

Capítulo 8

Receber alta

Remover os cateteres

Os cateteres são geralmente removidos cerca de 10 a 14 dias de pós-operatório. Alguns terão de permanecer mais tempo, de acordo com as orientações específicas do cirurgião.

As pacientes devem permanecer 2 a 3 dias no hospital após a remoção do cateter para garantir que não haja complicações antes de regressarem a casa.

O treino da bexiga é realizado após a retirada do cateter. Isro ajuda a treinar novamente a bexiga para encher e esvaziar novamente e aumenta gradualmente o volume da bexiga. A maioria das pacientes com fístula terá tido uma bexiga colapsada devido à fuga contínua de urina. Portanto, a bexiga pode levar algum tempo até funcionar corretamente novamente.

Uma maneira simples é instruir a paciente a urinar a cada hora após a retirada do cateter. Aumentando gradualmente para cada 2 horas e depois 3 horas nos dias seguintes.

Todas as pacientes devem fazer um volume residual no primeiro dia de remoção do cateter. Isto implica pedir à paciente para urinar num balde e medir o volume urinado. Em seguida, passe um cateter de entrada/saída e meça qualquer volume residual na bexiga.

Se o volume residual for superior a 100 ml ou ao volume urinado, a paciente apresenta retenção urinária. Estas pacientes devem ter os volumes residuais verificados nos dias seguintes antes de receberem alta para regressarem a casa.

Se a retenção urinária persistir, a paciente deverá aprender a autocateterização intermitente antes de receber alta para regressar a casa, para que permaneça seca.

Se estiverem a urinar normalmente, sem retenção urinária, poderão regressar a casa. Durante a viagem, devem ser instruídas a parar a cada 2 horas, se possível, para urinar, caso percorram uma longa distância. Se não for possível parar para urinar, incentive-as a urinar com as roupas com que chegaram ao hospital quando estavam molhadas. Devem ser avisadas de que se permitirem que a bexiga se encha e se alongue durante a viagem, correm o risco de danificar a correção e de se molharem novamente.

A verificação de cada paciente individualmente antes do regresso a casa é da responsabilidade das enfermeiras. Identificar pacientes com retenção crónica que podem, então, aprender a autocateterização intermitente ajudará a reduzir a probabilidade de as pacientes ficarem molhadas após receberem alta para regressarem a casa.

Para quaisquer pacientes que estejam molhadas antes da remoção do cateter, as hipóteses de fecho da fístula são pequenas nesta altura. Por isso, é aconselhável remover o cateter urinário e aconselhar a paciente a voltar para avaliação e, potencialmente, uma cirurgia adicional no futuro.

Testes de coloração

No geral os testes de coloração são usados durante a triagem para determinar se existe uma fístula e onde esta está situada. O procedimento também pode ser realizado na sala de operações antes da correção da fístula. Para além disso, alguns centros utilizam testes de corantes antes de dar alta à paciente. Deve-se ter muito cuidado ao fazer um teste de coloração no início do período pós-correção, para não danificar ou traumatizar a fístula recém-corrigida, por exemplo, através do uso inadequado do espéculo do Sims ou o enchimento excessivo da bexiga com solução de coloração.

Por isso, é melhor deixar os testes de coloração para os cirurgiões. É provável que tenham experiência na sua realização e são capazes de, subsequentemente, aconselhar sobre os cuidados e a gestão adequados de cada paciente.

Testes de absorvente

Os testes de absorvente são uma maneira fácil de descobrir se uma paciente está molhada após a remoção do cateter ou durante a triagem se as fugas de urina não forem evidentes.

Para realizar um teste de absorvente, pesa-se primeiro o absorvente seco e pede-se à paciente que beba 500 ml de água. Em seguida, é-lhe pedido que use o absorvente dentro das cuecas, que caminhe durante uma hora, que faça 5 agachamentos, 5 saltos e que suba alguns degraus. Pese o absorvente após uma hora. A diferença no peso do absorvente antes e depois do teste determinará se há fugas de urina.

Incontinência de esforço

Um pequeno número de pacientes terá tido uma oclusão bem-sucedida da fístula, mas permanecerá incontinente na uretra (incontinência de esforço) após a cirurgia. Isto é decepcionante para a paciente, pois pode sentir que os seus sintomas não são diferentes. Pode haver várias causas para a incontinência de esforço, sendo a principal a destruição do tecido uretral ou do colo da bexiga devido a traumatismo durante o parto, dificultando a secagem completa da paciente. A paciente pode ter ficado com uma bexiga extremamente pequena após a lesão, dificultando a manutenção da continência. Re-treinar a bexiga é importante para todas as pacientes. Isto implica aumentar gradualmente o tempo entre as micções para aumentar lentamente a capacidade da bexiga.

Um cirurgião experiente especialista em fístulas pode oferecer intervenção cirúrgica adicional usando retalhos cutâneos ou musculares, cirurgia de esforço-sling e procedimentos de aumento da bexiga para tentar melhorar a incontinência de esforço. No entanto, nem todas as pacientes beneficiarão com este tipo de cirurgia.

Os exercícios para o pavimento pélvico, se bem realizados e consistentes, podem ajudar algumas mulheres com incontinência de esforço e podem ser ensinados pelas enfermeiras antes de a paciente receber alta para regressar a casa. As pacientes devem ser aconselhadas a continuar com esses exercícios durante 3 a 6 meses ou até à próxima gravidez (Anexo C).

Mulheres que foram submetidas a muitas tentativas de cirurgia e que ainda apresentam incontinência urinária são frequentemente consideradas incuráveis. No entanto, existem algumas opções para mantê-las secas, sendo que estas pacientes devem ser alertadas destas operações de derivação urinária.

Conselhos às pacientes com fístula na alta

Todas as pacientes que foram submetidas a correção cirúrgica de fístula são aconselhadas a abster-se de atividade sexual durante 3 a 5 meses após a alta para regressar a casa e recomenda-se o uso de métodos contraceptivos para adiar futuras gestações por até um ano, se possível.

Também são aconselhadas a não fazer quaisquer trabalhos pesados durante pelo menos 3 meses depois de regressarem a casa. Para algumas pacientes, isto pode ser difícil se forem agricultores de subsistência, mas deve salientar-se que poderão voltar a ter incontinência se não seguirem os conselhos.

Se houver algum sinal de infeção, seja urinária ou corrimento vaginal, a paciente deve procurar assistência médica, pois pode necessitar de tratamento com antibióticos.

Qualquer gravidez futura exigirá parto seguro por cesariana. Isto deve ser fortemente ensinado à mulher e à família, uma vez que as suas probabilidades de desenvolver outra fístula no parto vaginal subsequente são elevadas. Se ficar incontinente novamente, é aconselhada a entrar em contacto com o centro de cirurgia de correção de fístulas e comparecer para avaliação.

Conselhos para dar alta após correção de laceração de 3.º e 4.º graus

A maioria das pacientes poderá regressar a casa 2–3 dias após cirurgia de correção do esfíncter anal. Se os intestinos estiverem a movimentar-se e a ferida estiver limpa e seca, estas podem receber alta para regressarem a casa, com antibióticos e um amaciante de fezes, como Bisacodil 5 mg, durante 10 dias, e ser aconselhadas a continuar a beber bastantes líquidos.

As pacientes devem continuar a limpar a ferida após cada evacuação para evitar que a ferida infeccione e rompa. Os banhos de assento não são recomendados, a menos que a ferida esteja infetada. Limpar com água e secar a pele após esvaziar o intestino será suficiente. Se apresentarem secreção na ferida, devem usar um pequeno absorvente para manter a ferida o mais limpa possível.

A atividade sexual não é recomendada durante os primeiros 3 meses, pois o reinício precoce da atividade sexual pode causar a rutura da correção e fazer com que a paciente volte a ter incontinência fecal. As pacientes devem ser avisadas de que, embora a pele tenha começado a cicatrizar externamente, a cicatrização completa da ferida demora mais tempo.

É aconselhável uma dieta rica em fibras para garantir que estejam a eliminar fezes moles. Beber bastante líquidos também ajuda a evitar a prisão de ventre. Se uma paciente ficar com prisão de ventre, as fezes grandes e duras e o esforço para evacuar exercerão pressão sobre a ferida, o que pode levar à falha da cirurgia de correção.

Para uma mulher que tenha sido submetida a cirurgia de correção de uma laceração de 4.º grau, todos os partos futuros deverão ser feitos por cesariana e a sua família deverá ser aconselhada a planear essa situação. Precisam de entender que, se a mulher tiver outro parto vaginal, a probabilidade de uma laceração de 4.º grau é alta e as cirurgias de correção subsequentes não têm a mesma taxa de sucesso. No entanto, se a mulher acabar em trabalho de parto e não conseguir chegar ao hospital com rapidez suficiente para uma cesariana, esta deve ser aconselhada a empurrar suavemente durante o parto, com o períneo apoiado por uma parteira, para garantir um parto lento e controlado e reduzir o risco de uma laceração repetida de 3.º ou 4.º graus. Por outro lado, pacientes com correção prévia de uma laceração de 3.º grau podem optar por parto vaginal sob a supervisão de pessoal médico devidamente treinado.

Seguimento

Em alguns centros, as pacientes serão solicitadas a comparecer para acompanhamento médico alguns meses após receberem alta para regressarem a casa, para verificar se não desenvolveram mais problemas ou complicações após a cirurgia. A enfermeira responsável pela enfermaria também deve manter um registo com os nomes e os dados de contacto das pacientes. Os telemóveis são uma boa maneira de manter contacto com as pacientes, caso tenham percorrido uma longa distância para aceder à cirurgia. Além disso, é útil fornecer-lhes um número de telefone para ligarem para o centro de tratamento de fístulas, caso tenham problemas quando regressarem a casa.

As pacientes que chegam ao hospital com fístula quando não há cirurgia disponível naquele momento devem ter o seu nome e informações de

contato adicionados a um registo e devem ser contactadas quando a cirurgia estiver disponível. É importante nunca fechar a porta a uma mulher com fístula, tendo em conta o trauma que já sofreu e a dificuldade que pode ter tido para se apresentar no hospital para tratamento.