

Capítulo 3

Compreendendo as notas de operação e classificação da fístula

As notas de operação são escritas pelo cirurgião que realizou a cirurgia. Estas notas devem incluir instruções pós-operatórias individuais para cada paciente e descrever os danos encontrados e como foram reparados. Compreender a lesão da paciente e a complexidade da sua operação ajudará a estabelecer quais os cuidados de enfermagem que serão necessários no pós-operatório.

As correções cirúrgicas de fístula são classificadas de acordo com a gravidade da lesão. A classificação de uma fístula é baseada no local, na dimensão e na quantidade de cicatrizes que ocorreram. Os fatores críticos que afetam o prognóstico da fístula obstétrica são o comprimento da uretra, a dimensão e a posição da fístula, o tamanho da bexiga e a quantidade de cicatrizes causadas pela lesão.

Uma uretra curta e uma bexiga pequena podem deixar as pacientes com incontinência de esforço após a oclusão da fístula. Curá-las para ficarem completamente secas pode constituir um desafio. Fístulas grandes com cicatrizes extensas também causam dificuldades e podem exigir mais do que uma operação para permitir que a mulher fique sem perdas de urina.

Existem vários sistemas de classificação diferentes utilizados para classificar a fístula; no entanto, os dois mais utilizados pelos cirurgiões especialistas em fístulas são os de Waaldijk e Goh. A classificação da fístula ajuda a prever os resultados da cirurgia e a planejar o tratamento.

Também pode haver uma ilustração da fístula utilizando um modelo descritivo. Estes desenhos podem ser mais fáceis de compreender do que os sistemas de classificação.

Os desenhos descritivos da fístula (Figura 25) indicam onde está localizada a fístula em relação ao colo do útero e à uretra, a dimensão e o número de fístulas e qualquer sombreamento indica o grau de formação de cicatrizes na vagina ou ao redor das margens da fístula.

Desenho Descritivo de uma Fístula

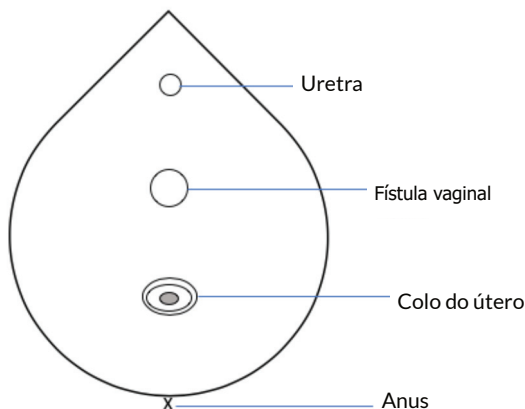


Figura 25 Modelo descritivo de desenho de uma fístula

Fístula vesicovaginal

O local mais comum para uma fístula obstétrica é na junção uretrovesical, ou seja, o local onde a uretra se une à bexiga. Isso é chamado de fístula justauretral, com um orifício entre a bexiga e a vagina.

Existem alguns outros locais para a fístula.

Uma fístula médiog vaginal ocorre nos casos em que o orifício fica entre a bexiga e a parede da vagina.

A fístula justacervical fica entre a bexiga e próxima ou envolvendo parte do colo do útero.

Uma fístula intracervical ocorre nos casos em que o orifício fica entre a bexiga e o canal cervical. Isso geralmente ocorre na sequência de danos durante uma cesariana ou devido a uma rutura uterina.

As fístulas iatrogénicas ocorrem após operações de histerectomia e, geralmente, são o resultado de danos na bexiga durante a cirurgia ou infecção e rutura da ferida nos pós-operatório. Estas encontram-se no ápice da vagina, no local onde o útero foi removido e a vagina foi suturada.

O diagrama abaixo (Figura 26) indica os locais comuns de fístula, mas algumas fístulas grandes podem cobrir uma área maior ou várias das áreas mostradas no diagrama.

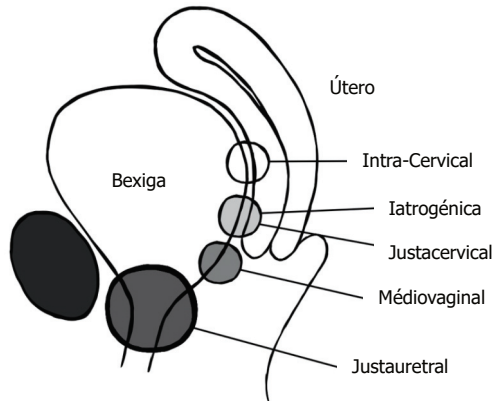


Figura 26 Diferentes locais de FVV

Fístulas uretéricas e outras

As fístulas uretéricas são causadas por danos no uréter, muitas vezes durante a cesariana, nos casos em que o uréter foi ligado por uma sutura ou acidentalmente ferido (esmagado com pinças, cortado ou cauterizado por diatermia) durante a cirurgia. Se isto acontecer, a urina vai sair através do colo do útero ou através da linha de sutura do útero após a cesariana, causando uma fuga de urina da vagina.

Os uréteres ectópicos são pouco frequentes, mas podem apresentar-se com incontinência contínua. Esta é uma condição hereditária em que a pessoa nasce com mais de um uréter a drenar um rim. Se um dos uréteres não estiver ligado à bexiga, este pode drenar para fora da bexiga através da uretra ou da vagina. Estas pacientes poderão urinar normalmente, bem como a partir do outro uréter que está a drenar para a bexiga. Apesar de pouco frequentes, estas pacientes podem apresentar semelhanças com as pacientes com FVV; no entanto, a história de incontinência urinária remonta à infância.

A formação de fístula vesicocutânea pode ocorrer após o parto por cesariana. É aqui que a bexiga drena através de um trato fistuloso através da pele na sequência de complicações após uma cirurgia de cesariana. Estas são incomuns, mas podem ocorrer.

Fístula retovaginal

As fístulas retovaginais (FRV), assim como a FVV, são causadas pela pressão da cabeça do bebé na pélvis devido ao trabalho de parto gravemente obstruído. Quase todas as mulheres que sofreram de uma FRV também terão tido um nado-morto.

A maioria das FRV pode ser reparada através de uma abordagem vaginal se forem fístulas baixas ou médias, o que significa que a lesão entre o intestino e a vagina é acessível por via vaginal. A FRV alta ocorre perto do colo do útero ou do ápice da vagina, dificultando o acesso cirúrgico.

Nos casos em que há uma FRV e FVV alta, a paciente pode precisar de uma colostomia temporária para permitir que o intestino tenha tempo para cicatrizar. Tanto a FRV como a FVV podem ser reparadas ao mesmo tempo. Gerir uma colostomia no pós-operatório e até que esta possa ser revertida, representa um desafio para pacientes em países de baixos rendimentos, pois o acesso a sacos e produtos de colostomia é difícil.

Estes pacientes necessitam de aconselhamento pré-operatório cuidadoso sobre como gerir o estoma após a cirurgia, mas também para as assegurar de que vale a pena se puderem ser curadas. É necessário tempo para abordar e acalmar quaisquer medos ou ansiedades sobre a cirurgia proposta.

Lacerações perineais

Lacerações perineais graves, incluindo lacerações de 3.º e 4.º graus, são frequentemente causadas por um parto muito forçado e descontrolado com um períneo não suportado. A maioria das mulheres com lacerações perineais terá um nado-vivo após o parto.

Uma laceração de 4.º grau acontece quando há rutura completa do músculo esfíncter anal durante o parto. Há também perda da parede retal/vaginal, deixando a paciente incontinente em termos de fezes e flatos (gases) pós-parto.

As lacerações de 3.º grau também envolvem rutura do músculo esfíncter anal, mas a parede retal da mulher permanece intacta. A paciente também se queixará de uma incapacidade de controlar flatos e fezes, particularmente se as fezes estiverem soltas.

Diferentes técnicas operatórias

Em alguns casos cirúrgicos, o cirurgião usará tecido adicional retirado de outras partes do corpo para promover a cicatrização. Estes tecidos incluem retalhos musculares e enxertos fibroadiposos. O conhecimento desses enxertos e retalhos é importante para que os cuidados de enfermagem garantam a cicatrização das feridas sem complicações. Os locais doadores também devem cicatrizar sem problemas se bem cuidados.

Retalho de Singapura

Um retalho de Singapura (Figura 27) é usado na cirurgia de correção de fístula, onde há muito pouco tecido vaginal ou um defeito significativo na parede vaginal para ajudar a fechar e promover a cicatrização da correção.

O enxerto é retirado da parte interna da coxa e usado para melhorar o fornecimento de tecido e sangue para o local da fístula.

No pós-operatório, a paciente deve ser mantida com as pernas juntas e em repouso na cama durante os primeiros 3 dias após a cirurgia, para evitar qualquer puxão no local do enxerto. As pacientes também devem ser aconselhadas a não ficar sentadas durante mais de 5 dias para evitar pressionar o suprimento sanguíneo do retalho que fica próximo aos ossos do quadril.

O local doador deve ser mantido limpo e seco e descoberto após os primeiros 2 dias. Os banhos de assento, que implicam que a paciente fique sentada numa bacia com água com uma pequena quantidade de sal, devem ser desencorajados em pacientes com essas reparações, pois sentar-se na água pode causar rutura da pele e introduzir infecção na ferida.



Figura 27 Ferida no local doador do retalho de Singapura, no pós-operatório imediato

Enxerto adiposo de Martius

Os enxertos fibroadiposos, como o enxerto adiposo de Martius (Figura 28), são ocasionalmente usados para ajudar a melhorar o fornecimento de sangue e apoiar a linha de sutura de uma fístula nos locais em que o tecido é pobre, fino ou fibroso. Estes são frequentemente usados para fístulas que envolvem a uretra ou o colo da bexiga. É retirado um retalho dos grandes lábios e usado para almofadar o tecido ao redor da fístula.

No pós-operatório, pode haver sangramento no local doador do enxerto, especialmente se não houver diatermia disponível na sala de operações. São necessárias verificações regulares da ferida e suturas alternadas podem exigir a remoção para libertar a tensão causada pelo sangramento na ferida.



Figura 28 Ferida labial após enxerto adiposo de Martius

O sangramento pode ser controlado aplicando-se um curativo compressivo na ferida. As pacientes podem movimentar-se no dia seguinte à correção do enxerto adiposo de Martius.

Retalhos musculares

Os retalhos musculares podem ser usados para algumas operações. Os músculos comumente usados são o grácil (músculo da coxa), o retoabdominal (músculo abdominal) ou fibras do músculo isquiocavernoso (músculo perineal).

Retalho grácil

O retalho grácil é menos comum e utilizado na correção de FRV causada pela radioterapia. O músculo grácil é usado para fazer um retalho para melhorar o suprimento sanguíneo e promover a cura. Essas pacientes devem ser informadas de que, posteriormente, podem sentir alguma fraqueza ao afastar a perna do corpo (abdução).

Retalho retoabdominal

Este tipo de retalho pode ser utilizado para reparações transabdominais complexas combinadas com reparações transvaginais. As pacientes devem entender que podem apresentar fraqueza na parede abdominal no pós-operatório.

Retalho isquiocavernoso

Por vezes, estes retalhos são usados em reparações transvaginais complexas. Os banhos de assento devem ser evitados com este tipo de correção de retalho. Também pode haver aumento do sangramento vaginal no pós-operatório.