

Diskuteret første gang 2019

NY GUIDELINE – LATENSFASEN

Dansk Selskab for Obstetrik
og Gynækologi
Jordemoderforeningen

ARBEJDSGRUPPEN

Jordemødre

Mette Backhausen (Roskilde)
Tove Grue (Slagelse)
Mette Kabell Hansen (Hvidovre)
Diana Riknagel (Viborg)
Björg Simonsen (Hvidovre)
Mie de Wolff (RH)
Anne-Mette Schroll
(Jordemoderforeningen, tovholder)

Læger

Maria Birkvad Rasmussen (Roskilde)
Margit Fischer (Hvidovre)
Julie Glavind (AUH)
Jennifer Lindberg (Aalborg)
Maria Cathrine Schmidt (AUH)
Mette Høj Lauridsen (AUH, Pædiater)
Tine Greve (Hvidovre, tovholder)



Latensfasens begyndelse – faktorer inddraget i definitioner

Dilatation af orificium	Afkortelse af cervix	Kontraktioner	Andre faktorer
Mindre end 4 cm	Min. 80%	Tilstedeværelse af	Vandafgang
Mindre/lig 2 cm	Minimal/ingen	regelmæssige smertefulde	Tegnblødning
Mindre end 3 cm		kontraktioner	Gastrointestinale symptomer
P0 mindre end 3 cm		1/8-10 min.	Kvindens oplevelse af at være i
P1+ mindre end 4 cm		2/10 min.	fødsel
		Uregelmæssige kontraktioner	Indlæggelse

HVORNÅR BEGYNDER LATENSFASEN?

Latensfasens afslutning – faktorer inddraget i definitioner			
Dilatation af orificium	Afkortelse af cervix	Kontraktioner	Andre faktorer
Mere/lig 4 cm Mere/lig 2 cm Ved 3-4 cm Kontraktioner, der fører til dilatation af orificium Dilatation over 1 cm/time Mere/lig 6 cm	Udslettet >/= 75% Min. 80%	5 min. interval 3/10 min. 3-5 min. interval 20-25 sek. varighed Over 40 sek. varighed	Vandafgang Tegnblødning

HVORNÅR SLUTTER LATENSFASEN?

Hvornår er latensfasen forlænget og hvor mange oplever en forlænget latensfase?		
Land (årstal), antal fødende	Grænse for forlænget latensfase	Prævalens
Sverige (2018), N=1.343	> 18 timer	23% (29% P0, 17% P1+)
Canada (2014), N=1.247	>= 24 timer	34%
USA (1993), N=10.979	P0 > 12 timer P1+ > 6 timer	6,5%

HVORNÅR ER LATENSFASEN FORLÆNGET
OG HVOR MANGE OPLEVER EN
FORLÆNGET LATENSFASE?

KVINDERNES OPLEVELSE

- "Honestly that whole stages thing was just like way out of my head."
(Dixon 2013)
- "They did not understand that it hurt really badly and that I ought to be more open. Rather. . what are you doing here, you could be at home instead." (Carlsson 2009)
- "And when we arrived they said that 'you're perfect and came exactly in the appropriate time' and, yes, 'you are a perfect patient'"
(Eri 2014)

FORLÆNGET LATENSFASE - ASSOCIERET

Paritet

Stimulation

Sectio/vacuum

Neonatale outcomes?

Indlæggelse i latensfasen

ARBEJDSGRUPPENS UDGANGSPUNKT

Manglende konsensus om definition

- latensfasens start og afslutning
- cut off for forlænget latensfase

Association mellem forlænget latensfase og obstetriske indgreb

Association mellem indlæggelse i latensfasen og obstetriske indgreb

Kvindernes erfaring

ANBEFALINGER LATENSFASE

PICO - POPULATION

Kvinder, som henvender sig med smertefulde kontraktioner til termin (37+0 til 41+6) uden vandafgang, ikke tidligere kejsersnit, singleton gravide og som ikke vurderes i aktiv fødsel.

PICO - OUTCOME

Kritiske:

Perinatal og maternel død
pH < 7.10
Apgar < 7/5
Neonatal indlæggelse
Efterfødselsreaktion
Blødning > 1000ml
Bristning > grad 2
Oxytocin
Intstrumentiel forløsning
Sectio

Vigtige:

Fødsel før ankomst til hospital
Dilatation ved ankomst til hospital
Fødsels længde
Epiduralblokade
Patient tilfredshed
Fødselsoplevelse
Ammeetablering
Ammevarighed

OVERSIGT INTERVENTIONER

PICO 1: Fødselsforberedelse

PICO 2 (A-F): Non-farmakologisk intervention

- A: Steriltvandspapler
- B: Massage, varme omslag og zoneterapi
- C: Afslapningsteknikker
- D: Akupunktur og akupressur
- E: Badekar/fødekar
- F: TENS

PICO 3 (A-C): Farmakologisk intervention

- A: Tidlig epidural vs. sen epidural
- B: Farmakologisk lindring (fraset epidural) fra kvindens perspektiv
- C: Farmakologisk lindring (fraset epidural) fra barnets perspektiv

PICO 4: Induktion vs. afvente spontan fremgang

PICO 5: Induktion vs. lindring

HVAD VI MENER, NÅR VI SIGER GOD PRAKSIS!

Der foreligger ikke evidens for

Der foreligger ikke evidens imod

God klinisk praksis er baseret på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen.

Baseret på vores faglige formodninger om patienternes værdier og præferencer samt vores kliniske erfaringer.

NON-FARMAKOLOGISKE REKOMMANDATIONER

**Svag anbefaling for at tilbyde smertelindrende behandling med
badekar/fødekar**

- Kan virke smertelindrende med mulig reduktion af behov for epidural bedøvelse.

FARMAKOLOGISKE REKOMMANDATIONER

Stærk anbefaling for at imødekomme kvinder, der udtrykker ønske om epidural under den latente fase, såfremt anden smertelindring ikke vurderes sufficient.

- Ikke evidens for at *tidlig* epidural vs *sen* epidural øger frekvens af sectio, instrumentel forløsning, dårlig neonatal outcome eller forlængelse af fødsel.

FARMAKOLOGISKE REKOMMANDATIONER

Spørgeskemaundersøgelse 2017 de danske fødesteder (18/22)

Lindring udleveres til mellem 4.6%-21% af alle fødende i DK

FARMAKOLOGISKE REKOMMANDATIONER

Indhold er i varierende sammensætning og mængder:

- Paracetamol
 - 1g po
 - T $\frac{1}{2}$ 2-4 timer, virkningsvarighed 4-6timer
- Morfika
 - kodein (50mg po) eller morfin (10mg im/iv)
 - T $\frac{1}{2}$ 2-3 timer, virkningsvarighed 4-5timer
- Benzodiazepin
 - (halcion/triazolam (0.125 - 0.25mg po, T $\frac{1}{2}$ 2-3t, virkningsvarighed 5-8t), zolpidem/zonoct (10mg po, T $\frac{1}{2}$ 2-3 timer, virkningsvarighed 6-7t), imoclone/zoplicon (7.5mg po, T $\frac{1}{2}$ 5t, virkningsvarighed 6-8 -12t) eller oxazepam (15mg po, T $\frac{1}{2}$ 8-15t, virkningsvarighed 36-48 timer))
- Tocolytica
 - (bricanyl/ventoline (0.25mg im, T $\frac{1}{2}$ 4-6t, virkningsvarighed 6t), nifedepin (10-20mg po, T $\frac{1}{2}$ 2-5t, virkningsvarighed 24t))

FARMAKOLOGISKE REKOMMANDATIONER

Det er god praksis at tale med kvinderne om farmakologisk smertelindring i den latente fase.

Hvis farmakologisk smertelindring ud over paracetamol anvendes, bør man primært vælge præparater med kort halveringstid og i lav dosering. Den sløvende effekt af morfika og benzodiazepin forstærkes, når præparaterne gives samtidig.

FARMAKOLOGISKE REKOMMANDATIONER

Information til kvinden:

Kvinden skal oplyses om den smertestillende effekt samt bivirkninger ved lægemidlerne generelt blandt andet kvalme ved morfika hos kvinden samt sløvende effekt og evt respirationshæmning hos nyfødte ved brug af morfika og benzodiazepin. Morfika og benzodiazepiner anbefales ikke til spædbørn og koncentrationen i navlesnorsblod er det samme som i mors blod. Virkningsvarigheden kan være længere i det nyfødte barn end hos voksne.

REKOMMANDATIONER OM INDUKTION

Det er god praksis at foretage en individuel vurdering af det enkelte fødselsforløb forud for beslutning om den videre håndtering af latensfasen (induktion/afventning/lindring)

- der foreligger ikke evidens for hverken induktion, afventende eller lindring. At blive hjemme i latensfasen øger sandsynlighed for fødsel uden indgreb.

OPLÆG TIL DISKUSSION

1. Skal vi have en definition for, hvornår latensfasen starter, når der ikke foreligger internationalt konsensus herom?
 - *for?*
 - *imod?*
2. Skal vi have en definition for, hvornår latensfasen afsluttes?
 - *for?*
 - *imod?*

DISKUSSION - START PÅ VEER

Forslag fra gruppen

Forslag til start på veer (og dermed latensfase)

EZWA07 (+) mm-tt-dd-mm-yyyy

Latensfasen starter, når kvinden oplever smertefulde kontraktioner, der forventes at føre til fødsel. Kontraktionerne kan være regelmæssige, såvel som uregelmæssige.

DISKUSSION - START PÅ AKTIV FASE

Forslag til start på aktiv fase (og dermed slut på latensfase) EZWA08
(+) mm-tt-dd-mm-yyyy

Aktiv fase starter, når jordemoderens skønner dette ud fra en klinisk undersøgelse, når kvinden er 4-6 cm dilateret (både nullipara og multipara).

OPLÆG TIL DISKUSSION

1. Skal vi have en definition for, hvornår latensfasen starter, når der ikke foreligger internationalt konsensus herom?
 - *for?*
 - *imod?*
2. Skal vi have en definition for, hvornår latensfasen afsluttes?
 - *for?*
 - *imod?*