

Capítulo 5

Cuidados pós-operatórios

Gestão da enfermaria

Uma enfermaria bem organizada e gerida é essencial para uma ótima recuperação pós-operatória das pacientes. Ter um enfermeiro responsável pela gestão das pacientes e pela delegação de tarefas à equipa ajuda a garantir que todas as pacientes sejam bem cuidadas (Figura 39).

As pacientes que regressam imediatamente do centro cirúrgico após uma correção cirúrgica de fístula devem ser colocadas em camas próximas do posto de enfermagem e não no fundo da enfermaria, onde são mais facilmente esquecidas. Dependendo da dificuldade da operação, devem estar à vista do posto de enfermagem até que os seus sinais vitais estejam estáveis (tensão arterial, pulsação e frequência respiratória), a sua dor esteja controlada e não apresentem sangramento significativo.



Figura 39 Mãe Winnie e Irmã Pauline na bem gerida enfermaria dedicada a fístulas do Hospital Kitovu, Uganda

Isto pode ser difícil de gerir quando há muitas pacientes para a sala de operações durante uma campanha, mas é vital fazer isto corretamente, para garantir que todas as pacientes recebam os melhores cuidados possíveis.

Se houver falta de camas, as pacientes submetidas a uma operação para correção de laceração perineal podem receber cuidados numa zona mais distante na enfermaria, pois têm maior probabilidade de conseguirem movimentar-se no dia seguinte e receber alta alguns dias após a operação.

O enfermeiro responsável deve saber qual paciente está na sala de operações durante o horário operatório, onde fica a sua cama quando regressa da sala de operações e deve delegar qual equipa será responsável por cuidar dela.

Transferir pacientes dos carrinhos para a cama

A maioria das pacientes submetidas a uma correção cirúrgica de fístula ou a correção de uma laceração de 3.º ou 4.º graus será operada sob anestesia raquidiana. Por conseguinte, não conseguirão mexer as nádegas ou as pernas para serem transferidas de um carrinho para a cama, pois a anestesia raquidiana mantê-las-á paralizadas durante várias horas após a cirurgia.

A melhor forma de transferir pacientes no pós-operatório é contar com uma equipa de enfermeiros e utilizar um lençol, se disponível, ou um pedaço de lona de polietileno por baixo da paciente. É necessário um enfermeiro a apoiar a cabeça, outro os pés e pernas e dois enfermeiros para deslizar a paciente para a cama. Certifique-se de que os cateteres não fiquem presos e acabem por puxar o balão que se encontra dentro da bexiga que pode estar ao lado da correção.

A forma mais segura de transferir pacientes requer uma equipa de enfermeiros com a pessoa à frente da paciente responsável pela transferência (Figuras 40a e 40b). Ter mais pessoas a ajudar também ajudará a reduzir a probabilidade de os enfermeiros sofrerem lesões nas costas a longo prazo.



Figura 40a Transferência de uma paciente do carrinho para a cama utilizando um lençol deslizante



Figura 40b Transferência de uma paciente do carrinho para a cama utilizando um lençol deslizante

Cuidados com o cateter

Cateteres urinários

A parte mais importante dos cuidados pós-operatórios de uma paciente com FVV é cuidar do cateter urinário. Todas as pacientes voltarão da sala de operações com um cateter permanente, que permanecerá no local durante pelo menos 10 a 14 dias após a operação.

Conforme referido anteriormente, a parede da bexiga foi reparada, assim como o orifício na parede da vagina na correção da fístula. Para permitir a cicatrização da ferida na parede da bexiga, a bexiga deve ser mantida

drenada e descomprimida. Se, por algum motivo, o cateter ficar bloqueado, a bexiga encher-se-á de urina, fazendo com que o local da correção se estire e possivelmente rompa, com a subsequente falha na cicatrização da fístula. Esta é uma situação muito precária para a paciente e também para a equipa de enfermagem, pois causará grande angústia à paciente ao perceber que ainda perde urina, rodeada de pacientes que tiveram reparações bem-sucedidas. Também é moroso para a equipa de enfermagem, pois a paciente precisará de muitos cuidados e aconselhamento para convencê-la de que vale a pena voltar no futuro para uma nova cirurgia.

A maneira mais fácil de cuidar do cateter e garantir a drenagem livre a todo o momento é cortar a ligação do saco do cateter quando a paciente regressar da sala de operações e fazer com que o tubo do cateter drene para um balde ou bacia (Figura 41). Na nossa experiência, cortar a ligação do cateter e permitir que este drene livremente não representa qualquer risco acrescido de infeção da bexiga, pois há uma drenagem contínua de urina (Figura 42). Isto também evita que um saco coletor de urina pesado possa puxar pela bexiga e pela ferida.



Figura 41 Cateter a drenar para uma bacia debaixo da cama



Figura 42 Cateter em drenagem aberta e livre

A paciente e seu acompanhante devem ser instruídos a garantir que o cateter esteja sempre a drenar e aberto e, caso suspeitem que este parou de drenar, informar imediatamente a enfermeira de serviço. Durante a noite, a enfermeira de serviço deve verificar, pelo menos a cada hora, se todos os cateteres estão a drenar corretamente, mas isso pode ser mais fácil pedindo ao acompanhante da paciente que também continue a verificar. Encontrar cateteres bloqueados pela manhã e correções malsucedidas é comum com cuidados de enfermagem inadequados, mas é totalmente evitável.

Para proteger o local de correção da bexiga, o cateter não deve puxar a bexiga. Para evitar qualquer puxão do cateter, este deve ser fixo com segurança à paciente, de preferência no abdômen ou na coxa (Figura 43). É neste momento que as enfermeiras necessitam de uma boa quantidade de adesivos e devem verificar se o cateter da paciente está seguro todas as manhãs antes de saírem da cama para se movimentarem. É útil aconselhar as pacientes a informarem as enfermeiras se o adesivo se soltar ou se o cateter não estiver seguro.



Figura 43 Cateter fixo ao abdômen

As pacientes podem ocasionalmente voltar da sala de operações com o cateter fixo por uma sutura no monte pubiano (Figura 44). Isto é perfeitamente aceitável, embora também seja necessário adesivo além da sutura. Porém, a paciente pode começar a queixar-se de que a sutura está a causar dor quando estiver em movimento. Se for esse o caso, nesta fase é melhor remover o ponto para conforto da paciente, mas é essencial garantir que o cateter esteja adequadamente fixo com adesivo.



Figura 44 Cateter fixo com sutura ao monte pubiano

É importante evitar que a paciente prenda o cateter na cama, pois isso pode causar um puxão na bexiga quando esta se movimenta na cama (Figura 45). As pacientes precisam de saber que o balde deve ficar no chão se estiverem na cama para permitir a drenagem gravitacional do cateter. Estas não devem ter o balde ao seu lado na cama.



Figura 45 Balde amarrado à cama, pode causar um puxão do cateter

Pode ser criado um “tubo comprido” a partir do sistema do soro usado pela paciente, para permitir que esta ande com o balde e faça com que o cateter drene livremente (Figuras 46 e 47).



Figura 46 A fazer corda longas de balde com conjuntos de administração intravenosa usados



Figura 47 Pacientes mobilizadas com cateter em drenagem livre

Cuidados de Enfermagem para Mulheres com Lesões de Parto

Estão disponíveis sistemas de drenagem fechados, tais como o saco coletor com urinómetro, mas são dispendiosos e raramente estão disponíveis na maioria dos hospitais (Figura 48). Estes também exigem cuidados apertados de enfermagem para observar, esvaziar e registar quanto líquido está a sair.

Alguns centros podem deixar a saco coletor de urina in situ como um sistema de drenagem fechado. No entanto, não é possível saber se o cateter parou de drenar e se ficou bloqueado até que a paciente se queixe de dor abdominal devido ao enchimento da bexiga, o que pode causar falha na cirurgia de correção.

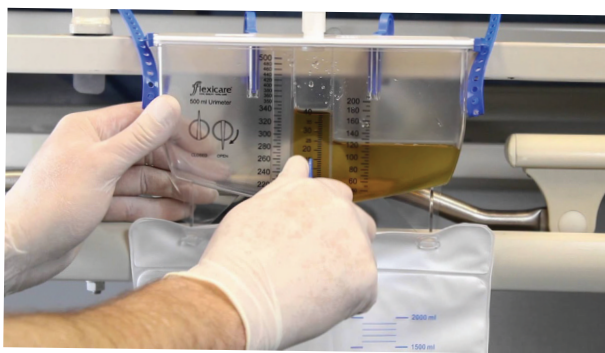


Figura 48 Urinómetro em uso para medir o débito urinário

As pacientes que foram submetidas a correção de laceração perineal também regressam da sala de operações com um cateter. Estas pacientes não tiveram lesões na bexiga, mas têm o cateter colocado para evitar a retenção urinária no pós-operatório. Estas podem manter o saco coletor de urina fixo e esvaziá-lo quando estiver cheio. A maioria dessas pacientes terá o cateter removido no dia seguinte e será incentivada a movimentar-se.

Cateteres ureterais

Após algumas cirurgias de correção complexas de FVV e cirurgias de reimplante ureteral onde o uréter foi danificado durante uma cesariana, são usados cateteres ureterais, bem como um cateter urinário permanente. Estas pacientes regressam da sala de operações com um cateter de Foley inserido na bexiga e um ou dois cateteres ureterais, dependendo da operação. Os cateteres ureterais são usados para ajudar a proteger o local de correção, onde o uréter foi reanexado à bexiga, para manter o uréter aberto e permitir a cicatrização.

Existem dois tipos de cateteres ureterais usados na correção cirúrgica de fístula:

1. Os stents de autorretenção de duplo J ou J utilizados no reimplante do uréter;
2. Stents ureterais sem autorretenção.

Os stents de duplo J ou J são deixados na paciente durante 2 a 6 semanas. Estes têm de ser removidos endoscopicamente por um cirurgião, pois são stents internos.

Os cateteres ureterais sem autorretenção, geralmente, são deixados no local durante 7 a 10 dias, mas haverá instruções pós-operatórias específicas do cirurgião sobre quando devem ser removidos. Ocasionalmente, os cateteres ureterais são usados para proteger os uréteres durante casos difíceis e podem ter de permanecer durante apenas 3 a 5 dias. No entanto, as instruções para a sua extração serão sempre ditadas pelo cirurgião.

Os cateteres ureterais não possuem um balão que os mantém no lugar e geralmente são suturados na pele (Figura 49). É necessário cuidado ao cuidar deles e garantir que não caiam acidentalmente antes de serem removidos. As pacientes podem regressar da sala de operações com estes a sair pela pele do abdômen e suturados no local, facilitando os cuidados.

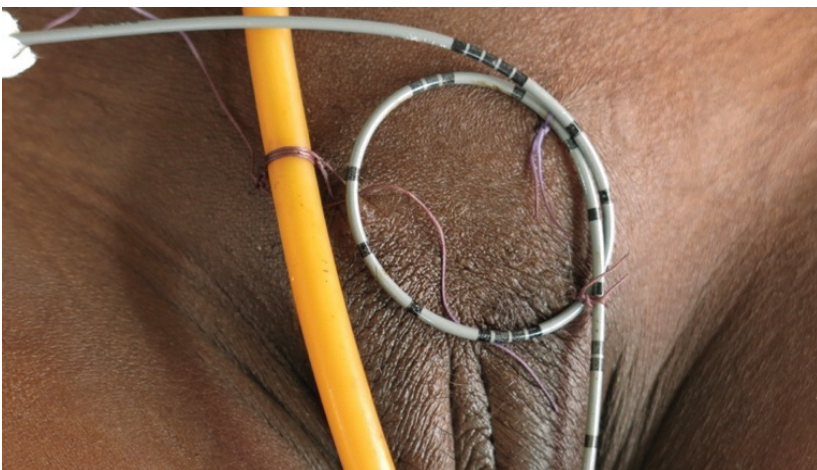


Figura 49 Cateter ureteral cinza costurado com segurança à pele

O cateter ureteral também pode sair pela uretra com o cateter de Foley e ambos os cateteres podem ser colados com fita adesiva. É necessário cuidado ao separá-los se o cateter de Foley ficar bloqueado.

A drenagem dos cateteres ureterais sem que estes vazem pode ser um desafio, principalmente quando a paciente começa a movimentar-se. A maioria dos cateteres ureterais é inserida na tubulação a partir de um conjunto de administração intravenosa ou saco do cateter sem conectores adequados (Figura 50). A paciente pode ficar frustrada ao descobrir que a sua cama está molhada, mas após um exame cuidadoso, verifica-se que o cateter ureteral geralmente se desconecta do tubo que o drena para um balde ou a conexão é simplesmente má e tem fugas. A paciente precisa de ter a certeza de que não voltou a ter perdas de urina e que o problema é do cateter ureteral.



Figura 50 Conector para cateter ureteral

As pacientes que possuem cateteres ureterais e também um cateter de Foley vão descobrir que vai ser colhida mais urina a partir do cateter ureteral, pois este está situado mais próximo dos rins, causando uma redução da produção de urina no cateter de Foley. Isto é totalmente normal e expectável. A paciente deverá continuar a beber bastante água, mas não deve preocupar-se caso haja apenas uma pequena quantidade de urina drenada do cateter vesical de Foley.

Líquidos

A maioria das pacientes poderá começar a beber assim que voltar da sala de operações (Figura 51). Estas devem ser incentivadas a beber bastantes líquidos até que a urina fique clara. Pode ser feita uma palhinha com o conjunto de administração intravenosa usado para permitir que bebam enquanto estão deitadas na cama.

Muitas pacientes com fístula não estão acostumadas a beber muitos líquidos, principalmente se já têm a fístula há muitos anos. Terão tentado controlar a incontinência restringindo severamente a ingestão oral. Garantir que bebem o suficiente no pós-operatório pode ser particularmente desafiante, pois as pacientes muitas vezes temem ficar molhadas novamente. É fundamental relembrar às pacientes a importância de beber para manter a bexiga limpa e evitar que coágulos sanguíneos bloqueiem o cateter.



Figura 51 A ingestão de líquidos começa assim que a paciente regressa da cirurgia

Se uma paciente estiver relutante em beber água, verifique-a regularmente e incentive-a a manter uma ingestão de líquidos elevada. É aconselhável obter o apoio da acompanhante em relação a esta questão e certificar-se de que está a fornecer bastante água à paciente. Pode saber se a paciente está a beber o suficiente pela cor da urina: urina amarela, significa que a ingestão de líquidos é insuficiente (Figura 52); urina clara, é boa (Figura 53)!

Todas as pacientes irão regressar da sala de operações a receber fluidos por via intravenosa. Estes podem ser interrompidos quando a paciente está a beber água e a urina está clara. No entanto, algumas pacientes podem sentir



Figura 52 Urina concentrada



Figura 53 Urina clara

náuseas após uma anestesia epidural ou geral. Essas pacientes precisam que os fluidos intravenosos continuem até que consigam beber, o que pode levar entre 24 e 48 horas. A administração de medicamentos antieméticos, se disponíveis, pode ajudar a controlar os sintomas.

Dieta

A maioria das pacientes poderá começar a seguir a sua dieta normal no dia seguinte à cirurgia de correção da FVV, quando estiver totalmente recuperada da anestesia. Recomenda-se a alimentação normal e não devem alterar a dieta, pois pode causar diarreia ou prisão de ventre. No entanto, pacientes submetidas a cirurgia de FRV, correção de laceração perineal ou reimplante ureteral devem introduzir alimentos sólidos mais lentamente. Líquidos claros, sopas ou papas de aveia nos primeiros 2 dias, passando para uma dieta leve durante alguns dias e evitando alimentos que prendam os intestinos. São recomendados laxantes para essas pacientes para evitar a prisão de ventre e qualquer esforço no local da correção.

Alívio da dor

A maioria das pacientes submetidas a cirurgia de correção de fístula realizada por via vaginal necessitará de pouca anestesia (Figura 54). Algumas podem necessitar de diclofenac nas primeiras 24 horas de pós-operatório e, em seguida, de paracetamol durante alguns dias, se sentirem dor.

As que foram submetidas a retalho no âmbito da cirurgia ou a uma correção feita no abdómen vão precisar de mais analgésicos, com um opiáceo nas primeiras 24 a 48 horas, dependendo da extensão da cirurgia e da quantidade de dor que sentirem. Isto pode ser reduzido ao Diclofenac e paracetamol à medida que a dor diminui.



Figura 54 Paciente sem dor deitada confortavelmente na cama

É importante sempre perguntar à paciente se sente dor, em vez de partir do pressuposto de que, se estiver deitada na cama, sem se mexer, não sentirá dor. Muitas vezes acontece o oposto, pois podem não conseguir mexer-se devido à dor que estão a sentir. O alívio adequado da dor permite que a paciente se movimente mais cedo e ajudará a promover a cicatrização.

Se uma paciente se queixar de dor, principalmente dor abdominal inferior, verifique sempre se o cateter está a drenar antes de administrar um analgésico. Certifique-se de que o cateter não esteja bloqueado por dobras (Figura 55) ou coágulos (Figura 56) ou que não tenha caído. O primeiro sinal de que o cateter não está a drenar pode ser o facto de a paciente estar com a bexiga cheia. Faça sempre estas verificações primeiro.



Figura 55 Cateter dobrado um cateter

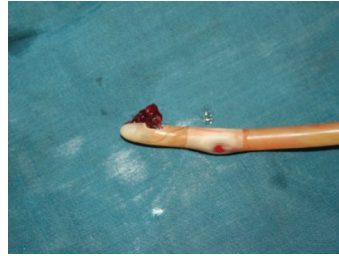


Figura 56 Coágulo de sangue a bloquear

Espasmo da bexiga

Algumas pacientes podem apresentar espasmo na bexiga no pós-operatório imediato, fazendo com que a urina passe ao lado do cateter. Estas vão reclamar que se sentem húmidas e sentir dores na parte inferior do abdómen. É necessário um exame minucioso para determinar de onde vem a urina, verificando se a bexiga não está distendida e se o cateter não está bloqueado. Pode ser administrado Buscopan® (hyoscina) para tratar os espasmos. Outros medicamentos, tais como a oxibutinina ou a solifenacina, também podem ser usados.

Antibióticos

Alguns cirurgiões não administrarão antibióticos, mas a maioria administrará uma dose profilática de gentamicina na sala de operações, no início da cirurgia. É reconhecido que a infecção geralmente resulta de contaminação durante a operação. Portanto, uma dose única administrada antes do início da operação é uma prática comum.

Se houve contaminação fecal acidental durante a operação ou se também foi realizada correção retal ou esfínteriana, recomenda-se Gentamicina 160 mg por via IV, diariamente, durante 3 dias, e Metronidazol 500 mg por via IV, a cada 8 horas durante 48 horas.

Monitoração de sinais vitais e verificações de feridas

Todas as pacientes submetidas a cirurgia devem ser sujeitas a observações e estas devem ser registadas quando regressarem da sala de operações. Deve ser mantido um gráfico de observação nas anotações da paciente ou na cabeceira da cama e a tensão arterial e a pulsação da paciente devem ser

registadas a cada hora durante, pelo menos, as primeiras 4 a 6 horas após a cirurgia, e depois a cada 4 horas se estiverem estáveis.

Uma queda na tensão arterial e um aumento na pulsação podem ser um sinal de que a paciente está com hemorragia. É vital que tal seja detetado precocemente para permitir que a paciente seja novamente levada para a sala de operações para que a hemorragia seja tratada antes que surjam problemas.

O resguardo da paciente e as partes visíveis do tampão vaginal (bem como qualquer ferida externa) também devem ser verificados de hora em hora após o regresso da sala de operações, para detetar quaisquer sinais de hemorragia. Em muitas situações, isso envolverá a verificação de que não há sangramento recente no tampão vaginal (Figura 57).

Assim que as pacientes estiverem estáveis e móveis, devem ser medidos diariamente a temperatura, a tensão arterial e a pulsação para observar qualquer sinal de infeção nos dias ou semanas seguintes. A deteção precoce e a intervenção imediata com antibióticos evitarão qualquer obstáculo na cicatrização das feridas que pode levar a falhas nas reparações.



Figura 57 Verificação da ferida pós-operatória quanto a hemorragia

É responsabilidade da enfermeira responsável pela enfermagem de fístula garantir que as observações sejam feitas e registadas. Isto pode ser delegado a outros membros da equipa, mas a enfermeira responsável deve garantir que tal seja feito. Além das observações diárias, os enfermeiros devem registar diariamente no prontuário se a paciente permanece seca (dry), se bebe (drinking) e se o cateter está a drenar (draining) – os três “D” (Anexo B) (Figura 58).



Figura 58 Pacientes a beber, a drenar e secas

A verificação das feridas deve ser realizada diariamente em todas as pacientes submetidas a cirurgia de correção de laceração de 4.º grau, principalmente depois de os seus intestinos se começarem a movimentar. A enfermeira tem de verificar se a ferida se mantém limpa e aconselhar a paciente a lavar-se depois de evacuar.

A verificação das feridas é mais fácil com a paciente deitada de lado, com os joelhos apoiados no peito (Figura 59). Essas reparações estão sujeitas a infeções e ruturas se a ferida não for mantida limpa e seca. É importante ensinar às pacientes a importância de manter a ferida limpa. Isto deve-se ao facto de algumas pacientes poderem ter medo e, assim, resistirem à limpeza da ferida, pois ficam preocupadas em tocar nos pontos.



Figura 59 Verificação diária da ferida em operações de laceração perineal

Remoção de compressas vaginais/higiene perineal/absorventes

Após uma cirurgia de correção de fístula ou laceração de 3.º/4.º grau, as pacientes regressam da sala de operações com um tampão de compressa na vagina para estancar qualquer hemorragia aplicando pressão na vagina e para absorver qualquer sangramento residual da operação. Essas compressas devem ser removidas no dia seguinte à cirurgia para prevenir infecções.

A remoção do tampão vaginal é melhor realizada durante a limpeza perineal (Figura 60). A lavagem perineal é necessária no pós-operatório, para limpar qualquer secreção, sangue ou coágulos do períneo e do cateter, bem como para reduzir o risco de infecção localizada.

O tampão vaginal deve ser embebido em Savlon diluído ou soro fisiológico antes de ser retirado, pois isso facilita o deslizamento do tampão vaginal, reduzindo ao máximo o desconforto da paciente. Os tampões vaginais, feitos de gaze Vaseline® são mais fáceis de remover, pois não colam na vagina.



Figura 60 Remoção do tampão vaginal e lavagem perineal diária

Os tampões vaginais podem ser feitos no hospital, adicionando uma pequena quantidade de vaselina ao tambor esterilizador que contém as compressas vaginais. O calor durante a esterilização derreterá a vaselina e encharcará todas as compressas vaginais.

Durante a retirada do tampão, a paciente poderá sentir algum desconforto, mas será temporário. É necessária uma boa iluminação para inspecionar o tampão após a remoção em busca de qualquer sinal de infecção ou

hemorragia recente. É importante garantir que não haja mais compressa na vagina, pois isso pode ser fonte de infecção pós-operatória e levar a falha da correção.

A lavagem perineal deve ser realizada diariamente após a correção da fístula. A paciente é incentivada a fazer isto sozinha durante o banho. No entanto, se a paciente não estiver bem de modo geral ou tiver sido submetida a uma cirurgia extensa e precisar de mais tempo para recuperar na cama, deverá tomar um banho diário na cama, que incluirá lavagem perineal cuidadosa com detergente (antisséptico) diluído ou similar pela equipa de enfermagem.

Conforme referido anteriormente, as feridas de correção de laceração perineal precisam ser limpas após cada evacuação. Um pequeno balde com água é adequado para permitir que as pacientes façam isso depois de irem à casa de banho.

Os banhos de assento podem ser recomendados para lavagem perineal em



Figura 61 A fazer compressas de gaze e algodão

alguns centros. Para o efeito, a paciente enche uma bacia com água morna e uma colher de chá de sal e fica sentada na bacia durante 5 a 10 minutos para limpar o períneo. No entanto, isto é impraticável para muitas mulheres, uma vez que não têm acesso imediato a água quente ou a um local privado para o fazer. A pesquisa atual sugere que não há redução nas taxas de infeção pós-operatória ou no alívio da dor com o uso de banhos de assento.

Devem ser fornecidos absorventes para absorver qualquer sangramento após a remoção do tampão vaginal. Estes absorventes podem ser confeccionados pela equipa de enfermagem com gaze e algodão (Figura 61). Grandes quantidades de sangramento devem ser mencionadas à equipa da enfermaria e a equipa médica deve ser informada se a hemorragia for significativa.

Mobilização de pacientes

Após a correção simples da fístula vaginal, a maioria das pacientes pode movimentar-se no dia seguinte, com o cateter a drenar para um pequeno balde que podem transportar consigo (Figura 62). Pacientes com pe-caído precisarão do apoio de um parente ou acompanhante para ajudá-las a caminhar e a transportar o balde.

Pacientes que foram submetidas a cirurgia abdominal, incluindo reimplante ureteral, retalhos ou enxertos, precisarão de mais tempo a descansar na cama para recuperar. Se estiverem bem o suficiente, podem sair da cama e movimentar-se suavemente pela enfermaria no dia seguinte à cirurgia. É melhor manter as camas dessas pacientes próximas ao posto de enfermagem, pois exigirão mais cuidados de enfermagem. Estas podem ser transferidas para mais longe na enfermaria quando estiverem bem e se não tiverem desenvolvido nenhuma complicação pós-operatória.

As pacientes com laceração de 3.º e 4.º graus terão o seu tampão vaginal e o cateter removidos no dia seguinte à cirurgia e estarão de pé e a andar. Se houver falta de camas na enfermaria dedicada a fístulas, estas pacientes podem ser transferidas para outras enfermarias para serem cuidadas, uma vez que necessitarão de poucos cuidados assim que recuperarem a mobilidade.



Figura 62 Pacientes com fístula mobilizando-se no pós-operatório