

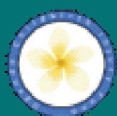
Cuidados de Enfermagem para Mulheres com Lesões de Parto

2.^a edição



Ishbel Campbell

Autor colaborador
Ian Shane Asiimwe



Cuidados de Enfermagem para Mulheres com Lesões de Parto

Segunda edição

Ishbel Marion Campbell
RGN, RSCN, NMP, MSc

e

Ian Shane Asiimwe
MBChB, MMED cirurgia, MScHM, FMAS, F. Urologia

A publicação deste livro foi possível graças a doações especiais da UCIF e da FIGO.

Agradecimentos à Rede Global de Saúde Infantil do Texas e a uma fundação anónima pelo seu apoio à Iniciativa de Treino em Cirurgia de Fístula da FIGO, por meio do qual o financiamento FIGO acima foi fornecido.

Agradecimentos à Biblioteca Global de Medicina Feminina pela sua generosa ajuda na revisão deste texto.

Publicado em conjunto pela
UCIF e FIGO



Publicado em conjunto pela UCIF e FIGO

UCIF

Uganda Childbirth Injury Fund

C/o 2 Murrayfield Road

Edinburgh EH12 6EJ, UK

www.ucif.co.uk/

Número de registo da instituição de caridade: 1099135

FIGO

International Federation of Gynecology and Obstetrics

FIGO House, 10 Theed Street, London, SE1 8ST, UK

www.figo.org / figo@figo.org

Número de registo da instituição de caridade: 1113263

Número de registo da empresa: 05498067

ISBN 978-1-0369-2598-7

Direitos de autor © 2021, 2025 Ishbel Marion Campbell

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida, armazenada ou introduzida num sistema de recuperação, ou transmitida, de qualquer forma ou por qualquer meio (eletrónico, mecânico, fotocópia, gravação ou outro) sem a permissão prévia por escrito do editor.

Impresso e encadernado por CPI Antony Rowe, Chippenham, SN14 6LH, Reino Unido

Dedicatória

Para os meus meninos – Hamish e Roddy

Índice

Agradecimentos	viii
Prefácio	ix
Capítulo 1	1
Introdução	1
Morbidade	3
Fístula vesicovaginal, Fístula retovaginal, Lacerações perineais de 3.º e 4.º graus.....	5
Efeitos psicossociais da fístula obstétrica	8
Necessidade de bons cuidados de enfermagem para fístulas e lacerações perineais.....	9
Equipamento básico necessário para cuidar de pacientes com FVV	10
Prevenção de infecções	12
Higiene das mãos	12
Limpeza	12
Capítulo 2	14
Cuidados pré-operatórios	14
Triagem de fístula (FVV e FRV), pacientes com laceração de 3.º e 4.º graus	14
História médica.....	15
Exame	17
Auxiliar o cirurgião na avaliação da paciente.....	18
Aconselhamento antes da cirurgia	21
Cuidados pré-operatórios imediatos.....	22
Capítulo 3	25
Compreendendo as notas de operação e classificação da fístula	25
Fístula vesicovaginal	26
Fístulas uretéricas e outras	27
Fístula retovaginal	28
Lacerações perineais	28
Diferentes técnicas operatórias	29
Retalho de Singapura.....	29
Enxerto adiposo de Martius.....	30
Retalhos musculares	30
Retalho grácil.....	31
Retalho retoabdominal	31
Retalho isquiocavernoso.....	31

Capítulo 4	32
Cuidados de Enfermagem na sala de operações.....	32
Preparação para a cirurgia	32
Segurança da paciente	32
Posicionar a paciente na mesa de operações.....	34
Privacidade e respeito	35
Instrumentista	36
Instrumentos	38
Suturas.....	39
Conclusão da cirurgia	40
Capítulo 5	43
Cuidados pós-operatórios	43
Gestão da enfermaria.....	43
Transferir pacientes dos carrinhos para a cama.....	44
Cuidados com o cateter.....	45
Cateteres urinários.....	45
Cateteres ureterais.....	50
Líquidos	53
Dieta.....	54
Alívio da dor	55
Espasmo da bexiga.....	56
Antibióticos.....	56
Monitoração de sinais vitais e verificações de feridas	56
Remoção de compressas vaginais/higiene perineal/absorventes.....	59
Mobilização de pacientes	61
Capítulo 6	63
Complicações e desafios pós-operatórios.....	63
Cateteres bloqueados	63
Urina com sangue/coágulos.....	64
Infeção	65
Sangramento	66
Dor de cabeça após anestesia epidural	67
Vômito pós-anestésico/íleo paralítico	67
A paciente fica húmida.....	67
Aconselhamento para mulheres cuja correção falhou	69

Capítulo 7	71
Operações de derivação urinária	71
Bolsa Mainz 2.....	71
Conduto Ileal.....	72
Saco de continência (Mitrofanoff)	72
Cateter suprapúbico	73
Cuidados de enfermagem para operações de derivação urinária.....	73
Capítulo 8	77
Receber alta.....	77
Remover os cateteres.....	77
Testes de coloração	78
Testes de absorvente.....	78
Incontinência de esforço	79
Conselhos às pacientes com fístula na alta	80
Conselhos para dar alta após correção de laceração de	
3.º e 4.º graus	80
Seguimento.....	81
Capítulo 9	83
Reintegração Social e Reabilitação para Sobreviventes	
de Fístula	83
Infertilidade secundária.....	84
Prevenção de fístulas.....	85
Evitar a laceração de 3.º e 4.º graus	87
Paladinas da fístula.....	87
Considerações éticas em enfermagem em pacientes com fístula	87
Conclusão	89
Bibliografia	90
Anexos	92
Anexo B	93
Anexo C	94

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a algumas pessoas que me ajudaram neste livro.

Ao Dr. Ian Shane Asiimwe, por dedicar o seu tempo e paciência ao ajudar-me a preparar este livro e por me ajudar a discernir o que incluir em cada capítulo. Esperamos que este livro também o ajude quando trabalhar em hospitais rurais em África, onde os enfermeiros podem ter muito pouca experiência no cuidado de pacientes com fístulas.

À Dr. Mhairi Collie por ser uma grande amiga e me apresentar ao continente africano e à correção cirúrgica de fístula. O Fundo para Lesões no Parto do Uganda desenvolveu-se e floresceu sob a sua liderança, com muitas mulheres felizes curadas desta condição devastadora. Agradeço também ao companheirismo do trabalho em equipa durante os acampamentos da UCIF.

Ao Dr. Brian Hancock por me encorajar a escrever este livro para complementar os seus próprios livros sobre a correção cirúrgica de fístula – “Uma Introdução à Cirurgia de Fístula” e “Fístula Obstétrica Prática”. Agradeço também pela gentileza em me fornecer e permitir a utilização de algumas das suas fotos.

A Gillian Slinger pela sua contribuição e orientação significativas, incluindo o desenvolvimento do conteúdo, a revisão e a publicação do livro.

Existem várias outras pessoas que ajudaram a rever ou que adicionaram informações, nomeadamente Mwesigwa Annet, Namyalo Hatika, Christine Wood, a Dra. Anna Lloyd, a Dra. Yasuko Maeda e o Dr. Andrew Browning.

Agradeço o apoio informático do Hamish e Roddy Campbell.

A Morven Mackinnon por me fornecer algumas das ilustrações.

Pela ajuda na tradução para português: Miguel Placido, Silva Sambaca e Petra Jobse.

Por último, obrigada a todas as pacientes e funcionárias por me darem permissão para usar as suas fotografias para ajudar a ilustrar o texto.

Ishbel Campbell

Prefácio

Cuidar de pacientes com fístula e cuidar delas para que recuperem a plena saúde física e mental pode ser uma das tarefas mais desafiantes e também gratificantes realizadas pelos enfermeiros.

Sem tratamento, estas meninas e mulheres ficam muitas vezes num estado terrível – fisicamente indispostas, deprimidas, enlutadas e socialmente condenadas ao isolamento, com pouca ou nenhuma esperança de melhoria. Após um tratamento bem-sucedido, podem recuperar completamente a sua vida e aproveitar todas as possibilidades que os seus mundos lhes proporcionam. No entanto, esta pode ser uma jornada difícil, por vezes com mais de um procedimento doloroso necessário para um resultado bem-sucedido. A importância de o tratamento ser o “melhor possível” não pode ser subestimada.

A cirurgia não pode ter sucesso sem os devidos cuidados pré, peri e pós-operatórios. Sem dúvida, as pacientes recuperam melhor com cuidados de elevada qualidade – ou seja, cuidados verdadeiramente holísticos, generosos e compassivos – prestados por enfermeiros que possuam as competências, a compreensão e a determinação para ajudar estas pacientes muito vulneráveis. A autora deste livro é uma dessas enfermeiras muito especiais, que faz uma diferença maravilhosa na recuperação e na vida das pacientes com fístula.

Este livro será um excelente guia e um companheiro inspirador para enfermeiros especializados em fístulas em qualquer região do planeta e contribuirá para o sucesso do tratamento de pacientes com fístulas onde quer que seja utilizado.

Mhairi Collie, MBChB, MD, FRCS
FRCS Cirurgiã colorretal, consultora

Capítulo 1

Introdução

Este livro tem como objetivo ajudar a ensinar e capacitar todos os enfermeiros para que sejam capazes de prestar cuidados de enfermagem bons e eficazes a todas as pacientes após correção cirúrgica de fístula vesicovaginal (FVV), fístula retovaginal (FVR) e lacerações perineais de 3.º e 4.º graus. Os cuidados não são difíceis ou complicados, mas são especializados e requerem o conhecimento da cirurgia específica a que cada mulher foi sujeita, para permitir que os enfermeiros prestem cuidados holísticos e de alta qualidade à paciente. São necessários cuidados de enfermagem antes, durante e após a cirurgia para limitar as complicações pós-operatórias e para garantir que as mulheres tenham uma recuperação segura e sem complicações.

Como a maioria das correções cirúrgicas de fístula são atualmente realizadas em instalações de tratamento de fístula de rotina com a adição de campanhas cirúrgicas, este livro constitui um guia para os cuidados de enfermagem específicos exigidos num hospital/unidade dedicado a fístulas ou durante uma campanha de correção cirúrgica de fístula.

Nos centros especializados de tratamento de fístulas, as pacientes são atendidas por uma equipa multidisciplinar de cuidados holísticos, que inclui enfermeiros de enfermaria e da sala de operações, especialistas em fisioterapia e reabilitação, conselheiros de apoio psicossocial, nutricionistas, bem como médicos e cirurgiões. No entanto, nem todas as pacientes terão acesso a todos estes especialistas de saúde; isto dependerá do que estiver disponível no local onde a cirurgia for realizada.

A correção cirúrgica da FVV é uma tarefa difícil devido à natureza da lesão que envolve a bexiga, a vagina e muitas vezes a uretra, devido à perda de tecido associada ao defeito. Danos nervosos associados envolvendo os esfíncteres uretrais e o mecanismo de enchimento da bexiga afetam a capacidade do corpo de manter a continência urinária. É necessário um cirurgião altamente qualificado para reparar com sucesso a fístula obstétrica (Figura 1).



Figura 1 Cirurgiões altamente qualificados a trabalhar

Nos países afetados por fístulas, há um número muito reduzido de cirurgiões com a formação, as competências e a experiência necessárias para realizar estas operações com sucesso, o que, combinado com a falta de financiamento para o trabalho da fístula, torna difícil que estas mulheres recebam ajuda. Idealmente, a correção cirúrgica de fístula deveria ser realizada regularmente em centros especializados, mas infelizmente estes são poucos e distantes entre si. Para além de existirem poucos cirurgiões treinados em correção cirúrgica de fístula, também o espaço para casos ginecológicos e cirúrgicos eletivos é limitado.

Contudo, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) está atualmente a abordar a formação de cirurgiões especialistas em fístulas com a sua abrangente Iniciativa de Formação em correção cirúrgica de Fístula. Existem agora muitos cirurgiões e equipas holísticas de tratamento de fístulas inscritos no programa de formação, provenientes de países de todo o mundo com uma elevada carga de fístulas obstétricas.

Embora exista um hospital dedicado a fístulas na Etiópia, o Hospital Especializado em Fístulas de Adis Abeba, bem como outros centros que prestam cuidados contínuos de fístulas, algumas cirurgias também são realizadas em campanhas cirúrgicas onde equipas de cirurgiões e outros profissionais de saúde trabalham em conjunto para prestar cuidados às pacientes com fístulas. As campanhas cirúrgicas são geralmente financiadas por agências humanitárias ou instituições de caridade, geralmente permitindo que as mulheres tenham acesso a cirurgia e a tratamento gratuitamente.

No entanto, estima-se que por cada mulher submetida a tratamento cirúrgico, há outras 50 mulheres que não tiveram acesso à cirurgia no mundo. A maioria destas mulheres terá muito pouco conhecimento sobre o que causou a sua fístula ou que existe tratamento disponível para a sua condição, sendo que algumas acreditam que foram amaldiçoadas ou que foi usada bruxaria. Muitas das mulheres vivem em zonas rurais inacessíveis e com más ligações de transportes. Estas podem não ter dinheiro para viajar até ao centro de tratamento ou campanha cirúrgica. Algumas também receiam frequentar serviços de tratamento ou usam medicamentos tradicionais para tentar curar a sua fístula em vez de práticas médicas modernas.

Morbidade

Estima-se que as fístulas obstétricas afetem entre 50 000 e 100 000 mulheres em todo o mundo todos os anos. O desenvolvimento de fístula obstétrica está diretamente ligado à obstrução do trabalho de parto, uma das principais causas de mortalidade materna.

As mulheres que sofrem de fístula obstétrica sofrem de incontinência contínua de urina e/ou fezes, estigma, isolamento social e problemas de saúde associados. A Organização Mundial da Saúde estima que existam atualmente mais de 2 milhões de mulheres que vivem com fístula obstétrica não tratada, principalmente na África subsariana e no Sudeste asiático, bem como em várias outras regiões do planeta.

A fístula obstétrica é evitável e pode ser evitada com acesso a serviços de parto seguros e cuidados obstétricos de emergência atempados.

Infelizmente, a fístula obstétrica afeta esmagadoramente as mulheres com menos recursos a nível mundial, que provavelmente não receberam instrução, que não compreendem exatamente o que lhes aconteceu, muitas vezes casadas ainda jovens com a expectativa de terem muitos filhos. A maioria destas mulheres vive em aldeias rurais com acesso limitado a cuidados de saúde (Figura 2). As suas aldeias podem estar a distâncias muito longas de hospitais, com estradas em más condições e transportes locais pouco desenvolvidos, dificultando as viagens (Figura 3).



Figura 2 Ambientes rurais onde as mulheres dão à luz



Figura 3 O transporte pode ser difícil devido a redes rodoviárias deficientes

A pobreza é também um fator importante que aumenta a probabilidade de sofrer de fístula obstétrica, uma vez que as mulheres nestes ambientes têm frequentemente pouco dinheiro para pagar o transporte para o hospital ou quaisquer custos associados ao internamento hospitalar, caso tenham problemas durante o parto. As mulheres que sofrem de fístula obstétrica vivem frequentemente em países onde os direitos e o estatuto social das mulheres são débeis, o que significa que terão um poder limitado para tomarem decisões por si próprias sobre o local do parto. Muitas farão o parto em casa, sem parteiras devidamente treinadas, como é o caso das parteiras tradicionais. Estas decisões são muitas vezes tomadas pelos homens da família.

Muitas mulheres em países de baixos rendimentos, incluindo África, dão à luz em casa, sob a supervisão da parteira tradicional local. As parteiras são mulheres da aldeia que supervisionam os partos sem qualquer formação obstétrica formal, cujas competências tendem a ser “aprendidas”, tendo sido transmitidas através das famílias.

Isso funciona bem no caso de partos mais simples e as parteiras tradicionais ajudam a nascer centenas de bebês com segurança.

Contudo, as parteiras tradicionais nem sempre reconhecem a tempo quando o trabalho de parto está obstruído e quando uma cesariana é a única opção para um parto seguro de um bebê vivo. Desencadeia-se então uma série de eventos com um atraso no reconhecimento da obstrução, agravado por atrasos adicionais na chegada ao hospital e, em seguida, na chegada ao centro cirúrgico para uma cesariana. Nesta altura, o bebê geralmente já faleceu e, se a mãe sobreviver, é provável que tenha desenvolvido uma fístula devido à pressão da cabeça do bebê na pélvis durante o trabalho de parto distócico.

Fístula vesicovaginal, Fístula retovaginal, Lacerações perineais de 3.º e 4.º graus

A maioria das fístulas desenvolvem-se após o trabalho de parto distócico e são chamadas de fístulas obstétricas, que podem ser divididas em fístulas vesicovaginais (FVV) e fístulas retovaginais (FRV). A fístula obstétrica pode ser urinária (FVV) ou fecal (FRV) ou ambas. A fístula vesicovaginal ocorre quando é formado um “orifício” entre a bexiga e a vagina, causando a passagem de urina pela vagina (Figura 4).

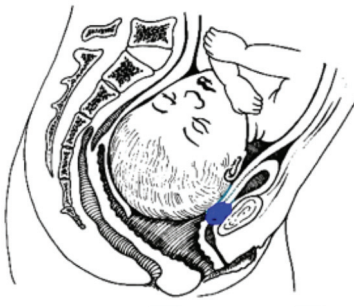


Figura 4 A área a azul mostra o local da fístula vesicovaginal

Em alguns casos, também pode haver um “orifício” ou fístula entre o intestino e a vagina (FRV), que deixa a paciente a libertar fezes pela vagina. As fístulas retovaginais (Figura 5) aparecem muito raramente de forma isolada e ocorrem, geralmente, com uma FVV após o primeiro parto da mulher, nos casos em que o trabalho de parto dura um dia a mais do que com uma FVV isolada.

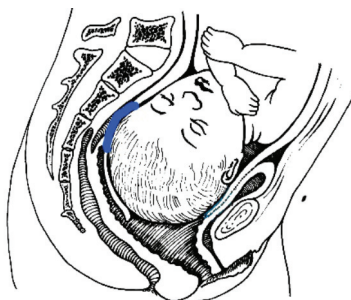


Figura 5 A área a azul mostra a posição da fístula retovaginal

Essas mulheres por vezes também sofrem danos nos nervos devido à compressão do plexo lombossagrado, resultando muitas vezes em pé caído devido ao envolvimento do nervo L5. Estas podem apresentar-se a coxear ou a usar uma muleta. Na maioria dos casos, o pé caído recupera lentamente, mas pode demorar até 2 anos e, em casos graves, pode nunca recuperar.

Outros fatores que levam ao desenvolvimento de fístulas que requerem intervenção cirúrgica para cura são principalmente iatrogénicos, nos casos em que houve danos na bexiga, na vagina ou nos ureteres durante uma cirurgia de histerectomia ou cesariana. A probabilidade das fístulas iatrogénicas é maior se o trabalho de parto distócico for muito prolongado e os tecidos maternos estiverem frequentemente num estado muito frágil. Bons cuidados obstétricos e o encaminhamento atempado para cesariana em caso de trabalho de parto distócico são fundamentais para reduzir o risco de lesões iatrogénicas.

Os danos ocorrem acidentalmente, possivelmente durante uma cesariana difícil, em que o útero se rompeu. Lesões na bexiga ou no uréter podem ocorrer inadvertidamente durante este procedimento para salvar a mãe e o bebé. Uma iluminação deficiente, instrumentos cirúrgicos limitados e a falta de conhecimentos cirúrgicos, podem aumentar o risco de ocorrência de uma fístula iatrogénica após uma histerectomia. Os problemas podem não ser detetados durante vários dias ou semanas após a cirurgia.

Partos vaginais assistidos, tal como a extração a vácuo, se não forem realizados corretamente, podem fazer com que a parede da bexiga, da vagina ou do reto fique presa no vácuo, resultando potencialmente numa fístula iatrogénica. Uma situação semelhante pode ocorrer após partos instrumentais com fórceps.

As fístulas também podem desenvolver-se com tuberculose urogenital ou em cancros avançados; estas são muitas vezes inoperáveis, pois é improvável que cicatrizem ou se recuperem à medida que o cancro avança.

Outras causas incluem radioterapia, traumatismo, trauma sexual e defeitos congénitos.

As lacerações perineais (Figura 6), embora não sejam definidas como fístula, são outra causa comum de incontinência em mulheres após o nascimento do bebé. Nestas situações, a incontinência é fecal, o que significa que as mulheres perdem fezes devido à rutura total ou parcial do músculo do esfíncter do ânus. A rutura do músculo anal pode ocorrer após o parto rápido do bebé, onde não há proteção do períneo durante o parto. Isso pode causar uma laceração no períneo que se estende até ao reto.

A rutura completa do músculo anal com envolvimento da pele entre a vagina e o reto é conhecida como laceração de 4.º grau. Nas lacerações de 3.º grau, o esfíncter anal é rompido, mas as mulheres ainda apresentam o ânus e a parede retal intactos.



Figura 6 Laceração de 3.º grau

Efeitos psicossociais da fístula obstétrica

Estima-se que 97% das mulheres que vivem com fístula sofrem de depressão e 40% tiveram pensamentos suicidas ou fizeram tentativas de pôr termo à vida. Muitas mulheres com fístula levarão vidas muito restritas, incapazes de sair de casa, de socializar no mercado ou de frequentar serviços religiosos. Devido à incontinência, não conseguem ter um emprego remunerado e, conseqüentemente, têm poucos recursos financeiros. Algumas podem estar a viver isoladas depois da partida do marido ou parceiro e são condenadas à solidão pelas suas famílias e pela comunidade porque cheiram fortemente a urina e/ou fezes.

Estas mulheres sofreram lesões terríveis sem culpa própria. Além de ter uma fístula e ficar constantemente molhada de urina (Figura 7), a maioria também terá sofrido o trauma de ter dado à luz um bebé morto.



Figura 7 Jovem com perda constante de urina devido a fístula

Estar na situação destas mulheres é impensável para a maioria de nós, por isso devemos tratá-las com respeito e oferecer-lhes os cuidados humanos que merecem.

Quando mulheres e raparigas se apresentam para tratamento, devemos respeitar o seu direito à privacidade e dar-lhes tempo para contar a sua história, compreendendo que provavelmente estão apavoradas, apesar de terem vindo pedir ajuda. Esta é uma lesão íntima e mostrar bondade e empatia com a situação irá ajudá-las a sentirem-se seguras, valorizadas e até, quiçá, amadas novamente. Este é um papel em que os

enfermeiros se podem notabilizar, conquistando a confiança das pacientes e tornando a sua estadia no hospital uma experiência tão positiva quanto possível.

O ambiente de uma unidade de tratamento de fístulas é uma boa forma de apresentar pacientes que passaram por experiências semelhantes para que possam discutir os seus problemas entre si e desenvolver uma rede de apoio durante o internamento. Muitas mulheres procuram ajuda num estado muito deprimido, mas prosperam à medida que são fisicamente reparadas, encontram outras pessoas em situações semelhantes e são encorajadas com o auxílio do pessoal de enfermagem. Atividades sociais durante o dia, como aulas de tricô, aulas de costura, pintura de unhas ou fazer tranças, ajudam a aproximar as mulheres e a incentivá-las a conversar (Figuras 8 a 10).



Figura 8 (em cima) Aulas de tricô; Figura 9 (em baixo à esquerda) Pintura de unhas;
Figura 10 (em baixo à direita) Aulas de costura

Necessidade de bons cuidados de enfermagem para fístulas e lacerações perineais

Cuidados de enfermagem de alta qualidade requerem uma boa compreensão do sofrimento a que as mulheres têm sido sujeitas devido a

fístulas e lacerações perineais. Todas estas mulheres precisam de ser tratadas com dignidade e respeito quando chegam ao hospital para obter ajuda. Muitas terão um odor intenso e desagradável devido à incontinência urinária ou fecal, agravado pelo facto de a urina estar mais concentrada à medida que reduzem a ingestão de líquidos na tentativa de controlar a perda de urina (Figura 11).



Figura 11 A indignidade de viver com uma fístula

Todos os funcionários do hospital que entram em contacto com estas pacientes precisam de ser sensíveis para com estas mulheres e evitar usar linguagem que faça com que a paciente se sinta mal com a sua condição.

Mostrar gentileza para com esse grupo de pacientes muito assustadas ajudá-las-á a relaxar e a sentir que alguém se importa com elas. Durante o internamento hospitalar, todos os profissionais devem procurar tratá-las como se fossem uma irmã, mãe ou avó. A conhecida expressão que diz que devemos “tratar os outros como gostaríamos de ser tratados” pode ser um princípio orientador válido. Os funcionários devem lembrar-se de que a situação em que estas mulheres e raparigas se encontram não é culpa delas. Enfermeiros que conseguem demonstrar empatia e gentileza são exemplos para os seus colegas e estudantes de enfermagem.

Equipamento básico necessário para cuidar de pacientes com FVV

Os cuidados de enfermagem em fístulas requerem poucos equipamentos, mas existem alguns itens que são necessários antes do início do tratamento cirúrgico. Esses itens estão listados de seguida, podem ser obtidos por uma pequena quantia em dinheiro e geralmente estão incluídos nos custos de uma campanha de operações (Figura 12).

- É necessário um balde pequeno para a drenagem de um cateter vesical para cada paciente. Isso permite que as pacientes se mobilizem o mais rápido possível com o cateter vesical em drenagem livre.
- Cintas ou fita adesiva para garantir que os cateteres são fixos com segurança no abdômen/perna da paciente para evitar qualquer puxão do cateter na bexiga.
- Uma seringa estéril com ponta de cateter de 60 ml ou 100 ml e um frasco de soro fisiológico estéril para lavar cateteres bloqueados. É uma boa ideia preparar antecipadamente alguns pacotes estéreis com um recetor (bacia reniforme) e uma seringa.
- Solução antisséptica (Betadine diluído com soro Fisiológico), Savlon®, ou semelhante para higiene vulvar e higiene perineal no pós-operatório.
- Absorventes higiênicos feitos de compressas e lã de algodão.
- Lubrificante hidrossolúvel (gel K-Y®).
- Cateteres urinários extra, caso algum precise de ser substituído e não possa ser desobstruído.
- Analgesia – é útil garantir que haja um suprimento imediato de analgesia antes do início do internamento. É necessário um fornecimento de opiáceos, anti-inflamatórios e paracetamol.



Figura 12 Itens básicos de equipamento necessários

Prevenção de infecções

Higiene das mãos

A higiene das mãos é um dos passos mais importantes na prevenção de infecções associadas aos cuidados de saúde pela propagação de microrganismos nocivos. A higiene das mãos significa lavar as mãos ou usar um produto para esfregar as mãos à base de álcool após tocar numa paciente. O gel com álcool pode ser usado após três contactos consecutivos com a paciente e, em seguida, as mãos devem ser lavadas com água e sabão. Se utilizar luvas, estas devem ser eliminadas após utilização numa única paciente.

Deve estar disponível um dispensador de água e sabão para lavagem das mãos. Idealmente, o sabão deve ser dispensado num recipiente com bomba manual. A higiene das mãos deve ser realizada de acordo com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (Anexo A). Uma boa higiene das mãos ajudará a proteger as pacientes sob os seus cuidados, os seus colegas, você e a sua família.

Limpeza

Outra fonte de infecção hospitalar são as camas e os colchões das enfermarias. Sempre que uma paciente é retirada da cama, o colchão deve ser lavado com desinfetante e secado antes de preparar a cama para a próxima paciente. A estrutura da cama também deve ser lavada para evitar infecções cruzadas.

A limpeza do chão da enfermaria deve ser realizada todos os dias e com maior frequência em caso de derrame de urina ou sangue, o que é comum em sistemas abertos de drenagem urinária (Figura 13). Isso ajudará a prevenir infecções e a contaminação das pacientes no pós-operatório.

Os quartos de banhos das pacientes precisam ser limpos e desinfetados diariamente. Um auxiliar de limpeza hospitalar deve cuidar deste trabalho importante. Qualquer lixo, incluindo absorventes usados, precisa de ser removido regularmente e as pacientes são aconselhadas a eliminar esses resíduos no caixote de resíduos hospitalares adequado.



Figura 13 Exemplo de uma enfermaria cirúrgica limpa e bem conservada

As áreas de lavagem para uso das pacientes devem ser limpas pelo menos diariamente. As pacientes são aconselhadas a tomar banho todos os dias e, em casos especiais, duas vezes por dia, incluindo lavagem vulvar e perineal diária e secar a pele para reduzir a infecção pós-operatória. Estas devem ser incentivadas a limpar e a secar o períneo após defecar. As pacientes também devem evitar introduzir os dedos na vagina, pois podem danificar a correção.

Capítulo 2

Cuidados pré-operatórios

Triagem de fístula (FVV e FRV), pacientes com laceração de 3.º e 4.º graus

Muitas pacientes podem deslocar-se a um centro de fístulas na esperança de uma cirurgia gratuita para resolver o problema. No entanto, todas necessitam de exames para determinar se apresentam fístula ou laceração perineal de 3.º ou 4.º graus. A triagem inicial geralmente é feita pelo enfermeiro ou pela parteira. A triagem adicional geralmente é realizada pelos médicos que irão operar as pacientes, pois precisam de saber o tamanho, a localização e a complexidade da fístula.

A equipa de enfermagem está envolvida no processo de triagem e é muito importante para auxiliar os médicos durante o processo de obtenção da história médica e de exame. Estes podem obter uma breve história, examinar e documentar os seus achados clínicos e dar prioridade a quem precisa de ser atendido pelo cirurgião responsável pelas fístulas. O sangue pode ser colhido neste momento, especialmente no caso das pacientes que estão obviamente anémicas (Figura 14).



Figura 14 Sala de exame para triagem, privacidade por meio de biombos

História médica

- A paciente perde constantemente urina, inclusive à noite? Para pacientes com fístula, esta situação precisa de ser confirmada, porque as pacientes com incontinência de esforço ligeira a moderada podem descrever isso como incontinência constante, mas geralmente permanecem secas durante a noite.
- Determinar se ficaram a perder urina após o parto (parto vaginal, cesariana ou histerectomia cesariana).
- Perguntar se também perdem fezes. Isto é para estabelecer se têm uma FRV e também uma FVV.
- Pacientes com laceração de 4.º grau descreverão incontinência fecal e fezes na vagina. É provável que não consigam controlar a evacuação e/ou flatulência. Pelo contrário, as mulheres com laceração de 3.º grau às vezes podem conseguir controlar a evacuação, mas também sofrerão frequentemente de incontinência ou sujidade.
- Considere a idade da paciente – o parto distócico em mulheres na adolescência tende a estar relacionado com lesões de parto mais graves, que são muitas vezes difíceis de reparar.
- Há quanto tempo a paciente perde urina? A dermatite urinária é um sinal de que a paciente perde urina há muito tempo.
- História obstétrica. Se esta foi a primeira gravidez ou se houve outros partos e, em caso afirmativo, o número de partos e o número de filhos vivos. Como é que a mulher deu à luz e quando? Foi parto normal ou cesariana? (A fístula após cesariana pode ser mais complexa, relacionada aos ureteres ou a uma rutura do útero que se estende até a bexiga.)
- Quanto tempo durou o trabalho de parto? Muitas pacientes com fístula estiveram em trabalho de parto durante mais de 24 horas. Existe pé caído? Quanto mais tempo tiver durado o trabalho de parto distócico, geralmente mais extensos/complexos foram os danos e mais grave o pé caído.

- Onde ocorreu o parto? Pode ter sido em casa, num centro de saúde ou no hospital. Os partos distócicos ocorrem frequentemente após um trabalho de parto em casa em que as pacientes não se deslocam até ao hospital para cesariana até que seja demasiado tarde, o bebé morra e uma fístula se forme. A fístula também pode desenvolver-se num hospital em caso de monitorização inadequada durante o trabalho de parto (sem partograma), demora na entrada na sala de operações para cesariana ou falta de pessoal, incluindo um cirurgião.
- A mulher tem um filho vivo desde o nascimento? Quase todos os partos vaginais decorrentes de trabalho de parto distócico resultarão em nados-mortos ou morte neonatal precoce devido ao sofrimento fetal, resultando em índices de Apgar baixos. Mulheres com parto distócico e que não conseguem dar à luz podem ter uma cesariana difícil e a formação de uma fístula. Algumas pacientes podem ter um bebé vivo se o parto for por cesariana. Se o bebé vivo nasceu por cesariana, a lesão pode ter ocorrido durante a cirurgia, em vez de necrose devido a uma obstrução longa. Deve suspeitar-se de fístula intracervical ou ureteral.
- A paciente já realizou alguma correção cirúrgica de fístula anteriormente? As correções repetidas podem ser difíceis de cicatrizar.
- Qual é o contexto social da paciente? A paciente ainda mora com o marido ou o companheiro? Pacientes que perdem urina há muito tempo podem ter pouco apoio familiar e podem não ter um acompanhante que possa cuidar delas durante o internamento. Essas pacientes necessitam de cuidados adicionais da equipa de enfermagem. Pode ser útil encontrar outra acompanhante da paciente que esteja disposta a cuidar dela durante a sua estadia no hospital.
- Antecedentes menstruais. É importante estabelecer se os períodos menstruais da mulher foram retomados. Se a menstruação de uma mulher não tiver voltado e tiver perdido urina durante mais de 6 meses, deve suspeitar-se de uma histerectomia pós-cesariana.

- Antecedentes sexuais. Deve determinar-se se a mulher retomou a atividade sexual e, em caso afirmativo, se está a enfrentar algum problema. Se for sexualmente ativa, verifique se está grávida ou não.
- Cálculos na bexiga – dor suprapúbica com incontinência urinária que pode ser indicativa de cálculos vesicais. Estes são comuns entre pacientes com fístula, pois a urina concentrada cria o risco de depósitos na bexiga que podem levar à formação de cálculos na bexiga. Algumas mulheres também podem ter tido um corpo estranho, tais como folhas ou outro material, introduzido na bexiga e/ou vagina por elas mesmas ou por um curandeiro tradicional para tentar bloquear o orifício na bexiga. Esses objetos também podem levar à formação de cálculos vesicais, causando cistite crônica.
- Se durante a cirurgia for detetado um cálculo vesical, o cirurgião irá removê-lo. No entanto, é improvável que tente reparar a fístula ao mesmo tempo, pois as probabilidades de cicatrização são reduzidas devido à infecção crônica na bexiga. A paciente terá de voltar para reparar a fístula, aguardando pelo menos 3 meses para recuperação após a operação de remoção do cálculo vesical.

Exame

- Realize um exame geral de rotina. Registe a altura e o peso da paciente. Verifique a presença de anemia, de icterícia, a temperatura corporal, o estado de hidratação, o estado mental e o estado nutricional. Procure qualquer evidência de sepse, uma vez que as pacientes que sofreram trabalho de parto distócico, especialmente aquelas com FRV, terão muitas vezes sofrido uma recuperação difícil após o parto.
- Estado nutricional. Para pacientes muito magras e desnutridas que também podem estar anêmicas, a cirurgia deve ser adiada até que alcancem um peso saudável através de medidas, tais como melhorar a sua alimentação (soja), tomar medicação de desparasitação, tratar a malária ou outras doenças subjacentes, tais como a tuberculose. Muitas mulheres que se apresentam para correção cirúrgica de fístula estão abaixo do peso ideal e podem ser operadas desde que não tenham problemas de saúde subjacentes. Pacientes gravemente desnutridas provavelmente terão dificuldades durante a anestesia e complicações após a cirurgia.

- Examine a presença de contraturas e de marcha anormal (como caminham). Danos neurológicos, decorrentes da compressão do nervo devido à cabeça do bebê ficar presa na pélvis durante o trabalho de parto distócico, podem deixar a paciente a mancar (conhecido como pé caído) ou incapaz de andar sem ajuda. Este é um marcador de lesão grave e frequentemente observado em mulheres jovens que apresentam fístula. O pé caído pode ser bilateral (ambos os pés envolvidos). As contraturas das pernas podem ocorrer com pé caído grave devido à falta de movimento dos músculos dos membros. No entanto, a maioria das pacientes com contraturas melhora com o tempo, mas necessita de movimentos ativos e passivos intensivos dos membros.
- Verifique se há evidências de perda contínua de urina, como dermatite urinária (Figura 15), roupas molhadas, uso de pensos para absorver a urina, perda óbvia de urina, presença de fezes na vagina (FRV), cicatrizes vaginais e capacidade vaginal reduzida (estenose).
- Para pacientes com lacerações de 3.º e 4.º graus, examine a vagina, o períneo e o esfíncter anal. Observe se há sujidade de fezes nas cuecas da paciente. O tónus do esfíncter anal precisa de ser verificado, pedindo à paciente que aperte o dedo com a luva quando inserido no ânus.



Figura 15 Dermatite urinária

Auxiliar o cirurgião na avaliação da paciente

Após o enfermeiro ter concluído a avaliação inicial da paciente (conforme descrito acima), cada paciente é então examinada pelo médico, para avaliar

a fístula a reparar. A privacidade da paciente é garantida por meio de biombos e instruindo a paciente a manter a roupa vestida e a puxar o vestido ou a saia até à parte inferior das nádegas.

As pacientes devem receber um lençol de resguardo para cobrir a mesa de exame e prevenir infecções (Figura 16). O pesado resguardo que cobre a mesa de exame deve ser limpo com desinfetante entre pacientes. As pacientes podem ser examinadas deitadas de costas, de lado com os joelhos no peito ou em posição de litotomia.



Figura 16 Exame de paciente sobre um lençol de polietileno

Os enfermeiros devem fornecer obrigatoriamente um espéculo limpo; se possível, um espéculo de Sims é melhor para o exame (Figura 17). O espéculo deve ser limpo com detergente e enxaguado com soro fisiológico normal entre cada paciente. É útil ter um balde com detergente para o espéculo sujo (Figura 18), que precisa de ser embebido durante 10 minutos e depois enxaguado. Os espéculos limpos são mantidos num balde limpo (Figura 19).



Figura 17 (esquerda) espéculo de Sims;
Figura 18 (direita) Balde para instrumentos sujos



Figura 19 Balde para instrumentos limpos

Será necessário lubrificante hidrossolúvel, tal como o gel K-Y, para reduzir o desconforto durante o exame vaginal. Certifique-se de que haja materiais suficientes antes do início da consulta.

Podem ser necessários testes de coloração (Figura 20) para confirmar o local da fístula. Use azul de metileno ou Violeta de Genciana, mas certifique-se de que seja diluído com soro fisiológico antes de usar em pacientes. O corante deve ser preparado diariamente com equipamento estéril. Se não for diluído manchará áreas extensas, dificultando a interpretação do teste; 1–2 ml de corante azul numa bacia reniforme de soro fisiológico são suficientes. Um cateter vesical de Foley, compressas e uma seringa de 60 ml ou 100 ml também serão necessários para os testes de coloração.



Figura 20 Realização de um teste de coloração usando corante azul diluído (observe que o corante azul no espéculo sugere uma FVV)

O médico irá especificar o que é necessário para realizar o teste de coloração. O enfermeiro será solicitado a passar ao médico a seringa de corante azul e poderá ser-lhe solicitado que segure o cateter de Foley

enquanto o corante é inserido. São inseridos entre 180 e 300 ml de corante na bexiga e a parede vaginal é examinada em busca de perda de corante, confirmando o local da fístula.

Se o teste de coloração for negativo e a paciente insistir que perde urina, será necessária uma avaliação adicional para descartar uma fístula ureteral ou fístula puntiforme. Isso envolve encher a bexiga com corante azul, inserir algumas compressas ou algodão na vagina e fazer a paciente caminhar durante 30 a 60 minutos. Se as compressas ou o algodão estiverem azuis quando forem removidos, a paciente tem uma fístula; se estiverem molhados com urina, é provável que estejamos na presença de uma fístula ureteral.

Aconselhamento antes da cirurgia

Depois de a paciente ser examinada e descobrir que tem uma fístula, o cirurgião irá informá-la se é possível realizar uma operação potencialmente curativa (Figura 21). Será discutido o tipo de operação necessária e, caso estejam previstos enxertos para a sua correção, isso deverá ser explicado à paciente. As pacientes precisam de entender neste momento que serão obrigadas a permanecer no hospital durante duas semanas após a cirurgia com a algália na bexiga. Também é útil se tiverem um membro da família como acompanhante para cuidar delas durante a estadia.



Figura 21 Paciente sendo orientada sobre a possibilidade de cirurgia

É uma boa ideia, neste momento, dizer às pacientes que a cirurgia nem sempre é 100% bem-sucedida e, se a operação falhar, para não se preocuparem excessivamente, pois podem regressar para uma nova cirurgia que poderá ter sucesso na cura da sua incontinência.

As pacientes também precisam entender que terão de se abster de atividade sexual durante 3 meses após a cirurgia ou poderão ter perdas de

urina novamente depois de regressarem a casa. Se não lhes for possível ir para casa e fazer com que o marido se abstenha de sexo, incentive-as a ficar com um familiar até que estejam totalmente curadas.

As pacientes também precisam de saber que não poderão fazer quaisquer trabalhos pesados durante pelo menos 3 meses após a cirurgia. Se forem agricultores de subsistência, precisarão de alguém que as ajude a fazer quaisquer levantamentos quando regressarem a casa.

As futuras gestações devem ser adiadas durante, pelo menos, um ano após a cirurgia e devem ser oferecidos contraceptivos para permitir que as mulheres procedam ao planeamento familiar. As pacientes também devem ser informadas de que as futuras gestações precisarão de ser realizadas por cesariana; caso contrário, correm o risco de abrir novamente a fístula. A cesariana eletiva é indicada para todas as FVV, FRV e lacerações 4.º grau após cirurgia de correção.

Cuidados pré-operatórios imediatos

No dia antes da cirurgia planeada, as pacientes devem fazer análises ao sangue para a hemoglobina (Hb), o vírus da imunodeficiência humana (VIH), o grupo sanguíneo, a glicemia e um teste de gravidez. Alguns centros testam a bilharziose, pois às vezes esta pode causar uma fístula e está associada à falha na correção, embora apenas alguns centros incluam esse teste. Se sabe que a paciente tem VIH, a sua contagem de CD4 deve ser verificada, especialmente se for recentemente diagnosticado. Se o CD4 for inferior a 300 células/mm³, a operação deverá ser adiada até ao início do tratamento e até a contagem de CD4 aumentar. Neste momento, é inserida uma cânula intravenosa (IV) para cirurgia no dia seguinte.

É importante determinar a Hb (hemoglobina) e o grupo sanguíneo da paciente antes da cirurgia, caso esta tenha problemas de hemorragia e possa necessitar de transfusão de sangue no pós-operatório.

O teste do VIH é obrigatório no pré-operatório. Isto dá à paciente a oportunidade de conhecer o seu estado de VIH e, se for positivo, ter acesso a aconselhamento e tratamento. Também ajudará a proteger o cirurgião, uma vez que é necessário tomar precauções adicionais se a paciente for VIH positivo e não estiver a receber tratamento.

É necessário consentimento informado (Figura 22) e a paciente deve ter recebido aconselhamento pré-operatório sobre as implicações da cirurgia e o que esperar depois. As pacientes que não sabem ler e escrever têm de dar o consentimento com a impressão digital do polegar humedecida em tinta.

CSF					
AFB					
OTHERS					

CONSENT TO OPERATION

I, [redacted], consent to the operation on 3/3/2020 as decided by the surgeon in the best interest of my/his/her health. Date 3/3/2020 Signature [signature]

I hereby certify that I have explained and translated to the patient/guardian of the patient the above agreement signed/thumbmarked by the patient/guardian of the patient and I am satisfied that he/she has understood the contents and agrees to the necessary operation.

Date: 3/3/2020 Signature: [signature] Witness: [signature]

6

Figura 22 Consentimento utilizando a impressão digital da paciente

Alguns cirurgiões pedem que todas as pacientes façam um clister no dia anterior à cirurgia para garantir que o intestino esteja vazio e que não há contaminação de fezes durante a operação, o que pode levar à infecção pós-operatória da ferida. No entanto, são necessários clisteres para todas as reparações de lacerações retais e FRV, mas nem todos os cirurgiões utilizam a preparação intestinal para reparações de FVV. Clisteres com água morna e sabão (Figura 23) são ideais para limpar o intestino.



Figura 23 Paciente recebendo um clister com sabão

Cuidados de Enfermagem para Mulheres com Lesões de Parto

Todas as pacientes têm que ficar em jejum na noite anterior à cirurgia. Isso é menos importante para a anestesia epidural, mas é necessário se a paciente necessitar de anestesia geral durante a cirurgia. Pacientes submetidas a cirurgia no dia seguinte não devem ingerir qualquer alimento após a meia-noite, mas podem continuar a beber água até 2 horas antes da cirurgia.

Em muitos centros de correção cirúrgica de fístula, as pacientes receberão 1 litro de fluidos intravenosos 30 minutos a 1 hora antes da cirurgia para garantir que estejam bem hidratadas. Isto facilita a localização dos ureteres da paciente durante a cirurgia para reparar o orifício na bexiga e hidrata-as antes da anestesia espinal, o que pode reduzir a tensão arterial.

As pacientes devem continuar a tomar medicação regular, ou seja, para VIH, hipertensão ou diabetes, e tomar os comprimidos com um pouco de água na manhã da cirurgia. As pacientes que tomam anticoagulantes, tais como a aspirina, terão de os interromper pelo menos 24 horas antes da cirurgia.

As roupas devem ser removidas antes de ir para a sala de operações e, se disponível, deve ser usada uma bata de cirurgia; em alternativa, um lençol limpo será suficiente, se as batas não estiverem disponíveis. As batas ajudam a manter as pacientes aquecidas na sala de operações e permitem que mantenham algum senso de pudor (Figura 24).



Figura 24 Mulheres a aguardar pela cirurgia com batas de cirurgia, pulseiras com nomes e tubo intravenoso

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

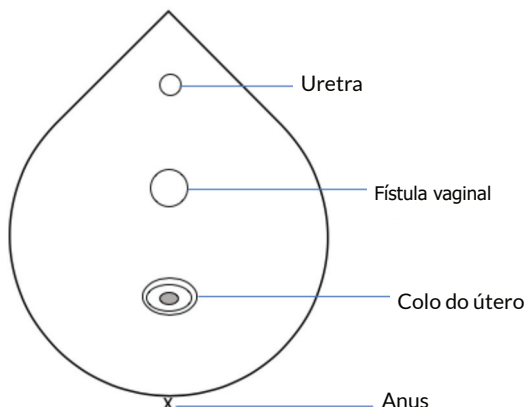


Figura 25 Modelo descritivo de desenho de uma fístula

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.

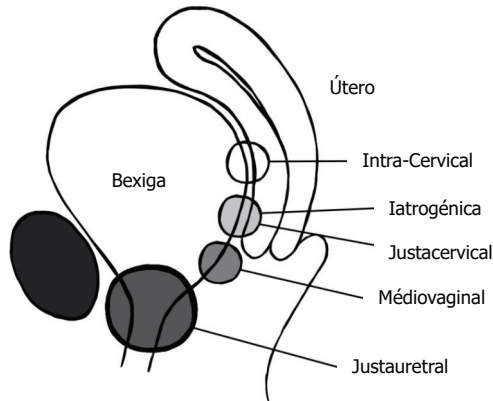


Figura 26 Diferentes locais de FVV

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.

Capítulo 4

Cuidados de Enfermagem na sala de operações

Preparação para a cirurgia

Todas as pacientes devem ser preparadas para a cirurgia pela equipa da enfermaria um dia antes da operação (Figura 29). Esta preparação inclui a realização de um clister bem-sucedido para limpar as fezes do intestino em pacientes com FRV ou laceração perineal ou, se indicado, para correção de FVV. As pacientes devem ter um acesso venoso permeável, tomar banho e usar uma bata cirúrgica limpa ou estar enroladas num lençol limpo. Estas devem usar uma pulseira no pulso com o nome e ter preenchido um formulário de consentimento para a cirurgia após terem recebido aconselhamento sobre o que a cirurgia envolve.



Figura 29 Pacientes preparadas para a cirurgia

A maioria estará em jejum desde a noite anterior, caso a forma de anestesia precise de ser alterada de anestesia epidural ou local para anestesia geral.

Segurança da paciente

As pacientes serão chamadas para a sala de operações pela enfermeira ou anestesista responsável pela sala, de acordo com a lista de operações do dia.

Os registos da paciente devem acompanhá-la até à sala de operações. A paciente é então entregue à equipa da sala de operações pela equipa da enfermaria após completar uma lista de verificação da sala de operações para confirmar que esta é a paciente certa para a operação em questão. Ter uma pulseira no pulso com o nome da paciente permite que os membros da equipa verifiquem se estão com a paciente correta, caso a paciente esteja sob anestesia geral. Deve ser confirmado que a paciente jejuou durante pelo menos 6 horas, fez um clister, se necessário, e que os seus resultados sanguíneos estão disponíveis. As observações da paciente – isto é, a tensão arterial, pulsação, temperatura e frequência respiratória – devem ser revistas no pré-operatório.

A enfermeira da sala de operações que acompanha a paciente até à sala de operações deve conversar com ela de forma calma para reduzir a ansiedade da paciente e ajudá-la a sentir-se segura. A paciente é conduzida e assistida na mesa de operações onde aguarda a anestesia.

A maioria das pacientes receberá anestesia epidural, a menos que tal seja contraindicado. As pacientes que necessitam de uma abordagem abdominal para a cirurgia podem receber anestesia geral. Não é incomum que uma operação comece com a paciente sob anestesia epidural, mas seja convertida para uma anestesia geral se a anestesia da epidural começar a perder o efeito, especialmente se a operação for difícil e demorar mais do que o esperado.

Assim que a anestesia for bem-sucedida, a paciente será posicionada na mesa de operações para cirurgia.

Durante a operação, deve haver sempre uma enfermeira ao lado da paciente, verificando se está a respirar bem, se não sente dor e para a tranquilizar. As observações (tensão arterial, pulsação, saturação de oxigénio, se disponível) devem ser feitas a cada 15 minutos e registadas na ficha anestésica. Quaisquer alterações nas observações devem ser comunicadas ao anestesista e ao cirurgião.

Deve haver um “enfermeiro do apoio” disponível para cada caso na sala de operações. É alguém que está disponível para obter o que for necessário para a equipa cirúrgica, tais como suturas, gaze ou instrumentos adicionais.

Quando estiverem na sala de operações, especialmente se houver duas operações em curso, todos devem ser respeitosos e estar concentrados. Os telemóveis devem ser desligados e o som reduzido ao mínimo, para que a comunicação entre as equipas cirúrgicas, de anestesia e de chão seja fácil.

Posicionar a paciente na mesa de operações

A maioria das correções cirúrgicas de fístula são realizadas com a paciente na posição de Trendelenburg (Figura 30). A posição de Trendelenburg coloca a paciente deitada de costas com a cabeça inclinada para baixo. A paciente também é colocada em posição de litotomia, que envolve flexionar os quadris, abrir as pernas e flexionar os joelhos da paciente. As pernas são fixadas em apoios de pernas. Para verificar se as pernas estão na posição correta nos apoios, deve ser possível encaixar dois dedos entre a perna da paciente e o apoio. É importante ter cuidado para que as pernas da paciente não sejam apertadas pelos apoios, principalmente logo abaixo da parte externa do joelho (onde o nervo tibial posterior está situado no osso e a compressão pode causar pé-pendente), na parte posterior da coxa ou músculo da panturrilha (onde a compressão pode causar trombose venosa profunda). Para prevenir lesão do nervo periférico, após 2 horas de elevação das pernas da paciente na mesa de operações, recomenda-se um intervalo de 10 minutos, permitindo baixar as pernas e colocar a cama plana.



Figura 30 Posição ideal na mesa de operações para correção cirúrgica de fístula

Os braços da paciente são colocados nos apoios das braços. Os ombros são apoiados com ombreiras para evitar que a paciente escorregue na mesa de operações quando a mesa está inclinada com a cabeça para baixo.

É importante garantir à paciente que esta está segura na mesa de operações e que não cairá, principalmente quando estiver de cabeça para baixo.

Para pacientes com lacerações de 3.º e 4.º graus ou FRV, pode ser usado uma posição de Trendelenburg invertida ou uma posição supina para ter melhor acesso para a cirurgia.

O posicionamento seguro requer planeamento e boa comunicação entre o anestesista, o cirurgião e os assistentes da sala de operações. É essencial fletir ambas as pernas à altura da anca e joelhos ao mesmo tempo (uma pessoa por perna) para evitar deslocamento das articulações do quadril ou danos neurais por estiramento ou pressão direta. Isto significa ter pessoal suficiente para facilitar o posicionamento seguro no início e no final de um procedimento cirúrgico.

Uma abordagem cirúrgica abdominal, usada para reimplante de uréteres, exige que a paciente fique deitada em posição supina. Isso implica que a paciente seja colocada de costas durante a cirurgia, com os braços apoiados nos apoios de braço.

Em alguns casos, tais como operações para a incontinência de esforço ou fístulas complexas, é necessária uma abordagem abdominal e vaginal combinada. Nessas situações, utiliza-se a posição de Lloyd Davis, uma adaptação da posição de litotomia em que os quadris são afastados e os joelhos semifletidos.

Privacidade e respeito

Durante a correção cirúrgica de fístula não é incomum que mais de uma paciente seja operada ao mesmo tempo na mesma sala de operações. Se vários cirurgiões especialistas em fístulas trabalharem juntos, é possível utilizar duas mesas de operações ao mesmo tempo, permitindo o tratamento de um maior número de pacientes num curto espaço de tempo.

Nessas circunstâncias, o respeito e a privacidade de cada paciente devem ser fundamentais, com biombos usados entre as mesas de operações (Figura

31). O uso de batas cirúrgicas ou um lençol limpo enrolado na paciente proporciona maior privacidade, pois podem ser mantidos durante a operação enquanto o restante do corpo fica coberto por campos cirúrgicos.

Não se deve esperar que alguma paciente entre numa sala de operações completamente nua e suba para mesa de operações. Mais uma vez, preserve sempre a dignidade da paciente (trate as pacientes como gostaria de ser tratado).



Figura 31 Privacidade obtida através de biombos entre mesas cirúrgicas

Instrumentista

O instrumentista (Figura 32) na sala de operações trabalha de perto com o cirurgião e realiza uma lavagem intensa das mãos antes de colocar uma bata e luvas estéreis. Espera-se que o enfermeiro acompanhe o procedimento cirúrgico e entregue os instrumentos necessários, conforme necessário. Uma área de trabalho segura é criada cobrindo a paciente com campos estéreis e tendo uma superfície de trabalho estéril para os instrumentos, criando uma barreira entre a ferida e os germes circundantes com o objetivo de prevenir infecções pós-operatórias.



Figura 32 Enfermeiros e cirurgiões a trabalhar juntos

Um instrumentista altamente qualificado conhecerá todos os instrumentos utilizados numa correção cirúrgica de fístula e perineal. Frequentemente, estarão “um passo à frente” e, portanto, serão capazes de passar o próximo instrumento ao cirurgião com pouca comunicação entre eles.

O carrinho de instrumentos é organizado com os objetos cortantes mantidos juntos num canto do carrinho e os instrumentos disponíveis em ordem (Figura 33). O instrumentista também comunicará com o “enfermeiro de apoio” da sala de operações se forem necessários itens adicionais ou se for necessário abrir embalagens estéreis.



Figura 33 Exemplo de carrinho bem organizado

Constitui uma boa prática contar o número de instrumentos no carrinho, o número de utensílios cortantes e o número de embalagens.

Isto é particularmente importante no caso da cirurgia abdominal, para garantir que todos os itens são contabilizados e que nenhum tenha sido deixado dentro da paciente. As compressas de gaze devem ser evitadas para laparotomias e os pacotes devem ser fixos em pinças arteriais. As

compressas de gaze são usadas para operações através da vagina. O cirurgião deve verificar cuidadosamente, no final do procedimento, se não foram deixadas compressas ou instrumentos na vagina ou na ferida.

Deve haver três carrinhos configurados para cada operação. O primeiro carrinho contém o pacote de batas e o segundo carrinho contém os instrumentos. O terceiro carrinho é necessário para instrumentos adicionais que possam ser necessários, incluindo um cateter e um saco coletor de urina, corante azul recém-preparado e “jungle juice”, que é uma mistura de adrenalina com soro fisiológico normal (2 ml de adrenalina a 1:1000 em 500 ml de soro fisiológico normal) que pode ser injetada no local da cirurgia. Isso ajuda a reduzir o sangramento durante a cirurgia.

Instrumentos

Uma sala de operações bem administrada e organizada terá conjuntos de instrumentos específicos montados e esterilizados para as correções cirúrgicas de fístula, laparotomia e laceração perineal programadas para o dia da cirurgia. Além disso, deve haver batas e campos esterilizados adequados antes do início da cirurgia.

Para cada pacote, o assistente da sala de operações deverá contar e anotar a quantidade de instrumentos do conjunto. Isto permite precisão na contagem dos instrumentos no final da cirurgia. Também ajuda a evitar o desaparecimento de instrumentos.

Instrumentos necessários para cirurgia vaginal de fístula:

- Clipes para campos 7
- Porta-lâminas cirúrgicas 2
- Porta-agulhas 2
- Sonda uterina 1
- Pinça de dissecação com dentes 1
- Pinça de dissecação sem dentes 1
- Cateter metálico 1
- Sonda ureteral 1
- Tesoura de dissecação 4 (reta, curva)
- Pinça Allis 6
- Pinça para artérias curtas 6
- Pinça para artérias longas 4
- Afastador bivalve/espéculo Graves 1
- Espéculo Sims 2
- Pinça para segurar compressa 2
- Tesoura de corte 2
- Portaagulha 2
- Bacia reniforme 2
- Cuvete 1
- Pinça Tenáculo 2
- Pinça de Vulsellum 1
- Pinça de Babcock 1
- Régua

Um conjunto de instrumentos para fístula (Figura 34), como o conjunto “FIGO Fistula Repair” (Correção de fístula) (Figura 35), deve estar disponível para uso em instalações de tratamento de fístula (Figura 36). Porém, no ambiente do campanha cirúrgica, os cirurgiões podem ter os seus próprios instrumentos para operar. Esses instrumentos precisam de ser limpos e esterilizados e estar disponíveis para utilização, se necessário.

Para cirurgia abdominal, é usado um conjunto padrão de laparotomia.



Figura 34 Instrumentos para correção cirúrgica de fístula



Figura 35 Exemplo de conjunto de instrumentos para fístula FIGO



Figura 36 Tesouras especializadas para correção de fístula

Suturas

Existem várias suturas diferentes utilizadas para correção cirúrgica de fístula; no entanto, a maioria dos cirurgiões terá preferência pelas suturas que usará (Figura 37).



Figura 37 Diferentes suturas utilizadas em correção cirúrgica de fístula

As suturas de fístula incluem:

- Vicryl 2.0 (agulha de 5/8), 2.0 (agulha de 1/2 círculo)
- Vicryl 3.0, 0 e 1
- Seda 2.0
- Polisorb 3.0

Suturas usadas para lacerações de 3.º e 4.º graus:

- Vicryl ou Polysorp 3.0, 4.0, 0
- PDS 2.0

Conclusão da cirurgia

Uma vez concluída a cirurgia, mas antes de o cirurgião fechar a ferida, todos os instrumentos devem ser contados para garantir que não ficou nenhum dentro da paciente. É introduzido um cateter de Foley na bexiga, garantindo que o balão é inflado com 5–8 ml de água estéril ou soro fisiológico. Deve ser anexado ao cateter um saco coletor de urina, certificando-se de que a válvula de esvaziamento do saco esteja fechada. O cateter deve ser fixo com segurança ao abdômen da paciente para garantir que não haja puxões no balão do cateter, o que pode danificar a correção. Deve garantir que o penso vai desde a direita até à esquerda dos ossos do quadril. Isto garante que a fita permanece segura quando a paciente se curva.

O saco do cateter deve ser verificado para garantir que não esteja dobrado ou preso em qualquer lugar e que não haja tração antes de transferir a paciente da mesa de operações para um carrinho. A urina deve ser drenada e transparente.

A paciente terá um tampão de gaze inserido na vagina para prevenir e absorver qualquer sangramento após a cirurgia (Figura 38). É importante documentar nas anotações cirúrgicas o número de compressas vaginais utilizadas para garantir que todas sejam removidas pela equipa da enfermaria no dia seguinte. Ao inserir o tampão vaginal, é útil deixar um pequeno canto fora da vagina. Isso facilita a remoção pela equipa da enfermaria e para a paciente saber que este está ali.



Figura 38 Gaze visível no tampão vaginal

Durante a transferência da paciente da equipa da sala de operações para a equipa da enfermaria, devem ser transmitidas quaisquer instruções pós-operatórias específicas. Estas incluirão informações sobre como correu a operação e se é necessária uma transfusão de sangue, assim como quaisquer requisitos de fluido intravenoso adicional ou se é necessário qualquer acompanhamento específico adicional.

Mover a paciente da mesa de operações para o carrinho e também do carrinho para a cama da enfermaria requer pelo menos quatro pessoas: uma na cabeceira, uma nos pés e uma ou duas de cada lado. A paciente deve ser enrolada cuidadosamente num lençol e movida suavemente de lado para o carrinho ou cama. A paciente estará sedada ou entorpecida da cintura para baixo e não será capaz de proteger os seus ferimentos. Esta não deve ser arrastada pela mesa, devido ao risco de arrancar os cateteres ou de romper a correção e, potencialmente, arruinar o bom trabalho que acabou de ser feito.

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.

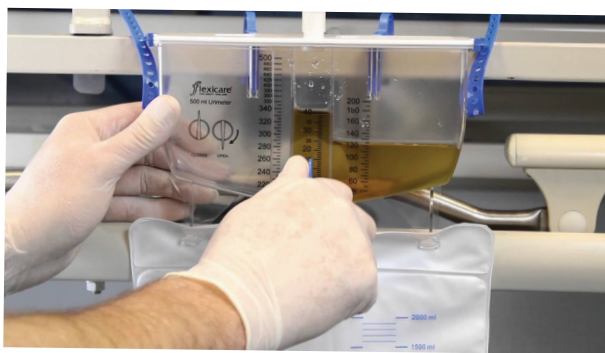


Figura 48 Urinómetro em uso para medir o débito urinário

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.

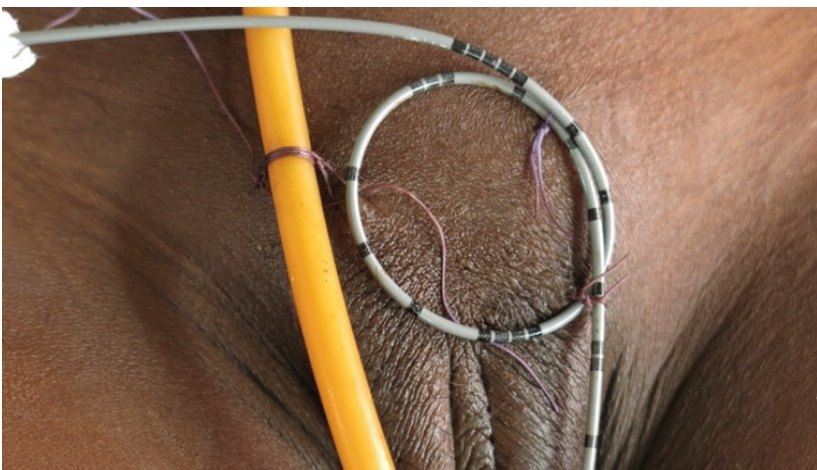


Figura 49 Cateter ureteral cinza costurado com segurança à pele

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.

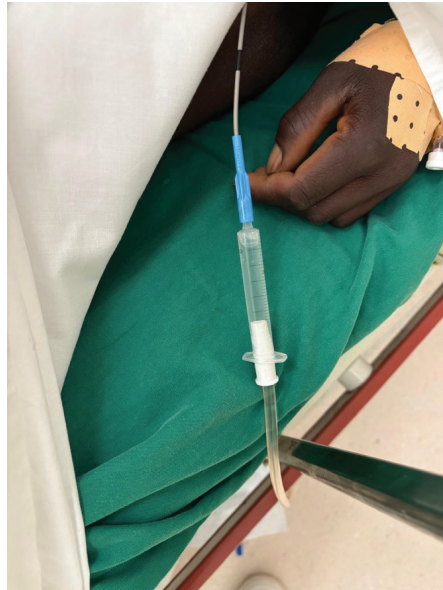


Figura 50 Conector para cateter ureteral

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

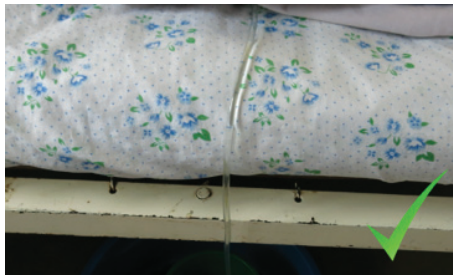


Figura 53 Urina clara

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

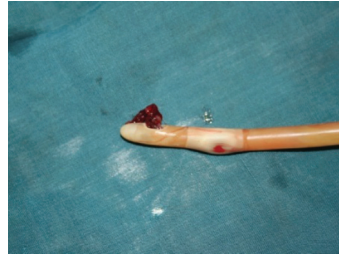


Figura 56 Coágulo de sangue a bloquear

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 esfíncteriana, 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

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

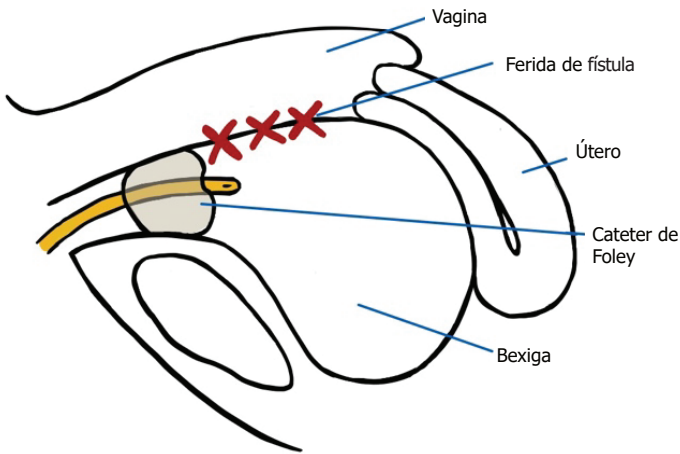


Figura 67 Drenagem do reservatório (local de correção voltado para cima quando a paciente está deitada de barriga)

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.

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).

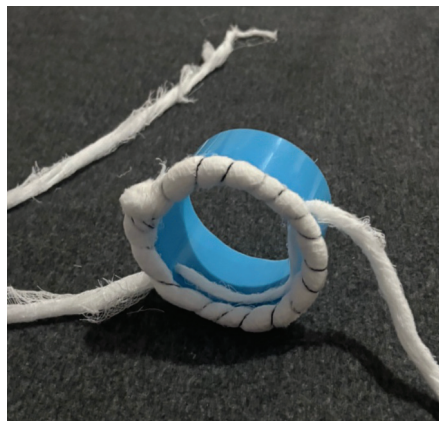


Figura 70 O saco de estoma Arua

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.

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.

Capítulo 9

Reintegração Social e Reabilitação para Sobreviventes de Fístula

A maioria das pacientes poderá voltar às suas casas e famílias e viver uma vida normal após uma correção cirúrgica de fístula bem-sucedida. No entanto, sabemos que muitas sobreviventes de fístulas viveram isoladas durante muitos meses ou anos e foram evitadas pelas suas famílias e amigos e podem precisar de tempo para se reintegrarem na sociedade. Muitas podem acreditar que a sua fístula foi atribuída a feitiços, bruxaria ou azar.

Muitas sobreviventes de fístula são jovens, ainda são meninas e não mulheres, e distanciam-se das suas famílias e amigos devido ao estigma de terem tido uma fístula. A maioria tem uma instrução limitada e muitas vezes fica isolada depois de perder o emprego, ficar separada ou divorciada do parceiro ou marido e da fonte de rendimento. Além disso, é quase certo que terão perdido o bebé que causou a fístula sob a forma de nado-morto ou de morte neonatal precoce. Muito poucas terão tido a oportunidade de testemunhar o enterro do seu bebé devido à hospitalização após um período pós-natal difícil.

A maioria das pacientes com fístula tem um baixo nível de escolaridade e estão desempregadas, daí a necessidade de reabilitação para as capacitar a reintegrarem-se na sociedade. Em alguns países, existem políticas governamentais que incluem protocolos de reintegração e reabilitação para mulheres que sofreram de fístula.

A reintegração social ajuda as sobreviventes da fístula a reatarem os laços com as suas famílias e amigos através de programas que envolvem aconselhamento e atividades para desenvolver novas competências que lhes permitam regressar ao local de trabalho e gerar um rendimento para si próprias.

Conselheiros qualificados desempenham um papel inestimável ao ajudar muitas dessas mulheres a lidar com a terrível experiência e o estigma que sofreram por terem tido uma fístula. É necessário tempo para ouvir as suas

histórias e avaliar o que passaram. É importante que estas entendam o que causou a fístula usando desenhos ou um modelo para ajudar a ilustrar o processo de trabalho de parto distócico e a formação da fístula.

Igualmente importante é que reconheçam que a fístula não tem nada a ver com bruxaria, amuletos ou má sorte e que é completamente evitável com acesso oportuno a pessoal médico qualificado.

As atividades de reabilitação capacitam as mulheres, ajudando-as a desenvolver competências que lhes permitem ganhar a vida e voltar a juntar-se às suas famílias. Algumas das atividades ensinadas nos programas de reintegração e reabilitação incluem ensinar as mulheres a tricotar, a costurar ou a fazer artesanato que possam vender. Também são ensinadas atividades de padaria, fabrico de sabão e velas, assim como a criação de animais, onde podem aprender a cuidar de animais, tais como cabras ou galinhas, para ajudar a aumentar os rendimentos (Figura 71).



Figura 71 Pacientes curadas envolvidas em projeto de reintegração

Estas mulheres devem ser encorajadas a retomar a vida e a encontrar um novo parceiro se o seu marido ou parceiro as tiver abandonado e, após algum tempo, a tentar novamente constituir família, se for esse o seu desejo.

Infertilidade secundária

Muitas pacientes com fístula descobrem que os seus períodos menstruais não voltam após o parto. Não há evidências claras do motivo pelo qual isso acontece, mas muitas sofreram de doenças graves devido à natureza da formação de fístulas. Sepse, perda significativa de peso e depressão são

características comuns após uma lesão de fístula, causando uma reação de stress no corpo. Algumas podem ser afetadas pela síndrome de Sheehan, que é um desequilíbrio hormonal causado pela necrose da hipófise anterior, ao passo que outras podem sofrer da síndrome de Ashermann, que causa a destruição do revestimento do útero.

Existem algumas mulheres que terão feito uma histerectomia após o parto, mas podem não saber que tal aconteceu. Algumas não menstruarão devido ao fechamento do canal cervical, o que pode ter acontecido durante a cirurgia, impossibilitando a concepção.

Contudo, a maioria das mulheres tornar-se-á novamente sexualmente ativa, com o tempo, e deverão ser aconselhadas a utilizar métodos contraceptivos para retardar a concepção durante pelo menos um ano após a cirurgia de correção de fístula. O uso de métodos contraceptivos ajudará a reduzir o medo que possam ter de uma futura gravidez após a experiência pela qual passaram. Algumas podem optar por não voltar a ser sexualmente ativas, pois são incapazes de superar o medo do sexo, enquanto algumas podem achar a relação sexual demasiado dolorosa (dispareunia) após a cirurgia de correção de fístula. A relação sexual pode também não ser possível se a paciente tiver estenose vaginal (estreitamento da vagina), o que pode levar a mais rejeição e estigma.

A cesariana eletiva deve ser oferecida a todas as mulheres que passaram por cirurgia de correção de fístula para reduzir o risco de qualquer recorrência. As taxas comunicadas de nados-mortos para sobreviventes de fístula são altas. Também parece haver um risco acrescido de aborto espontâneo após a cirurgia de correção de fístula.

Prevenção de fístulas

A prevenção primária da fístula é o passo mais importante no combate à fístula. Todas as mulheres devem ser observadas frequentemente no período pré-natal e deve ser discutido um plano de parto com elas. As mulheres devem ser incentivadas a dar à luz com parteiras qualificadas, tais como parteiras em centros de saúde ou hospitais, e a comparecerem para cuidados pré-natais regulares.

Reduzir o atraso na chegada ao hospital é uma prioridade para as mulheres com trabalho de parto distócico. Todas as mulheres durante a gravidez

devem ser incentivadas a planejar e poupar algum dinheiro para o transporte quando o trabalho de parto começar. É necessário que existam veículos de transporte de emergência para encaminhamento precoce de casos de obstrução.

Educar as enfermeiras-parteiras e as parteiras tradicionais sobre os primeiros sinais de trabalho de parto distócico ajudará na prevenção da fístula. Talvez uma mensagem fácil para educar as parteiras tradicionais seja que nenhuma mulher em trabalho de parto deve ver o sol pôr-se duas vezes durante o parto e procurar aconselhamento precoce para evitar problemas.

O uso habitual de partogramas na assistência obstétrica permite que o trabalho de parto distócico seja detetado precocemente e melhora os resultados em termos de saúde materna e neonatal.

Após um trabalho de parto prolongado sem perda urinária, é aconselhável deixar um cateter de Foley no local durante 10 a 14 dias. Com uma FVV recente (ou seja, nas primeiras 3–4 semanas após o parto), deve ser deixado in situ um cateter de Foley in situ durante 4–6 semanas. Algumas fístulas pequenas cicatrizam completamente com a descompressão da bexiga e outras reduzem de tamanho, facilitando a correção. As cesarianas e as operações ginecológicas devem ser realizadas por cirurgiões competentes e com boa iluminação.

É necessária uma vigilância reforçada em áreas onde as taxas de fístula são elevadas para aconselhar políticas governamentais que ajudem a melhorar os resultados maternos. São necessários centros especializados de tratamento de fístulas para prestar cuidados ideais no tratamento, reintegração e reabilitação de mulheres com fístula.

A erradicação da fístula obstétrica requer serviços de parto seguros com parteiras competentes que utilizem partogramas e encaminhamento atempado, em caso de trabalho de parto distócico, para um centro obstétrico de emergência para uma cesariana rápida por um cirurgião competente. Lançado em 2013, no dia 23 de maio é comemorado como o Dia Internacional do Fim da Fístula Obstétrica. Este dia é assinalado para sensibilizar para a fístula obstétrica e mobilizar apoio a nível mundial para ajudar a erradicar esta condição debilitante.

Evitar a laceração de 3.º e 4.º graus

O traumatismo perineal, incluindo a laceração de 3.º e 4.º graus, tende a ocorrer após um parto rápido. Isto pode ser evitado com um parto lento e controlado. Se a mãe dá à luz com a presença de uma parteira, a parteira pode flexionar a cabeça do bebê, apoiando o períneo enquanto a cabeça se vai movimentando lentamente e depois saindo.

A massagem perineal durante a segunda fase do trabalho de parto e as compressas quentes podem ajudar a tornar o períneo mais flexível, o que pode facilitar o parto, sendo praticado em alguns centros.

Contudo, a redução das lacerações durante o trabalho de parto depende da disponibilidade de parteiras treinadas e de técnicas de parto qualificadas. Nas zonas rurais há frequentemente falta de parteiras formadas ou um número muito elevado de pacientes por parteira.

Paladinas da fístula

As paladinas da fístula são mulheres que sofreram de fístula obstétrica e que regressam às suas comunidades como defensoras e agentes de mudança para sensibilizar para a prevenção da fístula obstétrica e ajudar a identificar outras pacientes com fístula que podem ter acesso ao tratamento. Estas necessitam de um pouco de formação para as dotar das competências necessárias para levar a cabo a sensibilização na sua comunidade.

Considerações éticas em enfermagem em pacientes com fístula

A natureza da fístula obstétrica é tal que deixa as mulheres com incontinência urinária e/ou fecal e incapazes de trabalhar ou cuidar de si mesmas, muitas vezes sendo cuidadas pela mãe ou parente mais próximo. As pacientes com fístula estão geralmente em idade fértil, entre os 18 e os 45 anos, possuem reduzida educação formal, o que as torna os membros mais vulneráveis da sociedade.

No entanto, é importante recordar que pode haver mulheres mais velhas, na faixa dos 70 e 80 anos, que se apresentam para correção cirúrgica de fístula e que vivem com uma fístula há 40-50 anos. Estas mulheres podem beneficiar de uma cirurgia de correção bem-sucedida e não devem ser rejeitadas devido à sua idade.

As fístulas obstétricas persistem nas comunidades mais desfavorecidas do mundo, onde as mulheres têm direitos e oportunidades limitadas.

Os códigos deontológicos para enfermeiros em todo o mundo seguem princípios semelhantes e devem ser respeitados por todos os enfermeiros. Por exemplo, no Uganda, o código deontológico para enfermeiros enfatiza a importância dos direitos humanos, incluindo os direitos da pessoa à dignidade e ao respeito, que são componentes integrantes dos cuidados de enfermagem.

Ao cuidar de pacientes com fístula, é fundamental que todos os enfermeiros cumpram o código de conduta profissional. Devido ao baixo nível de alfabetização de muitas pacientes, isso pode significar dedicar algum tempo a explicar cuidadosamente o que o tratamento/operação proposta e o período de recuperação implicam. Como membros importantes da equipa de tratamento de fístulas, os enfermeiros desempenham um papel fundamental, ajudando a tomar decisões sobre o tratamento, respeitando ao mesmo tempo as decisões tomadas pelas pacientes.

Todas as pacientes precisam de ser cuidadas e apoiadas durante o internamento hospitalar, seja no acompanhamento diário dos sinais vitais, na verificação de feridas, na verificação de cateteres ou apenas na verificação geral de que estão bem e sem dor. A privacidade deve ser mantida na realização de procedimentos íntimos com as pacientes, usando biombos ao redor das camas e respeitando a dignidade das pacientes e o direito à privacidade.

Os dias e semanas após as pacientes terem sido submetidas a cirurgia e estarem a caminhar pela enfermaria com os seus cateteres a drenar enquanto a correção cicatriza, é uma boa altura para passar algum tempo com elas e conhecê-las individualmente. Isto dá aos enfermeiros tempo para se conectarem verdadeiramente com as pacientes, conhecerem a sua história e serem capazes de explicar o que lhes aconteceu. Também é um bom momento para reforçar, para que entendam, que as suas lesões não foram causadas por bruxaria, amuletos ou má sorte.

Conclusão

O objetivo da correção cirúrgica da fístula é fechar a fístula e garantir que não haja incontinência contínua, permitindo à mulher a reintegração na comunidade, conceber novamente, se o desejar, e viver uma vida normal. Cuidados de enfermagem holísticos e de alta qualidade são fundamentais para atingir esse objetivo.

Este livro tem como objetivo educar e capacitar enfermeiros que cuidam de mulheres que sofreram de fístulas e lacerações perineais. Ao compreender melhor as experiências devastadoras por que estas mulheres passaram e seguindo as orientações oferecidas, esperamos que muitas mais mulheres afetadas possam ser ajudadas e que as suas vidas melhorem significativamente no futuro.

Bibliografia

Asimakopoulos, A.D., De Nunzio, C., Kocjancic, E., Tubaro, A., Rosier, P.F. and Finazzi-Agro, E. (2016) *Measurement of Post-Void Urine*. Neurology and Urodynamics. 35, 55–57.

Goh, J.W.T. and Krause, H.G. (2004) *Female Genital Tract Fistula*. Brisbane: University of Queensland Press, 2004.

Kasamba, N., Kaye, D.K. and Mbalinda, S.N. (2013) Community awareness about risk factors, presentation and prevention and obstetric fistula in Nabitovu village, Iganga, Uganda. BMC Pregnancy and Childbirth. 13, 229, P1–10.

R.J., Kopp, D.M., Wilkinson, J., Bengston, A., Chipungu, E., Pope, Moyo, M. and Tang, J.H. (2017) *Fertility outcomes following obstetric fistula repair: a prospective cohort study*. Reproductive Health. 14, 149, P1–8.

Knight, D.J.W. and Mahajan, R.P. (2004) *Patient positioning in anaesthesia*. British Journal of Anaesthesia, Critical Care and Pain. 4(5), 160–164.

Lang, D.S.P., Tho, P.C. and Ang, E.N.K. (2011) *Effectiveness of the Sitz bath in managing adult patients with anorectal disorders*. Japan Journal of Nursing Science. 8, 115–128.

Lone, F., Sultan, A. and Thakar, R. (2012) Obstetric pelvic floor and anal sphincter injuries. The Obstetrician and Gynaecologist. 2, 14, 257–266.

Shallon, A., Ojengbede, O.A., Mugisha, J.F. and Odkogbe, A-T, A. (2018) Social Reintegration and Rehabilitation of Obstetric Fistula Patients Before and After Repair in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. Nepal Journal of Obstetrics and Gynaecology. 13(2), 25, P1–11.

Von Vogelsang, A-C., Swenne, C.L., Gusafsson, B. A. and Brynhildsen, K.F. (2020) Operating theatre nurse specialist competence to ensure patient safety in the operating theatre: A discursive paper. Nursing Open. 7(2), 495–502.

Waaldijk, K. (1995) *Surgical classification of obstetric fistulas*. International

Journal of Gynaecology and Obstetrics. 49(2), 161–163.

Walls, J. (2017) *Patient positioning during anaesthesia: lithotomy*. Clinical Pain Advisor. <https://www.clinicalpainadvisor.com/home/decision-support-in-medicine/anesthesiology/patient-positioning-during-anesthesia-lithotomy>

World Health Organization (WHO) 2018. 10 facts on obstetric fistula. www.who.int/features/factfiles/obstetric_fistula/en/

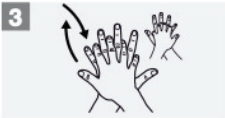
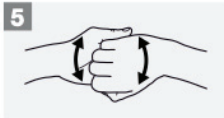
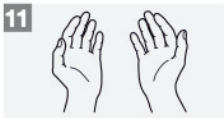
Anexos

Anexo A

COMO LAVAR AS MÃOS

**LAVE AS MÃOS QUANDO ESTIVEREM VISIVELMENTE SUJAS!
CASO CONTRÁRIO, USE ANTISSEPTICO PARA AS MÃOS.**

 **Tempo de duração do procedimento inteiro: 40-60 segundos**

 0 Molhe as mãos com água;	 1 Coloque sabão suficiente para cobrir toda a superfície da mão;	 2 Esfregue as palmas das mãos;
 3 A palma direita por cima das costas da mão esquerda com os dedos entrelaçados e vice-versa;	 4 Palma por palma e dedos entrelaçados;	 5 Dorso dos dedos oposto com as palmas com os dedos entrefechados;
 6 Esfregue em círculos com o polegar esquerdo com a palma direita e vice-versa;	 7 Esfregue em círculos, de trás para a frente, com os dedos da mão direita fechados na palma da mão esquerda e vice-versa;	 8 Enxague as mãos em água;
 9 Seque bem as mãos utilizando uma única toalha;	 10 Use a toalha para fechar a torneira;	 11 As suas mãos estão seguras agora.

Cuidado das mãos

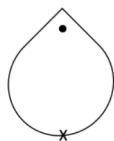
- Cuide das mãos regularmente usando creme de proteção das mãos, pelo menos diariamente
- Não lave as mãos sempre com sabão e água imediatamente antes ou depois de usar antisséptico
- Não utilize água quente para lavar as mãos
- Depois de esfregar ou lavar as mãos, deixe-as secar completamente antes de usar luvas

Lembre-se:

- Não utilize unhas plásticas quando estiver em contacto direto com as pacientes
- Mantenha as unhas naturais e curtas

Anexo B

Gráfico de Observação DDD



Nome da paciente.....

Operação.....

Cirurgião.....

Data								
Dia da operação	0	1	2	3	4	5	6	7
A beber								
A drenar								
Seca								
Temp								
Data								
Dia da	8	9	10	11	12	13	14	15
A beber								
A drenar								
Seca								
Temp								
Data								
Dia da	16	17	18	19	20	21	22	23
A beber								
A drenar								
Seca								
Temp								

Anexo C

Exercícios para os músculos do pavimento pélvico

(Folheto informativo para a paciente)

Os exercícios para os músculos do pavimento pélvico fortalecem os músculos ao redor da bexiga, da vagina e do ânus.

Fortalecer os músculos do pavimento pélvico pode ajudar a parar a incontinência de esforço e tratar o prolapso.

Tanto homens como mulheres podem beneficiar com os exercícios para o pavimento pélvico.

Encontre os músculos do pavimento pélvico

Pode sentir os músculos do pavimento pélvico se tentar interromper o fluxo de urina quando for à casa de banho.

Não é recomendado interromper regularmente o fluxo de urina no meio do jato, pois isso pode ser prejudicial para a bexiga.

Exercícios para o pavimento pélvico

Para fortalecer os músculos do pavimento pélvico, sente-se confortavelmente e contraia os músculos 10 a 15 vezes seguidas.

Não sustenha a respiração, nem contraia os músculos do estômago, das nádegas ou das coxas ao mesmo tempo.

Quando se acostumar a fazer exercícios para o pavimento pélvico, tente manter cada contração durante alguns segundos.

Todas as semanas pode adicionar mais contrações, mas tenha cuidado para não exagerar e faça sempre um descanso entre as séries de contrações.

Ao fim de alguns meses, deverá começar a ver os resultados. Deve continuar a fazer os exercícios, mesmo quando perceber que estão a começar a funcionar.



Ishbel com Annet, Joan e Joanta, enfermeiras especializadas em fístulas Kamuli



Ian Asiimwe com a enfermeira Scovia



Mhairi e Ishbel

Sobre os autores

**Ishbel Marion Campbell, RGN, RSCN, NMP,
MSc em Prática Avançada de Enfermagem (clínica), DNT**

Ishbel Campbell é uma profissional de enfermagem avançada que trabalha em Clínica Geral no Reino Unido. Nos últimos 12 anos, tem viajado para o Uganda e outros países africanos várias vezes por ano com o Dr. Mhairi Collie e a equipa alargada especializada em Lesões no Parto do Uganda, trabalhando lado a lado com as enfermeiras que cuidam de pacientes que sofreram lesões traumáticas no parto. É administradora e secretária do Fundo para Lesões no Parto do Uganda.

**Ian Shane Asiimwe, MBChB, MMED em Cirurgia, MSchM, FMAS,
F. Urologia, cirurgião especializado em fístulas**

Ian Shane Asiimwe é um cirurgião geral consultor no Uganda, com muitos anos de experiência como cirurgião de fístulas. O Uganda é um país com uma elevada taxa de lesões obstétricas, pelo que Ian Shane Asiimwe viaja para muitos hospitais para realizar correções cirúrgicas em mulheres afetadas, que são mobilizadas através de campanhas de cirurgia de fístulas. Formou e continua a formar vários médicos e enfermeiros na área da uroginecologia feminina, com foco no acompanhamento de pacientes com fístulas. Apresentou e publicou vários trabalhos em conferências sobre fístulas, bem como em publicações científicas revistas por pares. É membro do Grupo de Trabalho Técnico Nacional sobre Fístula, da Sociedade Internacional de Cirurgias de Fístula Obstétrica e membro da Iniciativa de Formação em Cirurgia de Fístula da FIGO.

