

Capítulo 7

Operações de derivação urinária

As operações de derivação urinária são uma opção para pacientes com fístula consideradas incuráveis. Com isto queremos dizer aquelas pacientes que muitas vezes foram submetidas a muitas operações para tentar acabar com a incontinência, mas que ainda sentem esse problema devido a uma bexiga pequena, a uma uretra que não funciona ou a uma combinação de ambas. Existem vários tipos diferentes de operação de derivação urinária, todas com prós e contras para a paciente, sendo que nenhuma das opções é perfeita.

Bolsa Mainz 2

A bolsa Mainz 2 é criada de forma que os uréteres sejam implantados numa bolsa construída a partir do intestino, para que a paciente liberte fezes e urina pelo ânus. Para que esta operação seja um sucesso, a paciente precisa de ter um bom controlo do esfíncter anal. Isso é testado pedindo à paciente que retenha cerca de 250 ml de água misturada com azul de metilo ou violeta de Genciana, administrado como clister, durante 60 minutos. A paciente ideal para derivação não deve ter quaisquer fugas, e isso é avaliado dando-lhe um absorvente para usar durante o período de avaliação. Um bom controlo do esfíncter é confirmado quando não há corante no absorvente.

A paciente deve ter função renal normal antes de prosseguir com esta operação, pois qualquer insuficiência renal fará com que a paciente se torne acidótica e desenvolva outras complicações. A função renal deve ser verificada anualmente e deve ser realizada uma ultrassonografia renal para verificar se há hidronefrose.

A derivação da urina para o intestino altera o estado metabólico da paciente, pois alguns dos constituintes urinários serão absorvidos pelo intestino, fazendo com que o sangue se torne mais ácido. Para prevenir esta acidose metabólica, a paciente deve tomar uma colher de chá de bicarbonato de sódio para o resto da vida após este procedimento. Este está facilmente disponível nas lojas, pois é um ingrediente comum usado na padaria e na cozinha.

As pacientes também devem ser aconselhadas sobre o risco acrescido de desenvolvimento de tumores no cólon sigmoide, com um risco estimado de 20% em 20 anos, e a necessidade de consultar um cirurgião se sentirem dores abdominais fortes ou sangue nas fezes.

Conduto Ileal

O conduto ileal envolve a derivação dos ureteres para uma pequena secção do intestino que se abre para a pele, como um estoma. A urina então drena para o conduto ileal e é armazenada em sacos de urostomia que são esvaziados pela paciente. Esta forma de derivação é boa para pacientes com função renal comprometida, uma vez que há menor absorção de constituintes urinários e, portanto, menor risco de acidose metabólica.

Para que esta operação seja um sucesso, a paciente deve dispor de uma reserva de sacos de urostomia prontamente disponíveis, o que muitas vezes não é uma opção realista em muitos contextos em que as fístulas ocorrem. Outro elemento que precisa de ser cuidadosamente considerado é o facto de muitas mulheres poderem achar inaceitável ter uma anatomia/imagem corporal diferente da de outras mulheres na sua comunidade e enfrentar a perspectiva de viver com uma bolsa de estoma para o resto da vida.

Saco de continência (Mitrofanoff)

Um saco de continência pode ser uma opção para algumas pacientes que têm boa capacidade vesical, mas uretra irreparável. Nestas pacientes, é realizado o procedimento de Mitrofanoff, que envolve o uso do apêndice ou intestino para drenar a urina da bexiga para a parede do abdómen e fechar totalmente a uretra. A paciente pode autocateterizar-se passando um cateter através do apêndice/intestino para esvaziar a bexiga.

As pacientes podem apresentar algumas fugas se não esvaziarem a bexiga regularmente.

Trata-se de um procedimento muito complexo, que só deve ser realizado em centros especializados.

Cateter suprapúbico

O uso de um cateter suprapúbico é uma opção de longo prazo para certas pacientes que podem ser consideradas inadequadas para outros tipos de operações de derivação. É-lhes inserido um cateter suprapúbico através do abdómen e podem usar uma torneira para o manter fechado, abrindo-o de poucas em poucas horas para esvaziar a bexiga. O cateter de Foley tem de ser mudado uma vez por mês, se a paciente aceitar esta opção. Se ainda apresentarem fugas devido a danos irreparáveis na uretra, estas podem não estar completamente secas, mesmo com um cateter suprapúbico.

Cuidados de enfermagem para operações de derivação urinária

Todas as operações de derivação envolvem cirurgia no abdómen. Os cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios são os mesmos para todas as cirurgias abdominais. No entanto, existem algumas instruções específicas para cada operação.

Os cuidados pré-operatórios são os mesmos das correções cirúrgicas de fístula e laceração, incluindo jejum na noite anterior, análises ao sangue pré-operatórias, canulação, preparação do local cirúrgico e bata cirúrgica.

No entanto, todas essas pacientes necessitam de uma boa preparação intestinal para prevenir infeções. Isto envolve realizar um clister com sabão na noite anterior à cirurgia para limpar as fezes e, na manhã anterior à cirurgia, lavar o reto com um clister com soro fisiológico.

No pós-operatório, as pacientes devem ser monitorizadas cuidadosamente para detetar precocemente quaisquer complicações. Imediatamente após a operação, devem ter a sua TA e pulsação verificadas de hora em hora durante as primeiras 6 horas, depois de 2 em 2 horas, durante 6 horas, e depois continuar com a monitorização de 4 em 4 horas, até que a paciente esteja totalmente ambulante e estável.

O sangramento imediato no pós-operatório é o principal fator a observar aquando da saída da paciente da cirurgia. Fazer observações regulares dos sinais vitais da pacientes é essencial durante esta fase, uma vez que qualquer alteração, incluindo uma queda na pressão arterial e um aumento da pulsação, pode alertar sobre qualquer hemorragia. É provável que estas pacientes sintam dores, transpirem e fiquem sonolentas. Por conseguinte,

qualquer suspeita ou sinal de hemorragia deve ser comunicada como uma emergência à equipa médica.

É mais provável que uma fuga anastomótica da cirurgia ocorra por volta do dia 5. Um aumento na dor da paciente, taquicardia e temperatura oscilante são sugestivos de fuga. Se isso ocorrer, o cirurgião deve ser notificado para decidir se a paciente precisa de regressar novamente à sala de operações. Uma fuga anastomótica é uma complicação altamente perigosa para a paciente, que pode resultar em morte. Quanto mais rapidamente a situação for tratada, maior é a probabilidade de a paciente sobreviver, devendo receber antibióticos intravenosos e regressar à sala de operações como uma emergência. Pode ser necessário repetir o procedimento ou realizar uma colostomia.

Serão necessários fluidos intravenosos nos primeiros dias, quando a paciente não estiver a tomar nada por via oral. No entanto, a paciente pode começar a tomar goles de água no primeiro dia e depois tomar líquidos por via oral durante 4 dias, passando para uma dieta leve se não houver problemas de íleo paralítico. Este regime permite tempo suficiente para que a bolsa e os ureteres implantados cicatrizem no local da anastomose.

É provável que a paciente necessite de analgesia forte, como opiáceos, durante as primeiras 24-48 horas para a manter confortável e dar à operação boas possibilidades de cicatrização. A paciente permanecerá em repouso na cama durante os primeiros 1-2 dias e poderá começar a movimentar-se pela enfermaria quando se sentir confortável.

As pacientes submetidas a Mainz 2 terão um tubo retal, que provavelmente será um cateter de Foley, tamanho 24, tubo endotraqueal ou de flatos estendendo-se para fora do ânus (Figura 69). Isto serve para drenar fezes e urina. Também terão 2 cateteres ureterais a drenar a urina dos uréteres que foram reimplantados na bolsa. O tubo retal pode ser removido após o segundo dia, pois é propenso a ficar bloqueado com fezes. Os cateteres ureterais devem permanecer durante 7 a 10 dias e ser verificados diariamente para garantir que estejam a drenar. As instruções para remoção desses tubos devem ser fornecidas pelo cirurgião nas instruções pós-operatórias, que deve ser acompanhada cuidadosamente.

As pacientes com conduto ileal terão um estoma no abdómen a drenar a urina e voltarão da sala de operações com 2 cateteres ureterais que deverão



Figura 69 Tubo retal e cateteres ureterais projetando-se do ânus numa paciente de Mainz 2

ser removidos no dia 7 ou conforme orientação do cirurgião. Serão necessários sacos de urostomia para continuar a recolher a urina e devem ser dadas explicações regulares e de apoio à paciente sobre como esvaziar o saco e cuidar do estoma. As pacientes devem receber um fornecimento de sacos de estoma para levar para casa e ter acesso a sacos adicionais.

No entanto, se não for possível obter sacos de estoma, o último recurso pode ser a utilização do saco de estoma Arua. Este dispositivo é construído com a extremidade de um copo de plástico, gaze, fio de sapateiro e pequenos sacos de polietileno. A paciente pode cobrir o estoma com este método e mudar o saco de polietileno regularmente (Figura 70).

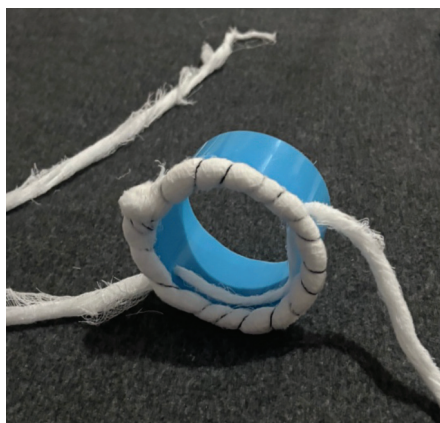


Figura 70 O saco de estoma Arua

Cuidados de Enfermagem para Mulheres com Lesões de Parto

Pacientes com saco coletor de urina terão a sua urina drenada por um cateter de Foley permanente até que a ferida cicatrize. O cateter é retirado no 14.º dia e a paciente é ensinada a realizar a autocateterização intermitente limpa para esvaziar a bexiga.