

Initier les soins et surveillance en postpartum			
Direction(s) responsable(s)	Direction des programmes Jeunesse et des activités de santé publique	Approuvé	2018-01-10
	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	Révisé	2018-02-13
		Révisé	2018-12-12
Installations / Secteurs visés	Hôpital Anna-Laberge – Pavillon de naissances Hôpital du Suroît – Centre mère enfant		
Outils cliniques associés	OIP : ORD-643 Médication post-partum Ordonnance collective : OC-6032 Prévenir et traiter l'hémorragie postpartum		

1. Professionnels visés

Infirmières et infirmières auxiliaires du Centre mère enfant et du Pavillon de naissances ayant reçu la formation requise et possédant les compétences requises en post-partum.

2. Activités réservées

Infirmières :

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
- Initier des mesures thérapeutiques et diagnostiques selon une ordonnance.
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier (PTI).
- Contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal.

Infirmières auxiliaires :

- Contribuer à l'évaluation de la condition physique et mentale.
- Effectuer la surveillance.
- Suivre les directives inscrites dans le plan thérapeutique (PTI).

3. Situations cliniques visées/clientèles visées

- Toute usagère ayant accouché par voie vaginale.
- Toute usagère ayant accouché par césarienne dès son retour sur l'unité.

4. Intentions thérapeutiques

- Intervenir rapidement selon les situations cliniques.
- Prévenir les complications post-partum.
- Évaluer et assurer un suivi clinique sécuritaire en période post-partum.
- Favoriser le bien-être maternel.

Initier les soins et surveillance en postpartum

5. Définitions

Saignement utérin anormal : Saignement de plus d'une serviette sanitaire à l'heure, écoulement de filet de sang continu, avec ou sans caillots.

Postpartum immédiat : Période correspondante aux deux premières heures qui suivent la naissance.

Postpartum : Période qui débute après la naissance et qui se prolonge jusqu'à 6 semaines.

6. Indications

Cette ordonnance collective comprend deux sections :

SECTION 1 : Accouchement par voie vaginale

- A : Période postpartum immédiat (0 à 2 heures)
- B : Période postpartum (plus de 2 heures et jusqu'au congé)

SECTION 2 : Accouchement par césarienne

7. Contre-indications

- Ordonnance individuelle au dossier.

8. Conditions d'initiation

Accouchement vaginal

- Initier cette ordonnance dès la naissance et poursuivre jusqu'au congé de l'usagère.

Accouchement par césarienne

- Initier cette ordonnance après la césarienne, dès la prise en charge de l'usagère sur l'unité de soins.

9. Limites/références au médecin

Se référer au médecin traitant ou de garde si l'une des situations suivantes se présentent :

- Saignement anormal (se référer à l'ordonnance collective : *OC-6032 Prévenir et traiter l'hémorragie postpartum en vigueur*).
- Augmentation de la douleur abdominale avec ou sans saignement.
- Hémoglobine postpartum inférieure ou égale à 80 g/L.
- Tension artérielle inférieure à 90/60 mmHg ou supérieure à 140/90 mmHg à deux reprises à 30 minutes d'intervalles.
- Température buccale supérieure à 38°C à deux reprises à 30 minutes d'intervalles.
- Pouls supérieur ou égal à 110 battements / minute ou
Index de choc obstétrical supérieur à 1 à deux reprises à 30 minutes d'intervalles.
- Saturation inférieure ou égale à 95 %.
- Présence d'atonie utérine persistante malgré massage utérin.

10. Directives

Les directives suivantes sont un guide de surveillance minimale des principaux paramètres, il ne doit en aucun cas substituer au **jugement clinique** de l'infirmière.

SECTION 1 : Accouchement par voie vaginale

A) Période postpartum immédiat

- Signes vitaux (TA, FC), tonus de l'utérus et hauteur utérine, massage utérin (si nécessaire) et évaluation des saignements
 - Chaque 15 à 30 minutes X 1h (respecter allaitement ou contact peau à peau)
 - Avant le premier lever
- Premier lever avec aide
- Cesser soluté à la fin du postpartum immédiat si
 - Signes vitaux stables
 - Saignements normaux
 - Premier lever toléré

Laisser le dispositif injection intermittente (salin lock) jusqu'à la première miction libre.

B) Période postpartum

- Signes vitaux (TA, FC, Température, FR)
 - Deux fois par jour (BID)
 - Si troubles hypertensifs, faire signes vitaux quatre fois par jour (QID)
- Évaluation des lochies et de la hauteur utérine trois fois par jour (TID)
- Vérification de l'état du périnée à chaque jour (DIE)
- Soins du périnée
 - Nettoyer le périnée à l'eau après chaque miction
 - Appliquer de la glace pendant 20 minutes à chaque 2 à 3 heures PRN
 - Si lacération périnéale 3^e ou 4^e degré, débiter des bains de siège (5 à 15 minutes) DIE à QID, après 24 heures postpartum
- Évaluer la douleur chez l'usagère trois fois par jour (TID)
- Faire FSC 12 à 24 heures postpartum
- Évaluer et documenter la première miction
- Si tentative de miction échoue, faire cathétérisme vésical si présence d'un des critères suivants :
 - Incapacité d'uriner 6 à 8 heures après la naissance
 - Présence d'un globe vésical
 - Bladder scan indiquant un volume supérieur ou égal à 500 mL

* Si absence de miction 4 à 6 heures après le 1^{er} cathétérisme et présence d'un globe ou Bladder scan indiquant un volume supérieur ou égal à 500 mL, faire un 2^e cathétérisme et laisser sonde en place.

- Douche permise à la fin du postpartum immédiat (selon état de l'usagère)
- Diète régulière (si aucune contre-indication)

Initier les soins et surveillance en postpartum

SECTION 2 : Accouchement par césarienne

- Signes vitaux (TA, FC, Température, FR et Sat.)
 - Chaque 30 minutes X 4
 - Chaque 4 heures X 24 heures
 - Si stables, signes vitaux TID (ou selon protocole opiacés)
 - Si troubles hypertensifs, signes vitaux QID
- Massage utérin
 - Chaque 30 minutes X 2 puis PRN selon évaluation clinique
- Hauteur utérine, tonus utérin et évaluations des lochies
 - Chaque 30 minutes X 2 (ou PRN selon évaluation clinique), puis;
 - Chaque 4 heures jusqu'au premier lever
 - TID par la suite
- Évaluer et surveiller pansement et site opératoire
 - TID
 - Retrait du pansement compressif 24 heures post-op
 - Retrait du pansement 24 à 48 heures post-op
- Évaluer la douleur chez l'usagère
 - Chaque 4 heures X 24 heures, puis;
 - TID jusqu'au congé ou selon protocole opiacés
- Surveiller et évaluer le débit urinaire
 - Sonde Foley en drainage libre
 - Dosage excréta chaque 4 heures
 - ✓ Si diurèse inférieure à 120 mL en 4 heures et signes vitaux normaux, administrer bolus de 500 mL de NaCl 0,9%
 - ✓ Si diurèse inférieure à 120 mL en 4 heures et signes vitaux anormaux, administrer bolus de 500 mL de NaCl 0,9% et aviser le médecin

* Réévaluer la diurèse 2 heures après le bolus : si persistance d'une diurèse inférieure à 60 mL en 2 heures aviser le médecin.

- Retrait de la sonde 12 à 24 heures post-op si diurèse adéquate et premier lever toléré
- Poursuivre dosage urinaire jusqu'à miction spontanée supérieure à 150 mL, puis cesser dosage
- Si tentative de miction échoue, faire cathétérisme vésical si présence d'un des critères suivants:
 - ✓ Incapacité d'uriner 6 à 8 heures après le retrait de la sonde
 - ✓ Présence d'un globe vésical
 - ✓ Bladder scan indiquant un volume supérieur ou égal à 500 mL

* Si absence de miction 4 à 6 heures après le 1^{er} cathétérisme et présence d'un globe ou Bladder scan indiquant un volume supérieur ou égal à 500 mL, faire un 2^e cathétérisme et laisser sonde en place.

- Mobilisation de l'usagère
 - Chaque 2 heures jusqu'au premier lever
 - Encourager le premier lever 6 à 12 heures post-césarienne si :
 - ✓ Signes vitaux stables
 - ✓ Usagère alerte
 - ✓ Absence d'atteinte motrice
 - ✓ Absence de contre-indication

- Au retour de la salle de réveil, terminer le soluté en cours, puis poursuivre avec un soluté **Dextrose 5 % avec NaCl 0,9 %** à 125 mL / heure
 - Dosage Ingesta chaque 8 heures
 - Cesser soluté lorsque :
 - ✓ Alimentation par la bouche tolérée
 - ✓ Signes vitaux stables
 - ✓ Premier lever toléré
 - Laisser le cathéter à injection intermittente (salin lock) 24 heures post-op
- Faire FSC, 12 à 24 heures post-césarienne
- Douche permise 24 à 48 heures post-césarienne
- Diète régulière selon tolérance (si aucune contre-indication)
- Surveiller et dépister les signes et symptômes de thrombophlébite à chaque 8 heures
 - Rougeur, chaleur, douleur, oedème au niveau des mollets, signe de Homans

11. Références

Berens, MD. Overview of post-partum care. UpToDate inc. <http://www.uptodate.com> (consulté septembre 2017)

Corporation Salus Global, AMPROob / Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (2017), Ligne directrices révisés

CSSS du Suroît (2014). Protocole suivi standard post-opératoire. Publication interne du CSSS du Suroît
Lowdermilk, D.L., Shannon, E.P., Cashon, K. (2012) Soins infirmiers périnatalité. Montréal, Édition Chenelière

Processus d'élaboration/révision		
Rédigé par	Catherine Leblanc, Assistante infirmière chef, CME, Hôpital du Suroît, DJASP	2017-11-10
Révisé par	Équipe obstétricale	2018-02-13
Révisé par	Équipe obstétricale	2018-09-14
Personnes consultées	Christelle Robert, conseillère cadre au développement des outils cliniques	2017-12-01
	Dre Jocelyne Paulin, médecin omnipraticien, Centre mère-enfant, Hôpital du Suroît	2017-11-15
	Dre Julie Brisson, gynécologue obstétricienne, Centre mère-enfant, Hôpital du Suroît	2017-11-15
	Mélanie Guérin, infirmière au soutien clinique, Pavillon de naissances, Hôpital Anna-Laberge, DJASP	2017-11-15
	Dre Caroline Lavoie, gynécologue obstétricienne, Pavillon de naissances, Hôpital Anna-Laberge	2017-11-15
	Dre Lisette Haddad, gynécologue obstétricienne, Centre mère-enfant, Hôpital du Suroît	2017-11-15

Processus de recommandation		
Recommandé par le(s) chef(s) de départements médicaux	 Dre Caroline Lavoie, Chef médical en obstétrique-gynécologie (interim)	2018-11-30
Recommandé par l'(les) instance(s) (si pertinence seulement)	 Mélanie Caron, présidente Comité de pharmacologie	2018-11-29

Historique du document		
Approuvé par	Dr Gaétan Filion, président Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2018-01-10
Révision approuvée par	Dr Gaétan Filion, président Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2018-02-13
Révision approuvée par	 Dr Gaétan Filion, président Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2018-12-12

Annulation d'outils cliniques existants	
En date d'entrée en vigueur mentionnée, cette ordonnance collective vient annuler les outils cliniques suivants :	
Installation(s)	Annulation