

KUJDESI PERIOPERATOR I KIRURGJISE URO-GJINEKOLOGJIKE

Punoi: Lejdi Lleshi

**Udhezoi: Prof. asc. Enkeleda Prifti.
Dr. Florjan Llabani.**

KUJDESI PREOPERATOR

- Vleresimi preoperator
- Konsensusi, komunikimi mjek - pacient
- Dokumentimi
- Menaxhimi dhe pergatitja preoperatore

KUJDESI INTRAOPERATOR

- Pozicionimi i pacientit
- Parapergatitja kirurgjikale e lekures dhe vagines
- Kateterizimi i vezikes urinare

KUJDESI POSTOPERATOR

- Monitorimi i parametrave vital
- Kontrolli i dhimbjes
- Heqja e kateterit urinar dhe provat e zbrazjes se urines

Vleresimi preoperator tradicional (standart, i pavarur nga tipi i interventit gjinekologjik dhe nga gjendja mjekësore e pacientes)

- anamneza e plotë
- ekzaminimi fizik i plotë
- grupi i gjakut + Rh
- gjak komplet
- urinë komplet
- bilanci i koagulimit
- bilanci biokimik
- grafia pulmonare
- ECG+konsulte kardiologu
- ***PAP-test***
- ***Eko transvaginale***

- Mund të rekomandohet **ekzaminimet urodinamike** në rastet kur;
 - Simptomat që nuk janë në përputhje me gjetjet e ekzaminimit.
 - Simptomat e SUI të komplikuar, inkontinencë e mikse ose retensionit urinar
 - Shkaqet e mundshme neurogjenike të inkontinences urinare.
 - Prolapsi i organeve pelvike në stadin 3 dhe të 4
- Ekzaminimet urodinamike mund të ndihmojnë për të patur një vleresim të funksionit uretral ose detrusorit për të udhëhequr vendimarrjen kirurgjikale dhe këshillimin në lidhje me rezultatin kirurgjikal.**

Konsensusi dhe komunikimi mjek- pacient.

Para kirurgjise, gjinekologu diskuton me hollesi me pacientin dhe ekipin e tij për risqet, përfitimet dhe alternativat kirurgjikale dhe dokumenton qartë diskutimin në kartelën mjekësore. Ky diskutim trajton komplikimet e mundshme të zakonshme për të gjitha operacionet e urogjinekologjike dhe identifikon çështjet te vecanta për planin kirurgjikal të çdo pacienti.

Komplikimet e zakonshme të mundshme;

- Simptoma persistente (të pazgjidhura) të inkontinences urinare ose prolapsit.
- Simptoma të reja ose të përkeqësuar urinare – Kjo përfshin inkontinence urinare e stresit të re ose të përkeqësuar , simptomat e overactive bladder, urgenturia ose retension e urinar . SUI mund të ndodhë pas procedurave që ndryshojnë suportin e uretrës, të tilla si kolporrafia anteriore
- Simptoma të reja ose të përkeqësuar seksuale (p.sh. dispareunia)

MENAXHIMI DHE PERGATITJA PREOPERATORE

Vlerësimi dhe trajtimi preoperator i patologjive jo-gjinekologjike bëhet nga mjeku anestezist apo specialist konsulent.

- Për patologjitë dhe gjendjet gjinekologjike të caktuara, me qëllim për të patur një procedurë kirurgjikale me sa më pak komplikacione dhe me rezultate sa më të mira kërkohet:
- N.q.s. diagnostikohet para operacionit një vaginoze bakteriale, ajo duhet trajtuar para interventit.

Recommended and Alternative Regimens for Treating Bacterial Vaginosis

Recommended

Metronidazole 500 mg orally bid for 7 d*

OR

Metronidazole gel 0.75%, one full applicator (5 g) intravaginally, once daily for 5 d

OR

Clindamycin cream 2%, one full applicator (5 g) intravaginally at bedtime for 7 d†

Alternative

Tinidazole 2 g orally once daily for 2 d

OR

Tinidazole 1 g orally once daily for 5 d

OR

Clindamycin 300 mg orally bid for 7 d

OR

Clindamycin ovules 100 mg intravaginally once daily (at bedtime) for 3 d

* Alcohol use should be avoided during treatment with metronidazole or any nitroimidazole, and for 24 h thereafter.

† Clindamycin cream and ovules are oil based and may weaken latex condoms and diaphragms, which should not be used for 72 h after the cream's use (refer to clindamycin product labeling for additional information).

Source: Workowski and Bolan. *MMWR Recomm Rep*. 2015.⁷

Rekomandohet antibiotiko-profilaksia preoperator ose intraoperator, në histerektomitë abdominale dhe vaginale dhe procedurat e rikonstruksionit pelvik.

1. Cefalosporinat e gjenerates I, II, III (cefazolin, cefotetan, cefotaxime), 2gr.IV, ose metronidazole 500 mg – 1 gr. IV (në rast reaksioni ndaj cefalosporinave).
2. Antibiotiko - profilaksia jepet me dozë unike 1-2 orë para fillimit të interventit dhe mund të përsëritet n.q.s. interventi zgjat ≥ 3 orë.

Procedure	ACOG preferred regimen [†] [1,2]	Dose	Alternative regimens [‡] [3,4]	Dose
Hysterectomy (abdominal, including supracervical, vaginal, laparoscopic, or robotic)	Cefazolin, cefoxitin or cefotetan	Cefazolin:	Regimen:	
		<120 kg: 2 g IV ≥120 kg: 3 g IV	Ampicillin-sulbactam	3 g IV
Pelvic reconstruction procedures, including colporrhaphy or those involving mesh or vaginal sling placement		Cefoxitin or cefotetan:	Regimen:	
		2 g IV	Clindamycin OR	900 mg IV ⁹
			Vancomycin [†]	15 mg/kg IV (not to exceed 2 g per dose)
			PLUS one of the following:	
			Gentamicin OR	5 mg/kg IV (if overweight or obese, based on adjusted body weight) ⁵
			Aztreonam OR	2 g IV
			Fluoroquinolone ^{†,‡}	
			Regimen:	
			Metronidazole	500 mg IV
			PLUS one of the following:	
			Gentamicin OR	5 mg/kg IV (if overweight or obese, based on adjusted body weight) ⁵
			Fluoroquinolone ^{†,‡}	

- Mund te rekomandohet përdorimi i kremit estrogjenik vaginal 4-6 javë para interventeve vaginale, për të lehtësuar procedurën operative dhe për të ulur sëmundshmërinë postoperative.
- Rishikimi i kujdesshëm i medikamenteve që përdor pacienti është i rëndësishëm përpara kryerjes së interventit.
- Për shkak të riskut të hemorragjise, aspirina duhet të ndërpritet të paktën 7 ditë para operacionit. Multivitamina që përmbajnë Vitamina E gjithashtu duhet të ndërpritet 10 deri në 14 ditë para operacionit.
- Për shkak të rrezikut të ngjarjeve tromboembolike venoze, pilulat kontraceptive orale dhe terapitë zëvendësuese hormonale, në mënyrë ideale rekomandohen të ndërpritet 4 deri në 6 javë para operacionit.
- **Nuk rekomandohet më përdorimi i klizmës preoperative, e cila përveçse konsiderohet e papërshtatshme dhe jo-komforte për pacientin, mund të shkakojë disbalancë elektrolitike dhe dehidrim. Mund të shihet si opsionale, vetëm në rastet e nevojshme rekomandimi i suposteve të glycerinës.**

Pozicionimi i pacientit

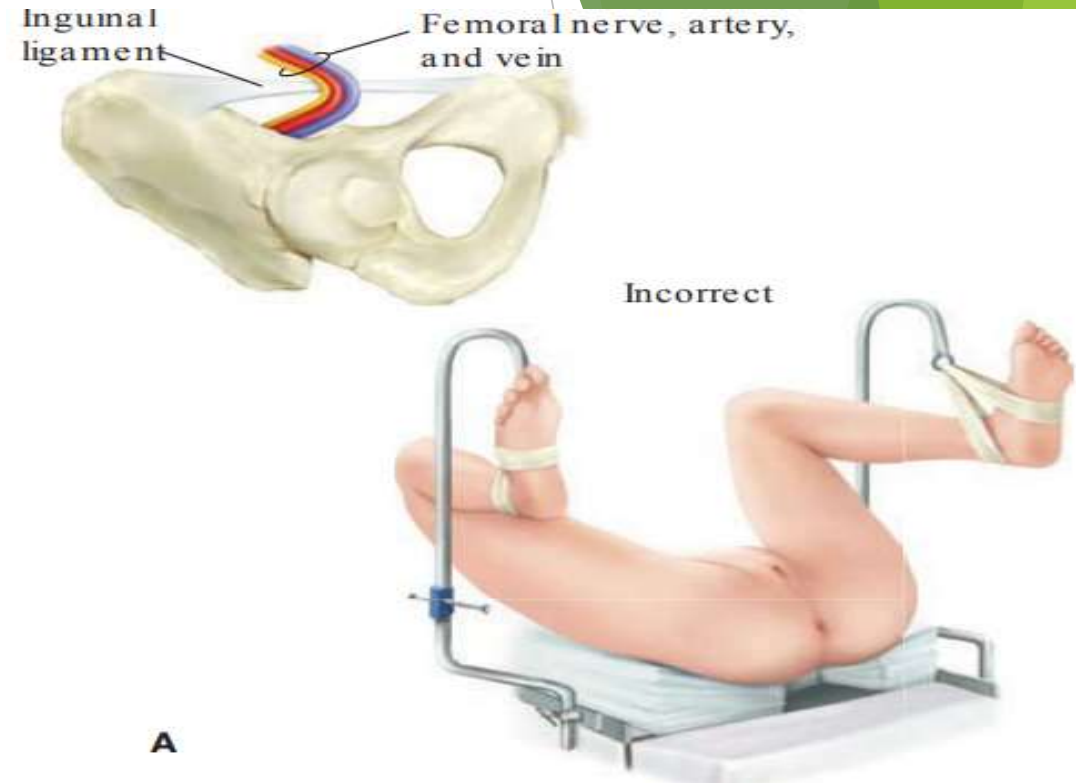
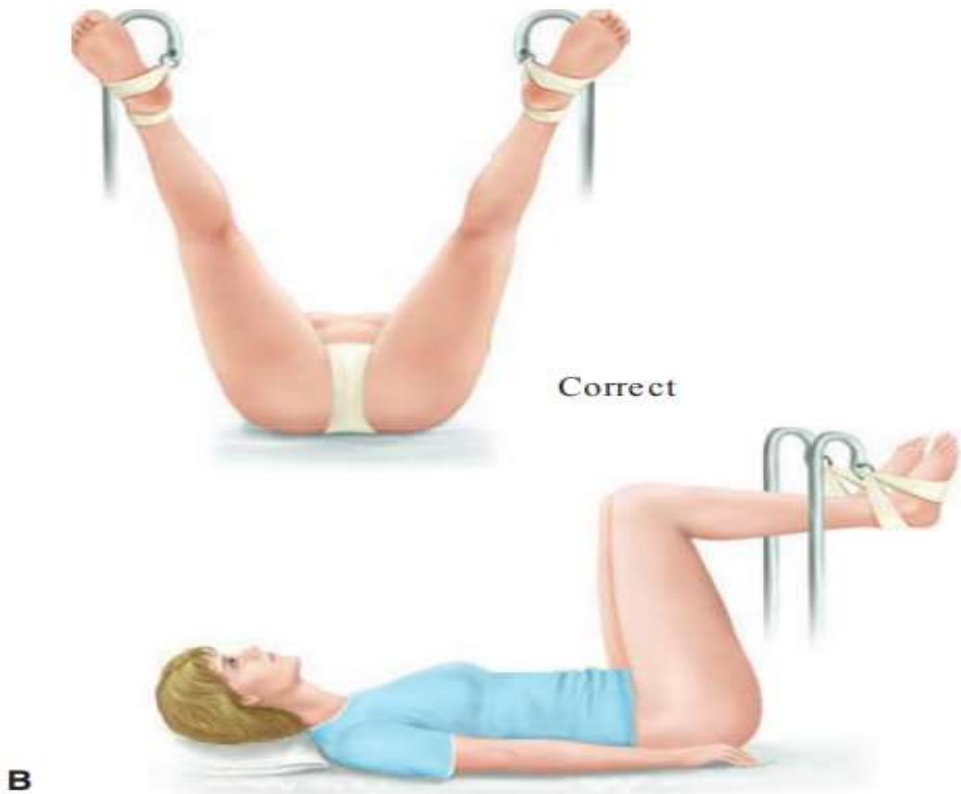
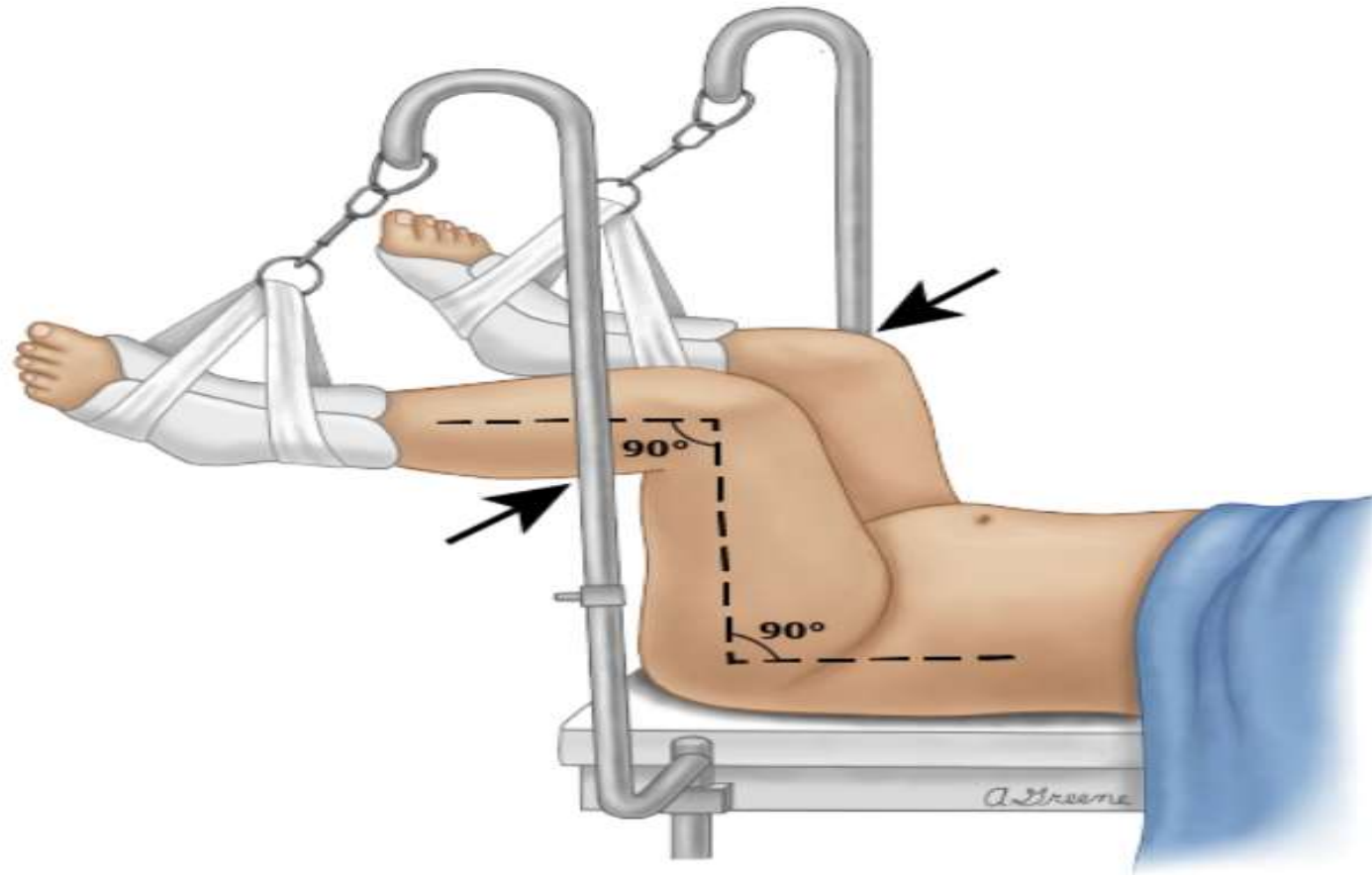


FIGURE 40-5 Lithotomy positioning. **A.** Hyperflexion of the hip can lead to compression of the femoral nerve against the inguinal ligament. (Redrawn from Anderton, 1988.) **B.** Ideal dorsal lithotomy positioning with limited hip flexion, abduction, and external rotation. (Adapted with permission from Irvin W, Andersen W, Taylor P, et al: Minimizing the risk of neurologic injury in gynecologic surgery. *Obstet Gynecol* 2004 Feb;103(2):374–382.)

Pozicionimi i sakte i pacientes ne tavolinen operatore eshte i rendesishem per te shmangur lendime tek pacientja dhe per te siguruar akses adekuat kirurgjikal.



The area of the leg that is adjacent to the metal rod of the stirrup should not be touching the stirrup (arrows).

Pozicioni litotomik e vendos pacientin të shtrirë në shpinë me gjunjë dhe ijet të flektuara në 90 gradë. Ijet gjithashtu janë të abduktuara me rreth 30 gradë, ndërsa këmbët mirëpozicionohen në mbështetëset e këmbëve. Kjo siguron akses kirurgjikal adekuat.

Dezinfektimi i fushes operatore dhe kateterizimi i vezikes urinare

Pastrimi dhe përpunimi antiseptik i perineumit dhe vagines:

- Pastrohet në fillim vulva dhe perineumi me një sfungjer të imprenjuar me sapun kirurgjikal ose sol betadine.
- Pastrohet vagina me një sfungjer me betadinë ose antiseptik tjetër, të mbajtur me dorën e veshur me dorezë, më pas futen gishterinjtë në vaginë, ulet perineumi në mënyrë që të dalë jashtë vaginës solucioni.
- Preferohet Chlorhexidine 2% për shkak të shkallës më të ulët të infeksionit dhe irritimit më të pakët vaginal [58,59].

Koha e kateterizimit të vezikes urinare varet nga procedura kirurgjikale (përgjithësisht në fillimi të interventit, në fushe sterile).

Ne histerektomi vaginale mund të rekomandohet kateterizimi i vezikes pas kolpotomise anteroire për të lehtësuar vizualizimin e junksionit vezikovaginal.

KUJDESI POSTOPERATOR

MONITORIMI I PARAMETRAVE VITALE

(puls, FC, FR, TA) + temperatura

- Çdo 15-30 min. derisa pacientja te stabilizohet,
- Çdo 1 ore, per 4 oret ne vazhdim,
- Çdo 2 ore per 4 ore te tjera dhe me pas,
- Çdo 6 ore

TABLE 2-8 EQUIVALENT NARCOTIC DOSING**

Medication	Time to Effect	Duration of Action	Route	Equivalent Analgesic Dose
Codeine	30-60 mins	3-6 hours	Orally	200 mg
Fentanyl	Almost immediate	30-60 mins	IM/IV	0.1 mg (= 100 µg)
Hydrocodone	10-20 mins	4-8 hours	Orally	20-30 mg
Hydromorphone	5 mins (IV) 15-30 mins (orally)	2-4 hours IV/IM 3-6 hours orally	IV Orally	1.5 mg 7.5 mg
Morphine	20 mins IM; 5 mins IV 30-60 mins (orally)	1-2 hours IV; 3-4 hours IM 3-6 hours orally	IM/IV Orally	10 mg 30 mg*
Oxycodone	10-15 mins	3-6 hours	Orally	15-30 mg (20 mg)

For example 1.5 mg hydromorphone IV = 20 mg oxycodone orally = 10 mg morphine IV = 0.1 mg fentanyl.

*60 mg if chronic use

**Many variables affect these numbers use as guideline only.

MENAXHIMI I DHIMBJES

- Zgjedhja e analgjezikut varet nga disponueshmëria e tij, efektet anësore dhe toleranca e pacientit.
- Synohet te minimizohet perdorimi i narkotikeve.
- Rekomandohet **acetaminophen 1gr, 3-4 here ne dite (maksimumi 4000 mg në ditë)**, ketorolac dhe tramadol.
- Në pacientët që nuk mund të marrin tramadol për shkak të përdorimit të inhibitoreve selektivë të rikapjes së serotoninës ose inhibitoreve të monoamine oksidazës ose kundërrindikacioneve të tjera, rekomandohet oksikodon.
- Individët me funksion normal të veshkave mund te marrin ketorolac intravenoz 30 mg (në pacientët mbi 65 vjeç ulim dozën në 15 mg) çdo 6 orë për një total deri në 24 orë.
- Dhimbja e avancuar trajtohet me narkotikë intravenoz (dmth. hidromorfon 0.2 mg çdo 4 orë sipas nevojës ose 5 -10 mg morfinë çdo 4 orë).

Heqja e kateterit urinar dhe provat e urinimit

Heqja e kateterit urinar rekomandohet të bëhet brenda 24 orëve nga interveni, *në varesi dhe të gjendjes së pacientës.

Dekateterizimi brenda 24 orëve ul riskun për infeksione urinare, retension urinar, lejon mobilizim më të hershëm dhe ul ditëqendrimin në spital

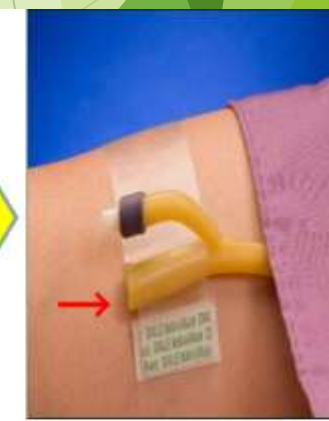
Provat e zbrazjet së urines:

kryhen për të konfirmuar zbrazjen adekuate dhe volumin residual urinar.

1. Provat aktive (mbushje retrograde e vezikës)
2. Provat pasive (mbushje spontane e vezikës)

Mjetet e nevojshme.

- Shiringë 10 ml
- Shiringë 60 mL me majë kateteri
- Doreza josterile
- 300 mL solucion fiziologjik steril
- kontenier i urines
- klem

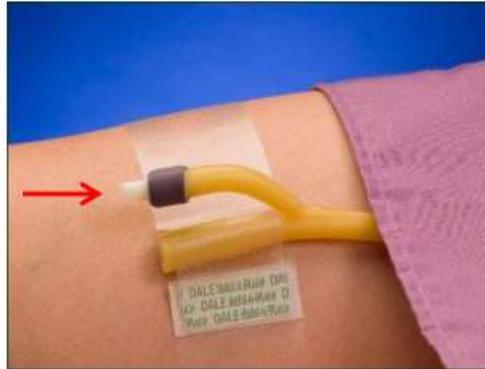


1. PROVAT AKTIVE (MBUSHJE RETROGRADE E VEZIKES)

1. Fillimisht zbrazet plotesisht kateteri urinar pa hequr kateterin.
2. Me pas mbushet vezika urinare në mënyrë retrograde me 300 mL ujë steril fiziologjik.
3. Klampo kateterin aty ku futet uji



4. Realizohet heqja e kateterit urinar dhe pritet deri ne 10 min ose max deri ne 30 min, per te zbrazur urinen ne kontenierin e urines.



- **Pacienti duhet të zbraze 200 ml ose më shumë për të demonstruar funksionin adekuat të zbrazjes.**

Nëse disponohet, kërkohet gjithashtu një vlerësim me ekografi të volumit rezidual urinar pas zbrazjes, për të konfirmuar që vëllimi i mbetur nuk është më i madh se 100 mL

2. PROVAT PASIVE (MBUSHJE SPONTANE E VEZIKES)

- Hiqet kateteri Foley
- Pritet qe pacientit të mbushe veziken urinare spontanisht jo më shumë se 4 orë



Pacienti urinon sipas nevojës.

- Menjëherë pas zbrazjes së urines, kryhet kateterizimi i vezikës për të vlerësuar volumin urinar residual.
- Dy teste spontane të njëpasnjëshme janë kryer për të realizuar një vlerësim të plotë duke përdorur këtë teknikë
- Të dyja duhet të kalohen për të kaluar proven spontane.

Nje disfunkcion i padedektuar ne aftesine per zbrazen e urines mund te çoje në:

- Overdistension
- Infeksionet e traktit urinar
- Dëmtim i muskulit detrusor

Avantazhet e proves aktive kundrejt asaj pasive.

- Performancë më e shpejtë
- Më pak kateterizime, me pak risk per UTI, apo trauma uretrale
- Lejon matjen me saktësi të volumit residual (PVR)

Disavantazhet

- Në varësi të operatorit

Përjashtim nga praktikat për provat e zbrazes bëhet për individët që kanë kirurgji ose demtime vezikes urinare. Këta pacientë e mbajnë kateterin për 7 deri në 14 ditë, në varësi të madhësisë dhe vendndodhjes së dëmtimit, për të minimizuar riskun e formimit të fistulave.

Qasja ndaj provës së pasuksesshme të urinimit - Pacientët me prova të pasuksesshme të zbrazjes retrograde duhet t'i nënshtrohen një ekzaminimi fizik. Shkaqet kalimtare të retensionit urinar post-operative zakonisht zgjidhen brenda 24 deri në 48 orë, (p.sh., anestezi, edema e indeve dhe/ose tampon vaginal).

Nese prova e urinimit deshton:

Pacienti rikateteterizohet dhe mund të perseriten provat e zbrasjes se urines dhe heqjes se kateterit pas 24-48 orë.

Çështje të tjera për t'u trajtuar përfshijnë:

- Parandalimi i konstipacionit– Konstipacioni duhet të menaxhohet në mënyrë agresive te pacientët postoperative për të shmangur retensionin urinar dhe diskomfortin abdominal.
- Maksimizimi i aftësisë për të urinuar–duhet bërë çdo përpjekje për të lejuar një pozicion komod i pacientit për të urinuar.
- Pyesni për vështirësitë e mëparshme të urinimit
- Përrjashtoni cistotominë
- Rikateterizoni pacientin nëse ekziston rreziku i dëmtimit nga overdistensioni – mund të ndodhin në vëllime 600 mL ose më shumë, e cila do të kërkojë një kateter për të paktën 48 orë dhe perseritje te provës së urinimit.

Kateterizimi i pastër intermitent - Nëse nevoja për kateterizimin vazhdon pas periudhës së menjëhershme postoperative, preferohet kateterizimi i pastër intermitent për pacientët që kanë aftësinë mendore dhe fizike për të kryer procedurën.

Teknika e pastër (josterile) për kateterizimin intermitent ka shkallë më të ulët të komplikimeve krahasuar me kateterizimin uretral

Agjentët antimikrobikë sistemikë nuk përdoren as në rastet kateterizimit afatshkurtër, as afatgjatë, pasi përdorimi profilaktik i antibiotikëve nuk është vërtetuar i dobishëm dhe nxit zhvillimin e shtameve bakteriale rezistente.

Frekuenca - Pacientët udhëzohen të regjistrojnë si vëllimet e tyre të urines se zbrazur, ashtu edhe vëllimet e mbetura pas urinimit (PVR); ky vëllim i kombinuar nuk duhet të kalojë kapacitetin funksional të fshikëzës, ose 400 deri në 600 mL, cilado qoftë më e vogël. Kjo shpesh kërkon katër deri në pesë kateterizime në ditë.

Kohëzgjatja - Kohëzgjatja e drenazhit të vezikes urinare përmes CIC ose një kateteri të qëndrueshëm bazohet në përvojën klinike dhe etiologjinë specifike. Individët që i janë nënshtruar një procedure radikale pelvike, shpesh mund të kërkojnë drenim të vezikes deri në gjashtë muaj përpara se të bëhet një vlerësim i nje disfunksioni permanent. Në këtë rast, CIC është një modalitet i preferuar për zbrazjes se vezikes , pasi funksioni ndijor dhe motorik mund të vlerësohet me kalimin e kohës.



GRUBERPRODUCTIONS

Faleminderit per vemendjen!