijze op eigen kracht van de moeder geboren worden en is er hulp nodig van een externe arts.

Meestal is dit een gyneacoloog of een arts in opleiding (AIO) onder supervisie van een gyneacoloog. In sommige ziekenhuizen zijn er 2e-lijns verloskundigen ook bevoegd om geboortes met behulp van een vacuüm extractie uit te voeren.

Deze ingrepen kunnen door de kraamvrouw en de partner als heftig en traumatisch ervaren worden.

Deze syllabus wordt verstrekt bij de fysieke scholing over kunstverlossing en sectio voor kraamverzorgenden en dient ter naslagwerk te worden gebruikt.

Vacuüm extractie of Forcipale extractie

Redenen om een vacuümverlossing te verrichten

De belangrijkste redenen voor een vacuümverlossing zijn het niet vorderen van de uitdrijving en/of dreigend zuurstoftekort bij het kind. Een enkele keer mag een zwangere niet of slechts kort persen, bijvoorbeeld wegens gezondheidsproblemen van hart of longen.

Het niet vorderen van de uitdrijving

Zeker bij een eerste bevalling komt het regelmatig voor dat een baby ondanks krachtig persen niet spontaan geboren wordt. Soms is het kind aan de forse kant of is de stand van het hoofd zodanig dat het bekken niet gemakkelijk gepasseerd kan worden. In andere gevallen zijn de weeën niet sterk genoeg of zwakken ze tijdens de bevalling af. Moeheid en gebrek aan kracht kunnen ook een rol spelen. Vaak is er een combinatie van factoren. Bovendien neemt naarmate het persen langer duurt de kans toe dat de conditie van het kind achteruitgaat. De verloskundige die de bevalling begeleidt, adviseert dan hulp om het kind geboren te laten worden en draagt dan over aan de 2e-lijn.

De ervaring leert dat de meeste vrouwen tegen die tijd hulp als een opluchting ervaren.

Mogelijk zuurstoftekort bij het kind

Tijdens het persen worden de harttonen van de baby gecontroleerd. Bij een ongestoorde zwangerschap gebeurt dit meestal met de 'doptone', bij een bevalling op medische indicatie past men vaak een CTG-registratie toe (een doorlopende harttonenregistratie via de buikwand of de schede). De harttonen geven aan hoe de conditie van het kind is. Langdurig of ernstig afwijkende harttonen kunnen een teken zijn van dreigend zuurstoftekort. Soms wordt een beetje bloed van de hoofdhuid van het kind afgenomen (microbloedonderzoek) om te bepalen of het kind voldoende zuurstof krijgt.

Na een ongestoorde zwangerschap is de kans op mogelijk zuurstoftekort heel klein. Als er bijzonderheden zijn tijdens de zwangerschap, zoals groeiachterstand van het kind, hoge bloeddruk of ruim over tijd zijn, neemt de kans op afwijkende harttonen toe, en daarmee de kans dat een vacuüm of tangverlossing noodzakelijk is.

Een tang of forceps verlossing

Een tang (forceps) is een instrument dat er uitziet als een 2 grote lepels, een steel en een lepelblad dat opengewerkt is. De 2 lepelbladen passen precies om het hoofd van het kind, zodat het hoofd niet beschadigd wordt en de 2 stelen kunnen aan elkaar geklikt worden tot één handvat. Dit instrument bestaat al honderden jaren en daarmee is het mogelijk om bij een 'niet vorderende uitdrijving' het



hoofd van het kind te omvatten en vervolgens naar buiten te trekken. Zodra het hoofd geboren is, worden de lepels eraf gehaald en de rest van het kind wordt gewoon geboren. Bijna altijd wordt er wel een knip gezet, om 'te ver inscheuren' te voorkomen. In ervaren handen is een tang verlossing een zeer goede methode om het kind geboren te laten worden.

Een zuignap of vacuüm verlossing

Een zuignap (vacuüm cup) bestaat uit een zuignap, een gesloten cup met een diameter van 5 of 6 centimeter, waaraan een slang is bevestigd die in verbinding staat met een zuig-pomp. De zuignap wordt op het hoofd van het kind gezet en gedurende een aantal minuten (ongeveer acht) wordt er vacuüm gezogen. De beweeglijke huid op het hoofd wordt dan gezogen in de cup. Als er voldoende onderdruk is, is het mogelijk het hoofd geboren te laten worden door aan de slang te trekken. De cup wordt er daarna afgehaald en het kind wordt verder normaal geboren. Dit instrument bestaat ongeveer vijftig jaar en is betrekkelijk eenvoudig te bedienen. Omdat het gemakkelijker te leren is, wordt deze methode veel meer toegepast dan een tang

verlossing. Een klein nadeel is, dat de zuignap soms los schiet, waarna deze weer herplaatst moet worden. Na het los schieten wordt ook wel eens besloten alsnog een keizersnede te doen.

Hoe verloopt een vacuüm of tangverlossing?

Bijna altijd maakt men een dwarsbed: het onderste gedeelte van het verlosbed wordt weggehaald en de benen komen in de beensteunen

De gynaecoloog kan zo tussen de benen in staan om te helpen de baby geboren te laten worden. Voor de ingreep wordt de blaas gekatheteriseerd. De gynaecoloog doet een inwendig onderzoek om de stand van het hoofd van het kind en de mate van indaling te bepalen. Dit is nodig om de verlostang of de vacuümcup goed op het hoofd te kunnen plaatsen.

Bij een tangverlossing worden de lepels één voor één om het hoofd gelegd. Bij een vacuümextractie plaatst de gynaecoloog de cup op de bovenkant van het hoofd. Daarna wordt er vacuüm gezogen, zodat de cup zich binnen enkele minuten aan de schedel van de baby vastzuigt. Zowel het plaatsen van de lepels van de verlostang als het inbrengen van de vacuümcup is vaak onplezierig en pijnlijk. Het is niet altijd mogelijk door verdoving deze pijn te voorkomen.

Nadat de vacuümcup zich heeft vastgezogen trekt de gynaecoloog bij iedere volgende wee mee terwijl de kraamvrouw perst.

Soms is het noodzakelijk dat er fundus expressie toegepast moet worden.

Tussen de weeën door zorgt de gynaecoloog dat het hoofd niet terugglijdt. Over het algemeen wordt uw kind na enkele weeën geboren; soms is meetrekken gedurende meer weeën noodzakelijk.

Nogal eens – maar zeker niet altijd – wordt bij een vacuüm of forceps bevalling een epi siotomie gezet. Dit hangt onder andere af van de harttonen (en daarmee van de snelheid waarmee de baby geboren moet worden), de stevigheid van de bekkenbodemspieren, de dikte van het weefsel tussen de schede en de anus, en de ingeschatte kans op ernstig inscheuren.

Het kind na de geboorte

Een tang- of vacuümverlossing wordt niet zonder reden verricht. Meestal is er sprake van een langdurige uitdrijving en/of dreigend zuurstoftekort bij de baby. Afhankelijk van de reden van de kunstverlossing wordt het kind na de geboorte door een kinderarts onderzocht.

Als extra zorg of observatie nodig is, is opname gewenst. Na een vacuümverlossing zie en voel je nog enkele dagen de afdruk van de vacuümcup op het hoofd van de baby als een blauwrode verdikking. Dit komt omdat zich vocht onder de huid heeft opgehoopt. De zwelling is binnen een dag bijna helemaal weg, de verkleuring verdwijnt na enkele dagen. Ook na een tangverlossing kan er enkele dagen een afdruk op de zijkant van het hoofd van het kind zichtbaar zijn. De baby kan na een tang- of een vacuümverlossing hoofdpijn hebben en soms wat misselijk zijn.

24 uur wiegenrust wordt hierbij meestal voorgeschreven: de baby mag dan alleen opgepakt worden voor noodzakelijke handelingen als verschonen en het geven van voeding. Ook schrijft de kinderarts soms een pijnstiller voor.

De baby blijft tot 8 uur na de geboorte samen met moeder opgenomen blijft ter observatie.

Complicaties

De kans op complicaties van een vacuümverlossing is klein.

Een enkele keer schiet de vacuümcup van het hoofd terwijl de gynaecoloog trekt. Dit is niet altijd te voorkomen. Soms is het hoofd al zo diep gekomen dat verdere hulp niet nodig is. Maar ook kan de gynaecoloog de cup opnieuw aanbrengen, alsnog besluiten om een keizersnede te doen.

Bloeduitstorting op het hoofd van de baby

Een bloeduitstorting op het hoofd van de baby wordt een enkele keer na een vaginale kunstverlossing gezien, maar komt ook wel voor na een spontane (vaak langdurige) bevalling. Zo'n bloeduitstorting is meestal dan ook meer het gevolg van een langdurige bevalling dan van de kunstverlossing. Deze complicatie wordt wat vaker gezien bij een vacuümbevalling. De bloeduitstorting verdwijnt vanzelf, maar kan wel tot gevolg hebben dat het kind langer geel blijft zien en geeft vaak wat meer ongerustheid bij de ouders.

Totaalruptuur bij de vrouw

Een totaalruptuur is het doorscheuren van de huid en het weefsel tussen de vagina en de anus. Ook de kringspier rond de anus scheurt dan geheel of gedeeltelijk in. Evenals bij een gewone bevalling kan ook bij een kunstverlossing een totaalruptuur ontstaan, maar deze complicatie komt wat vaker voor bij een vacuumbevalling. Een knip kan een totaalruptuur niet altijd voorkomen. Zorgvuldig hechten van een totaalruptuur is noodzakelijk om latere problemen met het ophouden van ontlasting te voorkomen. Vaak gebeurt het hechten op de operatiekamer.

Sectio Caesarea

Een sectio of keizersnede is het operatief beëindigen van de zwangerschap via een incisie in de buikwand en het openen van de uterus.

De benaming sectio caesarea komt waarschijnlijk van Julius Caesar van wie wordt beweerd dat hij na de dood van zijn moeder door een keizersnede werd geboren.

In de loop der jaren is er veel veranderd en zijn de technieken de laatste jaren zoveel verbeterd dat deze ingreep veelvuldig en met weinig risico voor moeder en kind wordt toegepast.

We onderscheiden twee soorten sectio's:

De *primaire sectio* is een sectio waartoe in de zwangerschap al wordt besloten, omdat er dan een indicatie bestaat waardoor er geen vaginale partus kan plaatsvinden. De zwangerschap wordt kunstmatig beëindigd door het uitvoeren van een keizersnede.

Tegenwoordig word er ook gesproken over een Gentle Sectio.

Gentle sectio betekent letterlijk: 'vriendelijke keizersnede'. Het verschil met een klassieke keizersnede is dat bij een gentle sectio een natuurlijke, vaginale bevalling zoveel mogelijk wordt nagebootst. Bij een gentle sectio is er vooraf overleg tussen de ouders en de gynaecoloog over wat er gaat gebeuren en mag de partner er van het begin tot het eind bij zijn. De temperatuur in de operatiekamer aangenamer dan bij een standaard keizersnede en is er zo min mogelijk omgevingsgeluid. Soms is het zelfs mogelijk om tijdens de operatie naar zelfgekozen muziek te luisteren. Is het moment daar dat de baby daadwerkelijk uit de buik wordt gehaald, dan wordt het operatiedoek verlaagd en mag de kraamvrouw meekijken. De baby wordt vervolgens langzaam uit de buik gehaald, waarbij het tempo van een vaginale bevalling zoveel mogelijk wordt aangehouden. Dit wordt ook wel 'walking the baby out' genoemd.

De *secundaire sectio* is een sectio waartoe wordt besloten tijdens de bevalling, wegens optredende complicaties. De bevalling is wel op een natuurlijke manier op gang gekomen.

Indicaties voor een primaire sectio

Vernauwd bekken.

Er is een wanverhouding tussen de schedel van het kind en het bekken van de vrouw. Bij een eerste zwangerschap is dit meestal nog niet bekend, maar is dit bij een eerste kind/bevalling gebleken dan kan dat bij een volgende zwangerschap een reden zijn om primair een sectio te doen.

Afwijkende ligging

Een dwarsligging is een onmogelijke positie om vaginaal geboren te worden. Er kan geprobeerd worden om het kind uitwendig te draaien(versie) door een verloskundige of gynaecoloog waarbij de harttonen van het kind bewaakt worden.

Een stuitligging, zowel volkomen als onvolkomen, is bij een eerstgeborene een indicatie voor een keizersnee. Is een vrouw al eerder bevallen en was er toen geen sprake van een nauw bekken en is de uitdrijving wat dat betreft ongestoord verlopen, dan kan de bevalling vaginaal plaatsvinden en is er geen reden tot sectio, maar bij een eerste is dit niet bekend en zal er vaak een sectio worden gedaan.

Placenta praevia

Een placenta praevia is een placenta die voor de ontsluitingsring ligt. Wanneer de placenta geheel of grotendeels de ontsluitingsring bedekt, is het niet mogelijk dat de baby via de vagina geboren wordt. De ontsluitingsring is tijdens het verstrijken en het ontsluiten in beweging waardoor de placenta los raakt en grote bloedingen kan veroorzaken.

foetale nood in de zwangerschap

Bij ernstige zwangerschapsvergiftiging/toxicose (HELLP) is er kans dat de baby te weinig zuurstof via de placenta krijgt en daardoor in nood komt. Is de zwangerschap nog niet zo ver gevorderd dat de bevalling ingeleid kan worden of is de nood zo groot dat daar geen tijd meer voor is dan zal men ook een keizersnee doen, mits het kind levensvatbaar is.

Ernstige groeiachterstand.

Als de baby niet voldoende voedingsstoffen en zuurstof krijgt en dus "verhongert" en daardoor met de dood bedreigd wordt, zal de baby via een keizersnee worden gehaald.

Een sectio in een vorige zwangerschap is niet een reden om bij een volgende zwangerschap primair een sectio te doen.

Indicaties voor een secundaire sectio

Niet vorderende ontsluiting (NVO)

Wanneer de ontsluiting ondanks goede weeën-activiteit niet vordert kan dit een reden zijn om een keizersnee te doen.

Niet vorderende uitdrijving(NVU)

Als de uitdrijving te lang duurt en er geen vordering is, is de stand van de schedel belangrijk om te weten of er nog een vaginale kunstverlossing mogelijk is of dat moet worden besloten om een keizersnee te doen.

Foetale nood

Tijdens de ontsluiting en / of tijdens de uitdrijving kan een baby in nood komen door zuurstofgebrek. Dit zuurstofgebrek, wat gepaard gaat met een dalende hartactie, kan diverse oorzaken hebben. Als de hartactie daalt onder 100 slagen per minuut gedurende langere periode kan de baby in nood zijn. Een spoedsectio is dan de enige mogelijkheid om de baby zo snel mogelijk geboren te laten worden.

Uitgezakte navelstreng(of kindsdelen)

Wanneer de vliezen gebroken zijn en de navelstreng is uitgezakt in het baringskanaal onder het voorliggende deel (hoofd of stuit) spreekt men van een uitgezakte navelstreng. Het gevaar van een uitgezakte navelstreng is dat de navelstreng kan worden afgeklemd tussen het voorliggende deel (hoofd of stuit) en de ontsluitingsring of het bekken.

Dit is een acute situatie en levensbedreigend voor het kind en er moet zo snel mogelijk een sectio worden gedaan.

Solutio placentae (loslaten van de placenta)

Men spreekt van een solutio als de placenta loslaat voordat de baby is geboren. Dit geeft meestal veel buikpijn bij de moeder, een gespannen harde buik en meestal veel bloedverlies. Het is een levensbedreigende situatie voor zowel moeder als kind. De baby komt acuut in nood en de enige redding is met grote spoed een sectio te doen.

Een sectio vindt plaats onder spinaal anesthesie en soms onder algehele narcose. De laatste heeft niet de voorkeur omdat dan de partner/partner niet aanwezig mag zijn bij de sectio en de kraamvrouw de geboorte van haar kindje niet bewust meemaakt.

De incisie wordt meestal dwars gemaakt. Vaak zodanig dat de incisie onder een bikinibroekje kan wegvallen.

Soms wordt er ook in de lengterichting een incisie gemaakt.

Na de operatie

De kraamvrouw gaat samen met haar kindje en partner na de operatie naar de recovery. Hier kunnen ze samen even bijkomen en kan de moeder haar baby lekker vasthouden. De recovery-verpleegkundige houdt moeder en kind in de gaten, controleert hartslag en bloeddruk bij de moeder, observeert het vloeien en voelt de baarmoederstand. De vrouw voelt nog niets, want de verdoving werkt nog enkele uren na de operatie.

De blaaskatheter moet voldoende en heldere urine afgeven.

Direct na de sectio wordt begonnen met een wens dieet. D.w.z. dat de vrouw mag eten wat zij wil.

Andere punten waarop gelet wordt zijn misselijkheid, flatuleren en defaceren.

De eerste dag na de operatie moet de kraamvrouw even uit bed. Mobiliseren is erg belangrijk in het kraambed en met goede pijnstilling is dit ook mogelijk.

Het zal duidelijk zijn dat de kraamvrouw na een sectio minder mobiel is dan na een gewone bevalling, daarom krijgt ze gedurende het verblijf in het ziekenhuis eenmaal per dag een fraxiparinespuitje in de benen of buik. Dit is om trombose te voorkomen.

Thuis kraamzorg na een sectio

Ongeveer na 3 dagen /72 uur gaat de kraamvrouw met de pasgeborene naar huis.

Door de immobiliteit van de kraamvrouw er extra zorg geïndiceerd worden en vaak een 9e en 10e zorg dag.

Het herstel na een sectio duurt langer dan na een normale bevalling.

Na een sectio zal de kraamverzorgende extra aandacht moeten besteden aan:

1. opvang moeder, partner en kind(eren)
2. controles en observaties

1.Opvang moeder, partner en kind(eren)

De dagen dat de kraamvrouw in het ziekenhuis verblijft, zijn vaak druk en onrustig. Wanneer er meer kinderen zijn, kunnen ook zij onrustig worden door de situatie. Vooral wanneer de kraamvrouw onverwachts een sectio heeft moeten ondergaan kan het vaak als hectisch en spannend zijn ervaren.

Emoties rond een kunstverlossing

De beleving van een kunstverlossing wisselt sterk. Niet zelden betekent deze hulp een grote opluchting, zeker als vrouwen het gevoel hebben ondanks alle inspanningen geen millimeter op te schieten. Andere vrouwen vinden het moeilijk te verwerken dat de bevalling niet spontaan is verlopen. Zij hebben soms het gevoel te hebben gefaald, omdat zij niet in staat waren hun kind op de 'normale' manier ter wereld te brengen, en soms hebben zij het idee dat een normale bevalling van hen is afgenomen.

De partner

Voor de partner is de kunstverlossing soms ook moeilijk te verwerken. Meer nog dan bij een spontane bevalling kan hij zich machteloos voelen. Als de bevalling thuis was begonnen, moet ook hij de teleurstelling van de onverwachte complicatie verwerken. Sommige partners voelen zich nutteloos omdat zij het gevoel hebben nauwelijks iets te kunnen doen. Ook zijn zij vaak bang dat er iets misgaat. De handelingen bij een kunstverlossing ervaren zij nogal eens als bedreigend voor moeder en kind. Achteraf bekent menig partner dat de hoop op een goede afloop eigenlijk al was opgegeven.

Thuis komt dan de ontlading.

Dit kan leiden tot ongekeerde emoties bij de ouders.

Na de periode in het ziekenhuis is er in de thuissituatie vaak weer sprake van een situatie waar geborgenheid en intimiteit zich kunnen ontwikkelen en de integratie van de nieuwe baby in het gezin.

De overgang van ziekenhuis naar de thuissituatie wordt door de kraamzorg verkleind. De kraamverzorgende kan door begeleiding en ondersteuning van de ouders (en eventuele andere kinderen) het integratieproces en de verwerking positief beïnvloeden. Het is belangrijk dat de

kraamverzorgende zich open opstelt, zodat de ouders hun verhaal en ervaringen kunnen uiten. Doorvragen en empathie tonen zijn daarbij sleutelwoorden. Daarnaast zal zij alert moeten reageren op non-verbale uitingen. Door het geven van goede voorlichting en begeleiding kan de kraamverzorgende de ouders zekerheid bieden in de verzorging van de baby thuis.

2. Controles en observaties

Fundusstand

Het contraheren van de uterus verloopt vaak trager dan na een vaginale baring. Door de wond en de hechtingen is het voor de kraamvrouw pijnlijk wanneer de fundusstand wordt gecontroleerd.

nb. Controle fundusstand wordt alléén verricht door de verloskundige.

Lochia

Het observeren van de lochia is van belang. Het geeft informatie over mogelijke infecties en of de uterus al dan niet voldoende contraheert. Wanneer de lochia na de vierde/vijfde dag nog helder rood is, is de uterus waarschijnlijk niet gecontraheerd, mogelijk doordat er nog stolsels zijn achtergebleven.

Observatie lochia: 2 x daags gedurende de gehele verzorging. Bij riekende en helderrode lochia verloskundige waarschuwen.

Wondverzorging

Bij ontslag uit het ziekenhuis mogen er geen problemen zijn met de wondgenezing. De wond moet er gaaf uitzien en mag niet rood of gezwollen zijn. De wond zal nog pijnlijk zijn, deze pijn moet geleidelijk verminderen.

Als gevolg van het doorsnijden van de baarmoederwand en de buikspieren, is de stand van de baarmoeder na een sectio hoger dan normaal.

De eventueel aanwezige hechtingen zijn oplosbaar of worden later verwijderd.

Agraves worden door verloskundige verwijderd.

De wond wordt over het algemeen niet meer verbonden. De kraamvrouw mag douchen. De wond moet met water

schoongehouden worden. Direct op de wond geen zeep laten gebruiken. Dit prikt en irriteert. Zeep- en shampoo-resten moeten zorgvuldig weggespoeld worden. Zeepresten op de wond kunnen een infectie veroorzaken. Langdurig douchen of baden is af te raden. De wond wordt hierdoor week, waardoor de genezing vertraagt

Aandachtspunten:

Roodheid, zwelling, wondvocht, pijn



Defaecatie

Tijdens de operatie zijn de darmen stil gelegd. Na de operatie moeten de darmen opnieuw gaan werken. Persen geeft extra druk en daardoor pijn in het wondgebied.

Onbewust kan de kraamvrouw haar ontlasting ophouden.

Veel drinken en enigszins laxerende voeding kunnen helpen om het defaecatie proces op gang te brengen en te houden.

Vanuit het ziekenhuis krijgt de kraamvrouw soms nog een recept voor Movicolon mee.

De verloskundige moet gewaarschuwd worden als een kraamvrouw 3 dagen geen ontlasting heeft gehad.

Mictie

Voordat een sectio gedaan wordt, krijgt de zwangere vrouw een blaaskatheter. Deze wordt de eerste dag na de operatie verwijderd. Het is mogelijk dat de kraamvrouw na de operatie of thuis pijn heeft of krijgt bij het urineren doordat de ureter geïrriteerd is door de katheter. Ook heeft zij een verhoogde kans op blaasontsteking. Ter voorkoming van een blaasontsteking kun je de kraamvrouw stimuleren extra te drinken. Veel drinken bevordert het "doorspoelen", waardoor aanwezige bacteriën minder kans krijgen zich te vermenigvuldigen.

Benen

Na een sectio is de kans op trombose groter dan na een vaginale partus, omdat de kraamvrouw minder beweegt.

Een trombosebeen is te herkennen aan het dikker zijn, rode en gespannen huid, glanzende huid, pijn en temperatuurverhoging.

De benen moeten dan ook dagelijks gecontroleerd worden.

Temperatuur- en polscontrole

Iedere kraamvrouw heeft een verhoogde kans op een infectie en trombose. Na een sectio heeft de kraamvrouw een verhoogde kans op een infectie. (Buikwond en vertraagde contractie uterus, blaas-katheterisatie). Ook de kans op trombose is verhoogd.

T/M de 5e dag 2 maal daags deze controles uitvoeren, daarna 1 maal daags tenzij de verloskundige anders aangeeft of bij twijfel en vermoedens van infectie vaker.

Begeleiding bij borstvoeding

Voor het geven van borstvoeding maakt het in principe niet uit of de kraamvrouw vaginaal bevallen is of door een sectio. Na de sectio kan de borstvoeding wat langzamer op gang komen omdat de baby niet altijd direct na de geboorte kan worden aangelegd. Bij een primaire sectio is hier vaak wel tijd voor. Advies is om mocht de kraamvrouw niet in staat zijn voor direct contact met de baby, de partner huid op huid contact te laten maken.

De kraamvrouw kan extra gespannen zijn omdat de borstvoeding moet lukken. Door de buikwond kan het geven van borstvoeding een pijnlijke inspanning zijn.

Goede begeleiding is erg belangrijk. In het ziekenhuis is daar niet altijd voldoende tijd voor. Sommige ziekenhuizen laten hun lactatiekundige nog langskomen bij de kraamvrouw voor extra advies.

In de thuissituatie kan er extra tijd vrijgemaakt worden voor de borstvoeding.

Punt van aandacht zal de houding zijn waarin de kraamvrouw borstvoeding geeft:

Liggend of op de zij waarbij ze gesteund wordt in de rug met eventueel een extra kussen of handdoek tussen de benen.

Het kan ook helpen als de pasgeborene in bakerhouding ligt, waarbij het lijfje onder de arm door wordt gelegd.

Mobiliseren

De periode in het ziekenhuis is vaak vermoeiend geweest. De kraamvrouw is niet aan voldoende rust gekomen, door de andere omgeving, een ander ritme, rumoerigheid 's nachts.

Bij thuiskomst hebben veel vrouwen de neiging om onvoldoende rust te nemen. Ze mochten toch immers naar huis toe, dus zijn ze weer volledig hersteld.

Onderstaande tabel geeft een mobilisatieschema wat als richtlijn kan gelden (In overleg met de kraamvrouw en de verloskundige en aanpassen aan individuele behoeften).

Mobilisatie adviezen (dag sectio= dag 1)

4e dag: Bedrust, op voor douche en toilet.

5e/6e dag: Op voor douche en toilet, daarnaast starten met babyverzorging. Kleine handelingen.

7e/8e dag: De baby baden en verzorgen. Na deze activiteiten rusten.

9e/10e dag: Op zijn naar behoefte, 's middags rusten.

Trombose

Een complicatie die in het kraambed kan optreden, is trombose. Vertraging van de bloedcirculatie of een stollingsstoornis kan aanleiding geven tot stolselvorming (trombus) in de bloedvaten. Het kan een bloedvat deels of volledig afsluiten.

Een diep veneuze trombose is vaak al enige dagen aanwezig voordat klachten erger worden.

Als de trombus wordt meegenomen in de bloedbaan (embolie) kan die vastraken in de longen. Dit is levensbedreigend.

Verschijnselen zijn:

- De kraamvrouw kan last hebben van een zwaar gevoel in haar kuiten of van prikkelingen in een been
- Er is een lichte versnelling van de pols en temperatuurverhoging
- Het been kan dikker zijn, de huid warm, glanzend en verkleurd. Eerst wit, bleek en
- daarna blauwachtig.

Behandeling bestaat uit het toedienen van antistollingsmiddelen.

Om de kans op trombose te verminderen, is vroege mobilisatie noodzakelijk.

Soms krijgen vrouwen met een verhoogd risico uit voorzorg antistollingsmiddelen, bijvoorbeeld als eerder sprake is geweest van trombose of bij kraamvrouwen die een sectio hebben ondergaan.

Embolie

Komt de trombus of een deel van de trombus in de bloedbaan terecht, dan is er sprake van een embolie.

Een longembolie kan optreden als de embolus in de longen terechtkomt. Dit is een zeer gevaarlijke situatie.

De verschijnselen zijn:

- de kraamvrouw klaagt over benauwdheid, kan niet doorademen, heeft pijn in de rug, zij, schouder of buik
- de kraamvrouw ziet er blauw uit en voelt klam aan
- de kraamvrouw heeft een vlugge, zwakke pols en een lichte temperatuurverhoging
- de kraamvrouw is angstig en onrustig

In zo'n situatie moet direct hulp worden ingeschakeld. De kraamvrouw moet rechtop gezet worden in verband met haar benauwdheid.

Acute maatregelen zijn noodzakelijk. Informeer direct de verloskundige en overleg wie voor een ambulance belt.(SBAR)

Behandeling

Een behandeling zal bestaan uit het toedienen van medicijnen met antistollingsmiddelen. Dit kan ook preventief gebeuren zoals het geval is bij kraamvrouwen die een sectio hebben ondergaan. Medicijnen worden altijd door een arts voorgeschreven. Het gebruik van een bepaald medicijn moet door een arts op schrift vermeld worden. Hij moet daarbij vermelden hoe het medicijn toegediend moet worden en het tijdstip van toediening. Bovendien moet de arts de voorgeschreven medicijnen voorzien van een handtekening.

Onthoud dat de arts verantwoordelijk is voor de voorgeschreven medicijnen en dat jij als zorgverlener altijd verantwoordelijk bent voor de toediening van de medicijnen.

Observatie en registratie van de toediening.

Observatie, controle en registratie zijn de belangrijkste punten bij het toedienen van medicijnen, dit om fouten te voorkomen.

Daarom zijn er bepaalde handelingen die je moet verrichten voordat je het medicijn toedient:

- Controleer of je het juiste geneesmiddel voor de juiste zorgvrager hebt.
- Controleer of de sterkte van het geneesmiddel overeenkomt met wat de arts heeft voorgeschreven.
- Controleer of de toedieningswijze die is vermeld juist is.
- Controleer in welke frequentie en duur de medicatie moet worden toegediend.
- Controleer op welk tijdstip de toediening moet plaatsvinden, bijvoorbeeld voor of direct na de maaltijd.
- Controleer of de zorgvrager de medicatie wel inneemt.
- Observeer en rapporteer de eventuele bijverschijnselen, zoals misselijkheid, braken, diarree, bloeding of huiduitslag.
- Vraag bij een arts, verloskundige of collega na als je twijfelt of je iets wel goed hebt begrepen over de toediening.

Huid op huid sectio(gentle sectio)

De huid op huid keizersnede verschilt wezenlijk van de traditionele methode.

In de oude situatie werd het kindje na de geboorte eerst uitgebreid onderzocht door de kinderarts.

Terwijl de baarmoeder en buikwand werden gehecht, werd de baby naar de kraam- of couveuseafdeling gebracht. 'Omdat juist het eerste uur na de geboorte heel belangrijk is voor de relatie tussen moeder en kind. Dit huid-op-huidcontact bevordert de hechting tussen moeder en kind en brengt de borstvoeding beter op gang'



In de nieuwe opzet controleert de kinderarts eerst de vitale lichaamsfuncties van het pasgeboren kindje. Als er geen afwijkingen of complicaties worden geconstateerd, wordt de baby meteen op de blote huid van de moeder gelegd. Vervolgens worden zij samen afgedekt met een warmtedeken.

In principe worden moeder en kind gedurende het eerste uur na de keizersnede niet gestoord. Hierdoor kunnen de moeder en haar partner optimaal genieten van hun prille zoon of dochter'. De verpleegkundige begeleidt de ouders tijdens de hele periode . Ook gaat zij mee naar de recovery waarbij ouders en kind ook bij elkaar blijven. De verpleegkundige probeert hier de baby al aan de borst te leggen.