

4 PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

A paciente está apta para ser operada?

Os resultados variam de país para país. No Uganda, a maioria das pacientes encontra-se em bom estado geral e pronta para ser operada após um dia de preparação. Na Etiópia, existem mais pacientes debilitadas e malnutridas, sendo que algumas apresentam contraturas. Em primeiro lugar, é sempre preferível melhorar o estado geral da paciente através do reforço da nutrição, de suplementos de ferro e vitaminas, da desparasitação e do tratamento de eventuais outras doenças. Se possível, as contraturas devem ser tratadas antes da cirurgia. Já tratei várias fístulas antes de as contraturas terem sido tratadas, mas é difícil colocar a paciente numa posição adequada para operar e obter um acesso adequado à fístula.

A hemoglobina deve ser avaliada. Idealmente, deve ser superior a 10 g/dL. No entanto, em casos simples, em que a perda de sangue deverá ser mínima, podem ser aceites níveis mais baixos. No que diz respeito aos casos complexos, deve ser colhido sangue para determinação do grupo sanguíneo. Em determinadas situações, é aconselhável proceder a uma transfusão, mas, por norma, é mais simples e seguro investigar e tratar as causas da anemia, adicionar ferro e aguardar. Em 1993, John Kelly publicou um artigo onde demonstrava que uma Hb inferior a 8 g/dL estava associada a uma maior taxa de deiscência.

Não é de surpreender que vários estudos tenham confirmado que muitas pacientes sofrem de depressão grave (consulte o Capítulo 1 – Saúde mental e a Documentação adicional). É necessário demonstrar simpatia, mas não existe “aconselhamento” suficiente que melhore o estado mental de uma paciente enquanto não ficar curada da incontinência permanente.

Lesões neurológicas e fisioterapia

As lesões neurológicas funcionam como marcador de uma lesão grave e quase sempre assinalam também a presença de uma fístula retovaginal. Numa situação extrema, a paciente pode ficar incapaz de andar logo após o parto devido a uma isquemia do plexo lombossacral. (Figura 4.1) A imobilidade pode conduzir a feridas de pressão, agravadas pela presença de uma anestesia em sela.

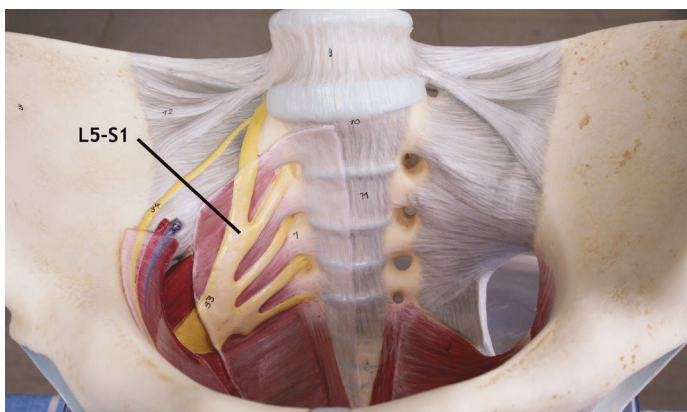


Figura 4.1

As raízes L5-S1 são propensas a lesões resultantes de partos obstruídos.

Com bons cuidados de enfermagem, a maioria das pacientes acaba por melhorar. (Figura 4.2) Com uma boa nutrição e movimentos ativos e passivos de todas as articulações, a destreza motora e a perda sensitiva melhoram, embora o pé caído (devido à lesão da raiz L5) seja o último a recuperar. Passados dois anos, 87% das mulheres já recuperaram. A colocação de talas previne a ocorrência de contraturas em flexão plantar. No entanto, as mesmas não devem substituir a realização de movimentos completos de todas as articulações afetadas várias vezes ao dia. O pé caído residual, em especial no caso de ter sido permitido o desenvolvimento de uma flexão plantar fixa, revela uma incapacidade grave que irá prejudicar a capacidade da paciente aquando da realização de atividades diárias.



Figura 4.2

Esta paciente apresentou-se apenas duas semanas após o parto e só conseguia gatinhar. Tinha uma fístula vesicovaginal e uma fístula retovaginal. b) Após uma semana de fisioterapia, exercício e palavras de incentivo, a paciente conseguia andar com apoio, embora apresentasse síndrome do pé caído bilateral. A paciente foi operada e ambas as fístulas foram fechadas, mas persistia alguma incontinência de esforço. Foi para casa a andar sem apoio. Aos seis meses de evolução, apresentava sinais ligeiros de pé caído apenas de um lado e a incontinência de esforço ligeira mantinha-se.

É fácil compreender de que forma é que, na ausência total de ajuda médica, se formam contraturas, em especial se a paciente tiver sido rejeitada e permanecer deitada na mesma posição por dias inteiros, na esperança de que a incontinência pare. (Figura 4.3) Esta situação é particularmente suscetível de ocorrer na sociedade etíope, onde muitas das pacientes eram noivas infantis em zonas remotas. Cerca de 2% das pacientes examinadas no Addis Ababa Fistula Hospital apresentam contraturas graves. Estas requerem meses de exercícios de alongamento passivo antes de poderem ser reparadas. A existência de um departamento de fisioterapia dedicado permite que as contraturas graves melhorem de forma considerável com o tempo. (Figura 4.4)



Figura 4.3

Felizmente, já é raro ver contraturas como esta. Antigamente, eram mais comuns. Esta senhora permaneceu deitada dentro de um saco durante seis meses. As fístulas foram reparadas antes de poder andar, de acordo com o modelo de reparação de um centro.



Figura 4.3 (continuação)

A paciente regressou ao centro de tratamento de fístulas seguinte, curada da incontinência, mas não tinha continuado a fisioterapia e continuava sem conseguir andar.

Explicação

É evidente que a paciente deve ser preparada para o que irá acontecer no bloco operatório e deve dar o seu consentimento. Deve ser informada sobre a duração do internamento pós-operatório, o tempo de permanência do cateter e as restrições às suas atividades. A mulher e o respetivo acompanhante devem compreender que não devem ir a correr para casa logo após a remoção do cateter. Quem opera casos difíceis deve avisar a paciente para as limitações da cirurgia em termos de cura, incluindo o risco de incontinência persistente, para que as expectativas não sejam demasiado elevadas. Esta realidade pode ser difícil de explicar. A maioria das pacientes com fístula teve uma educação muito limitada, se é que teve algum tipo de educação. É necessária uma grande dose de paciência e empatia.

Preparação intestinal

É melhor ter o reto vazio durante a operação para o caso de existirem perdas através do ânus. Em circunstâncias ideais, a paciente deve fazer um enema no dia anterior, mas, na prática, os enemas são esquecidos ou administrados no último minuto, o que, muitas vezes, leva a contaminação durante a operação.



Figura 4.4

Alguns centros têm departamentos de fisioterapia bem equipados, que são cruciais para ajudar as pacientes a readquirir a mobilidade e a força.

É muito melhor não administrar qualquer enema e, simplesmente, deixar a paciente em jejum desde a meia-noite anterior à operação e certificar-se de que soltou os intestinos antes de chegar ao bloco operatório. Esta é a política adotada por mim em caso de lesões da bexiga.

Nos casos de fístula retovaginal ou reparação do esfíncter, é necessário administrar um enema na noite anterior à operação. A paciente deve seguir uma dieta só de líquidos no dia anterior.

No caso raro de perda anal incômoda, costumo administrar um enema no bloco operatório, limpar e colocar uma sutura anal temporária em bolsa de tabaco. Em seguida, continuo a operação. Não se esqueça de remover a sutura no final do procedimento. As perdas fecais contaminam o local da operação, pelo que, nestes casos, administro uma dose de metronidazol com os meus antibióticos profiláticos habituais no bloco operatório. Em seguida, mantenho a administração durante 24-48 horas após a operação.

No pós-operatório, a paciente é examinada regularmente. A paciente pode continuar a ter perdas de fezes na cama após a intervenção, ou seja, enquanto a anestesia espinal continuar a fazer efeito e a mulher não puder levantar-se para ir à casa de banho. As perdas podem contaminar o campo cirúrgico.

Hidratação

Se ficar por conta própria, a paciente irá chegar ao bloco operatório desidratada, pois estará a tentar reduzir a humidade. Isto é mau por várias razões:

- A paciente pode ficar hipotensa quando lhe for administrada uma anestesia espinal.
- Aumenta a dificuldade em identificar os orifícios ureterais.
- A produção de urina será insuficiente após a operação, predispondo a paciente a um bloqueio do cateter. Serão necessários mais fluidos intravenosos durante e após a operação, o que é dispendioso.

Por conseguinte, assim que for tomada a decisão de operar, peça à paciente para começar a beber muitos líquidos mistos, parando apenas 4 horas antes da operação. Se a mulher tiver bebido o suficiente, a urina deverá pingar quando ela se levanta com as pernas afastadas. (Figura 4.5) Antes de a paciente ir para o bloco operatório, prepare uma perfusão intravenosa de soro fisiológico.



Tenha em conta a possibilidade muito rara, mas grave, de hiponatremia (consulte o Capítulo 11 – Consumo de bebidas).

Figura 4.5

Uma paciente bem hidratada. Está a pingar urina. (Fotografia cortesia de Kees Waaldijk)