

Capítulo 6

Complicações e desafios pós-operatórios

Cateteres bloqueados

Tal como já foi mencionado, cateteres bloqueados podem ser um desastre para pacientes após correção cirúrgica de fístula. Se o cateter estiver bloqueado e tal não for detetado, a bexiga encher-se-á, esticando a sutura. Eventualmente, a urina escapará pela ferida, estragando a correção ou contornando o cateter. O primeiro sinal de um cateter bloqueado pode ser a paciente a queixar-se de dor abdominal devido a bexiga cheia.

Para verificar se um cateter está a drenar (Figura 63), primeiro coloque o cateter acima do nível da bexiga e veja se a urina escorre pelo tubo de volta à bexiga. Esteja atenta a quaisquer dobras, coágulos sanguíneos, restos de tecido ou pus no cateter que possam estar a causar um bloqueio.



Figura 63 A verificar se o cateter está bloqueado

Se o cateter não estiver a drenar, pode ser necessário lavá-lo com uma seringa (Figura 64). Para tal, é necessária uma seringa estéril com ponta de cateter de 60 ou 100 ml, um cuvette estéril (bacia reniforme) e um pouco de soro fisiológico normal. É útil ter algumas embalagens estéreis contendo

uma cuvete e uma seringa prontas para utilização, quando necessário. A utilização de equipamento estéril reduzirá as probabilidades de introdução de uma infecção na bexiga durante a irrigação.

A lavagem do cateter envolve empurrar suavemente 25 ml de soro fisiológico através do cateter urinário para expulsar quaisquer coágulos ou cristais que possam estar a bloquear o cateter e, em seguida, voltar a ligar o tubo do cateter e permitir que este drene livremente. Pode haver a tentação de puxar a seringa durante a irrigação, mas isso deve ser evitado, pois pode inadvertidamente causar lesões no local da correção na parede da bexiga se o balão do cateter estiver próximo da ferida.



Figura 64 A realizar uma lavagem do cateter

Se o cateter não desbloquear após a lavagem com soro fisiológico, será necessário substituí-lo por um novo cateter de Foley. Se a causa do bloqueio for coágulos de sangue, será necessário passar a um cateter de maior dimensão quando for substituído – os tamanhos 18F ou 20F são ideais. Todos os enfermeiros devem ter formação para serem capazes de aplicar um cateter utilizando uma técnica assética.

Urina com sangue/coágulos

Se a paciente não estiver a beber líquidos suficientes, a urina no cateter terá uma cor escura e poderá haver sangue e coágulos no tubo (Figura 65). A presença de coágulos e resíduos no cateter podem causar o bloqueio do mesmo. A paciente deve ser encorajada a beber mais água e o acompanhante deve fornecer-lhe bastante líquidos. As pacientes devem ser encorajadas a beber até que a urina no tubo fique clara.

Pacientes submetidas a operação à bexiga para reparar a fístula ou uma operação de reimplante ureteral, podem apresentar sangue na urina durante alguns dias. Isto pode ser preocupante para as pacientes, mas se estiverem a beber bastante água, podem ter a certeza de que a situação se resolverá no máximo dentro de alguns dias.



Figura 65 Urina com sangue

A maioria das pacientes precisará de ser lembrada diariamente de que deve beber bastante água e deve ser-lhes explicado que a urina deve ter uma cor clara. É útil encorajar o acompanhante a ajudar nesta questão.

Infeção

A infeção pode acontecer no pós-operatório apesar do uso de antibióticos profiláticos. Se não for reconhecida numa fase precoce, a infeção pode desenvolver-se, sendo a causa mais comum de falha de uma cirurgia de correção.

A infeção da vagina produz febre (pirexia), aumento de secreção, sangramento secundário e mau odor. Deve verificar sempre se não há nenhuma compressa retida na vagina. Os registos diários de temperatura ajudarão a detetar os primeiros sinais de infeção.

Uma ingestão elevada de líquidos reduz o risco de a paciente desenvolver uma infeção do trato urinário. As pacientes que desenvolvem infeção grave devem ser tratadas com antibióticos por via intravenosa. Deve ser iniciada a administração de Ampicilina 1 g, uma vez ao dia, ou Ciprofloxacina 400 mg,

a cada 12 horas durante 3 dias, por via IV, sendo geralmente suficientes para tratar a infeção. A infeção simples do trato urinário ou a infeção genital pode ser tratada com antibióticos por via oral. Quando existirem instalações disponíveis, deve ser enviado um esfregaço da ferida ou uma amostra de urina para cultura e testes de sensibilidade.

No entanto, o tratamento não deve ser adiado enquanto se aguarda pelos resultados antes de iniciar a medicação.

As infeções de feridas também podem ocorrer em pacientes submetidas a cirurgia de correção abdominal ou a um retalho, tal como o de Singapura ou de Martius. Se a ferida infectar, serão necessários curativos diários e tratamento com antibióticos.

Pacientes submetidas a cirurgia de correção de laceração de 3.º ou 4.º graus também podem precisar de antibióticos se a ferida infectar. Como referido anteriormente, as pacientes devem ser aconselhadas a limpar a ferida com água sempre que evacuarem e depois a secar a pele.

Sangramento

Se ocorrer algum sangramento/hemorragia no pós-operatório imediato, a paciente deve ser levada novamente para a sala de operações para determinar a origem da hemorragia. A maioria das pacientes terá a hemorragia interrompida com a inserção de mais compressas na vagina. Nos casos em que a hemorragia é arterial, só pode ser interrompida cirurgicamente através de uma nova operação.

A hemorragia é menos comum na segunda semana pós-operatória e quase sempre é causada por uma infeção. Uma área da ferida pode infeccionar com descamação, deixando uma área exposta que pode ser a causa da hemorragia. A maior parte das hemorragias pode ser estancada “comprimindo” a área, mas em algumas ocasiões, a paciente pode ter de voltar à sala de operações para exploração e intervenção cirúrgica para estancar a hemorragia. O sangramento tardio secundário à infeção também deve ser tratado com antibióticos (Metronidazol por via oral e Cefalexina ou Amoxicilina).

Se uma paciente teve uma hemorragia muito forte, pode precisar de uma transfusão de sangue, se disponível no centro de tratamento de fístulas. Verifique os resultados do nível de hemoglobina (Hb) pré-operatório da

paciente, o que pode ajudar a determinar se precisa de sangue. Se a Hb pré-operatória estava baixa e esteve a sangrar, é aconselhável repetir teste à Hb e fazer uma comparação cruzada, se ainda não tiver sido realizada, e administrar uma transfusão de sangue. Se a Hb estiver dentro do intervalo normal, as pacientes podem receber ferro e ácido fólico por via oral durante 4 semanas.

Dor de cabeça após anestesia epidural

Algumas pacientes sofrerão de dor de cabeça após a anestesia epidural. Estas devem ser aconselhadas a deitar-se na cama e a não se levantar durante alguns dias até que a dor de cabeça desapareça. Pode ser administrado Paracetamol para alívio da dor, mas algumas podem necessitar de analgesia mais forte, tal como Diclofenac ou Tramadol por via intramuscular. As pacientes também devem ser incentivadas a beber mais água. Para algumas pessoas, a cafeína numa chávena de chá ajuda a reduzir a dor de cabeça.

Vómito pós-anestésico/íleo paralítico

Algumas pacientes podem sentir náuseas e vômitos após anestesia epidural ou geral. Aquelas que necessitaram de cetamina podem demorar mais tempo a recuperar da anestesia e terão de receber cuidados na cama até serem capazes de comer, beber e estarem prontas para se movimentarem. Pode ser administrado um antiemético, tal como a Metoclopramida ou a Ondansetrona, se disponível, para aliviar os sintomas. Também são necessários fluidos intravenosos até que a paciente consiga beber o suficiente para manter a urina clara.

Um pequeno número de pacientes pode sofrer de íleo paralítico após uma operação abdominal durante a cirurgia. Se a paciente continuar a vomitar, não houver ruídos intestinais e o abdómen ficar distendido, deve ser usada uma sonda nasogástrica para esvaziar o estômago e proporcionar alívio sintomático à paciente. Também deverão continuar o jejum e a receber fluidos por intravenosa até que haja ruídos intestinais, após o qual a paciente poderá começar a beber.

A paciente fica húmida

Se a paciente ficar húmida nos primeiros dias após a cirurgia, isso geralmente é um mau sinal que sugere que a correção falhou ou que tem uma segunda

fístula que não foi detetada no exame. Geralmente, pouco pode ser feito nesta fase, além de manter o cateter inserido, na esperança de que a cicatrização possa ocorrer. A paciente deverá ser informada de que é necessária uma nova cirurgia e que precisará de regressar para tratamento adicional no futuro.

Uma fuga tardia, na segunda semana ou mais tarde, deve-se geralmente a uma infeção ou a um cateter bloqueado. Nestes casos, o local da cirurgia de correção de fístula deve ter uma boa irrigação sanguínea e as pacientes provavelmente cicatrizarão se o cateter for mantido durante mais tempo. A paciente deverá ser assegurada de que permanecer no hospital durante mais algumas semanas com o cateter inserido pode ajudar a acabar com as perdas de urina. Cuidar dessas pacientes em posição de decúbito ventral (Figura 66) pode ajudar a promover a cicatrização, pois o ferimento na base da bexiga ficará para cima e a ponta do cateter abaixo (drenagem do reservatório) (Figura 67).

Isto implica manter a paciente na cama, deitada e a dormir em posição de decúbito ventral, só saindo da cama se precisar de ir à casa de banho para esvaziar o intestino.



Figura 66 Paciente a ser cuidada na posição de decúbito ventral

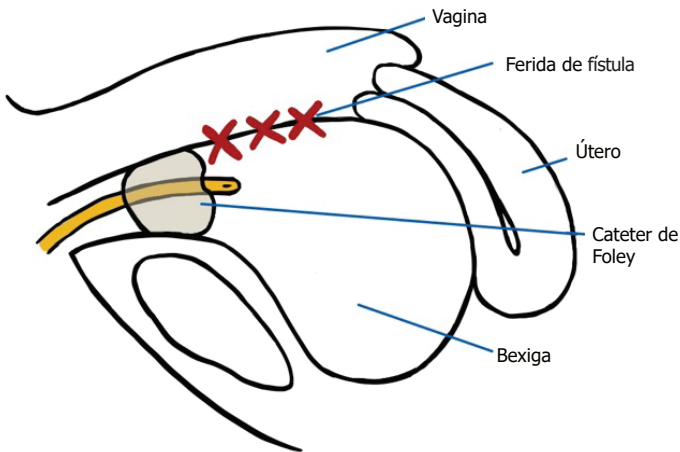


Figura 67 Drenagem do reservatório (local de correção voltado para cima quando a paciente está deitada de barriga)

Aconselhamento para mulheres cuja correção falhou

Infelizmente, algumas cirurgias de correção de fístula não terão sucesso após a cirurgia, mesmo com bons cuidados de enfermagem. Estas mulheres necessitarão de aconselhamento por parte do pessoal cirúrgico e de enfermagem e devem ser encorajadas a não perderem a esperança de serem curadas (Figura 68). Estas deverão esperar pelo menos 3 meses, de preferência 6, após a cirurgia inicial antes de uma nova tentativa ser equacionada. Isso permitirá a cicatrização dos tecidos e aumentará as hipóteses de sucesso nas operações seguintes.

É muito angustiante, tanto para as pacientes como para a equipa, quando uma cirurgia de correção não tem sucesso e a paciente pode sentir que é a única que ainda tem perdas de urina, quando as suas colegas pacientes parecem não ter esse problema. Nesses casos, é benéfico apresentar pacientes que voltaram para uma nova cirurgia depois de a primeira tentativa de correção não ter sido bem-sucedida. Neste momento, saber que nem tudo está perdido é útil para as mulheres que já vivem uma vida de desespero pelos problemas causados por causa de uma fístula e que também podem ter pedido dinheiro emprestado para virem para o hospital.



Figura 68 A aconselhar uma mulher com uma cirurgia de correção que falhou

Estas mulheres precisarão de muitos cuidados e de empatia para as apoiar durante o período difícil de aceitar que vão regressar a casa e continuar a sentir a incontinência que inicialmente tinham.

Algumas voltarão para casa com uma fístula residual menor do que aquela com a qual chegaram; portanto, a incontinência poderá ser menor. As pacientes devem ser aconselhadas sobre o momento em que podem comparecer novamente para a cirurgia.

Um pequeno número de pacientes terá a fístula reparada com sucesso, mas continuará a perder urina devido à incontinência de esforço. Isto deve-se aos danos nos tecidos e nervos da uretra, que controla a capacidade do corpo de manter a continência. Essas pacientes beneficiarão de um aconselhamento cuidadoso, para que não percam a esperança de acabarem com a incontinência. Estas devem ser informadas de que podem ser necessárias operações adicionais para ajudar a resolver o problema.