

Capítulo 2

Cuidados pré-operatórios

Triagem de fístula (FVV e FRV), pacientes com laceração de 3.º e 4.º graus

Muitas pacientes podem deslocar-se a um centro de fístulas na esperança de uma cirurgia gratuita para resolver o problema. No entanto, todas necessitam de exames para determinar se apresentam fístula ou laceração perineal de 3.º ou 4.º graus. A triagem inicial geralmente é feita pelo enfermeiro ou pela parteira. A triagem adicional geralmente é realizada pelos médicos que irão operar as pacientes, pois precisam de saber o tamanho, a localização e a complexidade da fístula.

A equipa de enfermagem está envolvida no processo de triagem e é muito importante para auxiliar os médicos durante o processo de obtenção da história médica e de exame. Estes podem obter uma breve história, examinar e documentar os seus achados clínicos e dar prioridade a quem precisa de ser atendido pelo cirurgião responsável pelas fístulas. O sangue pode ser colhido neste momento, especialmente no caso das pacientes que estão obviamente anémicas (Figura 14).



Figura 14 Sala de exame para triagem, privacidade por meio de biombos

História médica

- A paciente perde constantemente urina, inclusive à noite? Para pacientes com fístula, esta situação precisa de ser confirmada, porque as pacientes com incontinência de esforço ligeira a moderada podem descrever isso como incontinência constante, mas geralmente permanecem secas durante a noite.
- Determinar se ficaram a perder urina após o parto (parto vaginal, cesariana ou histerectomia cesariana).
- Perguntar se também perdem fezes. Isto é para estabelecer se têm uma FRV e também uma FVV.
- Pacientes com laceração de 4.º grau descreverão incontinência fecal e fezes na vagina. É provável que não consigam controlar a evacuação e/ou flatulência. Pelo contrário, as mulheres com laceração de 3.º grau às vezes podem conseguir controlar a evacuação, mas também sofrerão frequentemente de incontinência ou sujidade.
- Considere a idade da paciente – o parto distócico em mulheres na adolescência tende a estar relacionado com lesões de parto mais graves, que são muitas vezes difíceis de reparar.
- Há quanto tempo a paciente perde urina? A dermatite urinária é um sinal de que a paciente perde urina há muito tempo.
- História obstétrica. Se esta foi a primeira gravidez ou se houve outros partos e, em caso afirmativo, o número de partos e o número de filhos vivos. Como é que a mulher deu à luz e quando? Foi parto normal ou cesariana? (A fístula após cesariana pode ser mais complexa, relacionada aos ureteres ou a uma rutura do útero que se estende até a bexiga.)
- Quanto tempo durou o trabalho de parto? Muitas pacientes com fístula estiveram em trabalho de parto durante mais de 24 horas. Existe pé caído? Quanto mais tempo tiver durado o trabalho de parto distócico, geralmente mais extensos/complexos foram os danos e mais grave o pé caído.

- Onde ocorreu o parto? Pode ter sido em casa, num centro de saúde ou no hospital. Os partos distócicos ocorrem frequentemente após um trabalho de parto em casa em que as pacientes não se deslocam até ao hospital para cesariana até que seja demasiado tarde, o bebé morra e uma fístula se forme. A fístula também pode desenvolver-se num hospital em caso de monitorização inadequada durante o trabalho de parto (sem partograma), demora na entrada na sala de operações para cesariana ou falta de pessoal, incluindo um cirurgião.
- A mulher tem um filho vivo desde o nascimento? Quase todos os partos vaginais decorrentes de trabalho de parto distócico resultarão em nados-mortos ou morte neonatal precoce devido ao sofrimento fetal, resultando em índices de Apgar baixos. Mulheres com parto distócico e que não conseguem dar à luz podem ter uma cesariana difícil e a formação de uma fístula. Algumas pacientes podem ter um bebé vivo se o parto for por cesariana. Se o bebé vivo nasceu por cesariana, a lesão pode ter ocorrido durante a cirurgia, em vez de necrose devido a uma obstrução longa. Deve suspeitar-se de fístula intracervical ou ureteral.
- A paciente já realizou alguma correção cirúrgica de fístula anteriormente? As correções repetidas podem ser difíceis de cicatrizar.
- Qual é o contexto social da paciente? A paciente ainda mora com o marido ou o companheiro? Pacientes que perdem urina há muito tempo podem ter pouco apoio familiar e podem não ter um acompanhante que possa cuidar delas durante o internamento. Essas pacientes necessitam de cuidados adicionais da equipa de enfermagem. Pode ser útil encontrar outra acompanhante da paciente que esteja disposta a cuidar dela durante a sua estadia no hospital.
- Antecedentes menstruais. É importante estabelecer se os períodos menstruais da mulher foram retomados. Se a menstruação de uma mulher não tiver voltado e tiver perdido urina durante mais de 6 meses, deve suspeitar-se de uma histerectomia pós-cesariana.

- Antecedentes sexuais. Deve determinar-se se a mulher retomou a atividade sexual e, em caso afirmativo, se está a enfrentar algum problema. Se for sexualmente ativa, verifique se está grávida ou não.
- Cálculos na bexiga – dor suprapúbica com incontinência urinária que pode ser indicativa de cálculos vesicais. Estes são comuns entre pacientes com fístula, pois a urina concentrada cria o risco de depósitos na bexiga que podem levar à formação de cálculos na bexiga. Algumas mulheres também podem ter tido um corpo estranho, tais como folhas ou outro material, introduzido na bexiga e/ou vagina por elas mesmas ou por um curandeiro tradicional para tentar bloquear o orifício na bexiga. Esses objetos também podem levar à formação de cálculos vesicais, causando cistite crônica.
- Se durante a cirurgia for detetado um cálculo vesical, o cirurgião irá removê-lo. No entanto, é improvável que tente reparar a fístula ao mesmo tempo, pois as probabilidades de cicatrização são reduzidas devido à infecção crônica na bexiga. A paciente terá de voltar para reparar a fístula, aguardando pelo menos 3 meses para recuperação após a operação de remoção do cálculo vesical.

Exame

- Realize um exame geral de rotina. Registe a altura e o peso da paciente. Verifique a presença de anemia, de icterícia, a temperatura corporal, o estado de hidratação, o estado mental e o estado nutricional. Procure qualquer evidência de sepse, uma vez que as pacientes que sofreram trabalho de parto distócico, especialmente aquelas com FRV, terão muitas vezes sofrido uma recuperação difícil após o parto.
- Estado nutricional. Para pacientes muito magras e desnutridas que também podem estar anêmicas, a cirurgia deve ser adiada até que alcancem um peso saudável através de medidas, tais como melhorar a sua alimentação (soja), tomar medicação de desparasitação, tratar a malária ou outras doenças subjacentes, tais como a tuberculose. Muitas mulheres que se apresentam para correção cirúrgica de fístula estão abaixo do peso ideal e podem ser operadas desde que não tenham problemas de saúde subjacentes. Pacientes gravemente desnutridas provavelmente terão dificuldades durante a anestesia e complicações após a cirurgia.

- Examine a presença de contraturas e de marcha anormal (como caminham). Danos neurológicos, decorrentes da compressão do nervo devido à cabeça do bebê ficar presa na pélvis durante o trabalho de parto distócico, podem deixar a paciente a mancar (conhecido como pé caído) ou incapaz de andar sem ajuda. Este é um marcador de lesão grave e frequentemente observado em mulheres jovens que apresentam fístula. O pé caído pode ser bilateral (ambos os pés envolvidos). As contraturas das pernas podem ocorrer com pé caído grave devido à falta de movimento dos músculos dos membros. No entanto, a maioria das pacientes com contraturas melhora com o tempo, mas necessita de movimentos ativos e passivos intensivos dos membros.
- Verifique se há evidências de perda contínua de urina, como dermatite urinária (Figura 15), roupas molhadas, uso de pensos para absorver a urina, perda óbvia de urina, presença de fezes na vagina (FRV), cicatrizes vaginais e capacidade vaginal reduzida (estenose).
- Para pacientes com lacerações de 3.º e 4.º graus, examine a vagina, o períneo e o esfíncter anal. Observe se há sujidade de fezes nas cuecas da paciente. O tônus do esfíncter anal precisa de ser verificado, pedindo à paciente que aperte o dedo com a luva quando inserido no ânus.



Figura 15 Dermatite urinária

Auxiliar o cirurgião na avaliação da paciente

Após o enfermeiro ter concluído a avaliação inicial da paciente (conforme descrito acima), cada paciente é então examinada pelo médico, para avaliar

a fístula a reparar. A privacidade da paciente é garantida por meio de biombos e instruindo a paciente a manter a roupa vestida e a puxar o vestido ou a saia até à parte inferior das nádegas.

As pacientes devem receber um lençol de resguardo para cobrir a mesa de exame e prevenir infecções (Figura 16). O pesado resguardo que cobre a mesa de exame deve ser limpo com desinfetante entre pacientes. As pacientes podem ser examinadas deitadas de costas, de lado com os joelhos no peito ou em posição de litotomia.



Figura 16 Exame de paciente sobre um lençol de polietileno

Os enfermeiros devem fornecer obrigatoriamente um espéculo limpo; se possível, um espéculo de Sims é melhor para o exame (Figura 17). O espéculo deve ser limpo com detergente e enxaguado com soro fisiológico normal entre cada paciente. É útil ter um balde com detergente para o espéculo sujo (Figura 18), que precisa de ser embebido durante 10 minutos e depois enxaguado. Os espéculos limpos são mantidos num balde limpo (Figura 19).



Figura 17 (esquerda) espéculo de Sims;
Figura 18 (direita) Balde para instrumentos sujos



Figura 19 Balde para instrumentos limpos

Será necessário lubrificante hidrossolúvel, tal como o gel K-Y, para reduzir o desconforto durante o exame vaginal. Certifique-se de que haja materiais suficientes antes do início da consulta.

Podem ser necessários testes de coloração (Figura 20) para confirmar o local da fístula. Use azul de metileno ou Violeta de Genciana, mas certifique-se de que seja diluído com soro fisiológico antes de usar em pacientes. O corante deve ser preparado diariamente com equipamento estéril. Se não for diluído manchará áreas extensas, dificultando a interpretação do teste; 1–2 ml de corante azul numa bacia reniforme de soro fisiológico são suficientes. Um cateter vesical de Foley, compressas e uma seringa de 60 ml ou 100 ml também serão necessários para os testes de coloração.



Figura 20 Realização de um teste de coloração usando corante azul diluído (observe que o corante azul no espéculo sugere uma FVV)

O médico irá especificar o que é necessário para realizar o teste de coloração. O enfermeiro será solicitado a passar ao médico a seringa de corante azul e poderá ser-lhe solicitado que segure o cateter de Foley

enquanto o corante é inserido. São inseridos entre 180 e 300 ml de corante na bexiga e a parede vaginal é examinada em busca de perda de corante, confirmando o local da fístula.

Se o teste de coloração for negativo e a paciente insistir que perde urina, será necessária uma avaliação adicional para descartar uma fístula ureteral ou fístula puntiforme. Isso envolve encher a bexiga com corante azul, inserir algumas compressas ou algodão na vagina e fazer a paciente caminhar durante 30 a 60 minutos. Se as compressas ou o algodão estiverem azuis quando forem removidos, a paciente tem uma fístula; se estiverem molhados com urina, é provável que estejamos na presença de uma fístula ureteral.

Aconselhamento antes da cirurgia

Depois de a paciente ser examinada e descobrir que tem uma fístula, o cirurgião irá informá-la se é possível realizar uma operação potencialmente curativa (Figura 21). Será discutido o tipo de operação necessária e, caso estejam previstos enxertos para a sua correção, isso deverá ser explicado à paciente. As pacientes precisam de entender neste momento que serão obrigadas a permanecer no hospital durante duas semanas após a cirurgia com a algália na bexiga. Também é útil se tiverem um membro da família como acompanhante para cuidar delas durante a estadia.



Figura 21 Paciente sendo orientada sobre a possibilidade de cirurgia

É uma boa ideia, neste momento, dizer às pacientes que a cirurgia nem sempre é 100% bem-sucedida e, se a operação falhar, para não se preocuparem excessivamente, pois podem regressar para uma nova cirurgia que poderá ter sucesso na cura da sua incontinência.

As pacientes também precisam entender que terão de se abster de atividade sexual durante 3 meses após a cirurgia ou poderão ter perdas de

urina novamente depois de regressarem a casa. Se não lhes for possível ir para casa e fazer com que o marido se abstenha de sexo, incentive-as a ficar com um familiar até que estejam totalmente curadas.

As pacientes também precisam de saber que não poderão fazer quaisquer trabalhos pesados durante pelo menos 3 meses após a cirurgia. Se forem agricultores de subsistência, precisarão de alguém que as ajude a fazer quaisquer levantamentos quando regressarem a casa.

As futuras gestações devem ser adiadas durante, pelo menos, um ano após a cirurgia e devem ser oferecidos contraceptivos para permitir que as mulheres procedam ao planeamento familiar. As pacientes também devem ser informadas de que as futuras gestações precisarão de ser realizadas por cesariana; caso contrário, correm o risco de abrir novamente a fístula. A cesariana eletiva é indicada para todas as FVV, FRV e lacerações 4.º grau após cirurgia de correção.

Cuidados pré-operatórios imediatos

No dia antes da cirurgia planeada, as pacientes devem fazer análises ao sangue para a hemoglobina (Hb), o vírus da imunodeficiência humana (VIH), o grupo sanguíneo, a glicemia e um teste de gravidez. Alguns centros testam a bilharziose, pois às vezes esta pode causar uma fístula e está associada à falha na correção, embora apenas alguns centros incluam esse teste. Se sabe que a paciente tem VIH, a sua contagem de CD4 deve ser verificada, especialmente se for recentemente diagnosticado. Se o CD4 for inferior a 300 células/mm³, a operação deverá ser adiada até ao início do tratamento e até a contagem de CD4 aumentar. Neste momento, é inserida uma cânula intravenosa (IV) para cirurgia no dia seguinte.

É importante determinar a Hb (hemoglobina) e o grupo sanguíneo da paciente antes da cirurgia, caso esta tenha problemas de hemorragia e possa necessitar de transfusão de sangue no pós-operatório.

O teste do VIH é obrigatório no pré-operatório. Isto dá à paciente a oportunidade de conhecer o seu estado de VIH e, se for positivo, ter acesso a aconselhamento e tratamento. Também ajudará a proteger o cirurgião, uma vez que é necessário tomar precauções adicionais se a paciente for VIH positivo e não estiver a receber tratamento.

É necessário consentimento informado (Figura 22) e a paciente deve ter recebido aconselhamento pré-operatório sobre as implicações da cirurgia e o que esperar depois. As pacientes que não sabem ler e escrever têm de dar o consentimento com a impressão digital do polegar humedecida em tinta.

CSF

AFB

OTHERS

CONSENT TO OPERATION

I, [redacted], consent to the operation on 3/3/2020 as decided by the surgeon in the best interest of my/his/her health. Date 3/3/2020 Signature [signature]

I hereby certify that I have explained and translated to the patient/guardian of the patient the above agreement signed/thumbmarked by the patient/guardian of the patient and I am satisfied that he/she has understood the contents and agrees to the necessary operation.

Date: 3/3/2020 Signature: [signature] Witness: [signature]

6

Patient's right thumb print

Figura 22 Consentimento utilizando a impressão digital da paciente

Alguns cirurgiões pedem que todas as pacientes façam um clister no dia anterior à cirurgia para garantir que o intestino esteja vazio e que não há contaminação de fezes durante a operação, o que pode levar à infecção pós-operatória da ferida. No entanto, são necessários clisteres para todas as reparações de lacerações retais e FRV, mas nem todos os cirurgiões utilizam a preparação intestinal para reparações de FVV. Clisteres com água morna e sabão (Figura 23) são ideais para limpar o intestino.



Figura 23 Paciente recebendo um clister com sabão

Cuidados de Enfermagem para Mulheres com Lesões de Parto

Todas as pacientes têm que ficar em jejum na noite anterior à cirurgia. Isso é menos importante para a anestesia epidural, mas é necessário se a paciente necessitar de anestesia geral durante a cirurgia. Pacientes submetidas a cirurgia no dia seguinte não devem ingerir qualquer alimento após a meia-noite, mas podem continuar a beber água até 2 horas antes da cirurgia.

Em muitos centros de correção cirúrgica de fístula, as pacientes receberão 1 litro de fluidos intravenosos 30 minutos a 1 hora antes da cirurgia para garantir que estejam bem hidratadas. Isto facilita a localização dos ureteres da paciente durante a cirurgia para reparar o orifício na bexiga e hidrata-as antes da anestesia espinal, o que pode reduzir a tensão arterial.

As pacientes devem continuar a tomar medicação regular, ou seja, para VIH, hipertensão ou diabetes, e tomar os comprimidos com um pouco de água na manhã da cirurgia. As pacientes que tomam anticoagulantes, tais como a aspirina, terão de os interromper pelo menos 24 horas antes da cirurgia.

As roupas devem ser removidas antes de ir para a sala de operações e, se disponível, deve ser usada uma bata de cirurgia; em alternativa, um lençol limpo será suficiente, se as batas não estiverem disponíveis. As batas ajudam a manter as pacientes aquecidas na sala de operações e permitem que mantenham algum senso de pudor (Figura 24).



Figura 24 Mulheres a aguardar pela cirurgia com batas de cirurgia, pulseiras com nomes e tubo intravenoso