

11 CUIDADOS DE ENFERMAGEM PÓS-OPERATÓRIOS DAS PACIENTES COM FÍSTULA

Qualquer operação bem-sucedida pode ser arruinada por uma negligência nos cuidados pós-operatórios. Compete ao cirurgião assegurar que os enfermeiros e os prestadores de cuidados saibam o que é necessário fazer. Na realidade, os enfermeiros são escassos e podem não estar familiarizados com a reparação de fístulas, pelo que os cuidados pós-operatórios devem ser tão simples quanto possível.

A paciente deve estar sempre:

- Seca
- A beber
- A drenar

Estado de secura

Existem várias causas possíveis para a humidade:

- O cateter está bloqueado.
- A reparação falhou.
- Existe uma perda uretral.
- Não foi detetada a existência de uma segunda fístula, seja ela vesical ou ureteral.

Cateter bloqueado

Esta situação é grave, mas pode ser facilmente resolvida (consulte abaixo a secção Drenagem). Deve ser pouco frequente se a paciente ingerir muitos líquidos, a não ser que o cateter esteja apenas dobrado.

Falha de reparação

Deve ser muito improvável se o cirurgião tiver seleccionado um caso simples e o tiver reparado bem. Em caso de dúvida, deverá ser realizado um teste de coloração.

Perda uretral

Para além da drenagem através do cateter, a urina pode, por vezes, vazar ao longo do cateter. Isto é mais comum se, para além do cateter de Foley, também forem colocados cateteres ureterais, uma vez que existem três tubos na uretra, a abri-la com um stent. Por norma, a situação fica resolvida quando os cateteres ureterais são removidos. Se a paciente tiver perdas à volta do cateter e tiver apenas o cateter de Foley colocado, isso pode sugerir que a uretra não está a funcionar corretamente. O sintoma típico reside no facto de a paciente se sentir molhada quando está de pé ou a andar, mas não quando está deitada.

Uma inspeção cuidadosa da uretra durante a irrigação da bexiga permite identificar o problema. Infelizmente, não há muito a fazer e, por norma, indica que a paciente terá incontinência uretral ou de esforço quando o cateter for removido.

Por vezes, as pacientes podem queixar-se de cólicas abdominais inferiores acompanhadas de humidade. Isto sugere a existência de espasmos na bexiga que produzem uma perda à volta do cateter. Tranquelize a paciente, uma vez que estes espasmos são sempre resolvidos de forma espontânea. O butilbrometo de hioscina (Buscopan) pode ajudar, embora a sua ação na bexiga seja reduzida. Se estiver disponível, a oxibutinina funciona muito melhor. A amitriptilina como anticolinérgico é uma boa alternativa à oxibutinina, se esta não estiver disponível.

Segunda fístula perdida: ureteral ou vesical

Durante a operação, é possível que a existência de uma segunda fístula tenha escapado. Uma fístula vesicovaginal simples e baixa pode coexistir com uma fístula intracervical ou ureteral (esta última pode ser iatrogénica, resultante de uma cesariana ou uma histerectomia por rutura do útero). Note que a realização de um teste de coloração no final da reparação deve revelar a fístula cervical (a não ser que esta seja minúscula) (Figura 11.1), mas não mostra a existência de uma perda ureteral. Se a paciente estiver definitivamente molhada da vagina e o teste de coloração for negativo, é melhor levá-la de novo para o bloco operatório e examiná-la sob sedação ligeira para realizar outro teste de coloração e excluir a existência de uma fístula ureteral. Uma fístula ureteral é facilmente curada através de uma segunda operação que vise implantar o uréter afetado na bexiga.

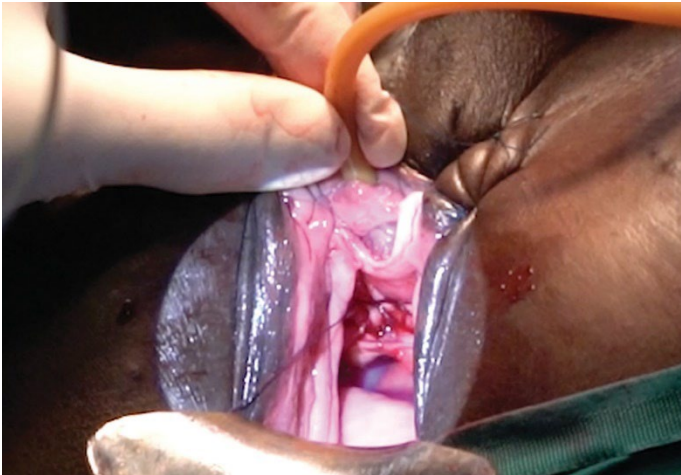


Figura 11.1

O teste de coloração realizado no bloco operatório revelou a existência de uma segunda fístula intracervical alta depois de uma fístula distal ter sido fechada. Este facto poderia facilmente ter passado despercebido, encontrando-se a paciente molhada na enfermaria mais tarde.

Consumo de bebidas

Recomenda-se uma ingestão elevada de líquidos. Esta deve ter início antes da operação e continuar até depois da remoção do cateter. Muitas pacientes podem demonstrar relutância em beber. Estão habituadas a beber pouco para reduzir a humidade. Podem ter receio de beber demasiado e que isso estrague a reparação. Devem ser asseguradas de que não é esse o caso.

A urina concentrada predispõe à infeção urinária e à acumulação de detritos, o que predispõe à existência de bloqueios.

A ingestão de bebidas pode ter início assim que a paciente regressa do bloco operatório, caso tenha sido submetida a uma anestesia espinal, e a linha intravenosa pode ser descontinuada na mesma noite, desde que a paciente esteja a beber adequadamente. A paciente deve permanecer deitada durante 24 horas para reduzir o risco de cefaleias pós-espinais. (Figura 11.2)

Não é necessário registar a produção de urina, exceto no período pós-operatório imediato. Com o método de drenagem aberta, é fácil ver de relance se a paciente está a beber o suficiente. Analise as gotas e observe a cor. (Figuras 11.3) Por norma, costumo ensinar as pacientes a beberem água suficiente para que a urina expelida seja da mesma cor que a água que entra.



Figura 11.2

A paciente é encorajada a ficar deitada na cama até ao dia seguinte à operação. Isto ajuda a reduzir a possibilidade de cefaleias espinais.

Uma palavra de aviso

Ocasionalmente, uma paciente pode levar este conselho ao exagero e beber demasiado. Isto pode levar a uma intoxicação por água com hiponatremia. Esta situação apresenta-se como um estado de confusão e coma, podendo mesmo levar à morte. Em caso de suspeita, a paciente deve ser tratada com uma solução salina a 0,9% (hipertónica, se disponível) e furosemida para promover a diurese.

Drenagem

A drenagem livre da urina depende de cuidados adequados com o cateter. Se um cateter bloquear, a urina pode passar ao longo do mesmo ou, muito pior, a bexiga pode encher, a pressão aumenta e a urina acaba por encontrar um caminho através da reparação. Nesse caso, estão criadas as condições ideais para o fracasso.

Princípios dos cuidados com o cateter

- Nada deve puxar o cateter.
- O cateter não deve ficar bloqueado ou cair.

O cateter pode ser fixado no bloco operatório com uma sutura ao monte púbico ou com fitas adesivas ao abdómen. O local da sutura ao cateter de Foley torna-se doloroso ao fim de alguns dias, pelo que prefiro utilizar fita adesiva. É difícil encontrar fitas adesivas de boa qualidade, sendo necessário substituí-las regularmente. Lembre-se de que muitas mulheres usam vaselina na pele, o que impossibilita a fixação da fita. É necessário limpá-la primeiro.



Figura 11.3

a) Paciente sentada na cama a beber. É possível ver de imediato a cor clara da urina no tubo de drenagem e a urina a pingar para a bacia. b) Urina concentrada cheia de detritos pós-operatórios que constituem um risco de bloqueio do cateter. Estes detritos devem ser facilmente eliminados através da ingestão de muitos líquidos. c) Esta urina está demasiado concentrada e a paciente deve ser incentivada a beber mais. d) Por norma, costumo dizer à paciente para beber água suficiente para deixar a urina da mesma cor da água que está a beber.

O princípio da fixação do cateter consiste em evitar a tração acidental do cateter quando a paciente é transferida do bloco operatório para a enfermaria e noutras alturas em que se movimenta na cama e anda de um lado para o outro. A tração pode puxar o balão do cateter contra o colo da bexiga e a reparação da fístula. Algumas pessoas preferem prendê-lo com fita adesiva à coxa. A fixação à coxa sai com frequência, além de o cateter poder ficar dobrado quando a paciente se vira. Além disso, se o cateter estiver preso à coxa, será puxado e mover-se-á a cada passo quando a paciente der, puxando o balão do cateter contra a reparação da fístula no interior da bexiga, podendo causar-lhe danos. Outra alternativa passa por fixar o cateter ao abdómen na linha média. (Figura 11.4) Note que deve existir uma folga no cateter entre o orifício uretral e a fixação. Certifique-se de que o saco de urina se situa abaixo do nível da bexiga para garantir que o cateter está a drenar para o saco. Se o saco de urina estiver mais alto do que a bexiga, a urina irá simplesmente escorrer do saco para a bexiga, enchendo-a.

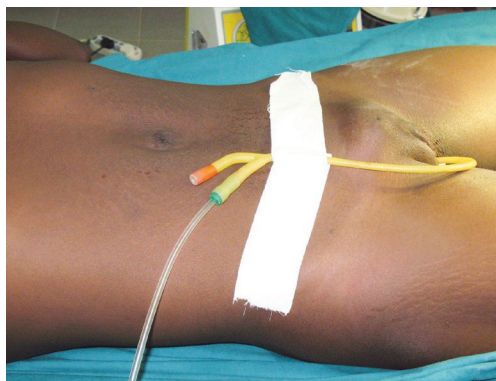


Figura 11.4

O cateter preso na linha média. Note que a fita está apertada entre o cateter e a pele e que existe alguma folga no cateter entre a fita e a bexiga para garantir que o mesmo não é puxado.

Sacos de drenagem ou não?

A drenagem fechada é ideal, mas requer cuidados de enfermagem vigilantes e sacos de boa qualidade. (Figura 11.5a). De acordo com a nossa experiência, o principal problema reside no facto de os sacos poderem ficar demasiado cheios, especialmente à noite (Figura 11.5b), quando os enfermeiros são escassos e a sua ação é prejudicada por falhas de energia frequentes. Outro problema comum incide no facto de o saco do cateter ficar no chão ao lado da cama durante a noite. O tubo que liga o saco ao cateter de Foley é, muitas vezes, curto e o peso do saco de urina no chão acaba por puxar o cateter de Foley.

A menos que seja certo que o pessoal pode cuidar de um saco drenável, recomendamos a adoção de uma alternativa simples.



Figura 11.5

a) Um saco de cateter caro com um tubo comprido. Estes raramente estão disponíveis. b) O saco de urina comumente disponível. Repare que o tubo é curto e o saco está cheio. O saco estará a puxar o cateter e pode encher demasiado.

A opção mais simples e segura passa pela drenagem aberta com cateter. O cateter é ligado a um tubo de plástico e drena diretamente para uma bacia posicionada debaixo da cama (Figura 11.6). A paciente pode mover-se livremente na cama, não existindo nada a puxar o cateter. Os gotejamentos permitem ver que a urina está a ser drenada, havendo pouco que pode correr mal durante a noite. Esta é uma consideração importante ao tratar até 60 pacientes ao mesmo tempo, como acontece nalgumas das nossas sessões de trabalho.

Se a produção de urina for elevada, a infeção não parece ser um problema.



Figura 11.6

a) e b) Sistema de drenagem aberto. Pouco pode correr mal durante a noite.

Cateter bloqueado

Trata-se de uma emergência, uma vez que pode levar à falha da reparação! Os sintomas e sinais de um cateter bloqueado são os seguintes:

- A paciente sente a bexiga cheia.
- Está molhada (devido a perdas à volta do cateter ou através da reparação, caso já tenha rompido).
- A urina deixa de pingar para a bacia. Esta situação não seria notada durante algum tempo nos casos de drenagem fechada.

Devem ser tomadas medidas de imediato.

- Examine o cateter. (Figura 11.7) De acordo com a nossa experiência, um cateter torcido ou dobrado é a causa mais comum para a interrupção da drenagem. É necessária uma vigilância constante por parte da paciente e do pessoal.
- Examine a paciente. A bexiga é palpável? Em caso afirmativo, desbloqueie de imediato o cateter através de irrigação suave com uma solução salina numa seringa de bexiga. Só é necessário um máximo de 20 cm³. Se a bexiga for pequena, existe o perigo de exagerar. Se isto não resultar, mude o cateter. Muitas vezes, verifica-se que está bloqueado. (Figura 11.8)
- Em caso de dúvida sobre a drenagem, irrigue sempre ou mude inclusivamente o cateter.

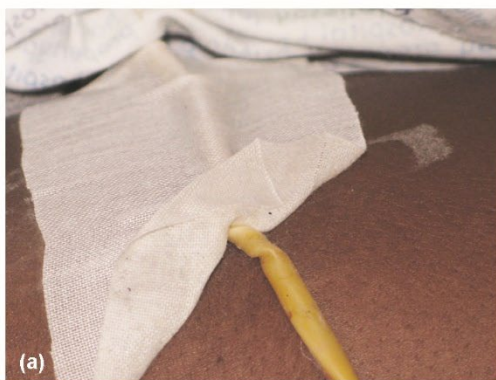


Figura 11.7

a) Um cateter torcido na origem de um bloqueio. b) e c) Um cateter dobrado, mais uma vez na origem de um bloqueio. Note que em c) a urina está concentrada e contém detritos. Por si só, estes podem bloquear um cateter. A paciente tem de beber mais líquidos.

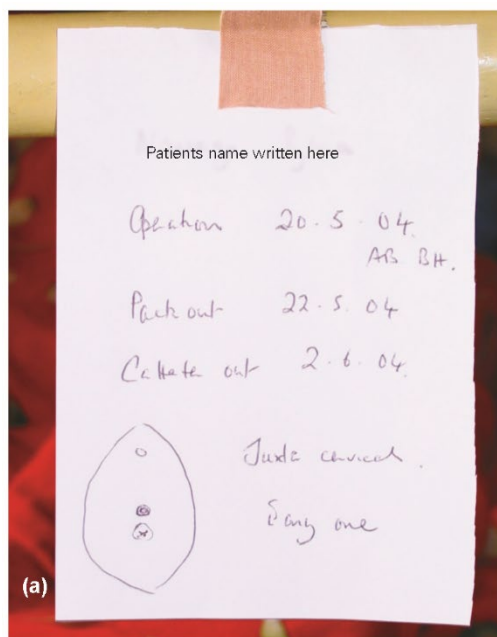


Figura 11.8

Um coágulo de sangue estava a bloquear o cateter. Conseguíamos introduzir o líquido de irrigação, mas não conseguíamos extrair nada. O coágulo estava a atuar como uma válvula no cateter. Foi necessário mudar o cateter.

Manutenção de registos

Mantenha um registo simples da operação da paciente e um plano de cuidados pós-operatórios aos pés da cama ou na parede, onde possa ser facilmente visto por todos. (Figura 11.9) Quando existem muitas pacientes na enfermaria, é impossível lembrar-se da operação que fez a cada uma delas sem ter de consultar as notas. Esta simples tabela situada aos pés da cama, que inclui um diagrama da operação, permite conhecer as pacientes num ápice.



PERSON'S NAME									18d
DATE	11	12	13	14	15	16	17	18	19
DAYS	*	1	2	3	4	5	6	7	8
	P to Radio Eng. Superv.	P to Radio Eng. Superv.	REMOVE FAC/✓ JCS JCS JCS JCS						
DATE	20	21	22	23	24	25	26	27	28
DAYS	9	10	11	12	13	14	15	16	17
				REMOVE REACTIVITY SCHEDULE REACT	SCHEDULE REACTIVITY SCHEDULE	REACTIVITY SCHEDULE REACTIVITY			

(b)

Figura 11.9

a) e b) Este sistema é utilizado há anos em Kitovu, na Uganda. Estes registos são colocados aos pés da cama e são facilmente visíveis. Quando existem muitas pacientes na enfermaria, é possível saber num ápice a que tipo de operação foi submetida a paciente, o que é necessário fazer do ponto de vista da enfermagem nesse dia e o estado “DDD” da paciente.

Outros aspetos dos cuidados pós-operatórios

Tampão vaginal

O tampão vaginal deve ser removido no dia 1 (o dia da operação é o dia 0). Provavelmente não é necessário usar um tampão se o campo cirúrgico estiver realmente seco, mas, na prática, é frequente haver alguma exsudação até ao final da operação, podendo tornar-se mais pronunciada quando o efeito da anestesia espinal (que causa pressão arterial baixa) e qualquer infiltração de adrenalina passarem e a paciente sair da posição de Trendelenburg. A maioria dos cirurgiões fica mais satisfeita por utilizar um tampão como um penso de pressão suave, mas é importante ter consciência de que um tampão vaginal pode atrasar o reconhecimento de uma hemorragia profunda na vagina, pelo que faço sempre um tampão razoavelmente firme. Certifique-se de que tem um pouco de vaselina ou algo do género para evitar que fique colado quando o remover.

Higiene perineal

Recomenda-se a lavagem perineal duas vezes por dia, a começar no momento em que o tampão é removido no primeiro dia de pós-operatório. A paciente é incentivada a manter o períneo limpo e seco.

Cateteres ureterais

A maioria dos cateteres utilizados para proteger os ureteres será removida no final da operação. Se, no entanto, a reparação tiver sido efetuada muito perto de um orifício ureteral ou se o uréter tiver sido reimplantado na bexiga, pode haver um edema significativo à volta do uréter. O cirurgião pode exigir que o cateter ureteral seja deixado no local para evitar a obstrução do rim devido ao edema que se forma à volta do local da operação durante o processo de cicatrização.

O cateter é removido de acordo com as instruções do cirurgião, normalmente entre o quinto e o sétimo dia de pós-operatório, mas, por vezes, pode ser removido apenas após 10 dias.

Em termos gerais, costumo remover os cateteres ureterais no final da operação se estiverem a mais de 2 cm da extremidade da fístula. Se estiverem a 1-2 cm de distância, costumo removê-los no dia 3 e, se estiverem a menos de 1 cm, removo-os no dia 5-7. Se estiverem na extremidade, são removidos no dia 7. Se o uréter tiver sido reimplantado, é removido no dia 7-10. Antes de remover o cateter, lembre-se de remover a sutura que está a fixá-lo.

O(s) cateter(es) pode(m) ser deixado(s) a drenar para um frasco separado (Figura 11.10a), mas este processo dificulta a mobilidade precoce. Dois outros métodos mais convenientes são ilustrados na Figura 11.10b, c.



Figura 11.10

a) Um método de drenagem dos cateteres ureterais: diretamente para um frasco. b) Outro método consiste em efetuar um orifício no cateter de Foley com um bisturi e empurrar o cateter ureteral através do mesmo, drenando todos os cateteres em conjunto. c) Outro método consiste em efetuar um orifício na tampa do tubo de drenagem (costumo utilizar a ponta afiada de uma pinça para campos cirúrgicos) e enfiar o cateter ureteral através do mesmo e no saco de urina. É necessário fixá-lo com fita adesiva. A maioria dos métodos acaba por provocar perdas o que pode perturbar a paciente. É necessário tranquilizá-la.

Mobilização

A paciente pode sair da cama após a remoção do tampão vaginal na manhã seguinte à operação. Se tiver uma drenagem aberta, pode utilizar um balde para recolher a urina e transportá-lo consigo. (Figura 11.11) Este procedimento funciona na perfeição, mas é essencial que a paciente continue a beber muitos líquidos. Se a paciente tiver um saco de urina, deve ser instruída no sentido de manter o saco abaixo do nível da bexiga enquanto anda, caso contrário a urina voltará a escorrer para a bexiga, enchendo-a demasiado.

Remoção do cateter

Foram realizados alguns estudos com o intuito de determinar o momento ideal para remover o cateter da bexiga. Tradicionalmente, a maioria dos cirurgiões deixa o cateter durante 14 dias após as reparações de fístula, mas dois estudos mostraram que 10 dias são suficientes. Um estudo de maior dimensão mostrou que a remoção ao sétimo dia após a operação pode ser segura, mas, curiosamente, muitas pacientes tiveram uma deiscência entre os dias 7 e 10. O tratamento para o problema consiste em substituir o cateter, pelo que as pacientes devem permanecer no hospital para passarem por este “período de perigo”.



Figura 11.11

Pacientes de pé e a circular com os respetivos baldes.

A maioria dos centros continua a deixar o cateter de Foley no local durante 10 a 14 dias. Para a maioria dos casos, costume deixá-lo durante 10 dias. Na eventualidade de se tratar de um caso repetido e/ou uma fístula muito grande, deixo-o durante 12 a 14 dias.

Algumas pessoas defendem o treino da bexiga, ou seja, apertar e desapertar a bexiga de forma intermitente durante 48 horas antes da remoção do cateter. Nos casos em que os níveis de cuidados de enfermagem são reduzidos, isto pode facilmente correr mal se as instruções forem mal compreendidas, além de não estarmos convencidos de que haja qualquer benefício neste regime. Existe, de facto, o risco de um cateter ficar bloqueado durante demasiado tempo, acabando por encher e romper a reparação. Para mim, parece-me ser um procedimento demasiado arriscado para nenhum ganho demonstrável.

Há quem defenda a realização de um teste de coloração antes de remover o cateter. Isto permite ao cirurgião determinar as respetivas taxas de encerramento e observar também uma eventual tendência para a perda uretral. Se, por acaso, for detetada uma pequena perda na reparação, a bexiga deve ser drenada durante mais 2 ou, até mesmo, 3 semanas. O ensino habitual indica que, se a bexiga estiver molhada através de um pequeno orifício, o cateter deve ser deixado no local até a paciente ficar seca e depois deve ser deixado durante mais uma semana a partir do dia em que fica seca. Se, ao fim de 1–2 semanas, a quantidade de urina que sai pelo cateter não aumentar

e a quantidade detetada na cama não diminuir, é pouco provável que feche. Remova o cateter e planeie a repetição do procedimento no prazo de 2–3 meses. As pequenas deiscências tardias na linha média da vagina, afastadas da uretra, curam frequentemente com cateterismo prolongado, mas as pequenas deiscências na uretra ou na parede pélvica lateral raramente curam com cateterismo prolongado.

É preferível remover o cateter de manhã cedo e pedir à paciente que urine com frequência. No dia seguinte, a paciente pode tentar aguentar mais tempo. Se a produção de urina for medida, o volume expelido de 25–50 cm³ é habitual para o primeiro dia, mas aumenta rapidamente para 100–200 cm³ na maioria das pacientes.

É importante que todas as pacientes tenham duas a três verificações do volume residual de urina produzida **no dia em que o cateter é removido**. Isto significa que a paciente bebe, urina e verifica depois o volume residual produzido. Este é verificado através da passagem de um cateter que visa drenar por completo a bexiga e da medição da quantidade de urina restante. É o chamado volume residual. Por norma, uma mulher consegue esvaziar por completo a bexiga, mas, arbitrariamente, um volume residual de **100 ml ou mais** é considerado anormal. A situação torna-se mais difícil nas pacientes com fístula, uma vez que, muitas vezes, a capacidade da bexiga é muito pequena depois de uma boa parte da mesma ter sido destruída. Uma melhor forma de determinar se uma paciente tem retenção passa por medir o volume expelido e verificar depois o volume residual. Se o volume residual for superior a 50% do volume expelido, a paciente está em retenção (por exemplo, se expelir 100 ml e o volume residual for de 60 ml, significa que está em retenção). No entanto, tudo o que for superior a 100 ml deve ser considerado como retenção (por exemplo, se a paciente expelir 300 ml e tiver 110 ml de volume residual, o caso deve ser considerado como retenção). Deve repetir a medição 2-3 vezes, uma vez que o volume residual melhora com frequência depois de a paciente expelir algumas vezes. Costumo ter 8% de pacientes com retenção. Caso contrário, estas pacientes iriam para casa molhadas e com retenção se não fossem atendidas.

Para o tratamento da retenção urinária, consulte o Capítulo 9 – Tratamento da retenção.

Problemas

A paciente está sempre molhada após a remoção do cateter

Neste caso, a paciente tem uma uretra totalmente incompetente, uma reparação falhada ou uma retenção com incontinência por regurgitação. A realização de um teste de coloração ajuda a diferenciar os dois primeiros casos e a medição da urina residual deteta o último caso. Uma deiscência tardia deve ser tratada com uma maior drenagem por cateter, de preferência com repouso na cama, com a paciente deitada prona (Figura 11.12 – consulte abaixo). Se isto não resultar, a paciente deve regressar no prazo de 3 meses para ser submetida a uma nova tentativa de reparação. A incompetência uretral total deve ser tratada através do ensino de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico (idealmente, estes devem ser ensinados antes da operação e continuados durante o período pós-operatório). É necessário pedir à paciente que regresse no prazo de 6 meses para uma nova avaliação e para considerar uma operação secundária para a incontinência de esforço. Se a incontinência persistente for grave, com perdas de urina de dia e de noite, a paciente pode receber alta com um molde uretral, se disponível, mas com pensos para ajudar na viagem de regresso a casa. No entanto, é necessário insistir com as pacientes para o facto de terem de voltar para serem submetidas a outra operação. Deve recolher os seus dados

e manter-se em contacto com elas ou com os seus familiares para garantir que não perdem a esperança e que voltam efetivamente.

A paciente consegue urinar, mas fica molhada quando está de pé, embora esteja seca na cama

Isto sugere um grau menor de incontinência de esforço que pode melhorar de forma espontânea mediante a prática de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico. Já vimos uma série de pacientes que tiveram alta molhadas, mas voltaram para revisão completamente secas. Num estudo de acompanhamento, **50% destas pacientes estavam completamente secas ao controlo dos 6 meses.**

A paciente está seca, mas urina com frequência em pequenas quantidades

Esta situação é muito comum imediatamente após a remoção do cateter e pode dever-se a retenção urinária, a uma bexiga irritada ou a uma bexiga pequena. Todas as pacientes devem ter os respetivos volumes residuais medidos 2-3 vezes após a remoção do cateter. Se um determinado volume residual elevado não for detetado e não for tratado, a paciente acabará por desenvolver incontinência por regurgitação e ficará predisposta a infeções urinárias crónicas.

Por norma, a condição resolve-se de forma espontânea se a bexiga for esvaziada com regularidade mediante a realização de um autocateterismo intermitente limpo (consulte o Capítulo 9 – Tratamento da retenção). Espera-se que uma bexiga irritada acabe por melhorar com o tempo. Muitas vezes, é a uretra que fica irritada depois de ter um cateter colocado durante 10 ou mais dias. Verifique se existe uma infeção, mas, a maior parte das vezes, a situação resolve-se por si mesma. Incentive as pacientes a beberem muitos líquidos para manterem a urina limpa e fluida. Os casos mais difíceis de gerir referem-se às pacientes que têm uma bexiga pequena. Já vimos algumas bexigas esticarem de forma notável com o tempo, mas, na maior parte das vezes, isso não acontece, uma vez que são muitas vezes incapazes de reter grandes volumes de urina.

Falha de reparação

Uma perda requer a realização de um teste de coloração, a não ser que uma irrigação suave demonstre perdas à volta do cateter. A existência de uma perda vaginal detetada no teste de coloração indica uma falha, mas nem tudo está necessariamente perdido.

Perda precoce – na primeira semana

Esta é uma má notícia e, por norma, significa que a reparação falhou. As perdas precoces devem ser raras após a realização de reparações fáceis, mas são mais problemáticas em casos difíceis. Se sair mais urina através do cateter do que através da vagina, vale a pena manter o cateter durante o tempo em que isso acontecer, na esperança de uma eventual cicatrização.

Perda tardia – na segunda semana ou posteriormente

Ocasionalmente, mesmo as reparações simples acabam por desenvolver perdas durante a segunda semana. Pode tratar-se de uma rutura secundária devido a uma infeção. Nestes casos, como as margens da fistula não estão sob tensão e têm um bom aporte de sangue, as hipóteses de o defeito fechar com uma drenagem prolongada da bexiga são totais. O cateter deve ser mantido até 3–4 semanas no total, desde que as perdas diminuam.

Se a paciente ficar seca com o cateterismo prolongado, deixe o cateter em drenagem livre durante mais uma semana antes de o remover.

Quanto mais tardia for a perda, melhor é o prognóstico

Pode ser útil manter a paciente na cama, deitada e a dormir de barriga para baixo. (Figura 11.12) Nesta posição, o orifício situado na base da bexiga estará mais acima e a ponta do cateter estará por baixo, ou seja, existe efetivamente uma drenagem de detritos. Esta abordagem faz sentido, mas não temos provas de que seja benéfica. Costumo deixar o cateter até a paciente estar de novo completamente seca e depois deixo o cateter em drenagem livre durante mais uma semana (conforme detalhado acima). Se a perda não diminuir após 7–10 dias de drenagem adicional do cateter, removo o cateter, uma vez que a cicatrização é muito improvável.

Momento da alta hospitalar

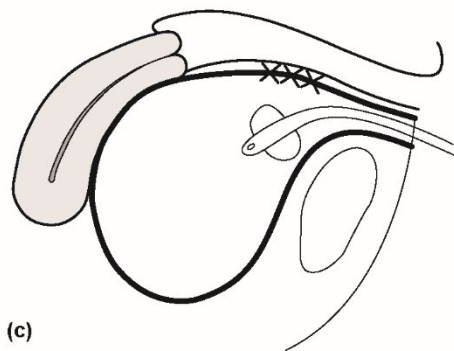
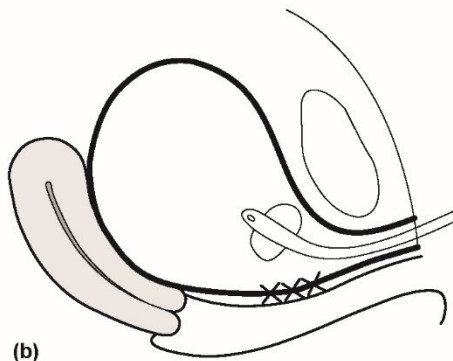
Embora, na maioria dos casos, o cateter seja removido no 10.º dia, recomendamos vivamente que a paciente não saia do hospital durante, pelo menos, mais três ou quatro dias. Já vimos várias pacientes que pareciam estar secas após a remoção do cateter e que foram para casa no dia seguinte, ou dois dias depois, e ficaram molhadas em poucos dias, normalmente depois de dizerem que foram para casa de autocarro numa viagem longa e difícil, com a bexiga cheia. Sentiram um “estalido” e ficaram molhadas. Se tivessem podido regressar de imediato e realizar uma nova drenagem por cateter, provavelmente teriam cicatrizado. Posteriormente, verificou-se que tinham uma rutura muito localizada e facilmente passível de uma segunda reparação.

Será aconselhável permitir que as pacientes que foram submetidas a grandes cirurgias regressem a casa, percorrendo longas distâncias em táxis apinhados, na parte de trás de uma bicicleta ou após uma longa caminhada? Não é surpreendente que ocorram algumas ruturas secundárias. A outra vantagem de reter a paciente durante uma semana ou mais é que, desta forma, muitas vezes é possível observar uma melhoria da incontinência de esforço inicial numa questão de dias. Além disso, é possível reconhecer as pacientes com esvaziamento incompleto (retenção urinária) ou infeções urinárias que exijam tratamento.

Todas as pacientes devem ser informadas para regressarem de imediato se ficarem molhadas depois de voltarem para casa e devem ser incentivadas por saberem que o bilhete de autocarro será reembolsado se o fizerem. Muitos locais dispõem agora de “dinheiro móvel”, o que permite a transferência do dinheiro dos bilhetes de autocarro através da rede de telemóveis.

Também devem ser aconselhadas a evitar a realização de atividades extenuantes e a prática de relações sexuais durante três meses. As pacientes precisam de ser ensinadas a ir ao hospital para serem submetidas a um parto por cesariana se ficarem grávidas.

As pacientes devem receber um cartão com a descrição do respetivo tratamento e a data da operação, para facilitar a sua identificação posterior e aconselhar a cesariana caso se apresentem grávidas noutra hospital.

**Figura 11.12**

a) Uma alternativa para cuidar de uma paciente com uma falha da reparação passa por cuidar dela numa posição de decúbito ventral enquanto a bexiga é drenada. Em teoria, a urina deve drenar mais facilmente através de uma fistula rompida na posição de decúbito dorsal b). Na posição de decúbito ventral, a urina acumula-se na bexiga anterior, é drenada pelo cateter e, por conseguinte, não sai através da fistula rompida, permitindo a sua cicatrização c). Como acontece na maior parte dos casos de cirurgia de fístulas, esta abordagem é ditada pelo senso comum, mas faltam provas de que funciona.

Uma história de precaução

Três dias após a remoção de um cateter, uma paciente partiu numa viagem de 200 milhas de regresso a casa. Afirmava estar a urinar bem. Fez uma viagem de 5 horas num táxi cheio de gente, que não parou pelo caminho. Sentiu a bexiga cheia, mas teve demasiada vergonha para pedir ao motorista para parar. Ficou molhada e, esperando que fosse um problema temporário, seguiu viagem em direção a casa. Estava sempre molhada, mas estava demasiado longe para regressar de imediato e, de qualquer modo, também não tinha dinheiro. Mais tarde, regressou. Uma fístula intracervical pequena, alta e muito difícil de tratar acabou por ser reparada com sucesso. Se ao menos a paciente tivesse podido adiar a partida para casa ou tivesse regressado de imediato para uma nova drenagem por cateter, toda esta situação poderia ter sido evitada.

Conselhos específicos antes da alta

Aconselhamento

Antes da alta, a paciente e a família devem ser aconselhadas de modo a compreenderem por que razão ocorreu a fístula e como pode ser evitada no futuro. Muitas pacientes chegam com crenças tradicionais sobre a causa da fístula. Por exemplo, acreditam que se tratou de uma punição por adultério ou que alguém lançou um feitiço ou elas foram amaldiçoadas. Estas e outras ideias falsas devem ser cuidadosamente corrigidas. Uma vez em casa, a paciente deve tornar-se defensora da prevenção na sua própria comunidade. É preciso algum tempo para que a mensagem seja assimilada, sendo necessário um ensino regular, que deve ser continuado.

Abstinência de atividade sexual e trabalhos pesados

Ocasionalmente, vemos pacientes que foram para casa secas, mas que relatam o aparecimento de uma perda ao fim de algumas semanas. Várias admitiram ter relações sexuais ou fazer trabalhos pesados nos campos, sentir um “estalido” e ficar molhadas em seguida. Para evitar esta situação, é essencial que se abstenham durante, pelo menos, três meses.

Cesariana em todas as futuras gravidezes

É essencial discutir questões de planeamento familiar, incluindo a laqueação das trompas, se for caso disso. A forma mais segura de manter a cura é não ter mais partos! As futuras gravidezes devem ser efetuadas por cesariana. Se o trabalho de parto obstruído se deveu a uma má apresentação fetal, a paciente pode eventualmente dar à luz por via vaginal no futuro, mas, como raramente estão disponíveis cuidados obstétricos especializados, é melhor insistir numa cesariana para todos os partos subsequentes. De vez em quando, vemos pacientes com recorrência de fístulas, porque não conseguiram chegar a tempo ao hospital ou porque foram sujeitas a uma tentativa de parto normal em vez de uma cesariana eletiva.

Ao longo de alguns anos de trabalho no norte da Etiópia, já registámos mais de 200 mulheres que regressaram grávidas após a reparação de uma fístula. Todas elas foram submetidas a uma cesariana no termo da gravidez. Perdemos um bebé devido a uma anomalia congénita e outro por motivos de prematuridade. Não foi registado qualquer caso de recorrência de fístulas. Durante o mesmo período, registámos 53 mulheres que regressaram depois de terem tentado dar à luz em casa. Talvez não tenham dito aos seus novos maridos que já tinham tido fístulas anteriormente ou a comunidade não lhes permitiu ir ao hospital para dar à luz. Todas elas tiveram um nado-morto e todas tiveram uma recorrência de fístulas.

Também ouvimos falar de algumas mulheres que morreram a tentar ter outro bebé em casa. Não sabemos quantas mulheres tiveram um parto bem-sucedido em casa, mas o número e a gravidade das complicações certamente não justificam o risco. Todas as mulheres devem regressar para serem submetidas a uma cesariana no termo da gravidez.

Regresso para consulta de acompanhamento

Como é tão importante para os cirurgiões conhecerem os respetivos resultados, as pacientes devem ser incentivadas a regressar. Um cirurgião costuma proibir a retoma da prática sexual até que a paciente tenha sido consultada para efeitos de acompanhamento. Por isso, regista uma taxa de regresso elevada!

Possíveis problemas tardios

Infeções urinárias

Com o nosso regime de administração de uma dose única de gentamicina de 160 mg no bloco operatório e um elevado fluxo de urina, é pouco comum detetar a presença de urina infetada. Uma infeção pós-operatória tardia pode ser causada por uma estenose com retenção ou, até mesmo, por um cálculo vesical não detetado. Quando as instalações laboratoriais são limitadas, a inspeção da urina deve ser suficiente para fazer o diagnóstico. É muito difícil diagnosticar uma infeção do trato urinário com uma vareta quando a paciente tem uma fístula ou logo após a

operação. A amostra de urina estará sempre contaminada quando a paciente tem uma fístula e, após a operação, haverá sempre contaminação do local da operação.

Incontinência persistente apesar da fístula fechada

Este problema frequente e incômodo é discutido no Capítulo 9. Se a paciente continuar molhada, existe também uma grande probabilidade de depressão e, até mesmo, suicídio. Estas pacientes necessitam de atenção especial, aconselhamento e tranquilização, devendo cada uma delas permanecer no hospital até ser bem instruída, com um plano e esperança de tratamento posterior.

Estenose

Qualquer paciente que tenha uma estenose da uretra proximal na altura da reparação corre o risco de sofrer de estenose pós-operatória. É necessário remover a estenose quando da operação para minimizar esta possibilidade. As reparações de fistulas circunferenciais têm uma maior probabilidade de formação de estenose. A minha taxa de estenose é de 8% aos 6 meses de acompanhamento. O tratamento das estenoses é difícil, uma vez que estas recorrem de forma invariável. Alguns cirurgiões dilatam-nas, por exemplo com dilatadores Hegar. Pessoalmente, prefiro cortá-las às 5 e 7 horas no relógio, introduzindo uma tesoura fina através da uretra, rodando-a para fora da estenose, abrindo as lâminas, avançando suavemente e cortando a estenose. Para evitar a recorrência, a paciente deve ser ensinada a autodilatar a estenose com um cateter curto e rígido todos os dias ou de dois em dois dias. A paciente introduz o cateter na bexiga, deixa-o lá durante 10 minutos e, em seguida, remove-o. Se a paciente ficar molhada após o corte da estenose, o molde uretral (se disponível) funcionará tanto para mantê-la seca como para evitar a recorrência da estenose.

Dificuldades sexuais

Apesar da existência de uma boa reparação sem qualquer estenose vaginal, algumas mulheres têm relutância em retomar as relações sexuais. As razões podem ser variadas, sendo necessário realizar um inquérito e um exame delicados para confirmar as mesmas. Outras pacientes com dispareunia genuína devido a estenose vaginal podem ser ajudadas através de uma vaginotomia ou vaginoplastia, especialmente se o estreitamento for localizado.

Reintegração

Muito tem sido escrito em matéria de aconselhamento e ajuda para reintegrar as pacientes com fístula na comunidade. Muitas pacientes são muito pobres e apreciam, certamente, a ajuda financeira. No entanto, na prática, se a paciente estiver seca, será reintegrada, mas, se estiver molhada, talvez isso não aconteça.

Como já foi mencionado, as pacientes que são curadas devem ser educadas sobre a causa da fístula e entender de que forma é que as fistulas devem ser prevenidas. No final, podem tornar-se educadoras da sua própria comunidade.

Documentação adicional

Barone MA, Widmer M, Arrowsmith S, Ruminjo J, Seuc A, Landry E, Barry TH, Danladi D, Djangnikpo L, Gbawuru-Mansaray T, Harou I, Lewis A, Muleta M, Nembunzu D, Olupot R, Sunday- Adeoye I, Wakasiaka WK, Landoulsi S, Delamou A, Were L, Frajzyngier V, Beattie K, Gülmezoglu AM. Breakdown of simple female genital fistula repair after 7 day versus 14 day postoperative bladder catheterisation: a randomised, controlled, open-label, non-inferiority trial. *Lancet* 4 de julho de 2015; **386(9988)**: 56–62.

Browning A, Menber B. Obstetric fistula in Ethiopia; a six month follow up after surgical treatment. *Brit J Obstet Gynaecol* nov. de 2008; **115(12)**: 1564–9.

Nardos R, Browning A, Menber B. Duration of bladder catheterization after surgery for obstetric fistula. *Int J Gynaecol Obstet*. Out. de 2008; **103(1)**: 30–2.