

Cuidado Post Operatorio de embarazadas con cirugía de obstetricia de emergencia

Materias Básicas de Enfermería

La paciente debe ser derivada a la sala o área de recuperación con órdenes 'claras' sobre lo siguiente:

Monitorear ABC

Si inconsciente (D o I en escala de AVDI), no se debe dejar a la paciente sola hasta que ella responda a la voz, poner en posición de recuperación y hacer maniobras de apertura de la vía aérea, según sea necesario

Signos vitales (temperatura, frecuencia respiratoria y TA y relleno capilar cada 15 minutos durante la primera hora, cada hora por 4 horas y luego cada 2 horas. Las observaciones se deben hacer con más frecuencia si hay un cambio en la observación de normal a anormal.)

Monitorear SaO₂ (normal > 94%) después de la anestesia general. Dé oxígeno según se necesite hasta que la SaO₂ esté a >93% en aire ambiente o el color de la paciente esté normal. Acuérdesse que la cianosis pueda que no aparezca si hay anemia severa.

Observe estrechamente a la embarazada hasta que el efecto de la anestesia haya pasado.

Controle el dolor: si es severo dé morfina IV

Tasa y tipo de infusión de fluidos intravenosos (si hay cetosis asegúrese que haya una cantidad adecuada de glucosa en el goteo)

Gasto urinario, y drenaje quirúrgico/nasogástrico/vómitos

Registre Entrada y Salida y calcule la diferencia cada q2 horas

Otros fármacos

Investigaciones de laboratorio

El progreso de la paciente debe ser monitoreado y debe incluir por lo menos:

Un comentario sobre las observaciones médicas y de enfermería

Un comentario específico sobre la herida o el área operada

Toda complicación

Todo cambio de tratamiento

Prevención de complicaciones

Proveer control del dolor adecuado

Anime a movilizarse temprano

- Respiraciones profundas y tos
- Ejercicio activo todos los días
- Mover las articulaciones dentro de su compás
- Haga disponible accesorios de ayuda para caminar como cañas, bastones, muletas y caminadores y provea instrucciones para su uso
- Asegúrese que tenga buena nutrición
- Prevenga que la piel se rompa y las úlceras por decúbito:
 - Gire a la paciente frecuentemente
 - Prevenga contacto entre heces, orina y la piel

Manejo del dolor (vea sección 4)

Maneje el dolor dondequiera que vea pacientes (en emergencia, quirófano y en la sala) y anticipe la necesidad de control del dolor después de procedimientos quirúrgicos y al dar de alta. No tarde innecesariamente tratar el dolor.

Durante las primeras 12-24 horas después de una operación mayor, como la Cesárea, se va a necesitar analgesia fuerte con opioides (generalmente morfina IV- vea sección 4). Después, el dolor se pone menos severo y codeína, no – esteroides, aspirina o paracetamol administrados regularmente deberían ser suficientes.

Monitoreo

Todos los pacientes deben ser monitoreados con una frecuencia que la determina lo enfermo que están, pero incluso aquellos que no están enfermos graves deben ser evaluadas regularmente.

Signos vitales (temperatura, pulso, frecuencia respiratoria, PA, gasto urinario y entrada de líquidos, deben ser registrados en una planilla estándar o en un gráfico cada por lo menos 4 horas durante las 24 horas después del período de recuperación post operatoria inmediata.

No se olvide de cubrir con anti-tétanos donde sea apropiado.

Los reportes de progreso no necesitan ser extensos, pero deben incluir un comentario sobre la condición de la paciente y se debe hacer una observación de todo cambio en el plan de manejo. Deben ser firmados por la persona que escribió los apuntes.

Estos apuntes se pueden organizar usando la forma SOEP

Subjetivo: como se siente la paciente

Objetivo: hallazgos en el examen físico, signos vitales y resultados de laboratorio

Evaluación: lo que piensa el trabajador de la salud

Plan: plan de manejo; esto puede también incluir directivas que pueden ser escritas en un lugar específico como 'órdenes'.

Temas específicos al post-operatorio

Post salpingectomía por rotura uterina

- Aconseje no usar dispositivo intrauterino (DIU)
- Ultrasonografía temprana al sospechar embarazo
- Si el embarazo es intersticial y se abre la cavidad, futuros embarazos corren el riesgo de rotura uterina
- Ofrezca consejo sobre espaciar los embarazos/planificación familiar

Post Cesárea

- Palpe el útero para asegurarse que el útero permanece contraído

- Chequear si hay pérdida PV excesiva
- Función intestinal debe normalizarse después de 12 horas
- Si no hay complicaciones, dé líquidos después de 4 horas y dé sólidos cuando haya pasado gas por el recto
- Si hay infección, o parto obstruido o rotura uterina, espere que hayan ruidos intestinales antes de dar líquidos por vía oral
- Deje apósito en la herida por 24 horas para asegurar re-epitelización
- Si sale sangre, reesfuere las vendas o reemplácelas con nuevas si están empapadas más de la mitad
- *Si hay sangramiento:*
 - Masajear útero para expulsar sangre y coágulos. La presencia de coágulos inhibe contracciones uterinas efectivas
 - Administre oxitocina 5 unidades IV y sígalo con infusión de 40 unidades en 500ml de fluido IV (solución salina 0,9% o Lactato de Ringer) por 4 horas. Si el sangrado es grande administre misoprostol por vía rectal 4 tabletas de 200 microgramos.
- Si **hay signos de infección** o la madre **tiene fiebre**, administre una combinación de antibióticos hasta que no haya fiebre por 48 horas: -ampicilina 2g IV cada 6 horas; - **MÁS metronidazol 500mg IV cada 8 horas. Si la fiebre persiste 72 horas después de haber comenzado los antibióticos**, reevalúe y reconsidere el diagnóstico.
- La infección uterina es una causa importante de muerte materna. Retraso o tratamiento inadecuado de metritis puede desenlazar en absceso pélvico, peritonitis, shock séptico, trombosis venosa profunda, émbolo pulmonar, infección pélvica crónica con dolor pélvico recurrente y dispareunia, bloque de tubos e infertilidad.
- Si **se sospecha fragmentos retenidos de placenta**, haga una exploración digital del útero para retirar coágulos y pedazos grandes. Si es necesario, use fórceps de ovum o una cureta grande.
- Si no hay mejoría con medidas conservadoras y hay **signos generales de peritonitis** (fiebre, sensibilidad de rebote, dolor abdominal), haga una Laparotomía para drenar pus.
- Si el **útero está necrótico y séptico**, **haga una histerectomía subtotal**.
- Si la madre tiene una **anemia importante**, Hb < 6 – 7 g/dl, una transfusión puede ayudar la recuperación de la operación. Si es posible, considere prueba cruzada de 500ml de sangre fresca.
- Retire el catéter 8 horas si la orina está clara. Si no está con antibióticos: administre nitrofurantoína 100mg una vez al día hasta que se retire el catéter.

Absceso de herida

- Si **hay pus o fluido**, abra y drene la herida. Retire piel infectada o suturas subcutáneas y desbride la herida. No retire suturas faciales.
- Si hay **absceso sin celulitis**, no se requieren antibióticos.
- Ponga un apósito estéril empapado con solución salina en la herida y cambie el apósito cada 24 horas.
- Dé consejos respecto a buena higiene y al uso de almohadillas o toallitas que se deben cambiar frecuentemente.

- **Si la infección es superficial y no involucra tejidos más profundos, observe por si se forma absceso y administre antibióticos:**
 - Ampicilina 500mg oral cuatro veces al día por 5 días; -MÁS
 - Metronidazol 400mg oral tres veces al día por 5 días.
- **Si la infección es profunda, involucra músculos y está causando necrosis (fascitis necrotizante), administre antibióticos hasta que el tejido necrótico haya sido sacado y no haya fiebre por 48 horas:**
 - penicilina G 2 millones de unidades IV cada 6 horas; -MÁS gentamicina 5mg/kg peso corporal IV cada 24 horas; - MÁS metronidazol 500mg IV cada 8 horas;
- **Una vez que no haya fiebre por 48 horas, administre:**
 - Ampicilina 500mg oral cuatro veces al día por 5 días; - MÁS
 - Metronidazol 400mg oral tres veces al día por 5 días.

Nota: Fascitis necrotizante requiere amplio desbridamiento quirúrgico. Haga sutura secundaria 2 – 4 semanas más tardes, dependiendo de la resolución de la infección.

El próximo embarazo Al dar de alta informe a la madre que ella está a riesgo de rotura uterina durante el próximo embarazo. Ofrezca consejo para espaciar/planificación familiar

Post Inversión Uterina

Una vez corregida la inversión, ponga infusión IV de oxitocina 40 unidades en 500ml de solución salina 0,9% o Lactato de Ringer's por 4 horas:

Si el **útero no se contrae después de la oxitocina**, administre misoprostol vía rectal 4 x tabletas de 200 microgramos

Dé una dosis única de antibióticos profilácticos después de corregir el útero invertido:

Ampicilina 2 g IV MÁS metronidazol 500 mg IV; - **O** cefalozina 1 g MÁS Metronidazol 500 mg IV.

Si hay **signos de infección** o la madre **tiene fiebre**, administre **combinación de antibióticos** hasta que esté sin fiebre por 48 horas: - ampicilina 2 g IV cada 6 horas; - MÁS gentamicina 5mg/kg peso corporal IV cada 24 horas; - MÁS metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.

Post sinfisiotomía

- Si **hay signos de infección** o la madre **tiene fiebre**, administre una combinación de antibióticos hasta que esté sin fiebre por 48 horas: - ampicilina 2 g IV cada 6 horas; - MÁS gentamicina 5 mg/kg peso corporal IV cada 24 horas; - MÁS metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.
- Aplique venda elástica a través de la parte frontal de la pelvis desde una cresta ilíaca a la otra para estabilizar la sínfisis y reducir el dolor.
- Deje el catéter en la vejiga por un mínimo de 5 días.
- Anime a la madre a beber hartos líquidos para asegurar un buen gasto urinario
- Aconseje descanso en cama durante 7 días después de egresar del hospital.

- Anime a la madre a empezar a caminar con ayuda cuando ella se sienta lista para hacerlo.
- Si se reportan dificultades para caminar o dolor más a largo plazo (ocurren en el 2% de los casos), trate con fisioterapia.

Post remoción manual de la placenta

- Observe a la madre cada 15 minutos hasta que haya desaparecido el efecto de la sedación IV o del anestésico.
- Monitoree los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración) cada 30 minutos durante las 6 horas siguientes hasta que la mujer esté estable.
- Palpe el fondo del útero para asegurarse que el útero continúa contraído.
- Verifique para detectar si hay cantidad excesiva de loquios
- Continúe la infusión de fluidos.
- Transfunda según sea necesario

Peritonitis

Provea succión nasogástrica.

Infunda fluidos I/V

Administre antibióticos hasta que no haya fiebre por 48 horas: -ampicilina 2 g cada 6 horas; - MÁS gentamicina 5mg/kg peso corporal IV cada 24 horas; - MÁS metronidazol 500mg IV cada 8 horas.

Si es necesario, haga una laparotomía.

Absceso pélvico

Administre antibióticos antes de drenar el absceso y continúelos hasta que no haya fiebre por 48 horas: -ampicilina 2 g cada 6 horas; - MÁS gentamicina 5mg/kg peso corporal IV cada 24 horas; -MÁS metronidazol 500mg IV cada 8 horas.

Si el absceso es fluctuante en el cul-de-sac, drene el pus a través del cul-de-sac culdocentesis. Si la fiebre en agujas persiste, haga una laparotomía.

Cuidado del la paciente después de Anestesia Espinal

Observaciones

Observaciones estándar de post anestesia

La sensación debe retornar dentro de 4 horas. Si después de 4 horas la paciente sigue sin sensación y/o no puede mover las piernas, contacte al anestesista urgentemente.

Analgesia

Un dolor intenso puede volver repentinamente cuando el efecto del bloque espinal desaparece. Administre analgésicos apenas sienta dolor.

Ayunas

El ayuno no es necesario a menos que haya necesidad de cirugía por ej. después de operación abdominal

Postura

No es necesario que la paciente quede tendida horizontalmente. Permita que se sienta apenas lo puedan hacer

Movilización

A menos que sea contraindicado por la cirugía, la paciente puede levantarse de la cama 2 horas después del retorno de la sensación normal, SOLO CON AYUDA. Antes de levantarla, siéntela primero, lentamente. Si se siente mareada, o con sensación de desmayo tiéndala, tómela la presión sanguínea e informe al anestesista.

Posibles complicaciones

- **Hipotensión postural**

Tienda a la paciente en la cama, administre o aumente los fluidos IV e informe al anestesista.

- **Retención urinaria**

Anime a la paciente a orinar cuando vuelva la sensación. Si no ha orinado y tiene una vejiga palpable, puede que necesite catéter.