

Aktiv obstetrik

Ett kvalitetsprojekt i Gävle 2004-2005



Gävle sjukhus
Landstinget Gävleborg

HUVUDENTRÉ

ÖPPETTIDER 06.00-19.30

NATTENTRÉ INGÅNG 19

Bakgrund

Kejsarsnitt:

- **12-13%** **1994-1998**
- **14%** **1999**
- **16%** **2000**
- **17%** **2001-2002**
- **18%** **2003**

Bakgrund

Sugklockor:

➤ **10%-11%** (i landet medel 7%)

Bakgrund

Aurorasamtal, efterkontroller:

- "jobbig latensfas"
- "långdragen förlossning"
- "EDA för sent"
- "dåligt fungerande EDA"
- "akut/urakut snitt"
- "otäck sugklocka"



Målsättningar

- Sänka snittfrekvensen till 16%.
- Sänka VE-frekvensen till 8%.
- Minska antalet urakuta snitt.
- Förbättra förlossningsupplevelsen och på sikt minska antalet förlossningsrädda kvinnor.

Åtgärder

- för bättre förberedelse på MVC
- vid förlängd latensfas
- vid dålig smärtlindring
- vid primär och sekundär värksvaghet
- vid påverkade fosterljud
- för uppföljning

Åtgärder på MVC

- **Förberedelse på MVC:**
- **Information om latensfas.** Vikten av att vila. Ev få sovdos.
- **Näring.** Äta i latensfas. Dricka näringsdryck under förlossning.

Åtgärder vid förlängd latensfas

Definition förlängd latensfas:

> 18 timmar till cervixöppning 3 cm.

Åtgärder vid förlängd latensfas

Förr:

- Pinvärkar i flera dygn
- Fått flera sk sovdoser.
- Uttröttade.
- Ätit dåligt.
- VE, akut sectio.
- Framtida
Aurorapatient?

Åtgärder vid förlängd latensfas

Förr:

- Pinvärkar i flera dygn
- Fått flera sk sovdoser.
- Uttröttade.
- Ätit dåligt.
- VE, akut sectio.
- Framtida Aurorapatient?

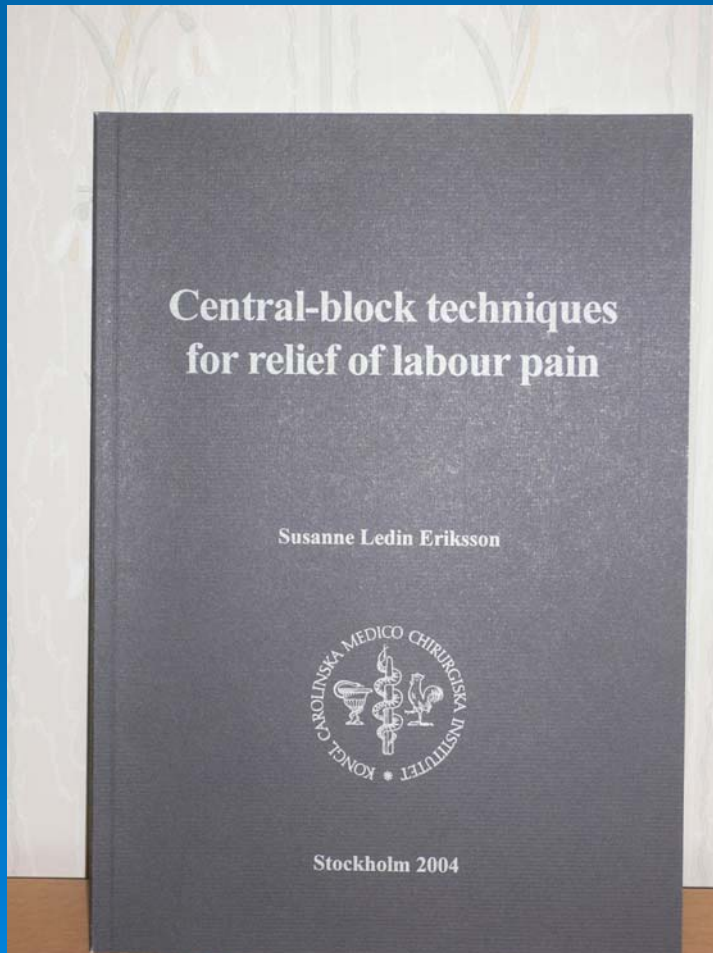
Nu:

- <18 timmar fortfarande OK att gå hem med sovdos.
- I annat fall aktiv handläggning.
- Effektiv smärtlindring, så att kvinnan kan slappna av och vila ordentligt.
- PCEA (patientkontrollerad epidural).

Tidig epidural

- Förut skulle kvinnan vara öppen 4-5 cm för att få EDA.
- Kunde få tidigare vid speciella skäl som förlossningsrädsla. På speciell ordination.
- Övriga i tidigt öppningsskede gavs morfin, som är ett dåligt smärtlindrande medel i förlossningssammanhang.

Tidig epidural



- "PCEA compared to continuous epidural infusion in an ultra-low-dose regimen for labor pain relief."
- Acta Anaesthesiologica Scandinavica; Vol 47(9)1085-1090-oct 2003.

Tidig epidural

- Studien visade mindre total åtgång av bedövningsmedel när kvinnan tryckte själv.
- Mer anpassad – mindre i början, mer på slutet.
- Idén uppkom att börja använda PCEA vid förlängd latensfas.



The New England Journal of Medicine

Wong et al; feb 2005; 352:655-65

- **"The risk of cesarean delivery with neuraxial analgesia given early versus late in labor."**
- En randomiserad studie.
- 750 0-para med spontant värkarbete och cervix öppen <4cm lottades till antingen **morfin (im+iv)** eller **spinalt fentanyl i komb med epidural testdos** vid första begäran om smärtlindring.
- Vid andra begäran gavs ny dos **morfin** resp gavs epidural bolusdos och startades **PCEA** om <4cm.
- Vid tredje begäran eller cervix > 4 cm fick kontrollgruppen PCEA.

The New England Journal of Medicine

Wong et al; feb 2005; 352:655-65

Resultat:

- Ingen skillnad i **snittfrekvens**.
- Ingen skillnad i andel **instrumentella förlossningar**.
- Mediantid från smärtlindring **till full dilatation** för de vaginalförlösta var 90 min kortare i den "tidiga EDA-gruppen" ($p < 0,001$).
- Mediantiden från smärtlindring till **vaginal förlossning** var 81 min kortare i den "tidiga EDA- gruppen" ($p < 0,001$).

The New England Journal of Medicine

Wong et al; feb 2005; 352:655-65

Resultat:

- Samma behov av syntocinondropp, men **lägre max konc av syntocinon** i den "tidiga EDA-gruppen" ($p < 0,008$).
- Patienterna i den tidiga gruppen var **bättre smärtlindrade** ($p < 0,001$) och **mådde mindre illa** ($p < 0,001$).
- Det var vanligare med Apgar < 7 vid 1 min i kontrollgruppen ($p < 0,01$). **Fö ingen skillnad i neonatalt utfall.**

Åtgärder latensfas nu

- Efter PCEA nytt VU.
- Om gynnsamt status amniotomi och vb syntocinondropp.
- Om cervix är stram och ej helt utplånad (ffa förstföderska): 1 mg Minprostin (numera ¼ tabl Cytotec) först.
- Tack vare god smärtlindring ändå möjligt med vila, ev sömn samt näringsintag.

Åtgärder vid dåligt fungerande epidural

- Acceptera inte, åtgärda om möjligt!
- Ge bolus och höj dosen. Kan höjas upp till 12 ml.
- Om dålig effekt ändå – kan ha glidit ur läge. Överväg att lägga om.

Åtgärder vid primär och sekundär värksvaghet

- **Definition:** långsam progress – cervixdilatation $< 1\text{cm/tim}$ i förlossningens aktiva fas (cervix öppen $\geq 3\text{cm}$).
- Införde **actionline** – 2 timmars förskjutning. Ger utrymme för normal variation.
- 1. amniotomi 2. Syntocinondropp.
- Näring! Per os och/eller glukosdropp (de som kräks).

Patientens journal

Dokument

- Översikt TEST TEST
- F 2006-12-06 (Flyttat)
- UL 2006-11-03 (Bp)
- Mvc 2008-12-09 (Flyttat)
- F 2009-02-06 (Flyttat)
- UL 2008-03-16 (Bp)
- Prev 2008-01-21 BMAF
- Gyn 2008-01-22
- UL 2007-10-19 (Bp)
- F 2008-09-01 (Bp)
- Mvc 2008-12-10 (Flyttat)
- UL 2010-02-18 (Bp)
- Mvc 2009-12-14
- F 2010-11-03 (Avsl)
- Mvc 2010-12-19 (Bp)
- F 2010-11-03 (Avsl)
- F 2010-11-03 (Avsl)
- F 2010-11-03 (Avsl)
- Mvc 2010-11-11
- F 2011-04-16 (Bp)
 - Inl föl 2011-04-15
 - Fv1
 - Partogram

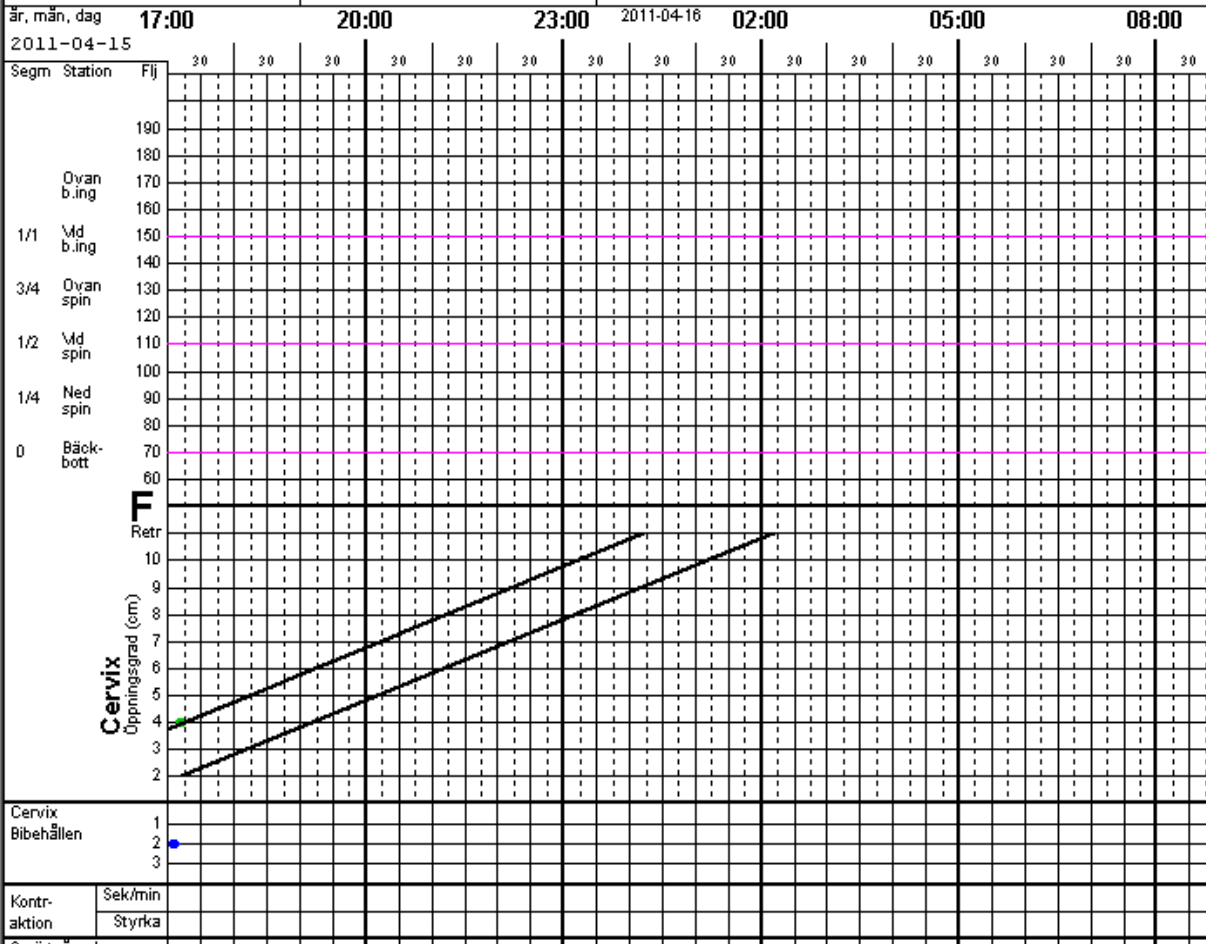
Klinik: Gävle Kvinnokliniken, Förlösning Gävle
80187 Gävle

Partogram

Personnr 121212-1313 Journaln 992
Namn TEST TEST

Upplagt 2011-04-15 17:09 /ib04298

Avslutat



Åtgärder vid påverkade flj

- Vid variabla decelerationer vara aktiv med ultraljud: vidöppet läge? oligohydramnios? annat tryck på navelsträng?
- **Vidöppet** – ställ kvinnan fyrfota, ändra läge.
- Vid **oligohydramnios** – ge amnioinfusion.
- Vid **annat tryck** – hitta optimalt läge.

Åtgärder vid påverkade flj

- Vara aktiv att ta skalp-pH/laktat vid misstänkt CTG.
- Inte överstimulera med syntocinon!
- Vid patologiskt CTG ta med apparaten in på op och ev kunna utföra snittet som akut inom 20 min istället för urakut.

Andra åtgärder under förlossning

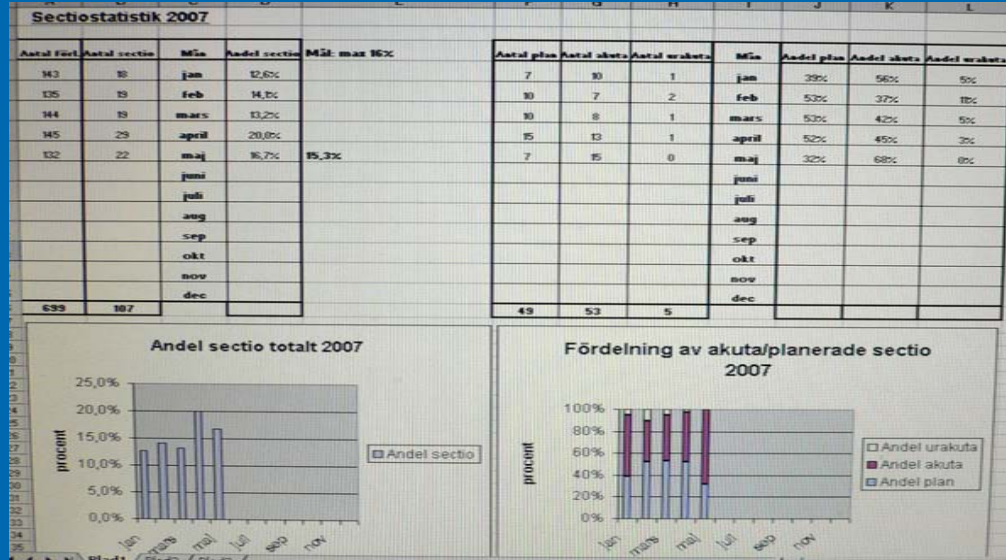
- Vid dålig progress – inte bara sätta syntocinondropp!
- Avvikande inställning av fosterhuvudet?
Palpation och vb ultraljud. Ändra läge, fyrfota.
- Stöd!

Åtgärder, uppföljning



- **Uppföljningsmöte** på förlossningsavd varje måndag 14.30-15.30. Genomgång av veckans snitt och VE samt andra lärorika fall.
- De mest lärorika fallen dras på läkarnas morgonmöte 1g/v, ffa snitt.(Numera visas fallen varje morgon).
- Uppmuntras att jouren tar med intressanta partogram och CTG-kurvor till morgonrapporten.(Numera via dator).

Åtgärder, uppföljning



- Månadsvis feedback till läkare och förlossningspersonal avseende frekvensen snitt och sugklockor (samt en del annan statistik).

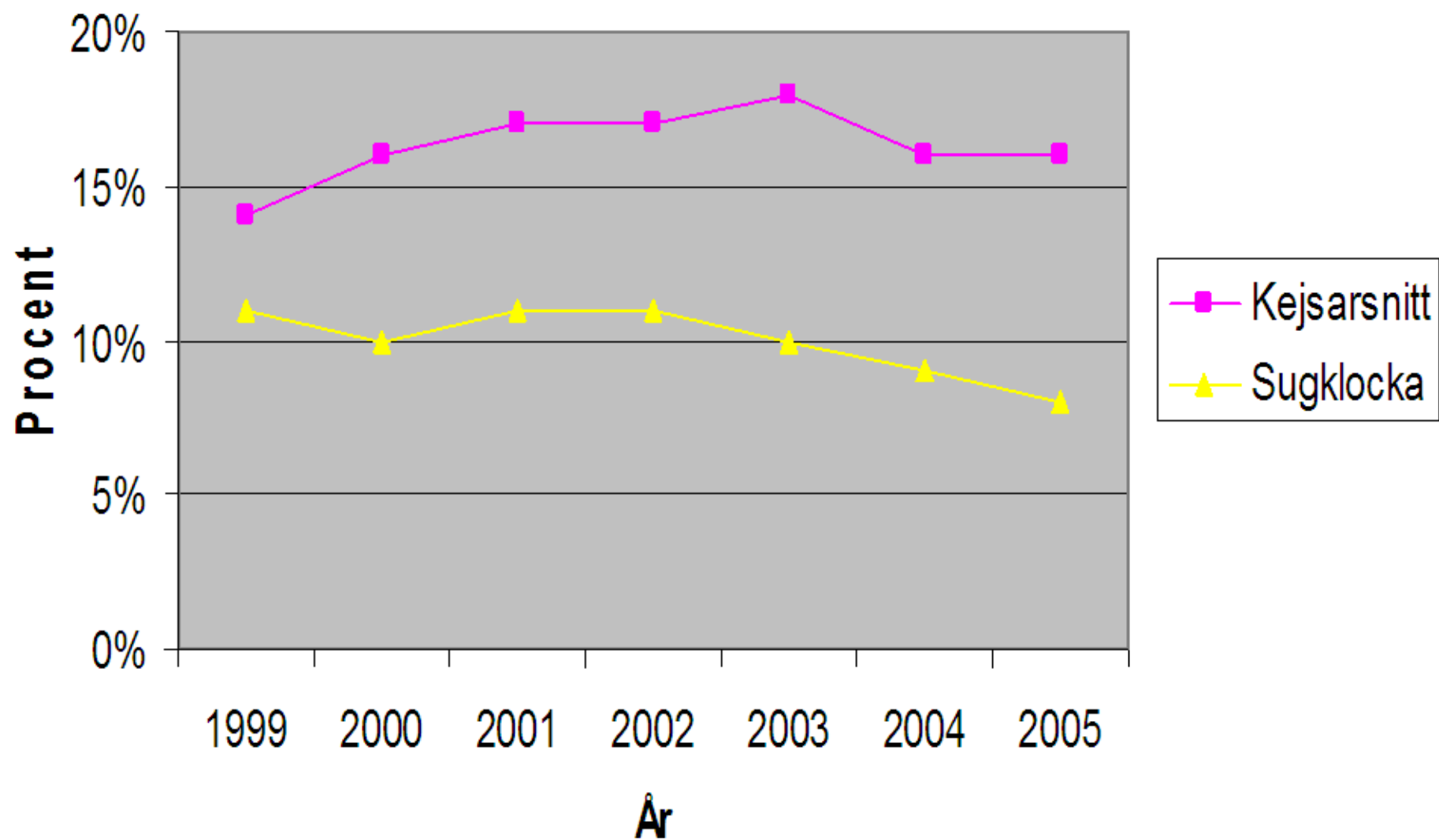
Resultat, sectio

- **2004** **16,0%**
- **2005** **15,7%**

Resultat, VE

- **2004** **8,8%**
- **2005** **7,7%**

Kejsarsnitts-och sugklockefrekvens



Resultat, urakuta sectio

- **Urakuta snitt 2001: 11%**
- ” ” **2002: 7%**
- ” ” **2003 5%**
- ” ” **2004: 7%**
- ” ” **2005: 4%**

Resultat, sfinkterrupturer

➤ 2003	2,6%	(3,1% av vaginala)
➤ 2004	2,1%	(2,5% ” ”)
➤ 2005	1,8%	(2,3% ” ”)

Hur gick det sedan?

➤ **Sectio**

➤ 2009 16%

➤ 2010 16%

➤ Urakuta 2009 5%

➤ ” 2010 7%

➤ **VE**

➤ 2009 7%

➤ 2010 6%

➤ **Sfinkterruptur**

➤ 2009 2,2% (2,6% av vaginala)

➤ 2010 2,1% (2,5% ” ”)

Kejsarsnitts-och sugklockefrekvens



Sectio på humanitär indikation

Humanitära sectio i % av elektiva sectio

